

La couverture sanitaire universelle au Maroc : un levier de la réforme du système de santé

Universal Health Coverage in Morocco: A Lever for Health System Reform

ELAMIM Abdelouahed

Doctorant-chercheur

Doctorant en droit public - FSJES Aïn Chock, Casablanca

Résumé

La couverture sanitaire universelle constitue aujourd'hui un enjeu majeur de la réforme du système de santé au Maroc. Elle vise à garantir à l'ensemble de la population un accès équitable à des soins de qualité, tout en assurant une meilleure protection financière contre les dépenses liées à la maladie. L'évolution du système marocain a été marquée par plusieurs étapes importantes, notamment la mise en place de la Couverture Médicale de Base, de l'Assurance Maladie Obligatoire et du RAMED, avant d'évoluer vers la généralisation de la protection sociale et de la couverture médicale. Cette transformation s'accompagne toutefois de défis liés au financement, à l'équité territoriale, à la qualité des prestations et à la gouvernance du système.

Mots-clés : couverture sanitaire universelle ; système de santé ; réforme ; nouveau modèle de développement ; protection sociale ; Maroc.

Abstract

Universal Health Coverage (UHC) is currently a major challenge and a key component of health system reform in Morocco. It aims to ensure equitable access to quality healthcare for the entire population while providing greater financial protection against health-related expenses. The Moroccan health system has undergone several important stages, including the introduction of Basic Medical Coverage, Compulsory Health Insurance (AMO), and the RAMED medical assistance scheme, before moving toward the universalization of social protection and health coverage. However, this transformation continues to face challenges related to financing, territorial equity, quality of healthcare services, and health system governance

Keywords: universal health coverage; health system; reform; new development model; social protection; Morocco.

Table Des Matières

Chapitre I : couverture sanitaire universelle et le contexte marocain

I; historique de la couverture sanitaire au Maroc

A: genèse de la couverture sanitaire universelle au Maroc

B: financement du système de la santé au Maroc

II : gouvernance de la couverture sanitaire universelle et du système de santé

A: plan de santé 2025, futurs et enjeux

B: les attentes des citoyens marocains du système de la santé

Chapitre II : la santé et le développement humain

I : L'interaction dynamique entre progrès de la santé et développement économique

A : Les choix stratégiques du nouveau modèle de développement dans le domaine de la santé

B : amélioration de l'offre des soins aux citoyens

II : ressource humaine comme levier de la reforme

A : ressource humaine et norme internationale

B : nouvelle approche managériale

Acronymes

AMO : Assurance maladie obligatoire

ANAM : Agence nationale de l'assurance maladie

ARS : agence régionale de la santé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMB : Couverture Médicale de Base

CESE : conseil économique, social et environnemental

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

CSMD : commission spéciale sur le modèle de développement

DRS : Direction Régionale de la Santé

DSM : Dépenses de Santé des Ménages

DTS : Dépenses Totales de Santé

GRS : groupement régional de la santé

MNT : Maladies Non Transmissibles

N MD : nouveau modèle de développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAMED : Régime d'Assurance Médicale pour les économiquement défavorisés

TNS : travailleurs non-salariés

INTRODUCTION :

La couverture sanitaire universelle (CSU) a pour objet de permettre l'accès aux soins à tous les individus sans provoquer des difficultés financières. Comme le souligne le Directeur général de l'OMS (Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus) : « Parvenir à une couverture sanitaire universelle en assurant la sécurité financière des patients est fondamental. La « santé pour tous » doit être le centre de gravité des efforts menés, car la bonne santé des individus est profitable à leur famille, leur communauté et leur pays. Or, il reste encore beaucoup à faire. Environ 400 millions d'individus dans le monde soit une personne sur 17 n'ont toujours pas accès aux services de santé de base »⁵¹⁶⁵. L'objectif d'une meilleure santé sans appauvrissement est lié à la centralité de la santé pour le bien être individuel et collectif. La santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain et la Couverture sanitaire universelle (CSU) est un moyen privilégié pour garantir ces droits.

⁵¹⁶⁵Site de l'OMS PAGE principal; https://www.who.int/universal_health_coverage/fr/

Le Maroc est considéré comme un pays « à revenu intermédiaire ». Elle ne vise pas à remettre en cause le principe d'une CSU mais à montrer que sa conceptualisation, sa planification, sa mise en œuvre et ses mesures d'accompagnement n'ont pas produit les effets escomptés en termes d'utilisation effective des services de santé, de protection contre les risques financiers, de parcours de soins et de niveau de satisfaction de la population⁵¹⁶⁶.

Au Maroc, la mise en place de la CSU est portée par une Assurance Maladie Obligatoire (AMO) depuis 2005 pour les salariés du public et du privé. Elle est accompagnée, depuis 2012, par un dispositif ambitieux destiné à assurer l'accès aux soins aux plus démunis. Le RAMED (Régime d'Assurance Médicale aux Économiquement Défavorisés). Ce dispositif pour les populations démunies ou pauvres leur permet d'avoir accès aux services sanitaires publics, et uniquement au secteur public. Cela a été une réforme sociale majeure vu les transitions démographiques et épidémiologiques, l'augmentation des coûts de la santé mais surtout aux revendications sociales fortes depuis la fin des années quatre-vingt-dix. Le Maroc s'est donc lancé dans une politique d'accès aux soins d'envergure, dans l'esprit des recommandations de l'OMS.

Le Maroc a fait de gros efforts pour améliorer la couverture sanitaire de sa population, le sentiment général est que les effets négatifs l'emportent sur les effets positifs. La population a réagi avec vigueur et sévérité vis à vis de plusieurs insuffisances et dysfonctionnement, notamment en matière de disparités de ressources inter et intra régionales, d'iniquités en matière d'accès aux services de santé et de gouvernance peu optimale s'exprimant par une offre de soins inadaptée à la demande et aux besoins de santé.

Ce désenchantement vis-à-vis de la CSU marocaine a été dans un premier temps peu pris en compte par les instances gouvernementales. Les différents rapports et études nationales et internationales ont tenté d'évaluer les résultats économiques de la CSU et d'estimer les performances du système de santé dans ses dimensions, résultats sanitaires et production de services publics. Il est apparu clairement que le Maroc n'a pas réussi sa transition sociale en termes de couverture sanitaire universelle, contrairement à d'autres secteurs stratégiques du pays. Pourquoi un projet sociétal d'envergure n'a-t-il pas produit les effets attendus en termes d'accessibilité, de qualité des soins et de résultats sanitaires? La réponse à cette question est capitale car le secteur de la santé est un facteur prépondérant dans la genèse des tensions sociales.

Il a fallu attendre la prise de parole du Roi du Maroc pour que cet échec soit définitivement reconnu. Le discours du Roi a eu pour effet d'exprimer au peuple marocain qu'il y avait nécessité de refondre le système de santé et repenser la CSU, particulièrement la composante qui concerne les populations vulnérables (« Ramedistes »). Il a ainsi demandé de corriger en urgence les insuffisances et de revoir en profondeur les éléments qui génèrent les inégalités, iniquités, non qualité, insatisfaction et performance de ce secteur.

⁵¹⁶⁶JAAFAR HEIKEL, évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc, THESE SOUTENU MARS 2020

Chapitre I : couverture sanitaire universelle et le contexte marocain

I : historique de la couverture sanitaire au Maroc

A : genèse de la couverture sanitaire universelle au Maroc

Depuis trois décennies, la CSU fait désormais partie des enjeux majeurs de toute politique de santé et de ses effets sont aujourd'hui le véritable défi du Maroc et des systèmes de santé. Les transitions démographiques et épidémiologiques ont conduit à un vieillissement de la population, une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles (MNT) et ont impacté les dépenses en santé de tous les pays du monde. C'est aussi le cas du Maroc où 10% de la population à plus de 60 ans et 78% des décès sont dues au MNT en 2018. Les résultats de l'enquête montrent une prévalence élevée des MNT et surtout une progression par rapport à la dernière enquête nationale réalisée en 2000. L'analyse détaillée indique que pendant les prochaines années ces morbidités vont entraîner une augmentation de l'utilisation des services de santé, une augmentation de la consommation des médicaments et des examens para cliniques et un accroissement de la charge financière pour les ménages⁵¹⁶⁷.

Cette double transition démographique et épidémiologique explique que l'accessibilité aux services de santé, la qualité de la prise en charge des patients et l'optimisation des dépenses de santé sont devenues une priorité absolue. Elles constituent la raison majeure de la mise en place d'un plan santé 2025 axé autour de trois piliers et faisant de la CSU un enjeu majeur de l'accessibilité aux services de santé corollaire à l'amélioration de la santé des populations⁵¹⁶⁸.

A travers le monde, la mise en place de la CSU ne vise pas seulement à augmenter l'accessibilité aux services de santé mais surtout à réduire les iniquités inter-pays, intra-pays voire intra régions au sein d'un même pays d'ici 2030⁵¹⁶⁹.

La part contributive de l'utilisateur dans la dépense de soins Dans le cas du Maroc et jusqu'en 2002, 15% de la population bénéficiait d'une couverture médicale avec une faible accessibilité aux services de santé, une iniquité en matière de prestations médicales, des résultats sanitaires insuffisants et une performance du système de santé marocain faible⁵¹⁷⁰.

Pour des raisons politiques et particulièrement de revendications sociales majeures en matière d'éducation et de santé, une réforme sanitaire majeure a eu lieu avec la promulgation le 03 octobre 2002 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base (CMB) ou couverture sanitaire universelle (CSU) avec une composante AMO (Assurance Maladie Obligatoire) et RAMED (Régime d'Assistance Médicale aux économiquement démunis). Ce projet social est basé sur six principes fondamentaux : l'obligation, l'universalité, l'équité, la solidarité, l'interdiction de toute forme de discrimination et l'interdiction de la sélection du risque maladie.

L'objectif de la CSU au Maroc était clair pour les décideurs politiques en 2002 : « améliorer le niveau de santé d'une grande partie de la population ne bénéficiant pas de couverture médicale en assurant à tous les citoyens l'égalité et l'équité dans l'accès aux services de santé, selon leurs besoins de santé et non leur capacité de paiement »⁵¹⁷¹ De façon plus précise quatre enjeux soutenaient cette réforme :

⁵¹⁶⁷Enquête nationale sur les facteurs de risque communs des maladies non transmissibles 2017-2018, ministère de la santé Maroc.

⁵¹⁶⁸Plan « santé 2025 », Ministère de la santé 2018

⁵¹⁶⁹Commission permanente de la démocratie et des DH, réaliser l'objectif de CSU d'ici 2030, 15 juillet 2019

⁵¹⁷⁰JAAFAR HEIKEL OP CET

⁵¹⁷¹Loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base CMB

- Accessibilité : améliorer l'accessibilité aux services de santé et en particulier aux plus démunis et aux personnes vivant dans des zones enclavées.

- Prise en charge de qualité des pathologies chroniques, longues et coûteuses.

- Gouvernance : optimisation du fonctionnement et de la performance des unités sanitaires

-Financement : réduire le fardeau de la dépense en santé pour l'État et pour les ménages. Les départements directement impliqués dans cette réforme sont le Ministère de la Santé, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), le Ministère de l'Économie et des Finances, le Ministère de l'intérieur, le Ministère de l'Agriculture et de la pêche maritime, l'Entraide Nationale et les collectivités locales.

l'AMO est fondée sur le principe contributif de chaque travailleur des secteurs publics et privés et sur celui de la mutualisation des risques, alors que le RAMED est fondé sur le principe de la solidarité au profit d'une population démunie et vulnérable estimée à l'époque à 8,5 Millions de personnes (également considérés comme vulnérables les pensionnaires des établissements pénitentiaires, de bienfaisance, orphelinats, hospices ou de rééducation, tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille et les Sans Domicile Fixe).

Le RAMED est financé principalement par l'État et les collectivités locales (40 dhs/personne/an) ainsi que la contribution des bénéficiaires en situation de vulnérabilité (120 dhs/personne/an avec un plafond de 600 dhs par ménage). La population éligible au RAMED, selon des critères socioéconomiques pondérés définis par le ministère de l'intérieur, a droit à une prise en charge totale des prestations citées à l'article 121 de ladite loi n°65-00 relative aux affections nécessitant l'hospitalisation, aux soins ou aux examens pratiqués dans les hôpitaux et établissements de soins publics.

Cette prise en charge ne concerne que 41 pathologies et syndromes considérés comme graves et coûteux et uniquement les examens paracliniques disponibles dans les structures de l'État. Par ailleurs l'éligibilité au RAMED passe par une demande à l'autorité administrative locale où réside le demandeur et concerne les déclarations relatives aux revenus, au patrimoine et aux conditions socioéconomiques. Une commission permanente locale statue sur la demande en s'assurant que la personne ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux soins et qu'elle ne bénéficie d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base ou de toute autre couverture médicale, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit. Qu'ils soient dans la catégorie pauvre ou vulnérable, les bénéficiaires doivent utiliser la filière de soins du réseau des établissements de soins de santé de base (centre de santé ou dispensaire) vers le réseau hospitalier de référence le plus proche du lieu d'habitation.

B : financement du système de la santé au Maroc

Au Maroc, le budget de la santé est essentiellement consacré aux soins curatifs et particulièrement aux hôpitaux qui accaparent 53,1% du montant alloué en 2017. En 2018, seuls 9% du budget était consacré à la prévention (assurée essentiellement par le réseau des établissements de soins de santé primaire). Plusieurs éléments permettent de caractériser le financement du système de santé par l'État au cours de la période 2012 à 2017. Tout d'abord le budget du Ministère de la santé qui représente 7,7% du budget général de l'État (BGE), a évolué de 24,5%, passant de 11,8 Mds de dhs à 14,7 Mds de dhs sans que la dépense en santé publique par habitant n'ait connu une progression similaire tenant compte de la croissance démographique (5% pour la même période). Le Maroc connaît les indicateurs les plus bas par rapport à un

ensemble de pays comparables : l'Algérie (7,1% du Produit intérieur brut (PIB) et 10,7% du BGE), la Tunisie (6,7% du PIB, 13,6% du BGE)⁵¹⁷².

Les ratios globaux de médecins ou infirmiers par habitant restent en deçà des minima exigés par l'OMS (1 paramédical / 605 habitants et 1 médecin / 1650 habitants)⁵¹⁷³.

les contraintes du financement viennent également de l'iniquité du système de santé, dans la répartition des ressources sur le territoire puisque 80% des lits d'hospitalisation sont dans le secteur public (en réalité 48% sont utilisés); 65% des médecins sont répartis sur 5 villes, 56% de la capacité de diagnostic biologique ou radiologique se trouvent dans deux villes Casablanca et Rabat; 95% des pharmacies et 90% des cabinets dentaires sont dans le secteur privé, 90% des unités de soins ambulatoires médicaux sont dans le secteur privé⁵¹⁷⁴.

« La dépense totale de santé (DTS) au Maroc au titre de l'année 2018 a atteint environ 60,9 milliards de dirhams contre 52 milliards en 2013 soit un accroissement global de l'ordre de 17,1% et une augmentation annuelle moyenne d'environ 3,2%. En outre, la dépense courante de santé (DCS) s'élève à 59,1 milliards de dirhams représentant ainsi 97% de la DTS contre environ 1,8 milliard de dirhams pour les dépenses liées à l'investissement soit 3% de la DTS (formation brute du capital). Rapportée à la taille de la population, la dépense de santé par habitant s'élève à 1730 Dhs. Enregistré un accroissement de 152 Dhs en l'espace de 5 ans représentant une variation relative de l'ordre de 9,6%. Ce taux d'accroissement indique une tendance positive de l'amélioration du financement de la santé à travers la contribution de l'ensemble des agents financeurs de la santé au Maroc. Par ailleurs, entre 2013 et 2018, la DTS a évolué avec un rythme moins rapide que l'évolution du PIB. En effet, en 2018, la DTS représente 5,5% du PIB contre 5,8% en 2013, soit une diminution de 0,3 point durant la période 2013-2018. Les ménages restent toujours le premier financeur de la santé au Maroc avec une part de 45,6% soit une baisse de 5,1 points par rapport à 2013. Cette importante baisse est expliquée d'une part, par l'extension de la couverture médicale, et d'autre part, par l'élargissement de la liste des médicaments remboursables, la promotion de la prescription des médicaments génériques et également la baisse des prix des médicaments opérée depuis l'année 2014 suite à la mise en application du décret relatif aux conditions et modalités de fixation des prix des médicaments. Cependant, malgré cette baisse des paiements directs des ménages, le niveau enregistré demeure encore élevé par rapport aux normes préconisées à l'international (moins de 25%)⁵¹⁷⁵.

Le deuxième financeur de la santé au Maroc est l'assurance maladie. Cette dernière, qui a couvert, en 2018, 40,6% de la population marocaine, a mobilisé environ 17,9 milliards de dirhams représentant ainsi 29,3% de la dépense totale de santé en 2018, soit une progression de 6,9 points par rapport à 2013. Par ailleurs, des efforts indéniables ont été déployés ces dernières années par l'Etat pour accorder plus de ressources au secteur de la santé et l'ériger comme priorité nationale. Toutefois, la part de l'Etat dans le financement de la santé, à travers les ressources fiscales nationales et locales, est restée quasiment constante entre 2013 et 2018 pour enregistrer une proportion de l'ordre de 24% en 2018. Il est à noter que le financement collectif et solidaire s'est amélioré de 6,5 points pour atteindre 53,3% en 2018 contre 46,8% en 2013 et constitue ainsi une tendance positive vers une protection financière de la population et surtout les tranches les plus

⁵¹⁷² Dépenses consommation finale des ménages par habitant HCP 2016

⁵¹⁷³ Idem

⁵¹⁷⁴ Idem

⁵¹⁷⁵ Comptes nationaux de la sante 2018, ministère de la santé

vulnérables. Il importe de souligner par ailleurs, qu'en 2018, la contribution de la coopération internationale au financement de la santé ne représente que 0,2% enregistrant ainsi une baisse de 0,4 point par rapport à l'année 2013 »⁵¹⁷⁶. La généralisation du RAMED en avril 2012 était une volonté royale de mettre en œuvre une composante essentielle de la CSU au Maroc qui depuis 2002 ne concernait réellement que l'AMO. Les populations pauvres et vulnérables recensées en 2017 à plus de 10,5 millions de personnes (2 millions de plus que ce qui avait été prévu dans le premier recensement) avaient des besoins de santé et des attentes non réalisées depuis la promulgation de la loi 65-00 portant couverture médicale de base.

Au titre de l'année 2018, l'Etat a mobilisé dans le cadre du Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale une enveloppe budgétaire de l'ordre de 1,54 milliards de Dhs contribuant ainsi au financement du RAMED à hauteur de 90,7%, suivi par les Collectivités Territoriales (CT) avec une proportion de 8,6% (146,7 millions de Dhs) alors que la contribution des vulnérables ne représente que 0,7% (13,2 millions de Dhs). Malgré les efforts consentis par l'Etat pour mobiliser des fonds additionnels, la montée en charge de l'effectif des bénéficiaires et de prestations de soins n'ont pas été accompagnés par la mobilisation de financements substantiels pour faire face aux dépenses induites par la demande exponentielle de soins⁵¹⁷⁷.

Le budget du Ministère de la Santé reste la source principale du financement des prestations desservies aux bénéficiaires du RAMED.

II. gouvernance de la CSU et du système de santé

Le dernier rapport du Conseil Économique et Social et Environnemental (CESE) du Maroc indique que 79% des pauvres résident en milieu rural dont 64% sont en situation de vulnérabilité. En termes d'accès aux services de santé, 65% des professionnels de santé et près de 70% de l'offre de soins sont répartis sur cinq parmi les douze régions du royaume, 24% de la population rurale trouvent des difficultés particulièrement sérieuses pour bénéficier de prestations liées à la santé de la mère et de l'enfant⁵¹⁷⁸.

Cette iniquité d'accès et de disponibilité d'offre de soins a été entre autres l'argument en faveur de la mise en place de la CSU dans une organisation mixte de système national de santé et d'assurance maladie pour ceux ayant un revenu (AMO) et ceux qui n'ont en pas (RAMED).

A : plan de santé 2025, futurs et enjeux.

Le Plan Santé 2025 a été élaboré suite au discours Royal de Juillet 2018 et qui a demandé au gouvernement de repenser la couverture sanitaire universelle afin de permettre un réel accès aux populations pauvres et vulnérables aux services de santé et de revoir en profondeur le système de santé en vue d'une refonte qui soit en adéquation avec les besoins de santé et le contexte démographique, épidémiologique et socioéconomique⁵¹⁷⁹.

Ce plan élaboré en concertation avec les parties prenantes a pour base l'accessibilité, la réduction des iniquités, la priorisation des soins de santé de base et la performance du système de santé.

1 : Faire passer la mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100000 naissances vivantes.

⁵¹⁷⁶ Comptes nationaux de la sante 2018, ministère de la santé

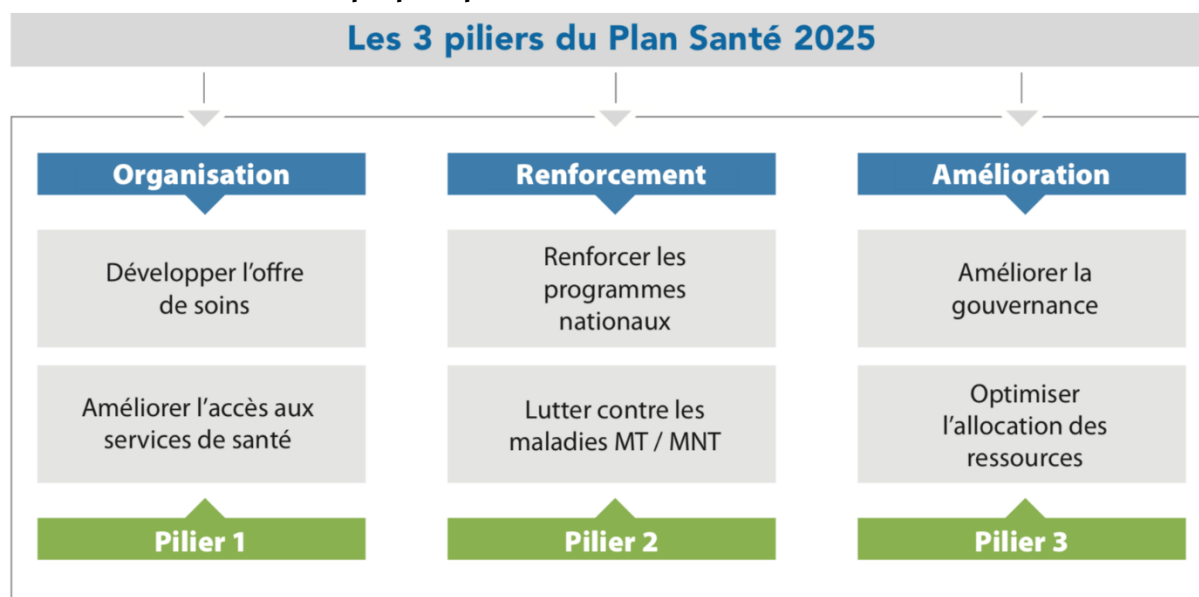
⁵¹⁷⁷ JAAFAR HEIKEL OP CET

⁵¹⁷⁸ Rapport du conseil économique, social et environnemental 2018

⁵¹⁷⁹ PLAN « SANTÉ 2025 », MSPS. Mai 2018

- 2 : Eliminer les décès évitables des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans, etramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalitéinfanto-juvénile à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.
- 3 : Mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladiestropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et lesautres maladies transmissibles.
- 4 : Réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, la mortalité prématurée due à desmaladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.
- 5 : Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho actives, notamment de stupéfiants et d'alcool.
- 6 : Diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à desaccidents de la route d'ici 2020.
- 7 : Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, ycompris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise encompte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.
- 8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protectioncontre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualitéet à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coûtabordable.
- 9 :D'ici à 2030, réduire le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiquesdangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

Plan Santé 2025 proposé par le Ministre



Source : Ministère de la Santé- Plan Santé 2025, Rabat. 2018

Les différents constats et l'urgence d'une réforme du système de santé marocain, en particulier dans sa dimension couverture sanitaire universelle, posent des questions de fond.

Il semble en effet que la mise en place de la CSU surtout dans sa composante RAMED ait entraîné des effets inattendus.

B : les attentes des citoyens marocains du système de la santé

En effet « 67,7% des utilisateurs de services de santé ne sont pas satisfaits par le système de santé au Maroc. Le niveau de satisfaction globale varie selon le mode de couverture étant le plus élevé chez les bénéficiaires d'une assurance privé (47,6%) et le plus faible en absence de couverture médicale (23,8%). La majorité de l'insatisfaction (52,6%) concerne les

Ramedistes et les sans couverture médicale mais la catégorisation selon le mode de couverture ou le secteur utilisé montre trois tendances : l'insatisfaction est globale quel que soit le mode de couverture, dans le secteur privé l'insatisfaction est surtout l'apanage des bénéficiaires de l'AMO alors que dans le secteur public ce sont les personnes sans couverture puis les Ramedistes qui sont le plus insatisfaits. La présence d'une maladie chronique exacerbe ce sentiment d'insatisfaction en raison de la durée du séjour et du coût comme nous l'avons déjà montré. L'on peut se poser la question si au-delà de la perception négative vis à vis du système de santé, la couverture médicale est considérée comme un atout majeur dans l'utilisation des services de santé en termes d'accessibilité ou en termes d'utilité. Les résultats montrent le contraire puisque quel que soit l'offre de soins publique ou privée ou le type de service utilisé, la satisfaction ou la perception d'utilité de la couverture sont faibles. Au Maroc la CSU aurait non seulement pas atteint ses objectifs mais a créé un sentiment de frustration et de rejet d'un produit d'assurance pour non-conformité » 5180

L'analyse des attentes exprimée par rapport à la prise en charge des frais de santé par le RAMED fait ressortir une revendication pour une plus large/meilleure prise en charge globale du Ramediste qui rapprocherait un peu le RAMED de l'AMO.

Chapitre II : la santé et le développement humain

« Une meilleure santé est essentielle au bonheur et au bien être. Une meilleure santé contribue également de manière importante au progrès économique, puisque les populations en bonne santé vivent plus longtemps, sont plus productives et épargnent plus » 5181. C'est en ces termes que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) positionne le lien entre santé et développement. On remarquera d'emblée les ambiguïtés de ces deux phrases qui présentent la santé successivement comme une fin puis comme un moyen : tantôt comme bonheur et bien être, tantôt comme moteur du progrès économique.

La Commission Spéciale sur le Modèle de Développement a analysé le système de santé au Maroc d'une façon très intégrée. Le rapport sur le Nouveau Modèle de Développement a permis de mettre l'accent sur les dysfonctionnements dont souffre le secteur de la santé à travers les consultations réalisées auprès des différentes parties prenantes. Plusieurs propositions ont été faites sur les axes de réforme du système de santé au Maroc.

L'initiative de l'élaboration d'un Nouveau Modèle de Développement (NMD) pour le Maroc, initiée par SM le Roi Mohammed VI, est une étape charnière dans l'histoire du Royaume afin de construire un avenir moderne capable de relever les nouveaux défis nationaux et internationaux auxquels est confronté le pays. Le NMD est une occasion pour intégrer les besoins et les revendications de la population dans divers domaines qui concernent leur vie quotidienne, et mettre en œuvre des politiques capables de satisfaire ces besoins.

On remarque également que l'importance accordée au citoyen occupe une place prépondérante dans le rapport relatif au NMD à travers deux axes : l'axe 2 relatif au capital humain et l'axe 3 relatif à l'inclusion et solidarité. Dans ce cadre, la réforme du système de santé trouve sa place dans ce NMD comme étant un secteur qui doit bénéficier d'une intention particulière vu son importance pour garantir une meilleure santé pour la population. L'épidémie du COVID-19 a démontré l'importance du secteur de la santé dans un pays, d'où la nécessité d'avoir un système de santé capable de résister aux chocs

5180 JAAFAR HEIKEL, évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc, THESE SOUTENU MARS 2020

5181 OMS 2019

et aux aléas de l'environnement. En effet, il y aura toujours des risques sanitaires ou une évolution dans le profil épidémiologique d'un pays qui nécessiterait une capacité de résistance du système de santé. Cette résistance exige des moyens suffisants (financiers, humains et techniques), de repenser au mode de gouvernance et d'organisation de l'offre de soins, et de mettre en place un système d'information moderne et efficace⁵¹⁸².

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « les systèmes de santé comprennent toutes les personnes et toutes les actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé »⁵¹⁸³. Ce souci d'amélioration de la santé de la population, constitue la raison d'être de tout système de santé. Toutefois il n'est pas le seul objectif du système de santé. Ce dernier a un deuxième objectif qui consiste à donner des réponses aux attentes des gens. Ce qui sous-entend que les citoyens ont des attentes envers ce système. Ils veulent être bien pris en charge (physiquement et psychologiquement) lorsqu'ils visitent une structure sanitaire. La population désire un bon accueil, un délai d'attente aux urgences qui est réduit, une bonne prise en charge etc. Par ailleurs la population désire que les soins qu'ils reçoivent ne les ruinent pas financièrement. C'est pour cette raison que le troisième objectif du système de santé est d'assurer une protection financière contre les coûts de la maladie⁵¹⁸⁴.

I. L'interaction dynamique entre progrès de la santé et développement économique

A. Les choix stratégiques du nouveau modèle de développement dans le domaine de la santé

Le rapport sur le NMD a défini les choix stratégiques sur lesquelles il faut agir pour améliorer les performances du système de santé au Maroc. Ces choix émanent des différentes consultations auprès de la population, des institutionnels et diverses parties prenantes. Les choix stratégiques émanant de ces consultations sont comme suit :

- Soutenir la demande de soins à travers la généralisation de l'accès à la couverture médicale et l'élaboration d'un panier de soins évolutif;
- Investir massivement dans les ressources humaines et leur valorisation;
- Réorganiser le parcours de soins depuis l'échelon communautaire à l'échelon régional et accélérer la digitalisation du système de santé;
- Renforcer l'hôpital public et encourager la coopération public-privé;
- Une refonte substantielle de la gouvernance du système sanitaire à tous les niveaux, avec une action forte au niveau territorial;
- Mettre en place une politique intégrée et intersectorielle en matière de prévention et d'éducation à la santé;
- Renforcer la résilience du système de santé face au risque de crises sanitaires futures et développer la souveraineté sanitaire »⁵¹⁸⁵.

Pour concrétiser ces choix stratégiques, le rapport sur le NMD propose l'instauration du projet intitulé « Couverture Sanitaire Universelle ». Pour l'OMS « la couverture santé universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services : préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces

⁵¹⁸² Mohammed Nabil EL MOUSSALI Bouchra OUARRAOUI, Les apports du Nouveau Modèle de Développement pour la réforme du système de santé au Maroc : une analyse sur la base du cadre conceptuel des systèmes de santé, Dossiers de Recherches en Economie et Gestion : Dossier 10, N° 1 : Mars 2022

⁵¹⁸³Rapport sur la santé dans le monde, 2000

⁵¹⁸⁴Rapport sur la santé dans le monde, 2000 cinquante-troisième assemblée mondiale de la sante

⁵¹⁸⁵Rapport général le nouveau modèle de développement, choix stratégique 3 – tableau 4, p118

services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers »⁵¹⁸⁶.

Le choix de ce projet axé sur la CSU est un choix judicieux puisque cette dernière est considérée comme un outil intégré qui permet d'une part d'améliorer les mécanismes de financement des soins et d'autre part d'avoir un système de santé de qualité, efficace, résilient et bien gouverné. Les choix stratégiques retenus par la CSMD constituent une vraie refonte du système de santé au Maroc du fait que les différentes recommandations sont en adéquation avec le cadre de renforcement des systèmes de santé proposé par l'OMS.

Le NMD a fixé des ambitions et cibles à l'horizon 2035 qui permettent l'atteinte de ces objectifs, à savoir :

- Augmenter la part de la population couverte pour les soins de santé essentiels : 100% de la population à horizon 2025 contre 65% environ actuellement⁵¹⁸⁷;
- Réduire les dépenses directes de santé des ménages : 30% des dépenses totales de santé supportées par les ménages en 2035 contre plus de 50% actuellement ⁵¹⁸⁸;
- Augmenter les effectifs médicaux et paramédicaux pour arriver à une densité de personnel soignant de 4,5 pour 1000 habitants en 2035 contre 2 pour 1 000 actuellement, soit 54 000 médecins et plus de 100 000 infirmiers formés entre 2030 et 2035⁵¹⁸⁹.

Une fois que ces cibles fixées par le NMD seront réalisées nous pouvons dire que le Maroc a pu mettre en place un système de santé capable d'offrir un bon niveau de santé pour la population, en garantissant une équité pour accéder aux soins de santé de qualité sans que les citoyens soient ruinés financièrement face à la maladie.

Le deuxième niveau de renforcement des systèmes de santé exige la nécessité de remplir six fonctions qui sont comme suit : «

- La prestation des services de santé qui doivent être efficaces et de qualité, soit au niveau des soins préventifs ou curatifs;
- Un personnel de santé réactif, juste et efficace;
- Un système d'information sanitaire capable de fournir des données fiable et actualisées, sur les performances du système de santé;
- Des technologies médicales avec un bon rapport qualité/prix notamment au niveau des produits médicaux, des vaccins et d'autres technologies essentielles;
- Un système de financement suffisant et garantissant la protection financière des bénéficiaires;
- Une direction et une gouvernance garante de la transparence et de la réédition des comptes »⁵¹⁹⁰.

L'analyse des orientations stratégiques proposées dans le cadre du NMD nous montre que les propositions effectuées permettent le renforcement des six fonctions d'un système de santé proposées par l'OMS.

Nous allons à présent voir que propose le NMD pour renforcer chacune des fonctions du système de santé

B. amélioration de l'offre des soins aux citoyens

⁵¹⁸⁶ Margot Nouleau, Blandine Destremau, Bruno laitier, « EN CHEMIN VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE » Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé, Revue Tiers Monde » 2013/3 n°215 | pages 129

⁵¹⁸⁷ La couverture médicale de base au Maroc bilan d'étapes et perspectives ministère de la santé 2018

⁵¹⁸⁸ Rapport général le nouveau modèle de développement

⁵¹⁸⁹ Rapport général le nouveau modèle de développement Tableau 1 : Indicateurs de résultat du NMD, p60

⁵¹⁹⁰ OMS Rapport sur la santé en Europe 2009 Santé et systèmes de santé, 2009

Le NMD propose une réorganisation de l'offre de soins dans chaque niveau territorial. Au niveau communautaire, « offrir des soins adaptés telle la télémédecine ou les caravanes médicales. Puis au niveau de proximité (district ou cercle) offrir des soins essentiels soit primaires ou hospitaliers. Ensuite un niveau de recourt régional dans des hôpitaux spécialisés. Dans ce schéma le CHU joue un rôle essentiel comme une institution de spécialité de pointe, de recherche et de formation et également comme une structure à laquelle sont liés les autres hôpitaux de la région dans le cadre des Groupements Régionaux de Santé (GRS). L'organisation des soins passe également par le renforcement du médecin traitant comme porte d'entrée dans le système. Enfin il faut mettre en place des filières de soins spécifiques qui sont soit couteuses soit nécessitant une prise en charge particulière (par exemple : le diabète, le cancer, les femmes enceintes, les personnes à besoins spécifiques etc.). Autre mesure qui a pour but d'améliorer les services de santé pour la population est le Partenariat Public Privé (PPP) »⁵¹⁹¹.

Cet outil qui permet de mutualiser les ressources du secteur public et du secteur privé et permettre par exemple aux médecins de ce dernier d'offrir des soins de santé au niveau des structures sanitaires publiques en profitant de leur plateau technique.

Enfin une dernière mesure concerne l'intervention sur les déterminants sociaux de la santé en encourageant des comportements assurant une bonne hygiène de vie et améliorant le bien être individuel. Cela passe par des actions telle la médecine communautaire, la médecine scolaire, lutter contre les impacts négatifs de l'activité économique sur la santé⁵¹⁹²

II. ressource humaine comme levier de la reforme

A : ressource humaine et norme internationale

« Pour remédier à la pénurie des ressources humaines et leur répartition inéquitable entre les régions, plusieurs actions ont été proposées. En priorité renforcer la densité du personnel soignant pour arriver au seuil de 4.5 pour 1000 habitant en 2035. Ceci nécessite l'augmentation des capacités de formation des facultés de médecine, et revoir le système de formation actuelle en diminuant la durée de formation des médecins généralistes de 7 à 6 ans. Pour ce qui est des infirmiers, il faut augmenter les capacités de formation des instituts existants et encourager les écoles privées d'infirmières. Sur le plan managérial il serait nécessaire de former des gestionnaires de la santé capables d'offrir le support adéquat pour une bonne gestion des établissements sanitaires⁵¹⁹³.

Enfin les professeurs en médecine doivent augmenter leurs efforts dans le domaine de la recherche scientifique. Pour valoriser le rôle du personnel de la santé le NMD suggère la refonte du statut de ces derniers, améliorer leurs conditions de travail et lier la rémunération au rendement.

Quant à la répartition géographique du personnel de santé, nous remarquons qu'elle est inéquitable entre les différentes régions. De ce fait la CSMD recommande d'abord l'encouragement du recrutement régional et augmenter les postes budgétaires⁵¹⁹⁴.

B : nouvelle approche managériale :

Le NMD propose de digitaliser le système d'information actuel. D'abord par la digitalisation des registres médicaux de chaque patient. Puis par l'utilisation des nouvelles technologies dans la gestion des hôpitaux afin de faciliter le travail du

⁵¹⁹¹Rapport général le nouveau modèle de développement, p115

⁵¹⁹²Rapport général le nouveau modèle de développement, p116

⁵¹⁹³ Idem

⁵¹⁹⁴ Idem

personnel et pourvoir obtenir l'information juste au temps opportun. Cette digitalisation de la gestion peut être utilisée par exemple dans le cadre de la prise des rendez-vous, dans le cadre de la facturation ou dans l'orientation du patient au sein du parcours de soins.

La mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle permet de dépasser ces insuffisances. Le NMD propose un ensemble de mesures pour améliorer le financement du système de santé au Maroc. L'élargissement de la couverture médicale, Tout d'abord en accélérant la couverture des travailleurs non-salariés (TNS) qui ne bénéficient pas actuellement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Puis revoir le fonctionnement du RAMED, qui évoluera vers un régime assurantiel couvrant les soins essentiels et limité dans un premier temps aux hôpitaux publics (2021- 2025) puis élargi aux établissements privés (2025-2035). Ensuite regrouper l'ensemble des régimes (RAMED et AMO) dans une caisse unique donnant accès à un panier de soins identifié. Enfin mettre en place des assurances complémentaires afin de permettre aux individus de bénéficier d'un panier de soins plus élargi.

La gouvernance de ces différentes caisses sera attribuée à l'ANAM (Agence Nationale d'Assurance Maladie). La mise en place de ce nouveau régime de couverture maladie doit être accompagnée par un certain nombre d'actions. En premier lieu accélérer la mise en place de la facturation dans les hôpitaux publics, afin de permettre à ces derniers de bénéficier des remboursements des soins de santé et assurer un financement reflétant le coût réel des prestations. En deuxième lieu renforcer le financement de la couverture médicale de base, en relevant d'abord les cotisations des salariés de la fonctions publics, puis en instaurant une cotisation forfaitaire des TNS et enfin en renforcement la participation de l'Etat par l'allocation d'une partie des recettes fiscale au financement de la santé.

L'ensemble des actions de réforme sont tributaires d'une bonne gouvernance du système de santé. Le NMD propose des mesures de renforcement de cette gouvernance. La création des Groupements Régionaux de Santé (GRS) comme structure qui englobe tous les hôpitaux d'une région sous le pilotage du CHU. Ces hôpitaux doivent bénéficier de l'autonomie financière nécessaire pour des services de qualité. À côté des GRS, seront créées des Agences Régionales de Santé (ARS) qui remplaceront les actuelles Direction Régionales. Ce type de gouvernance a pour but principal d'améliorer la qualité de services de santé. Pour cette raison il y aura l'instauration d'une autorité scientifique autonome chargée de la définition des normes, des accréditations et la mise en place d'une démarche qualité dans le secteur de la santé.

La réforme du système de santé au Maroc dans le cadre du NMD et Les propositions de réforme du système de santé, élaborées par la CSMD, sont très intéressantes et s'intègrent parfaitement dans le cadre du renforcement des systèmes de santé basé sur les fonctions de ces derniers.

Conclusion :

Le NMD est une occasion pour mettre en place un système de santé au Maroc moderne et efficace. Les différentes propositions émanent des revendications de la population et expriment leurs profondes préoccupations en matière de santé. Ces besoins peuvent être résumés d'une part dans des services de santé équitables et de qualité, et d'autre part dans une protection financière contre les risques de la maladie. C'est-à-dire que le système de santé doit être capable d'atteindre ses objectifs. Plusieurs orientations ont été choisies pour instaurer un système de santé équitable, des soins de qualité et une couverture médicale pour l'ensemble des individus. Ces orientations s'inscrivent parfaitement dans le cadre conceptuel de l'OMS, ce qui nous permet de dire que les propositions effectuées sont construites sur des bases théoriques conformes aux orientations de l'OMS. Ainsi la CSMD a proposé de revoir l'organisation de l'offre de soins, remédier à la pénurie du

personnel de santé, renouveler les équipements, digitaliser le système d'information, améliorer le financement et enfin renforcer la gouvernance du système de santé en général. Le tout intégré dans le projet de « Couverture Sanitaire Universelle » qui est un projet fédérateur permettant d'améliorer le financement et avoir un effet de levier sur les autres fonctions du système de santé. Ceci ne peut être fait sans une volonté politique et une implication de tous les acteurs notamment les professionnels de santé, les partis politiques, la société civile et tout intervenant dans le domaine de la santé. Cela nécessite aussi d'assurer d'abord un pilotage efficace de la réforme à long terme, et ensuite offrir les ressources nécessaires pour la réussite des différents chantiers.

Bibliographie :

- Bruno Boidin, Samira Guennif, SANTÉ AU SUD : entre solutions clé en main et dynamiques endogènes, Journal de gestion et d'économie médicales » 2018/5 Vol. 36 | pages 255 à 259
- Margot Nouleau, Blandine Destremau, Bruno Lautier, « en chemin vers la couverture sanitaire universelle » Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé, Revue Tiers Monde 2013/3 n°215 | pages 129 à 148
- Mohammed Nabil El Moussali Bouchra Ouarraroui, Les apports du Nouveau Modèle de Développement pour la réforme du système de santé au Maroc : une analyse sur la base du cadre conceptuel des systèmes de santé, Dossiers de Recherches en Economie et Gestion : Dossier 10, N° 1 : Mars 2022
- JaafarHeikel, évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc, Thèse pour le doctorat en Sciences Économiques Présentée et soutenue publiquement le 04 Mars 2020
- Jean-Claude Berthélemy, Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté <http://france.elsevier.com/direct/CRASS3/>, 10/11/2022
- Pierre Salignon et Christophe Paquet, Protection Sociale et Couverture Santé Universelle
- (CSU) : nouveaux défis de l'agenda du développement post 2015, Édition électronique
URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/2918> ISSN : 2105-2522
- OMS Santé et développement Allocution d'orientation prononcée par le Professeur Amartya Sen, Master of Trinity Collège, Cambridge, Prix Nobel d'Economie à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé Genève, mardi 18 mai 1999
- OMS CINQUANTE-TROISIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE, Rapport sur la santé dans le monde, 2000
- OMS rapport sur la santé dans le monde 2013, La recherche pour la couverture sanitaire universelle
- Rapport général LE NOUVEAU MODELE DE DEVELOPPEMENT, avril 2021
- Rapport général, symposium international sur la couverture sanitaire des populations en précarité, rapport général 13 mars 2015, ministère de la santé
- Les premières Assises Nationales de la Protection Sociale « Ensemble pour un système de protection sociale intégré et pérenne » Couverture Sanitaire Universelle au Maroc : État des lieux et pistes de réformes, Skhirat, 12-13 novembre 2018
- ministère de la santé, La couverture médicale de base au Maroc bilan d'étapes et perspectives
- Direction de la planification et des ressources financières, ministère de la santé comptes nationaux de la sante – 2018
- PLAN « SANTÉ 2025 »; MSPS 2018