

Perspectives et dispositions en vue d'améliorer l'efficacité du système de santé au Maroc



Par Enis Baris, Spécialiste principal en santé publique

Le Maroc a fait des progrès considérables en améliorant son système de santé et en augmentant l'espérance de vie de sa population. Au cours des quarante dernières années, le pays a connu, d'une part, une chute considérable du taux de mortalité infantile, du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et du taux de mortalité liée à la maternité, et de l'autre, une augmentation de l'espérance de vie, qui est passée de 47 à 70 ans.

Cependant, ces améliorations sont très discutables lorsqu'on les compare aux données relevées dans des pays socialement et économiquement comparables. Le taux de mortalité liée à la maternité reste très élevé, (un des plus élevés de la région du MENA ; 45 fois plus élevé que la moyenne européenne qui est de 5 pour 100 000. Le

taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est également très élevé au Maroc ; en fait, c'est l'un des plus hauts dans la région du MENA ; il est neuf fois plus élevé que la moyenne européenne, qui est de 6 pour 1 000.

Le fait d'être issu d'un milieu pauvre et rural où le niveau d'accès aux soins de santé est loin d'être acceptable, contribue fortement à ces taux élevés de mortalité infantile et liée à la maternité. Dans le Maroc rural, le taux de mortalité liée à la maternité est 43 % plus élevé. Les enfants de moins de cinq ans issus du milieu le plus pauvre de la population ont trois fois plus de chance de mourir des suites d'une maladie infantile qui pourrait normalement être traitée, ou d'une blessure qui aurait pu être évitée.

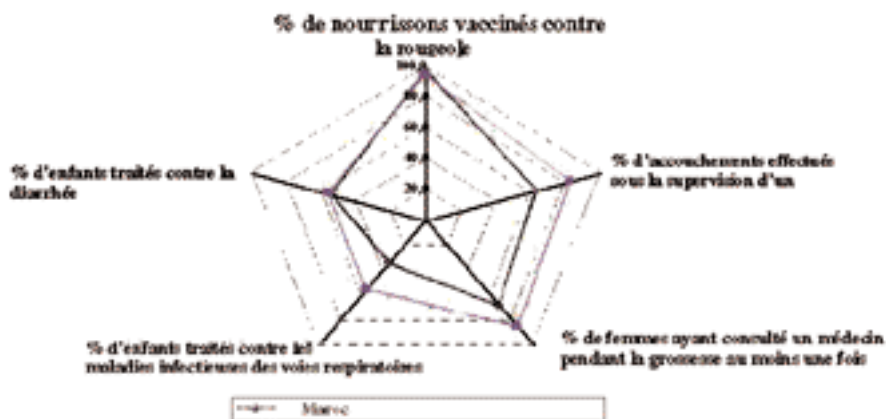
Le Maroc connaît également une

transition démographique et épidémiologique vers une ère où les fortes inégalités persistent encore en matière d'accès aux soins de santé. De manière générale, davantage de marocains décèdent des suites de maladies non transmissibles que d'autres causes. Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité. En vieillissant, la population a tendance à manger, à fumer davantage et à pratiquer moins d'activités physiques, il semble inévitable qu'à terme, les coûts élevés de santé liés aux maladies risquent de saturer le système de santé, d'avoir des répercussions néfastes sur sa capacité de réaction et d'augmenter les coûts.

Capacité de réaction du système de santé : réponse aux besoins, réponse aux attentes

Le système de santé en place, financé et géré par l'État, ne répond pas aux besoins de santé de la majorité des marocains. La plupart des soins de santé de base sont inaccessibles ou sous-utilisés par ceux qui ont le plus besoin, et ce, en raison de barrières économiques, sociales, physiques et géographiques. Seuls 4,3 % des femmes enceintes issues du quintile le plus pauvre de la population donnent naissance à leur enfant sous la supervision d'un médecin contre 70 % qui préfèrent accoucher à la maison (Tableau 1).

Tableau 1 : Accès aux services de soins de santé essentiels au Maroc



Source : World Health Report 2007

S'il est vrai que la diminution des inégalités sociales et organisationnelles prendra beaucoup de temps, le Maroc pourrait aisément abaisser ses taux inacceptablement élevés de mortalités infantile liée à la maternité. Les causes principales de mortalité liée à la maternité sont les suivantes : saignement grave, éclampsie, avortement non sécuritaire et non progression de l'expulsion, toutes des complications pouvant facilement être évitées et/ou traitées adéquatement lorsque la mère reçoit des soins prénataux professionnels, dans des locaux équipés à cet effet et est entourée de personnel bien formé, ce qui, au Maroc, existe et est tout à fait abordable.

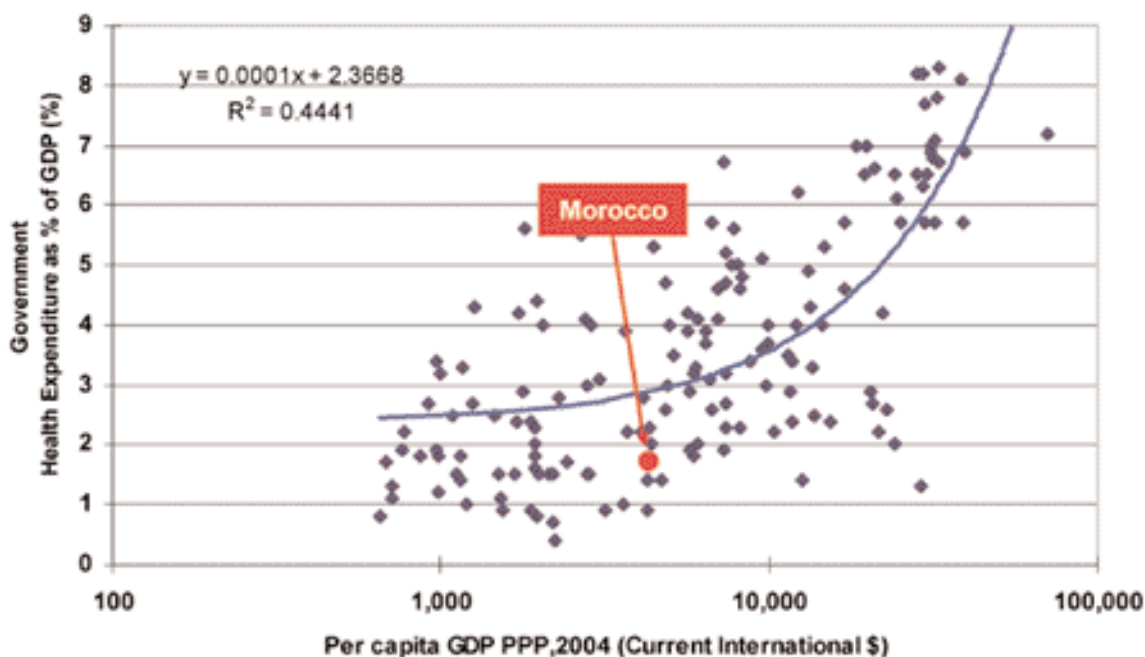
On pourrait améliorer davantage la capacité de réaction du système en adoptant une attitude proactive, en prévoyant des

mesures adéquates de développement et de financement, et en mettant en place des programmes nationaux de prévention des maladies et de promotion de la santé. Cette transition épidémiologique exige une approche différente des compétences médicales et sociales envisageables à planifier et à financer, et ce, dans les délais les plus brefs. Pour aborder l'avenir, le Maroc doit adopter des politiques visant à améliorer la part de financement du gouvernement et l'allocation des fonds publics en fonction de son profil épidémiologique et démographique, et en fonction du poids de ses facteurs de risque et de maladie.

Cependant, des réformes de grande envergure sont nécessaires pour que le système de santé devienne véritablement réactif. Malgré les récentes

démarches du gouvernement (qui visaient à étendre la couverture de protection de la population, à améliorer la gouvernance du système et la qualité des soins), la comptabilité des fonctions principales du système de santé (gouvernance, financement, service fournis, etc.) sont réparties dans plusieurs agences gouvernementales, ou s'appliquent à différents segments de la population. En outre, les dépenses nationales, maigres et mal réparties, en matière de santé, donnent lieu à des allocations et à l'utilisation de ressources publiques inefficaces, ainsi qu'à des sorties effectives élevées d'argent du secteur privé (tableaux 2 et 3), beaucoup plus grandes, comparativement aux pays ayant un niveau de développement socio-économique semblable (tableau 4).

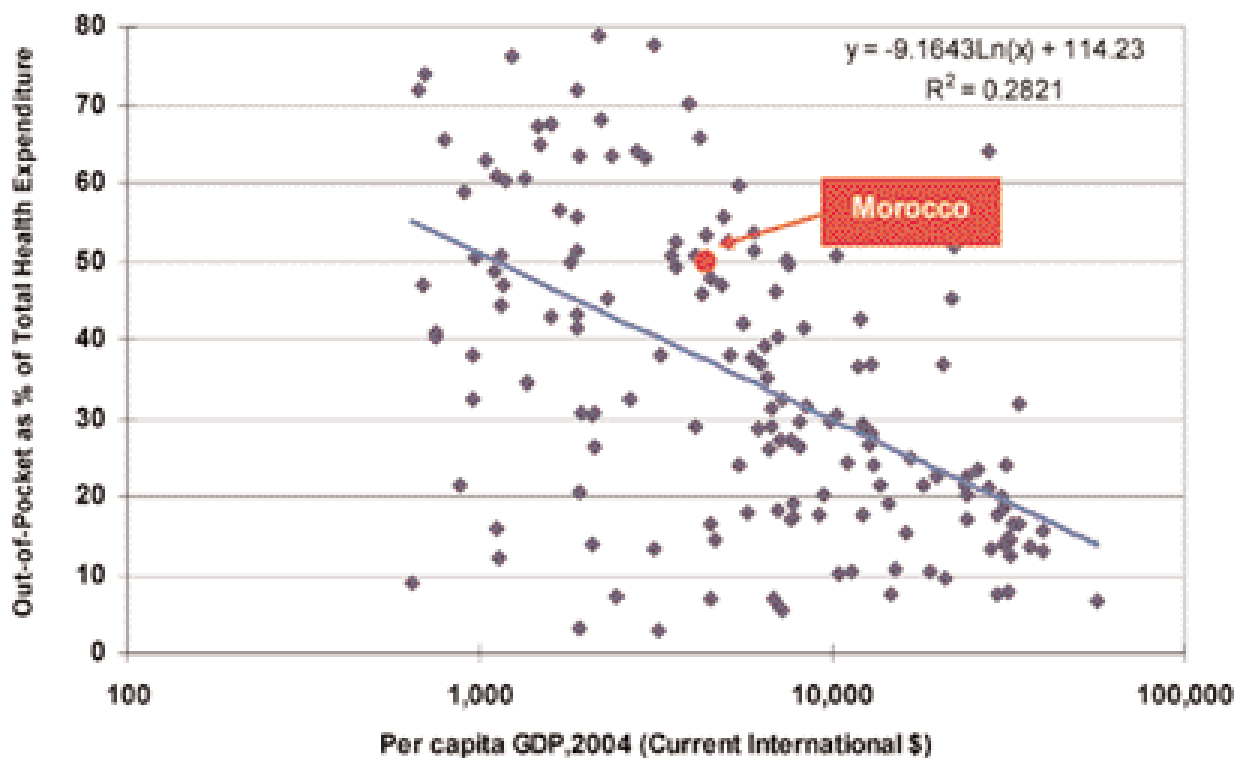
Tendances globales des dépenses publiques en santé, 2004 (PIB par personne en partenariat public-privé (PPP))



Source : World Development Indicators 2007, World Health Report 2006

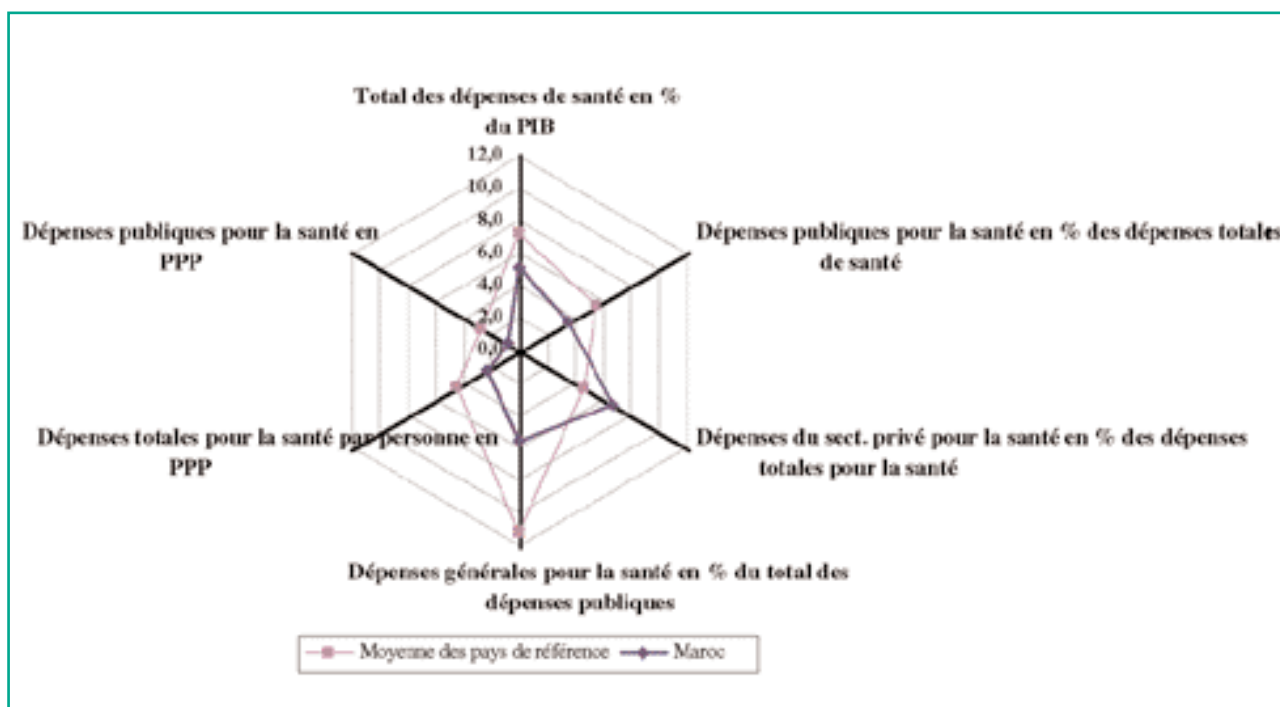
5- Pays de référence : Colombie, Égypte, Jordanie, Tunisie et Turquie.

Tableau 3 : Analyse des tendances globales des dépenses de santé non remboursées, 2004



Source : World Development Indicators 2007, World Health Report 2007

Tableau 3.2 : Financement de la santé au Maroc, 2005



Source : World Health Statistics, 2007

Pour qu'un régime d'assurance financé par le domaine public tel que le RAMED, qui a pour raison d'être de fournir une couverture universelle, regroupe et propose de façon réaliste un forfait de services essentiels, il faut envisager une restructuration majeure de l'organisation institutionnelle en place et du cadre législatif et réglementaire.

Cela exige avant toute chose, une entente sur les provisions de la couverture de base offerte par le RAMED, l'adoption d'un traitement soumis à des normes, des protocoles d'orientation, et la mise en place d'une campagne d'information à l'intention des usagers ayant pour objet de limiter l'ambiguïté et donc d'atténuer les problèmes d'accès aux soins et de paiements informels. Un deuxième aspect à considérer : l'établissement d'une entente visant, d'un côté, les critères d'admissibilité et la façon de trouver les compromis optimaux entre l'équité du ticket modérateur des patients et la rentabilité, et de l'autre, la facilité de gestion, de mise en application et la commodité pour la clientèle à intégrer et quitter les deux catégories (c'est à dire, les pauvres et les vulnérables) et le versement des paiements préliminaires pour la carte d'indigence et le ticket modérateur. Une fois le RAMED en place et l'AMI-Inaya fonctionnelle, l'harmonisation des taux de prime, l'admissibilité, les forfaits de prestations, les taux de remboursement et la quote-part devront progressivement être traités en vue d'une fusion " virtuelle " de l'ensemble des régimes d'assurance. Le processus d'harmonisation peut également comprendre la grille

tarifaire négociée avec les fournisseurs de service.

Une autre activité parallèle peut consister à définir les rôles de l'assurance de santé privée. Dans l'idéal, étant donné l'envergure de la " mutualisation " de l'assurance santé dans les secteurs privé et public, on pourrait s'attendre à ce que le champ d'application et la couverture de l'assurance privée soient conçus dans l'optique de proposer des forfaits de prestations créés pour compléter ou pour venir appuyer la couverture publique, et non pas de concurrencer cette dernière en proposant des forfaits de service identiques sous divers régimes. Ainsi, la concurrence ne se fera pas sur le contenu, mais plutôt sur la qualité et le coût des forfaits complémentaires.

Gouvernance robuste : Harmonisation de la gérance, financement et prestation de service

Un critère sine qua non de bonne gouvernance consiste en la segmentation fonctionnelle des rôles et responsabilités principales du Ministère de la santé, de l'ANAM (RAMED) et des agences (AMO) chargées de la mise en oeuvre. Pour se mettre sur la bonne voie, il faudrait commencer à émettre et à diffuser le document stratégique " Santé Vision 2020 " qui, on l'espère, servira de tremplin vers la restructuration nécessaire du Ministère de la santé, qui joue surtout le rôle d'agent de financement (même s'il passe par le Ministère des finances) et le rôle de fournisseur de services de santé, pour qu'il devienne une agence chargée de prendre des

décisions, de planifier, d'établir des normes, d'évaluer, de réguler, de mettre en application et de recueillir des renseignements. Une fois qu'il y aura eu une entente sur son nouveau mandat visant à " mieux utiliser le gouvernail pour moins avoir à ramer ", le Ministère de la santé devra restructurer son organisation, créer de nouvelles cellules et recruter et/ou former du personnel pour assumer efficacement ses nouvelles fonctions. Parallèlement, il faudra concentrer les efforts pour mettre en oeuvre le processus de régionalisation en cours et s'assurer que le transfert de l'autorité et de la comptabilité relevant des nouveaux départements régionaux ne soient pas purement administratifs, mais qu'ils assurent plutôt la vérification préalable du financement et de la création de programmes de santé. Ainsi, la récente mise en place d'une programmation ciblée autour du budget est en bonne voie à condition qu'un mécanisme d'évaluation externe et impartial soit en place pour évaluer l'efficacité du système avec précision.

Trois autres mesures auraient besoin d'être mises en place en tandem : (i) l'autonomisation des hôpitaux publics en leur accordant l'autonomie financière et de gestion intégrale, comme prélude aux arrangements de contrats à venir avec les payeurs ; (ii) la réévaluation du statut des associations professionnelles en vue de redéfinir et de clarifier leurs rôles dans la concession de licences et la certification du personnel de la santé, et leur permettre de participer officiellement à la prise de décisions portant sur toutes les

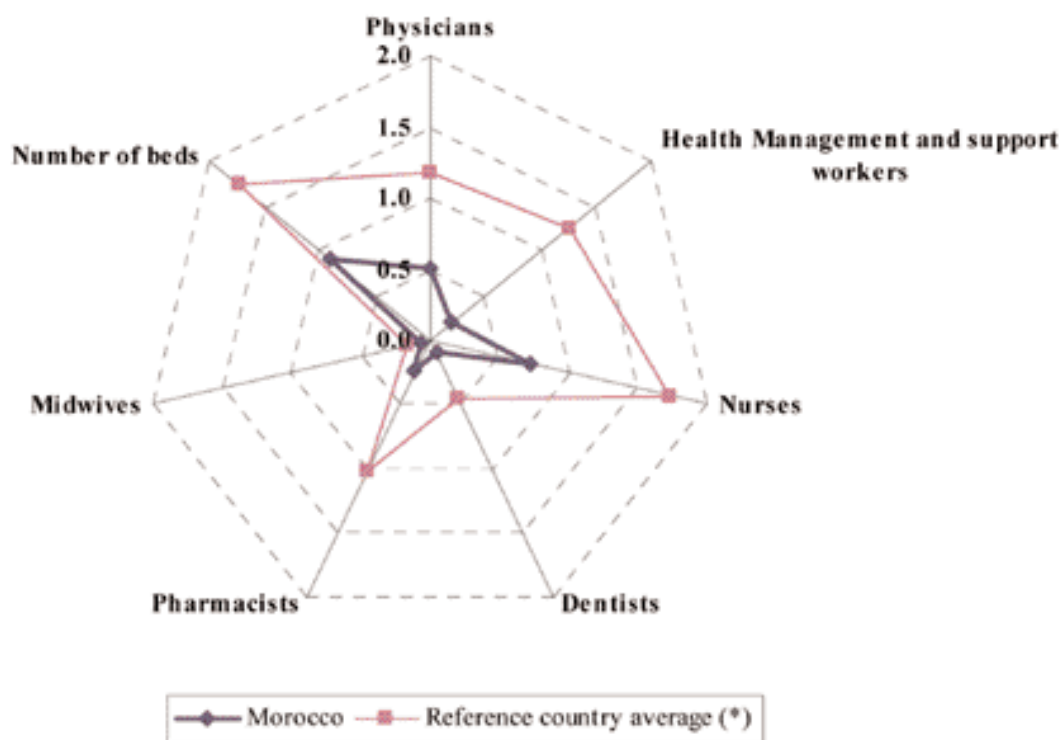
mesures clés et sur le personnel administratif ; et (iii) la promulgation d'une loi sur les droits des patients en vertu de la protection des consommateurs face aux erreurs médicales.

Améliorer l'efficacité des allocations et le côté technique

Le fait que les personnes issues des milieux les plus pauvres aient un meilleur accès aux soins, risque inévitablement de mettre beaucoup de poids sur le plateau de l'offre (offre/deman-

de). Aujourd'hui, les dotations des ressources physiques, technologiques et humaines du Maroc parviennent à peine à gérer et le volume élevé de la demande en Santé : environ 0,6 visites par professionnel de la santé par an (tableau 4).

Tableau 4 : Ressources humaines et physiques au Maroc en 2005



Source : World Health Statistics, 2007

L'élaboration et l'adoption d'une "carte sanitaire" seraient nécessaires pour considérer également les perspectives d'avenir concernant l'investissement du secteur privé établi à l'extérieur de Rabat et de Casablanca, ainsi que pour obtenir un consensus et adopter une stratégie de développement des ressources humaines. Avec un peu de chance, avec les progrès simultanés du développement rural, et par l'intermédiaire de l'Initiative nationale de développement humain, on pourra observer une réduction considérable

de la pauvreté, une amélioration du niveau d'éducation des mères et de scolarisation des enfants, ce qui contribuera également aux retombées positives sur la santé.

Une mesure complémentaire serait d'élaborer et d'adopter une formule d'allocation des ressources, pondérée selon le profil démographique et épidémiologique des régions, et de l'utiliser comme base des contrat-programmes avec les autorités régionales. Une telle mesure, si elle est convenablement élaborée et

exécutée, a de fortes chances d'améliorer l'efficacité de l'allocation et de l'utilisation des ressources. Parmi les mesures supplémentaires, on pourrait compter sur l'émission de forfaits incitatifs financiers et non financiers pour mieux attirer les professionnels de la santé dans les zones mal desservies, et sur la mise en place d'une nouvelle politique concernant l'établissement des prix et du remboursement des médicaments génériques.

À court terme, l'adoption de



protocoles de traitements soumis à des normes, la pratique des soins de meilleure qualité, les nouvelles politiques visant l'utilisation rationnelle des médicaments et les mesures de rémunération en fonction du rendement pour les médecins, seraient également efficaces en vue de l'amélioration du matériel technique.

À long terme cependant, d'autres mesures ayant plus de portée seraient essentielles comme base en vue d'une migration vers des modalités de paiement basées sur le rendement (par ex : la casuistique, les groupes casuistiques, etc.). Parmi ces mesures, on compterait : l'institutionnalisation de l'accréditation des hôpitaux, l'estimation du besoin des technologies du domaine des soins de santé, et surtout, la capacité de l'ANAM à pouvoir surveiller et vérifier en tout temps la qualité technique et la justification des soins fournis par le fournisseur de soins de santé.

Il est important de souligner que chacune de ces mesures est assujettie à des risques politiques non négligeables et est

soumise à plusieurs défis institutionnels, et dans une moindre mesure, à des contraintes économiques.

Cependant, en s'armant d'un leadership puissant, en prônant une vision pour l'avenir, et en adoptant un processus consensuel faisant participer pleinement l'ensemble des agences publiques, les représentants des fournisseurs et les groupes de population, il n'y a aucune raison pour que ces mesures ne puissent être mises en place. Il est primordial de comprendre que le domaine de la santé manque cruellement de ressources financières et surtout de main d'oeuvre, mais aussi dans sa structure informatique, ce qui l'empêche pour l'instant d'élaborer et de gérer efficacement les renseignements nécessaires pour pouvoir prendre les bonnes décisions.

Un pas vers l'avenir

La première étape consiste à ce que le Ministère de la santé prenne les devants de la gestion du processus de réforme en redéfinissant sa vision, sa mis-

sion, les rôles qu'il devra jouer, son mandat et ses responsabilités, tous des aspects qui seront les fondements de l'ébauche du document Santé-Vision 2020. Son achèvement demandera l'accord général de chacune des parties prenantes du système de santé ainsi que la préparation d'un plan de mise en oeuvre de la réforme, comprenant l'attribution des coûts des ressources nécessaires.

Il est vrai que ce projet de réforme est ambitieux tant par son étendue que par sa portée. Il faut que le gouvernement ait la capacité et/ou la volonté politique de tenir ses engagements jusqu'au bout. Il faut également comprendre que certains points de la réforme dépendent en grande partie de la disponibilité des ressources supplémentaires. D'autres réformes sont soumises à des décisions méritant beaucoup de travail. Ultiment, la réussite de ce projet dépend de l'importance que le Gouvernement accordera à la construction d'un système de santé équitable et réactif, essentiel au développement humain au Maroc.