

Maroc : un système de santé en quête d'identité

Marc Duriez
Chargé de mission HCSP

Le gouvernement marocain a entrepris une grande réforme du financement de son système de santé. Le modèle adopté implique un large consensus sur les nouveaux instruments de gouvernance.

En 2004, la population marocaine était estimée à 30 millions d'habitants, dont 53 % vivaient en zone urbaine.

En 2020, elle s'élèvera à 37,4 millions d'habitants, dont 68 % habiteront en zone urbaine. En 2045, elle devrait atteindre 45 millions.

Le taux d'analphabétisme demeure très élevé puisqu'il atteint 47 %. En zone urbaine, le taux de scolarisation est de 66 %, avec peu de différences entre filles et garçons. En milieu rural, la scolarisation concerne surtout les garçons (45 %)

Le Maroc est un « Pays à revenu intermédiaire tranche inférieure » dans la classification de la Banque mondiale. Le PIB par habitant est de 1570 dollars. Le taux de chômage s'élève à 13 % d'après les chiffres officiels, souvent jugés sous-estimés. Le taux de pauvreté a progressé tout au long de la décennie quatre-vingt-dix.

La lente amélioration de l'état de santé¹

L'amélioration des indicateurs d'état de santé ne peut résulter que d'une orientation spécifique de l'offre de soins.

L'espérance de vie était de 71,2 ans en 2004 (68,6 pour les hommes, 72,7 pour les femmes).

L'état de santé de la population marocaine se caractérise par une persistance des maladies infectieuses et une augmentation des maladies non transmissibles

(tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies endocriniennes générées par les comportements, les traumatismes et accidents). Les maladies infectieuses sont à l'origine de 33,4 % des années de vie perdues corrigées du facteur incapacité. Pour les maladies non transmissibles, le taux est de 55,8 %. Par ailleurs, on note une incidence très forte de pathologies liées à la malnutrition.

La mortalité infantile, de 0 à 5 ans, est passée de 138 à 47 pour 1000 naissances vivantes entre 1979 et 2004, et la mortalité maternelle de 379 à 220. Cependant, les niveaux atteints actuellement sont encore élevés (en comparaisons internationales).

D'après le rapport de l'OMS de 2000 sur la performance des systèmes de santé, le système marocain est classé 29^e. Mais ce bon résultat reflète essentiellement son niveau d'efficacité. Le niveau des résultats sanitaires se situe au 110^e rang et le niveau d'équité au 111^e. Par ailleurs, l'Unicef, dans sa comparaison de la progression des systèmes de santé, fondé sur l'évolution du taux de mortalité infantile des enfants de moins de 5 ans (TMM5), indicateur intégrant l'alphabétisation, le niveau socio-économique, la prise en charge sanitaire..., fait remarquer une régression de ce taux de 3,0 entre 1960 et 1990 à 5,2 entre 1990 et 1999².

1. Enquête sur la Population et la Santé familiale (2003-2004).

2. A. Belghiti Alaoui, *La réforme de santé au Maroc. Pertinence et opportunités*. 2005.

Des structures de soins encore insuffisantes et mal réparties³

L'offre de soins publique est assurée par un réseau d'hôpitaux qui représente 65 % de l'ensemble des lits hospitaliers. Elle est souvent la seule offre disponible dans les régions du Sud et de l'Est. L'insuffisance de l'offre publique a accentué les inégalités sociales. Les catégories privilégiées se sont orientées, pour satisfaire leurs besoins de santé, vers l'offre privée, de qualité supérieure.

L'offre de soins à l'hôpital se structure en fonction d'une organisation pyramidale autour de quatre niveaux d'intervention :

- l'offre de proximité est organisée par les établissements de soins de santé de base (ESSB) et de cabinets privés ;

- au second niveau se retrouvent les polycliniques de soins de première intervention (hôpitaux provinciaux et cliniques privées) ;

- au troisième niveau, les hôpitaux généraux et spécialisés ainsi que les cliniques privées dotés de services de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique ;

- enfin, les centres hospitaliers universitaires.

Il existe une planification chargée d'organiser l'offre de soins des dispensaires, des centres de santé des hôpitaux locaux, mais elle ne bénéficie pas d'une assise juridique qui puisse lui conférer un pouvoir de coercition. Des normes sont définies dans le public, mais essentiellement en ressources humaines.

La densité de médecins a fortement progressé depuis 1980. Elle a été multipliée par quatre au début des années 2000, mais elle était extrêmement basse à l'époque (1,06 médecin pour 10 000 habitants).

La répartition des professionnels de santé demeure très inégalitaire. L'Arc Atlantique (le Grand Casablanca, Rabat, Salé, Zemou Zae) apparaît nettement privilégié : il regroupe 20 % de la population et attire 47 % des médecins.

Une analyse plus détaillée fait ressortir des disparités très fortes en ressources humaines entre le Nord et le Sud, entre les zones rurales et les zones urbaines : 1 médecin pour 3 179 habitants pour les premières, 1 médecin pour 862 habitants

3. Ministère de la Santé, Direction de la planification et des ressources financières (DPRF), Service de la carte sanitaire.

pour les secondes. Le nombre de médecins spécialistes est relativement important, mais certaines spécialités ne peuvent faire face à la demande : gynécologie, chirurgie, pédiatrie.

Le nombre de pharmaciens apparaît élevé, mais cette offre est également très mal répartie. Les régions de l'Est et du Sud, où ces professionnels peuvent avoir un rôle important, ont des densités deux fois moins élevées que la moyenne nationale et quatre fois moins que celle de la région la mieux dotée. Quant aux dentistes, ils sont totalement absents des zones rurales.

L'évaluation des besoins à moyen et long terme, qui pourrait fonder une programmation des ressources humaines, est insuffisante.

Des dysfonctionnements récurrents

Les restructurations opérées au cours des années quatre-vingt-dix et la prochaine réorganisation du ministère de la Santé font apparaître une volonté d'harmoniser les actions des diverses directions techniques autour de la recherche d'une plus grande opérationalité et d'une meilleure coordination. Cependant l'efficacité attendue de telles orientations en matière de connaissance des besoins, de recherche d'efficacité, d'évaluation des activités risque d'être atténuée par l'existence de certains obstacles structurels.

- La Direction des ressources humaines indique que le déficit actuel en personnel par rapport à la situation tunisienne s'évalue à 8 700 médecins et 61 000 infirmiers⁴.

- Le système reste sous-financé. La masse salariale n'a pratiquement pas augmenté depuis une dizaine d'années. Une reprise de l'investissement hospitalier n'a été amorcée que très récemment.

- Un quart de la population est située à plus de 10 kilomètres d'une structure de soins de base. Les inégalités régionales d'accès aux soins, tant géographiques que sociales, restent importantes. 35 % des Marocains s'abstiennent de tout recours aux soins (44 % de ruraux, 28,6 % d'urbains). La récente réforme du financement se heurtera à la persistante irrationalité d'une situation

4. Dimitri Biot, *État des lieux du secteur de la santé dans la perspective de la mise en œuvre de la couverture de base. Rapport au Ministère de la santé du Royaume du Maroc*. CreDES septembre 2005

où coexistent des populations orientées vers la modernité qui seront les premières bénéficiaires de la croissance économique et des populations situées au-dessous du seuil de subsistance.

- Les carences du secteur public d'offre de soins ont généré un développement relativement important du secteur privé à partir de 1980. Ce dernier représente désormais 50 % du financement. Il s'est implanté dans les grandes villes et intervient surtout en soins ambulatoires et de haute technologie.

- La question des relations entre secteur public et secteur privé se pose de façon assez particulière désormais. Le développement insuffisant des structures de soins publics les a conduites à une situation défavorisée par rapport aux structures privées. Maints commentateurs de la réforme du financement craignent que l'impact attendu de la création de l'assurance maladie sur le financement des hôpitaux publics ne soit à la hauteur de l'espérance des autorités. Une situation de concurrence fortement déséquilibrée en faveur du privé risque de s'installer et de s'accroître.

Les grands axes de la réforme du financement du système de santé

Le niveau des dépenses publiques consacrées à la santé, 5,5 % en 2004⁵, se révèle inférieur à celui observé dans les pays à développement économique proche. En 2002, ce niveau était de 12,5 % en Jordanie, 7,5 % en Tunisie, 6 % en Égypte⁶. Le montant des dépenses publiques par habitant est le plus bas de ceux observés dans ces pays, soit 18 dollars contre 63 dollars en Tunisie, 76 dollars en Jordanie, 21 dollars en Égypte.

La structure du financement, selon les divers types d'institutions, analysée en 2001 par les Comptes nationaux de la santé, faisait ressortir une part modeste de l'État, soit 28,4 %, et de la couverture médicale de la sécurité sociale, soit 16,3 %. En revanche, à la veille de l'introduction de la couverture maladie de base, la participation financière des ménages s'élevait à 51,3 %.

5. Ministère de la Santé du Royaume du Maroc. Projet de financement et de gestion du secteur de la santé. Rapport d'étape rédigé par Dimitri Biot, assistant technique CreDES — septembre 2005

6. Organisation mondiale de la Santé, *Country Profiles*.

Le choix d'un modèle complexe

Le système de santé marocain met en œuvre actuellement un modèle de protection sociale à configuration duale : un système de couverture maladie de base financé par des cotisations et un programme public au bénéfice de personnes indigentes. Cette réforme constitue l'aboutissement de réflexions et d'expériences développées depuis une vingtaine d'années. Le chemin a été long pour arriver aux mesures récentes. Dans les années quatre-vingt, le surendettement du Maroc a conduit à un resserrement voire une diminution du financement des interventions publiques en matière sociale. La reprise de l'économie dans les années quatre-vingt-dix n'a pas été suffisante pour résorber le chômage, réduire la pauvreté, améliorer le niveau de vie général. Les grands « chantiers sociaux » n'ont pas été inscrits dans les premiers rangs de priorisation auxquels ils pouvaient prétendre. En tout état de cause, la croissance économique s'est révélée incapable de donner une impulsion aux investissements sociaux.

Les orientations adoptées lors des premières années quatre-vingt-dix marquent une volonté de la part des autorités d'inscrire leurs actions dans le cadre d'une nouvelle philosophie libérale : « *la problématique prioritaire, aujourd'hui, est de parvenir à conforter l'état de droit libéral qu'est devenu le Maroc par son corollaire indispensable, à savoir, l'État social*⁷ ».

Sur le plan opérationnel, les promoteurs de la réforme ont programmé plusieurs mesures visant à rationaliser la gestion des activités sanitaires : clarification des rôles entre l'État et l'assurance maladie, reconfiguration juridique des organismes gestionnaires de l'assurance maladie qui permette de gérer une mission de service public, développement de plans managériaux pour les régimes d'assurance maladie.

Ces orientations portent la marque d'une volonté de « modernisation » par l'introduction d'un système de financement basé sur des cotisations d'assurance maladie (AMO ou assurance maladie obligatoire) et un programme de protection sociale budgétisé en faveur des personnes

7. Dr Alami Greff Abdeljalil (conseiller auprès du premier ministre en assurance maladie obligatoire) : *L'assurance maladie obligatoire au cœur du débat au Maroc*. Conférence internationale de l'AIM 2001.

démunies, le Régime d'assistance médicale (Ramed).

L'assurance maladie obligatoire (AMO) est instituée à partir de deux régimes existant déjà : la Caisse nationale des organismes de protection sociale (Cnops), qui gérait des mutuelles couvrant les agents de l'État, et la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), qui gérait la protection sociale hors risque maladie de certains salariés du secteur privé⁸.

Désormais, la Cnops et la CNSS s'intègrent dans un système de solidarité nationale. Le système ainsi institué est obligatoire, il a vocation à se généraliser à l'ensemble de la population. D'ores et déjà d'ailleurs, les artisans et professions indépendantes revendiquent une couverture maladie de base. Cette réaction va sans doute s'étendre à d'autres catégories⁹.

Régimes d'assurance maladie et syndicats professionnels ont privilégié très largement le modèle conventionnel de fixation des prix et des honoraires médicaux. Ces accords entre partenaires, d'après le texte de la réforme, portent également sur les nomenclatures d'actes, les systèmes d'information et de transmission des données, les systèmes d'évaluation, les référentiels de bonnes pratiques.

Les assurés à l'AMO bénéficient d'une couverture intégrale des maladies chroniques. Une participation de 30 % est exigée pour les autres maladies.

Les ressources générées par l'AMO représentent actuellement 6 milliards de dirhams. Le ministre de la Santé a émis le vœu, début 2006, de faire passer le financement des hôpitaux de 300 millions à 2 milliards de dirhams¹⁰.

La réforme a au moins l'avantage de rationaliser, sur le plan institutionnel, la prise en charge du risque maladie. La Cnops a

8. En 2004, un peu moins de 5 millions de Marocains, soit 16,5 % de la population, bénéficiaient d'une protection sociale maladie. Les bénéficiaires des régimes de la Cnops et des Forces armées royales (soit les agents de l'État) représentaient 68,6 % de l'ensemble des assurés. Il faut noter que de nombreuses entreprises privées ne couvraient qu'une partie de leurs salariés. Mutuelles et compagnies privées d'assurance couvraient pour le risque maladie 1,6 million de personnes.

9. Toute entreprise publique ou privée qui assurait jusqu'ici ses employés à titre facultatif par contrats auprès d'organismes mutualistes ou de compagnies privées d'assurance pourra continuer à le faire pendant une période de cinq ans renouvelable une fois.

10. *Le Maroc Aujourd'hui* (6 février 2006).

toujours été un système généreux pour ses affiliés, mais aveugle vis-à-vis des dérives comptables. Elle a laissé se développer un système sans panier de soins défini *a priori*. Elle a joué sur la trésorerie. Une reprise en main était nécessaire. La CNSS, quant à elle, ne couvrait que la partie la moins favorisée des employés du secteur privé. Les plus riches s'adressaient aux assurances privées. La CNSS a donc milité pour une prise en charge la plus réduite possible. Un remodelage de la couverture sociale était indispensable pour tenir compte de l'adhésion de populations nouvelles.

L'ensemble apparaît désormais bien encadré. L'origine des hauts responsables de l'assurance maladie et de l'Agence nationale de l'assurance maladie — ministère des Finances, assurances — constitue le « gage technocratique » d'un management à la hauteur des ambitions affichées.

Le Régime d'assistance médicale, ou Ramed, est constitué par un programme financé sur fonds publics destiné à subvenir aux besoins de santé de personnes indigentes. On ne finance pas toute l'indigence, on limite le droit à la santé en établissant une liste de services pris en charge. L'État finance, la gestion est assumée par une Agence nationale de l'assurance maladie (cf. ci-dessous). La problématique n'est pas des plus simples en général. Les critères d'éligibilité, le contenu du panier de soins pris en charge, l'évaluation des coûts, le suivi du dispositif et de ses résultats se sont toujours révélés particulièrement délicats à mettre en œuvre.

Nous nous trouvons ici dans une configuration de service public de santé. L'État décide du montant budgétaire annuel à consacrer à ce dispositif, le décline selon les régions et les établissements et l'attribue à un panier de soins. Les prestataires de soins, dans le cadre du Ramed, ont une position particulière par rapport au ministère de la Santé puisque leurs activités s'intègrent dans un cadre contraint sur le plan budgétaire et sur le plan de l'offre de soins et de services.

Globalement, le dualisme du financement, modèle incontournable du fait de la diversité extrême des situations sociales, distingue deux populations. Il serait à craindre que ce modèle global n'entretienne, voire n'accentue, cette diversité et que l'ambition d'arriver à une universalité de la protection sociale ne soit qu'un objectif très lointain.

La gouvernance du système

La diversité des intérêts, la reformulation du rôle de chaque catégorie d'acteurs et de sa situation dans la gouvernance générale du système et l'instauration d'un processus conventionnel entre prestataires et financeurs impliquaient l'instauration d'une instance favorisant la concertation.

C'est pourquoi le financement des soins se réalise dans un modèle où les relations entre décideurs, financeurs et prestataires de soins sont médiatisées par une instance intermédiaire, l'Agence nationale de l'assurance maladie (Anam).

Cette instance assume plusieurs missions d'appui aux différentes séquences de la régulation :

- adéquation entre le fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire et les objectifs de l'État en matière de santé ;
- équilibre entre ressources et dépenses des régimes d'assurance maladie ;
- négociations des conventions nationales ;
- développement des outils de régulation ;
- mise en place d'un dispositif d'évaluation des soins ;
- arbitrage en cas de litige ;
- normalisation des outils de gestion de l'AMO ;
- diffusion des statistiques de l'AMO.

En outre, l'Anam est chargée de la gestion des ressources affectées au Ramed.

Le rôle de l'Anam est central. Elle intervient aux différentes phases de la régulation, moments de rencontre des représentants de la tutelle, des organismes d'assurance maladie et des organisations professionnelles. Il s'agit d'optimiser l'opérationalité des missions assumées par les différents acteurs et de faciliter la gouvernance d'un système pluraliste. Une instance « tampon », pour reprendre les termes des responsables de la réforme, semble dans cette configuration indispensable pour harmoniser les relations et permettre une médiation entre les objectifs souvent opposés des différents protagonistes.

Les prérogatives de l'Anam sont bien précisées. Elle est investie d'un pouvoir de recommandation auprès de la tutelle, elle a une autorité fonctionnelle dans sa mission de normalisation des outils de gestion, sans exercer pour autant un pouvoir de contrainte sur les acteurs du système. Elle propose les termes des négociations

en matière d'enjeux économiques et financiers : à la tutelle de décider¹¹.

On observera cependant que la mission générale est difficile, surtout pour un pays en développement. La recherche d'une rationalisation et d'une modernisation de la gestion nécessite une mobilisation importante de moyens, en personnels et financiers.

Bien qu'indispensable dans un système de santé pluraliste, il est à craindre que la fonction de médiation ne génère quelques confusions d'initiatives et ne se solde souvent par des conflits de compétences entre l'Anam, les institutions de tutelle, ou les organismes gestionnaires.

On peut craindre également que la neutralité, vertu dont l'agence est investie pour conduire les négociations conventionnelles, ne soit diversement appréciée par les participants. Les antagonismes entre les objectifs macroéconomiques des ministères de tutelle et les objectifs gestionnaires des organismes d'assurance maladie situent l'Anam dans une position très inconfortable.

D'une façon générale, l'ampleur et surtout la diversité des missions nécessitent une organisation de l'Anam très lourde, tant sur le plan quantitatif (démultiplications des segments d'organigrammes) que sur le plan qualitatif (appel à l'expertise, à l'ingénierie) et risquent de conduire à l'émergence d'un monstre bureaucratique (qui n'aurait même pas la « légitimité » de la prise de décision).

Les interrogations de l'avenir

De façon plus spécifique, on fera remarquer que certaines missions faisant appel à la responsabilisation de l'ensemble des acteurs sont très nouvelles au Maroc. L'Anam se retrouve en face de professionnels, voire de gestionnaires totalement étrangers à la culture de l'évaluation. Apparemment les médecins marocains du secteur libéral ne se sentent pas concernés, ni individuellement, ni collectivement, par les problèmes de gouvernance du système, ni par l'impact au niveau national de l'inefficacité du système. Les premiers pas de la politique conventionnelle entre prestataires de soins et organismes gestionnaires de l'AMO sous l'égide de l'Anam ont fait apparaître de nombreux conflits générés par les

11. On retrouve ce type d'agence dans le système belge avec l'Inami, qui gère les mutuelles santé.

contraintes financières et les revendications des professionnels de santé :

- conflit sur le montant des premiers tarifs de responsabilité. Il fallait accorder l'évolution des dépenses de santé avec les possibilités offertes par la situation des finances publiques. Il en est résulté des niveaux de tarifs de responsabilité inférieurs à ceux autorisés avant la réforme,

- conflit sur les prescriptions médicales qui, dans leur première formulation fin février 2006, excluaient par exemple les médicaments antidouleur¹². L'exclusion de médicaments du remboursement a été stigmatisée très violemment par les praticiens sur l'argument d'ingérence des gestionnaires de l'AMO dans le domaine de la prescription médicale. La nouvelle gouvernance a été soupçonnée de vouloir privilégier la maîtrise comptable.

Tout échec sur ces deux précédents serait dommageable pour l'avenir du système de santé et jetterait un grave discrédit sur le modèle proposé. D'autant plus qu'en ce cas il reviendrait à l'État de déterminer le niveau des tarifs d'autorité, ce qui aurait des relents de déjà connu.

Dans la recherche d'une rationalisation des processus de dispensation des soins, de l'itinéraire thérapeutique du malade, des instruments doivent être très prochainement mis en œuvre. Il semble difficile de faire accepter aux professionnels de santé, qui jusqu'ici ont fonctionné sur un mode libéral, leur insertion dans la gestion collective du système de santé envers lequel ils sont désormais responsables. Devenir acteur d'un domaine d'intervention publique impliquant une contrainte de financement, un respect de normes définies institutionnellement conduit à assumer un autre rôle, voire à opérer une véritable révolution culturelle. Les tâches que l'État doit assumer sont extrêmement difficiles. Il semble indispensable de développer un plan général de formation et de communication qui puisse favoriser la condition d'un consensus. ■

12. Cf. les réactions des syndicats médicaux dans la presse marocaine lors des négociations de la première convention en mars 2006.