

Stratégies de développement rural et maintien en poste du personnel soignant dans les établissements de santé ruraux et enclavés du Maroc: état des lieux

Rural development strategies and retention of health care personnel in rural and landlocked health facilities in Morocco: inventory

Auteur 1 : ZAHOUANI Chadia

Auteur 2 : ANNAJI Hassane

Auteur 3 : OUAZZANI Ahmed

ZAHOUANI Chadia , (ORCID 0000-0002-8655-8616, Doctorante)
Faculté Polydisciplinaire Larache, l'Université Abdelmalek Essaâdi, Laboratoire des Mathématiques Appliquées et d'Economie du Développement Durable, Maroc

ANNAJI Hassane, (ORCID 0000-0002-6863-8356, Doctorant)
Faculté Polydisciplinaire Larache, l'Université Abdelmalek Essaâdi, Laboratoire des Mathématiques Appliquées et d'Economie du Développement Durable, Maroc

OUAZZANI Ahmed, (ORCID 0000-0002-0447-3652, enseignant chercheur)
Faculté Polydisciplinaire Larache, l'Université Abdelmalek Essaâdi, Laboratoire des Mathématiques Appliquées et d'Economie du Développement Durable, Maroc

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : ZAHOUANI .Ch , ANNAJI .H & OUAZZANI .A (2022) « Stratégies de développement rural et maintien en poste du personnel soignant dans les établissements de santé ruraux et enclavés du Maroc: état des lieux » , African Scientific Journal « Volume 03, Numéro 14 » pp: 112-122.

Date de soumission : Septembre 2022

Date de publication : Octobre 2022



DOI : 10.5281/zenodo.7186041
Copyright © 2022 – ASJ



Résumé

En Afrique et dans de nombreux pays à faible revenu, plus de 80% des soignants pratiquent en ville, alors que la majorité de la population réside en région rural. par conséquent les campagnes des régions du monde sont désertées par les soignants alors que des centres de santé urbains sont en sureffectif. Nous cherchons à travers ce papier à mettre le point sur la problématique de rétention des personnels soignants dans les zones rurales au Maroc, et de proposer des solutions à la lumière des recommandations et recherches scientifiques sur le sujet. Pour ce faire, nous avons procédé à une compilation des différents documents stratégiques et articles scientifiques se rapportant à notre problématique afin de dresser un état de lieu de la situation des professionnels de santé dans le monde rural ; synthétiser les résultats des différentes études ultérieures, et formuler des recommandations opérationnelles. Sur ce, nous avons conclu que la rétention du personnel soignant dans les zones rurales nécessite l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé dans les zones rurales à travers l'adoption d'une politique globale intégrant les différentes dimensions d'ordre social économiques, organisationnelles et académique.

Mots clés : zone rurale, rétention du personnel, stratégie de développement, capital humain, personnel soignant

Abstract

In Africa and many low-income countries, more than 80% of caregivers practice in cities, while the majority of the population resides in rural areas. Consequently, the countryside of the world is deserted by caregivers while urban health centres are overstuffed. Through this communication, we seek to shed light on the problem of the retention of caregivers in rural areas in Morocco, and to propose solutions in the light of scientific recommendations and research on the subjection. To do this, we have compiled the various strategic documents and scientific articles related to our problem in order to establish a state of play of the situation of health professionals in the rural world; summarise the results of the various subsequent studies and formulate operational recommendations. With this in mind, we have concluded that the retention of nursing staff in rural areas requires the improvement of the working conditions of health workers in rural areas through the adoption of a comprehensive policy integrating the different social dimensions economic, organizational and academic.

Keywords : rural area, staff retention, development strategy, human capital, health care personnel

Introduction

Plusieurs études ont observé la relation positive entre la qualité et la quantité des personnels de santé, l'expansion de l'accès aux services de santé et la progression vers la réalisation de développement socio-économique des nations. En effet, les agents de santé sont déterminants pour atteindre l'objectif 3 de développement durable « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* » (Aldana ,Piechulek, et Al-Sabir,2001).

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 1 Milliard d'être humains dans le monde est privé de tout service de soins et que 4.8 milliard de personnes principalement en milieu rural, n'ont pas accès à des soins chirurgicaux sûrs et abordables. En Afrique et dans de nombreux pays à faible revenu, plus de 80% des soignants pratiquent en ville, alors que la majorité de la population réside en région rural.par conséquent les campagnes des régions du monde sont désertées par les soignants alors que des centres de santé urbains sont en sureffectif. Cette situation entrave lourdement la viabilisation des districts sanitaires concernés et consolide l'inégalité d'accès des populations au paquet minimum de services et soins de santé primaire perpétuant ainsi le cercle vicieux de la pauvreté (Scarteezzini , 2019).

Les facteurs de cette désertion sont entre autres expliqués par l'adoption d'une approche plus administrative que managériale des ressources humaines caractérisée par la non reconnaissance des spécificités de l'exercice en zone rurale et des procédures de recrutement et d'affectation personnel ne tenant pas compte des déterminants de la motivation des personnels; à l'absence de mesures compensatrices du coût élevé de la vie dans les zones enclavées et des contraintes d'une vie de famille avec deux domiciles en raison de l'absence d'infrastructures de base - écoles, collèges et lycées, emplois salariés pour les conjoints, moyens de transport, électricité, eau courante etc. dans ces contrées là ; à l'injustice ressentie et l'isolement vécu par ceux en poste dans les villages en raison de l'absence de critères transparents d'affectation et de maintien à ces postes, d'une supervision approximative et des perspectives peu attractives de développement professionnel; à la rudesse des conditions de travail – rupture fréquente de stocks de médicaments et absence de matériel technique – compromettant la qualité de l'offre de santé.....Etc (Bertone, 2018).

Le rapport de la commission permanente chargée de la régionalisation avancée et développement rural et territorial (2017) précise que le royaume du Maroc, est contient des enjeux socio-économiques et politiques que présente le monde rural et des difficultés qu'il rencontre. En effet, le monde rural au Maroc s'étend sur 90% de la superficie du Royaume, et

représentent 40% de la population nationale. Il regroupe 85% (soit 1282 communes rurales sur 1503). 13% des communes disposent d'un centre urbain, et on dénombre environ 33000 douars et centres ruraux. Le Maroc est l'un des 57 pays souffrant d'une pénurie aigue en professionnels de santé avec un ratio de 1.86 pour 1000 habitants ce ratio est inférieur au seuil critique de 2.37 pour 1000 comme recommandé par l'OMS.

Dans son 3ème programme général de travail (2019-2023), l'OMS (2018) a mis en exergue l'importance d'une bonne répartition du personnel de santé entre le milieu rural et urbain pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux prestations de services santé (Yakhelef, codjia, , dal poz , campbell ,2018). Plusieurs raisons justifient l'ampleur des difficultés affrontés par la population rurale, particulièrement le faible niveau de développement , la persistance des inégalités socio-économiques en terme de services sociaux, l'enclavement la marginalisation et la pauvreté accentuée des populations des campagnes marocaines. Et vue l'importance du facteur humain dans le processus de développement, et afin de formuler une réflexion sur la problématique de recrutement et d'affectation du personnels de santé dans les zones rurales, nous avons procédé à une compilation des différents documents stratégiques et articles scientifiques se rapportant à notre problématique afin de dresser un état de lieu de la situation des professionnels de santé dans le monde rural ; synthétiser les résultats des différentes études ultérieures, et formuler des recommandations opérationnelles.

Pour répondre à notre problématique de recherche, nous avons réalisé une recension des écrits sur le sujet ; puis une présentation de l'état actuel de distribution des ressources humaines de santé dans le monde rural au Maroc, pour finir avec des recommandations et suggestions et une conclusion .

1. Problématique d’attraction de recrutement et de fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales

Le maintien en poste des personnels soignants et la garantie d’une offre de services et de soins de santé de qualité dans les zones rurales enclavées se posent avec acuité à travers le monde (Chen et al. 2004). L’Organisation Mondiale de la Santé estime le déficit mondial en professionnels de santé à plus de 4 millions avec les inégalités les plus criardes en Afrique subsaharienne. A cette pénurie s’ajoute un déficit qualitatif et une inégale répartition au détriment des zones rurales (OMS 2006, 2010).

L’accès aux services de santé est favorisé par la croissance des ressources humaines en santé correctement formées. Malgré cela, la crise dans le domaine des ressources humaines en santé reste persistante, caractérisée par une pénurie de professionnels, un mélange de compétences insuffisantes, et une répartition inégale des professionnels (Yakhelef et al, 2018).

Plusieurs facteurs influencent la rétention du personnel soignant dans les zones rurales comme l’absence d’attractivité des dites zones, cette question est récurrente dans la majorité des pays (y compris les pays développée) et nécessite des mesures très spécifiques pour la limiter, le manque d’infrastructures routières et de moyens de transport, ainsi que l’absence d’installation technique des structures (Guide pratique ,2018).

Tableau N°1 : Catégories d’interventions utilisées pour améliorer l’attraction, le recrutement et la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales ou reculées

Catégorie d’intervention	Exemples
A. Formation	A1. Etudiants d’origine rurale
	A2. Ecoles professionnelles de santé situées en dehors des grandes villes
	A3. Stages cliniques en zone rurale pendant les études
	A4. Programmes d’études reflétant les problèmes de santé ruraux
	A5. Développement continu des capacités professionnelles des personnels de santé en zone rurale
B. Réglementation	B1. Elargissement du champ de pratique
	B2. Différents types de personnel de santé
	B3. Service obligatoire
	B4. Aide à la formation en échange de service
C. Incitations financières	C1. Incitations financières appropriées
D. Soutien professionnel et personnel	D1. Meilleures conditions de vie
	D2. Environnement professionnel sûr et favorable
	D3. Soutien de proximité
	D4. Programmes d’organisation des carrières
	D5. Réseaux professionnels
	D6. Mesures de reconnaissance publique

Source : OMS 2010

2. Etat des lieux de l'accès aux structures publiques dans le monde rural au Maroc

2.1 Accès aux services publics sociaux de base et aux infrastructures dans le monde rural

L'analyse de données ayant trait au développement des services et infrastructures en faveur des populations rurales souligne que le réseau des établissements de soins de santé de base (ESSB) souffre d'un manque de coordination et de communication avec le secteur hospitalier, de l'absence d'une carte sanitaire opposable aux deux secteurs public et privé. Le schéma actuel d'organisation du réseau d'ESSB a atteint ses limites. La logique d'intervention en matière de couverture sanitaire, fondée sur la construction d'ESSB dans quasiment toutes les communes rurales, sans tenir compte du manque de ressources humaines, matérielles et financières a conduit à la situation actuelle dans laquelle plusieurs centres de santé sont actuellement fermés et de nombreux établissements sont très peu fréquentés. Les déterminants de la santé (hygiène, accès à l'eau potable, accès aux soins, vaccination) sont à améliorer en ciblant les régions défavorisées et les populations pauvres ou vulnérables. De même, seul 32% de la population rurale bénéficie d'une couverture médicale et 23% des ruraux bénéficient de l'AMO 76% en milieu urbain et 48% des populations rurales disposent d'une carte RAMED contre 52% en milieu urbain (comptes nationaux, 2018).

Le système d'éducation et de formation connaît de grandes inégalités sociales, territoriales (urbain-rural) et de genre et l'enseignement primaire et préscolaire demeure faiblement développé, alors qu'en milieu urbain, il est plus développé et de plus en plus assuré par le secteur privé. Le taux de redoublement et d'abandon scolaire trop élevé notamment pour l'enseignement secondaire au niveau des collèges et lycées. Le Maroc gaspille entre 8 et 9 milliards de DH annuellement entre déperdition scolaire et redoublement. Les écoles communautaires présentées comme principale alternative pour améliorer le taux de rétention des enfants à l'école ont besoin d'une évaluation à mi-parcours. A cela s'ajoute une carence en matière d'intégration des actions des différents intervenants (équipements, infrastructures, l'électrification, l'eau potable, les routes, la médecine préventive,). Le taux d'accès à l'eau potable est de 95% (2014) contre 14% lors du lancement du programme en 1995, mais l'accès de la population à l'eau potable au réseau ne dépasse pas 55,3% fin 2014, et les branchements à domicile ne représentent que 39,7%. 3,5 millions de personnes ne bénéficient toujours pas d'un approvisionnement régulier. Les tarifs appliqués constituent un frein à la généralisation de l'accès à l'eau potable en milieu rural, à cause des faibles revenus des populations rurales. Le

faible raccordement au réseau d'assainissement pose aussi de vrais problèmes sanitaires et environnementaux graves surtout au niveau des centres ruraux émergents (commission permanente chargé de la régionalisation avancée et développement rural et territorial, 2017).

S'agissant de l'électricité, le taux d'accès à l'électrification rurale est passé de 18% (1995) à 96,5% (2014). Mais environ 1,3 millions de personnes, ne bénéficient toujours pas de raccordement au réseau électrique. En ce qui concerne l'habitat rural, il est caractérisé par la forte dispersion du logement en milieu rural et par le manque des conditions sanitaires décentes et un service minimum de base. Les centres ruraux implantés sans plan d'aménagement dans la majorité des cas souffrent également des problèmes d'assainissement et des infrastructures leurs permettant de jouer pleinement leurs rôles en tant qu'espace de vie sociale, économique et culturelle, de création de richesses et d'emploi (CESE, 2017).

2.1. Les principales causes de pénurie en personnels de santé dans zone rurale

- L'absence d'une vision stratégique cohérente de développement et de gestion des ressources humaines ;
- la capacité insuffisante de formation de médecins et d'infirmiers au regard des besoins du pays ;
- la fermeture d'un grand nombre d'écoles de formation d'infirmiers, à la fin des années 80, comme conséquences des mesures imposées par le Programme d'ajustement structurel imposé par le Fonds monétaire international (FMI). Ces écoles n'ont pu être ré-ouvertes qu'au début des années 2000 ;
- le programme de départ volontaire des fonctionnaires, mis en œuvre par le gouvernement entre 2005 et 2006, à l'occasion duquel un grand nombre de médecins, d'infirmiers et d'enseignants des facultés de médecine ont quitté la fonction publique ;
- l'émigration, notamment vers l'Europe, de médecins et d'infirmiers. Cette émigration ne pourra que s'amplifier en raison des déficits en personnel soignants enregistrés dans un certain nombre de pays particulièrement attractifs. En 2011, le nombre de Marocains travaillant en France dans le domaine de la santé (médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, etc.), était estimé à plus de 5 000. Au 1er janvier 2013, la France compte 1 034 médecins marocains nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre des médecins¹.

¹ Atlas national de la démographie médicale de France. Conseil national de l'Ordre des médecins (France). 2013.

A la problématique de la pénurie globale des ressources humaines, s'ajoutent de grandes inégalités territoriales en matière d'offre de soins. Le ratio médecins/habitants va de un médecin pour 1 916 habitants à Casablanca, à un médecin pour 5 378 habitants dans la région Souss-Massa-Draa. Ce ratio est de 1 médecin pour 8 111 habitants en milieu urbain et de 1 pour 11 345 en milieu rural. Le ministère de la Santé prévoit de passer d'un ratio de 1,86 personnel médical et paramédical pour 1 000 habitants à 3 pour 1 000 à l'horizon 2020-30 (CESE, 2017).

3. Synthèse

Au terme de ce travail ; nous avons constaté que la question du développement des zones rurales est au centre d'intérêt des décideurs au niveau national et mondial. Le capital humain constitue la pierre angulaire qui pourra garantir le développement socio-économique des zones rurales et enclavées, à travers la mise en œuvre des différents plans stratégiques multi sectoriels (plan de développement rural ; stratégies sectorielles, ...). Le secteur de la santé est au cœur des préoccupations des décideurs, car il présente de multitudes lacunes, parmi lesquelles nous mettons l'accent sur la pénurie des ressources humaines, et aussi le problème d'inégalité de répartition des personnels soignants entre le milieu rural et urbain. Des mesures opérationnelles ont été proposées par l'OMS afin d'améliorer l'attraction, le recrutement et la fidélisation des professionnels de santé dans les zones rurales. Les dites mesures concernent la formation (étudiants d'origine rural, stage clinique en zone rurale, programmes d'étude reflétant les problèmes de santé ruraux...), la réglementation (élargissement du champ de pratique, service obligatoire, aide à la formation en échange de services...), les incitations financières, et enfin, le soutien professionnel et personnel (meilleures conditions de vie, environnement professionnel sûr et favorable, mesures de reconnaissance publique).

4. Recommandations et propositions

A la lumière de ce qui précède, et sur la base de la documentation consultée, nous proposons ce qui suit :

4.1. Dispositions relatives à la gouvernance

Réformer la gestion des personnels de santé en y introduisant des mécanismes participatifs prenant en compte les déterminants individuels et organisationnels de la motivation notamment la cohérence de la carte sanitaire, l'humanisation des affectations par la considération des choix

et attentes des personnels, la gestion décentralisée de la solde, le suivi-évaluation effectif des personnels et une plus grande lisibilité des itinéraires de développement professionnel continu.

4.2. Dispositions financières

Instaurer des mesures compensatrices financières et matérielles pour l'exercice en zone rurale enclavée sous forme de prime pour le surcoût de la vie, d'allocation de soutien pour l'éducation des enfants et d'avantages matériels - logements d'astreinte et moyens adaptés de locomotion, télémédecine, énergie solaire et adduction d'eau dans les centres de santé.

4.3. Dispositions relatives à l'organisation des services et soins

Introduire et soutenir la supervision formative intégrée dans les districts par des équipes régionales et la mobilité périodique des spécialistes vers les hôpitaux de district.

Conclusion

En guise de conclusion, et d'après l'étude documentaire menée sur le sujet, nous soulignant que parmi les premières mesures favorisant la fidélisation des personnels soignant dans les zones rurales et éloignées est les incitations financières. Au Maroc le ministère accorde au personnels affecté dans les dites zones une prime de faible valeur « de garde et d'astreinte ». D'autre part, pour encourager davantage le personnel il faut penser aux incitations non financières qui revêtent une dimension multi sectorielle qui se rapportent aux conditions de travail, à l'infrastructure économique, sociale et environnementale.

BIBLIOGRAPHIE

Aldana, J. M., Piechulek, H., et Al-Sabir, A. (2001). Satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh, *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (6) : 512-517.

Bertone, M.P. (2018). le défi de la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales : analyse des stratégies mises en œuvre dans sept pays d'Afrique francophone. Consulté le 11 Août 2022 de <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS-page-33.htm>

Chen, JK., Bai, Y., Lin, CC., Chue, CM., & Chou, P. (2004). Survey of Stress Reactions Among Health Care Workers Involved With the SARS Outbreak. *American Psychiatric Association*. ISSN (online): 1557-9700

Comptes nationaux 2018, Ministère de la santé, Maroc. En ligne www.sante.gov.ma

La commission permanente chargée de la régionalisation avancée et développement rural et territorial. (2017). CESE, Auto - Saisine n° 29/2017, ISSN : 2335-9234

OMS. 2006. Rapport sur la santé dans le monde : travailler ensemble pour la santé. Consulté en ligne le 02 Août 2022 de <http://www.who.int/whr/2006/fr/>

Santé pour tous en zones rurales. (2018). Développer et renforcer les centres de santé : guide pratique, Fédération vaudoise de coopération, Lausanne. ISBN 978-2-8791277-1-0

Scartezzini, K. (2019). La santé pour tous en zone rurale développer et renforcer les centres de santé: guide pratique. Thèse de doctorat, université de Lausanne, Serveur académique Lausannois, ID : [10670/1.r7qvxl](https://doi.org/10.10670/1.r7qvxl)

World Health Organisation (WHO). (2010). Évaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali. Genève

Yakhelef, N., codjia, L., dal poz, M., campbell, J. (2018). Cartographie des politiques en matière de ressources humaines de la santé en Afrique francophone, S.F.S.P. consulté le 02 Août 2022 de <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS-page-19.htm>