

Un système de santé efficace pour tous grâce à une meilleure information publique

RESUME

DE L'ETUDE SUR L'ETAT DES LIEUX DU DROIT D'ACCES A L'INFORMATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

La problématique de l'étude consiste à déterminer l'articulation qui existe entre le droit d'accès à l'information et l'accès au service de santé, et de répondre à la question de savoir dans quelle mesure, et de quelle manière, le droit à l'information constitue un moyen permettant et favorisant l'accès des citoyens au service de la santé publique.

Le Maroc qui a adhéré à l'Organisation mondiale de la santé depuis son indépendance, et qui souscrit à de nombreux instruments internationaux, s'est engagé à établir un système de santé afin de répondre aux attentes de la population dans ce domaine.

La nouvelle constitution du Maroc, votée par référendum en Juillet 2011, reconnaît et pour la première fois dans son article 27 le droit d'accès à l'information (DAI) publique, ainsi que le droit des citoyennes et aux citoyens aux soins de santé, et à la couverture médicale et en fait une responsabilité des pouvoirs publics (article 31).

Ce Rapport a pour objet de rechercher dans quelle mesure ces droits sont garantis, et comment le droit à l'information est organisé en relation avec la mise en œuvre du droit à la santé, à partir des instruments juridiques internationaux relatifs aux droits de l'Homme auxquels le Maroc a souscrit, et à partir du droit national.

I. Obligations internationales en matière droit à la santé et du droit et à l'information

I.1 Sur le plan international, le **droit à la santé** a été énoncé pour la première fois dans la constitution de 1946 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui le définit comme « un état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (preamble, § 1).

La Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 évoque également le droit à la santé comme partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant (art. 25).

Les textes généraux consacrant ce droit sont au nombre de deux : la convention internationale de 1965 sur l'élimination de toutes formes de discrimination raciale, et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (PIDESC), qui demeure le traité le plus important, et qui prévoit notamment les mesures que les Etats prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit (article 12).

Il existe aussi des textes spécifiques en la matière : la convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la convention de 1989 relative aux droits de l'enfant, la convention internationale de 1990 sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, et enfin, la convention de 2006 relative aux droits des personnes handicapées.

Une doctrine internationale relative au droit à la santé a été développée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CODESC), qui a adopté en 2000, l'Observation générale n° 14/2000 intitulée «Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint », par laquelle il interprète l'article 12 du PIDESC. Elle définit notamment le contenu et la portée du droit à la santé tel qu'il est consacré par l'article 12 du PIDESC.

I.2. Le droit à l'information en droit international

Le droit à l'information est consacré en tant que tel dans **trois principaux instruments juridiques internationaux.**

- la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (Article 19) : C'est le premier texte qui reconnaît le droit à l'information, en le plaçant dans une optique de liberté d'opinion et d'expression
- le Pacte international des droits civils et politiques (PIDCP) de 1966 (article 19) qui évoque le droit à l'information avec plus de précisions et dresse une liste d'exceptions.
- la Convention des Nations Unies contre la corruption de 2003 qui consacre deux articles relatifs au droit à l'information (10 et 13) dans une perspective de lutte contre la corruption et de promotion de la transparence dans l'administration publique.

Une doctrine a également été développée à ce sujet par le Comité des droits de l'homme dans son Observation générale n°34 relative à l'article 19 du PIDCP. Cette Observation définit le contenu et la portée du droit d'accès à l'information, ainsi que les moyens de sa mise en œuvre.

I.3. La relation entre le droit à la santé et le droit à l'information en droit international

La relation entre le droit à la santé et le droit à l'information, dans le sens où ce dernier favorise, renforce et améliore l'accès des populations à la santé, a été établie depuis 1946 dans la constitution de l'OMS. Elle a été ensuite réaffirmée dans différents instruments internationaux généraux et spécifiques.

La relation entre les deux droits dans la constitution de l'OMS

Dans un paragraphe qui passe souvent inaperçu, le Préambule de la constitution de l'OMS exprime dans des termes brefs et significatifs le rôle de l'information dans l'amélioration de la santé dans son paragraphe 9 : « *Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.* »

Le PIDCP de 1966 (article 7)

Dans une perspective de moindre étendue, mais significative, le PIDCP est le premier texte international à poser le principe du « consentement éclairé », qui consiste à informer toute personne avant de la soumettre à une expérience médicale ou scientifique.

Les conventions internationales spécifiques à des groupes particuliers

- Il s'agit en premier lieu de la convention de 1979 sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes, qui fait de l'information un droit corollaire du droit à la santé dans trois hypothèses : - *en matière d'éducation des femmes en général*, - *concernant les femmes dans les zones rurales*, - *et en matière de mariage et des rapports familiaux*.
- D'autre part, la convention de 1989 relative aux droits de l'enfant reconnaît le droit de l'enfant de «recevoir et de répandre des informations» (art.13) d'une manière générale, et le droit à l'information dans le domaine de la santé en particulier.

II. Le droit à la santé et droit à l'information au Maroc

II.1. Reconnaissance du droit à la santé

L'organisation de la santé en service public au Maroc trouve ses origines dans les réformes introduites par le protectorat français. C'est le dahir du 15 mars 1926 qui transforme le service de la santé et de l'hygiène publique en service autonome. C'est le premier acte juridique qui rattache le service de santé au gouvernement marocain sous le Protectorat. Il sera cité dans les visas du premier texte réglementaire édicté en août 1956 et qui organise les services du ministère de la santé après l'indépendance. La même année le Maroc avait adhéré à l'OMS le 14 mai 1956.

- **Les grandes étapes de l'édification d'un système national de santé**

La première conférence nationale sur la santé d'avril 1959 :

Les principes directeurs de la politique de santé au Maroc ont été posés à l'occasion de la réunion de la première conférence nationale sur la santé. Ces principes sont : « La santé de la nation incombe à l'Etat » ; « Le ministère de la santé publique en assurer la conception et la réalisation ». Ces grands principes qui fondent le système national de santé ont été opérationnalisés dans les différents plans de développement économique et social adoptés depuis cette date et jusqu'en 1980.

Le développement des soins de santé primaires : 1981 à 1994

Le point de départ de cette deuxième phase est constitué par la souscription du Maroc à la déclaration d'Alma –Ata en 1978 sur les soins de santé primaires. La politique des soins de santé primaires devient une priorité nationale et fut déclinée à l'occasion de l'adoption du plan de développement 1981-1985

La troisième phase débute en 1994

Cette troisième phase se caractérise par la restructuration du ministère de la santé et le début de la réforme des hôpitaux. De nouvelles directions centrales sont créées pour les hôpitaux, les médicaments et la réglementation. D'autre part, le processus de réforme engagé pendant cette période va aboutir à l'engagement du chantier de la couverture médicale de base.

La couverture médicale de base comme moyen de mise en œuvre du droit à la santé (2002)

Dans son principe, la couverture médicale de base a pour but d'assurer l'accès universel aux soins et constitue ainsi un moyen de mise en œuvre du droit à la santé. Sur le plan technique, elle constitue une réponse à la problématique du financement des prestations de soins de santé, qui a fait l'objet d'une réflexion spécifique dans le cadre du colloque national sur la santé au Maroc de 1992.

La réforme de la couverture médicale de base a abouti à la promulgation de la loi n°65-00 du 3 octobre 2002. La généralisation du Régime d'Assistance Médicale de base (RAMED) a été officiellement lancée en mars 2012.

La loi cadre n°34-09 relative au système de santé et de l'offre de soin (2011)

De toute l'histoire de la législation sanitaire au Maroc, la loi-cadre n° 34-09 est la première du genre. Elle fixe les principes et les objectifs fondamentaux de l'action de l'Etat en matière de santé ainsi que l'organisation du système de santé. L'article 1^{er} (al.2) précise que le droit à la protection de la santé est une responsabilité de l'Etat et de la société. La loi donne aussi une définition du système de santé comme un ensemble d'éléments interdépendants et complémentaires, largement conforme à la conception de l'OMS.

Le droit à la santé dans la nouvelle constitution (2011)

La constitution de juillet 2011 consacre pour la première fois et de manière expresse le droit « aux soins de santé » et à « la couverture médicale » (art .31, § 1 et 2). L'article 31 considère le droit aux soins comme un droit global, en y associant les déterminants de la santé. Ainsi, le même article met à la charge des pouvoirs publics également la responsabilité de faciliter la jouissance d'autres droits comme le droit à l'éducation, à un logement décent, au travail, à l'accès à l'eau et à un environnement sain.

Stratégie sectorielle de santé : 2012-2016

La stratégie sectorielle de santé 2012-2016 constitue la déclinaison du programme gouvernemental dans le domaine spécifique de la santé, préparé par le gouvernement nommé dans le cadre de la constitution de 2011. Dans sa préface, le document « Stratégie sectorielle de santé 2012-2016 » annonce qu'il s'inscrit dans les transformations politiques et sociales qu'a connu le Maroc, ce qui impose d'adopter une nouvelle approche fondée sur les droits humains et la démocratie sanitaire, et donner ainsi un écho sectoriel aux dispositions de la nouvelle

constitution, et notamment celles relative aux droits d'accès aux soins et à la couverture médicale.

Les réformes en cours : vers une charte nationale de la santé (2013)

Cinquante quatre ans après la première conférence nationale sur la santé de 1959, une deuxième conférence a été organisée par le Ministère de la santé en juillet 2013. L'objectif général annoncé de la conférence est d'opérer une réforme pour pallier les insuffisances actuelles et répondre aux besoins nouveaux dans le domaine de la santé.

- **Organisation du système de santé et de l'offre de soins au Maroc**

L'offre de soins, appelée parfois le système de soins, renvoie au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie. Dans ce sens, l'offre de soins est un sous-système du système de santé. L'offre de soins a un caractère mixte et joint le secteur public et le secteur privé, bien avant que cet état des lieux ne soit consacré de manière expresse par la loi-cadre n° 39-04 relative au système de santé et à l'offre de soins. Cet élément de mixité se reflète dans les structures du système.

Structure générale du système de santé

Il s'agit plus exactement de la composante institutionnelle du système de santé. Dans ce cadre, le système national de santé se compose de quatre intervenants :

- Le secteur public comprenant le ministère de la santé, le service de santé relevant des Forces armées royales, les bureaux communaux d'hygiène ;
- Le secteur privé : médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens, opticiens et prothésistes, auxiliaires médicaux (infirmiers et autres) ;
- Le secteur mutualiste (CNOPS, CNSS) ;
- Le secteur informel de la médecine traditionnelle (guérisseur, qabla, herboristes, etc.).

L'offre de soins du ministère de la santé

Le ministère de la santé est le principal intervenant dans le domaine sanitaire. Dans le cadre de l'offre de soins, le Ministère a mis progressivement un dispositif de prise en charge basé sur des éléments fondamentaux fixés par la carte sanitaire. La loi-cadre n° 39-04 officialise l'existence de la carte sanitaire et institue le schéma régional de l'offre de soins. La carte sanitaire définit, aux niveaux national et régional, les composantes de l'offre et notamment : - les types d'infrastructures et des installations sanitaires ; - les normes et les modalités de leur implantation. Elle est établie sur la base de l'analyse globale de l'offre de soins existante, des données géo-démographiques et épidémiologiques et en fonction du progrès technologique médical.

Actuellement, l'offre de soins du ministère de la santé publique se compose de deux réseaux principaux, en plus du réseau des laboratoires :

- Le réseau d'action ambulatoire, c'est-à-dire sans hospitalisation, comprend l'ensemble des établissements de soins de santé de base destinés à assurer les soins de santé primaires. Il est le plus proche de la population et comprend des établissements de soins en milieu rural et en milieu urbain.
- Le réseau hospitalier : il existe des hôpitaux généraux et des hôpitaux spécialisés. On peut classer les hôpitaux selon leur champ d'action et le niveau de prestations qu'ils offrent, en partant de la base, comme suit : 1^{er} niveau : l'hôpital général local ou le Centre hospitalier provincial ou préfectoral général ou spécialisé ; 2^{ème} niveau : le Centre hospitalier Régional général ou spécialisé, 3^{ème} niveau : le Centre hospitalier universitaire.

II.2. Reconnaissance du droit d'accès à l'information au Maroc

Réclamée depuis longtemps par de nombreuses composantes de la société civile marocaine, la constitutionnalisation du droit d'accès à l'information a enfin eu lieu à l'occasion de la promulgation de la constitution de 2011. L'article 27 de la constitution pose le principe et renvoie à la loi pour les modalités et conditions de mise en œuvre.

L'article 27 de la constitution est assez bref ; il pose le principe du droit d'accès à l'information, détermine les organismes intéressés, pose des directives générales pour l'établissement d'exceptions, et renvoie pour le reste à une loi.

Les exceptions au droit d'accès à l'information sont établies dans le but d'assurer la protection de tout ce qui concerne la *défense nationale*, la *sûreté intérieure et extérieure de l'Etat*, ainsi que la *vie privée des personnes*, de prévenir l'atteinte aux droits et libertés énoncés dans la Constitution et de protéger des sources et des domaines expressément déterminés par la loi.

Le 26 mars 2013, un avant-projet de loi sur le DAI est publié. La même année, le 13 juin 2013 le ministère de la fonction publique et de la modernisation de l'administration organise un Colloque national sur « Le Droit d'accès à l'information : levier de la démocratie participative ». L'objectif du colloque était de recueillir les avis et conclusions des participants en vue d'élaborer une loi sur l'accès à l'information. Un an plus tard, le même ministère organise le 21 juin 2014 un Colloque national sur « La refonte globale du Statut général de la fonction publique ». Parmi les recommandations de ce colloque, une consiste à « édicter rapidement une loi sur le DAI, sans préjudice de l'obligation de discrétion professionnelle dont il faut déterminer le champ d'application de manière claire et précise ».

Enfin, il faut signaler que le 23 janvier 2014, un projet de loi sur le DAI avait été examiné en Conseil de gouvernement, mais son adoption a été reportée. Le 31 juillet 2014, le texte du projet de loi relatif à l'accès à l'information est adopté par le conseil de gouvernement.

Une première analyse de ce projet montre que les exceptions sont formulées de manière large, ce qui risque d'induire une interprétation restrictive du droit à l'information. D'autre part, les demandes d'information sont réservées aux seules personnes qui justifient d'un intérêt direct

et qui doivent en outre spécifier l'usage qu'elles comptent faire de l'information demandée. En plus, le texte expose à des sanctions pénales les personnes ayant fait un usage de l'information fournie pour un objet autre que celui spécifié dans leurs demandes. Enfin, le projet ne prévoit pas la création d'un organe indépendant de mise en œuvre de la loi et attribue au Médiateur la compétence de trancher les recours éventuels.

III. Organisation de l'accès à l'information au sein du système national de santé

Cette organisation prend trois formes de nature et de portée différentes. D'abord, il existe un système d'information destiné aux décideurs, et qui est considéré comme un système d'aide à la décision. Ensuite, le ministère de la santé met à la disposition du public un certain nombre d'informations, dans le cadre de la divulgation proactive de l'information. Enfin, les lois et règlements organisent, dans une certaine mesure, l'information des patients et des usagers.

III.1. L'information au service des décideurs : le Système national d'information sanitaire (SNIS)

Bien qu'un système national d'information sanitaire fonctionne au Maroc déjà depuis trente ans (depuis 1980), il n'existait aucun texte législatif ou réglementaire qui l'instituait ou officialisait son existence. L'expression système d'information sanitaire apparaît pour la première dans la loi cadre n° 34-09 du 2 juillet 2011 relative au système de santé et à l'offre de soins.

Le fonctionnement du SNIS est assuré par des structures organisées en forme pyramidale : niveau central (ministère de la santé), niveau intermédiaire (préfectoral, provincial, régional), niveau local (centres de santé, hôpitaux, équipes mobiles). L'information sanitaire est collectée au niveau local avant d'être transmise au niveau central, c'est-à-dire le ministère de la santé, et plus exactement les structures qui, en son sein, ont pour mission de la centraliser.

Le rôle des services centraux dans la collecte et le traitement de l'information sanitaire n'apparaît de manière expresse qu'en 1994, date de la réforme des structures du ministère de la santé. Comme on peut le constater, il a fallu attendre presque 40 ans pour que les services centraux du ministère de la santé soient réaménagés et adaptés pour prendre en considération l'importance de la mission de collecte et du traitement de l'information sanitaire.

Le SNIS consiste à collecter au quotidien des informations qui sont mises à la disposition des décideurs et gestionnaires à tous les niveaux du système de santé. Ce qui est utile à la planification et à l'élaboration des budgets, à l'amélioration de la qualité et à la réponse efficace aux besoins du consommateur. Le SNIS a fait l'objet de plusieurs mesures de révisions et de réformes. Tout d'abord à l'occasion de la conférence nationale de 2003, dont l'objectif principal était d'établir un schéma directeur du SNIS. Ensuite, à l'occasion de la 2ème conférence nationale de la santé de 2013 avec pour objectif d'élaborer une charte nationale de la santé.

III.2. La divulgation proactive de l'information dans le secteur de la santé

La législation nationale relative à l'information du public en matière de santé

La mission « d'information, d'éducation et de communication » relatives aux différents programmes de santé n'apparaît elle aussi de manière claire qu'en 1994 dans le décret relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique. Elle relève de la direction de la population, et au sein de cette direction, de la division de l'information, de l'éducation et de la communication.

Par la suite, le règlement intérieur des hôpitaux de 2010 charge le directeur du centre hospitalier ou de l'hôpital, entre autres, d'élaborer une stratégie de communication interne et externe de l'hôpital, et de soutenir les différents services dans l'établissement de leur plans de communication spécifiques.

Enfin, la loi-cadre du 2 juillet 2011 fait de la mission attribuée à l'Etat de « développer des actions d'information, d'éducation et de communication » l'un des outils de prévention en matière de santé (article 4). La même loi prévoit la possibilité pour les établissements de santé du secteur public et privé de développer des partenariats avec les organisations professionnelles et les associations pour contribuer aux actions de santé, « notamment celles relatives à l'information, à l'éducation sanitaire et à la sensibilisation » (art.13).

Les mesures de publication proactive de l'information par le ministère de la santé

Le principal outil utilisé à cet égard est le site web du ministère, ainsi que les sous-sites auxquels il renvoie. Le site web du ministère renvoie également à des sites gouvernementaux généraux qui compilent des informations intersectorielles. D'autres outils sont utilisés comme les campagnes d'information, de communication de sensibilisation.

Le site web du ministère de la santé

L'adresse du site du ministère de la santé (<http://www.sante.gov.ma/>) donne accès à la version française du site. La page d'accueil comprend un lien vers la version arabe, mais la page est introuvable : la version en arabe du site n'existe pas, ce qui limite largement l'accès à l'information pour les utilisateurs de la langue arabe¹. D'autre part, le site web en français lui-même ne comprend pas toutes les informations requises. Les informations anciennes ne sont pas archivées, certaines informations ne sont pas actualisées ou incomplètes, d'autres sont répétées.

Les informations disponibles sur le site web du ministère de la santé peuvent être présentées de manière synthétique selon les principaux thèmes suivants : (a) *organisation et attributions du ministère*, (b) *cadre législatif et réglementaire*, (c) *stratégie et plans d'action*, (d) *l'offre de soins* (Carte sanitaire - sous-site bien organisé et bien documenté- et « Santé en chiffres », qui fournit des données et des indicateurs sur la production et la performance des établissements

¹ En vérifiant une autre fois ces données, nous avons constaté qu'une version arabe du site web du ministère de la santé est en cours de construction. Il y a bien une page d'accueil, mais le contenu des rubriques ne sont pas encore disponibles.

de santé publics ainsi que sur l'offre de soins au niveau national), (e) les « *comptes nationaux de la santé* » (informations sur le financement de la santé), (f) *informations spécifiques sur les médicaments*, (g) *enquêtes nationales ou de panel*, (h) *appels d'offres relatifs aux marchés publics*.

III.2.2. Autres moyens d'information et de communication du ministère de la santé

Les moyens d'information et de communication, et aussi de formation, utilisés par le ministère de la santé sont de natures diverses. Ils portent soit sur des thématiques déterminées et qui sont d'ordre général (tabagisme, par exemple), soit sur des thématiques destinées à des catégories particulières de la population (femmes, jeunes). Mais d'une manière générale, ces moyens d'information s'insèrent dans le cadre des programmes de santé du ministère. Ils n'ont pas un caractère général.

Du point de vue de la forme, ces moyens d'information et de communication consistent dans des campagnes d'information, des reportages, des ateliers, des guides, des spots audio et vidéo et la diffusion de documents d'information.

Il n'existe pas de rapport public d'activité qui informe sur les moyens de communication pour une année donnée. Par contre, nous avons pu obtenir de la part des services compétents au sein du ministère de la santé divers documents relatifs à ce sujet sous forme de disques compacts. Il faut cependant noter, qu'à l'exception des informations diffusées sur les chaînes de radio ou de télévision, ou encore celles délivrées directement à la population dans le monde rural par l'infirmier dit itinérant, tout le reste est accompli dans le cadre de structures créées à cet effet, notamment en faveur des jeunes et des femmes. Des moyens didactiques sont utilisés au cours de ces leçons par le personnel encadrant. Enfin, il n'existe pas d'information généralisée pour le grand public dans les médias par exemple.

III. 3. L'information des patients et des usagers

Elle concerne trois domaines : l'information des malades sur les soins, la gestion et la protection de l'information personnelle sur l'état de santé du malade, l'information des donneurs d'organes et des donneurs de sang.

- **Le droit des malades à l'information sur les soins**

Il n'existe pas en droit marocain de dispositions législatives ou réglementaires qui définissent et organisent de manière précise et détaillée le droit du patient d'être informé, avant tout acte ou toute intervention médicale, sur son état de santé, les traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les solutions alternatives possibles, les conséquences prévisibles en cas de refus de la part du malade de consentir au traitement.

Dans l'état actuel du droit, cette question est abordée implicitement à travers les dispositions relatives au consentement préalable du malade aux soins, qui fait l'objet de deux textes

principaux : le code de déontologie des médecins de 1953, et le règlement intérieur des hôpitaux de 2010.

Le consentement préalable aux soins est cependant mieux organisé par le règlement intérieur des hôpitaux de 2010, qui concerne le secteur public, bien qu'il demeure muet sur les modalités précises d'information du patient. D'autre part, le règlement intérieur des hôpitaux consacre un seul article à l'information du patient.

- **Organisation, gestion et protection des informations personnelles sur l'état de santé du patient**

C'est dans un texte de loi spécifique aux malades mentaux que l'on trouve des dispositions précises relatives à l'obligation de tenir un dossier individuel pour chaque malade, ainsi que les éléments que doit contenir ce dossier. Il s'agit du dahir du 30 avril 1959 relatif aux maladies mentales.

Ce n'est qu'à la suite de la réforme hospitalière de 1995 et l'introduction du système d'information et de gestion hospitalier que la mise en œuvre du dossier patient est intervenue, non pas sur la base non d'un texte législatif, mais d'un document de travail interne au ministère de la santé qui s'appelle « Le cadre normatif du système d'information et de gestion hospitalier ». Ce document précise le contenu du dossier du patient et prévoit les différentes informations à recueillir dans des formulaires et des fiches standardisées. Le règlement intérieur des hôpitaux de 2010 prévoit les règles de gestion, d'accès et d'archivage de ce dossier. Sur le plan pratique, c'est le service d'accueil et d'admission, géré par un médecin, qui s'occupe des activités relatives au dossier des patients.

Le règlement intérieur des hôpitaux considère que le dossier d'hospitalisation est la propriété de l'hôpital, qui en assure la conservation. Le règlement intérieur des hôpitaux ne précise pas le délai pendant lequel le dossier d'hospitalisation est conservé dans les archives de l'hôpital. La question demeure posée de savoir si le dossier est détruit après un délai donné ou s'il est transféré à l'institution Archives du Maroc, en application de la loi sur les archives du 30 novembre 2007.

D'après l'article 61 du règlement intérieur des hôpitaux, « le dossier d'hospitalisation peut être consulté par le patient ou son représentant légal, ses ayants droits en cas de décès par l'intermédiaire de son médecin traitant externe à l'hôpital ». La consultation du dossier par le patient ou son médecin représentant sur place à lieu en présence du médecin hospitalier traitant.

En plus de cette consultation sur place, le patient peut se faire communiquer, par l'intermédiaire de son médecin hospitalier traitant, une copie du dossier et/ou un compte rendu détaillé de sa prise en charge médicale, sur la base d'une demande présentée par le patient au directeur de l'hôpital (article 61, alinéa 3).

Le dossier médical est protégé par le secret professionnel : tout ce qui a été entendu et confié à un professionnel de santé ne peut être révélé à personne, sauf dans les cas prévus par la loi.

Cette règle est consacrée par le code de déontologie médicale de 1953. Mais elle est posée par ailleurs par un texte législatif de portée plus générale et vaut pour tous les professionnels de santé, que les soins aient lieu en ville ou à l'hôpital : il s'agit de l'article 446 (alinéa 1^{er}) du code pénal.

Des dérogations législatives au secret professionnel médical existent. Elles sont fondées soit sur l'ordre de la loi, soit sur permission de la loi. Les premières sont obligatoires, les secondes sont facultatives.

Le dossier du patient peut être consulté ou communiqué à d'autres parties dans un but d'intérêt général (*consultation par les professionnels de santé pour un intérêt scientifique*) ou dans le cadre de procédures spéciales (*consultation et communication dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire aux fins de contrôle en vue du remboursement des frais des prestations médicales*).

- **L'information de certains usagers du service public de santé : les donneurs d'organes et donneur de sang**

Etant donné l'importance de ces dons, le législateur les a strictement réglementés et imposé la nécessité d'obtenir le consentement des intéressés et de leur information.

Le don d'organes : le donneur doit être complètement informé des risques inhérents au prélèvement et sur ses conséquences éventuelles. Cette information, délivrée par les médecins responsables du prélèvement, porte sur toutes les conséquences prévisibles d'ordre physique et psychologique du prélèvement ainsi que sur les répercussions éventuelles de ce prélèvement sur la vie personnelle, familiale ou professionnelle du donneur. Elle porte aussi sur les résultats qui peuvent être attendus de la greffe pour le receveur.

Le don de sang : le don du sang est volontaire. Le donneur doit exprimer son consentement en toute liberté et conscience.

D'autre part, toute personne désireuse de faire don de son sang doit être informée que le sang qui lui sera prélevé fera l'objet d'analyses biologiques dont les résultats seront portés à sa connaissance (article 4, alinéa 2 de la loi).

ESPACE ASSOCIATIF

55, Rue Melouiya, Appt 1, Agdal, RABAT

TEL : 0537 77 43 41

FAX :0537 77 41 83

www.espace-associatif.ma

contact@espace-associatif.ma

www.facebook.com/Espace.Associatif.ma