

Evaluation de l'action du gouvernement d'alternance dans le domaine de la santé *

Introduction

Dans sa déclaration d'avril 1998, le gouvernement d'alternance a annoncé qu'en matière de santé il s'engageait à renforcer davantage les efforts consentis afin d'améliorer l'accès aux soins de santé, grâce à la consolidation des infrastructures existantes, la mise en place d'un système de financement des soins prodigués aux populations démunies, le développement de l'assurance-maladie et l'application d'une politique du médicament socialement efficiente. La réforme de la gestion hospitalière sera, quant à elle, un des vecteurs de la politique de mobilisation et de rationalisation des ressources, de maîtrise des coûts et d'une plus grande motivation du personnel.

Ce papier, qui ne fait pas une analyse du système de santé, mais se limite à effectuer un examen comparatif et très descriptif du secteur de la santé entre la période du gouvernement d'alternance et la période qui la précède, essaie d'examiner le degré d'avancement vers les objectifs annoncés dans la déclaration du gouvernement d'Alternance. La période d'étude pour l'évaluation de l'action du gouvernement d'alternance (GA) s'étale de 1998 à 2002 (1). Les études nationales sur les niveaux de vie des ménages, sur la santé et la démographie ainsi que sur les comptes nationaux de la santé... dont les résultats sont nécessaires à l'analyse de la performance du système de santé s'arrêtent en 1998/1999 ; ce qui les rend, actuellement, pratiquement inutilisables pour une analyse comparative dynamique, complète et moins descriptive entre la période en question et les années qui l'ont précédée. Aussi ce papier se contente-t-il d'exploiter les données de routine produites par le système d'information du ministère de la Santé (MS) portant sur les programmes de santé publique, les ressources humaines, le budget, l'offre de soins publique...

Ce papier se scinde en trois parties. La première évalue les actions à portée sectorielle, c'est-à-dire ne sortant pas du champ d'activité du département de la Santé. La seconde partie porte sur l'analyse de l'évolution des performances des programmes et des actions de ce ministère au travers des données de routine. Enfin, la troisième partie analyse les actions du GA à portée systémique, c'est-à-dire ayant trait au système de santé dans son ensemble.

**Zine Eddine
El Idrissi
My Driss*
FatmaLikhalfi****

* Economiste au
ministère de la Santé.

** Staticienne au
ministère de la Santé.

* Les opinions exprimées
dans ce papier sont
propres à leurs auteurs
et n'engagent pas le
département de la santé.

(1) Durant cette période
deux ministres se sont
succédés à la tête du
Département.

1. Evaluation des actions à portée sectorielle

1.1. Moyens mis à la disposition du ministère de la Santé

1.1.1. Effort de recrutement important mais insuffisant face au déficit quantitatif des infirmiers et des déséquilibres géographiques

La conjoncture macro-économique et la pression des institutions de Bretton Woods poussant l'Etat marocain à réduire au maximum la part de la masse salariale du secteur public dans le PIB jugée trop élevée (13 %), n'ont pas été favorables à un recrutement important dans l'Administration. Dans un tel contexte, le GA a pourtant déployé un certain effort pour faire bénéficier le département de la Santé des postes budgétaires ouverts. Ainsi, entre l'année budgétaire 1998-1999 et le premier semestre 2002, 5 817 postes ont été créés au profit du ministère, soit en moyenne 1 454 postes annuellement contre 1 441 postes durant la période 1994-1997/1998.

	Période 1994 –1997/1998		Période 1998/1999-1 ^{er} semestre 2002		Variation absolue entre les moyennes des deux périodes
	Total des postes	Moyenne annuelle	Total des postes	Moyenne annuelle	
Médecins	2 163	481	2 942	736	53 %
Pharmaciens	17	4	82	21	442,6 %
Chirurgiens dentistes	98	22	84	21	– 3,6 %
Infirmiers	2 344	521	2 313	578	11%
Administrateurs	323	72	107	27	– 62,7 %
Ingénieurs	164	36	72	18	– 50,6 %
Techniciens	208	46	126	32	– 31,9 %
Autres	1 167	359	91	23	– 91,2 %
Total	6 484	1 441	5 817	1 454	0,9 %

Sources : Ministère de la Santé, DRH (2002).

En dehors des chirurgiens dentistes, le GA a privilégié le recrutement des professionnels de santé (médecins, pharmaciens et paramédicaux) afin de combler partiellement les déficits qui se sont accumulés pendant plusieurs années. Leur part moyenne dans l'ensemble des postes créés est passée de 71 % entre 1994 et 1998 à 93 % à partir du second semestre de 1998.

Cet effort s'est traduit par une amélioration des ratios portant sur l'encadrement médical de la population. Comme le montre le tableau ci-dessous, le ratio habitants par médecin du secteur public est passé de 6 513 en 1997 à 4 735 en 2001, soit une amélioration annuelle moyenne de 7,7 %.

En outre, les disparités entre les différentes régions du royaume sont moins criantes que par le passé puisque, d'une part, l'étendue (différence entre la valeur maximale et la valeur minimale) du ratio habitants par médecin est passée de 9 126 en 1997 à 7 197 en 2001 et, d'autre part, la

dispersion par rapport au ratio moyen (mesurée par l'écart moyen) a été ramenée à 1 819 en 2001 contre 2 672 en 1997.

Par contre, le ratio habitants par infirmier du secteur public a augmenté annuellement de 1 % en passant de 1 063 en 1997 à 1 105 en 2001 car, en dépit des efforts consentis, le recrutement des infirmiers demeure insuffisant.

Ceci est dû essentiellement aux départs massifs des infirmiers en retraite qui se poursuivront durant les quinze prochaines années ; le nombre des départs prévus d'ici à l'an 2020 atteindra 18 000 (MS, 2002). C'est pour cela que le MS a réouvert tous les instituts de formation des paramédicaux qui ont vu leur capacité totale de formation passer de 2 320 places (15 instituts) en 1997 à 3 600 places (26 instituts) en 2002.

En plus de l'aggravation du ratio habitants par infirmier, les disparités, à ce niveau, se sont exacerbées : l'étendue est passée de 1 121 en 1997 à 1 169 en 2001, et la dispersion par rapport au ratio moyen a évolué de 270 à 292 durant la même période.

Evolution des ratios habitants par médecin et habitants par infirmier entre 1997 et 2001

	Fin 1997	Fin 2001	Variation 2001/1997	Variation annuelle moyenne
Médecins généralistes (MG)*	2 197	3 519	60,2 %	12,5 %
Médecins spécialistes (MS)*	1 996	2 641	32,3 %	7,3 %
Total médecins (MG + MS)*	4 193	6 160	46,9 %	10,1 %
Chirurgiens dentistes	103	174	68,9 %	14,0 %
Pharmaciens	25	84	236,0 %	35,4 %
Infirmiers	25 696	26 389	2,7 %	0,7 %
Ratios :				
Habitants par médecin	6 513	4 735	- 27,3 %	- 7,7 %
Habitants par infirmier	1 063	1 105	4,0 %	1,0 %

* Y compris les médecins des Centres hospitaliers universitaires.

Source : Ministère de la Santé, DRH (2002).

1.1.2. Effort budgétaire

Le budget alloué au MS est en progression constante...

Le budget du MS est passé de 3,6 milliards de dirhams en 1997-1998 à 5,2 milliards de dirhams en 2002, c'est-à-dire qu'en absolu il a été multiplié par 1,43 en cinq ans. En termes relatifs, ce budget, qui représentait 4,88 % du budget de l'Etat et 1,09 % du PIB en 1997-1998, a atteint pour les mêmes ratios respectivement 5,43 % et 1,28 % (2) en 2002.

En outre, le budget du MS *per capita* exprimé en dirhams constants a fait un bond quantitatif assez important puisqu'il a atteint 170,5 Dh (3) en 2002 contre 131,5 Dh en 1997-1998.

(2) Le taux de croissance prévu a été estimé à 6 % pour l'année 2002. La projection de la population, quant à elle,

est conforme aux prévisions du CERED.

(3) Les calculs se basent sur un taux d'inflation de 3 % prévu pour l'année 2002.

Evolution du budget du ministère de la Santé entre 1997 et 2002

	Budget du MS en Dh courants	Indices			Budget du MS per capita en Dh constants
		Budget MS	Budget Etat	PIB	
1997-1998	3 622 404 000	100	100	100	131,5
1998-1999	3 767 542 000	104	106	104	134,5
1999-2000	4 973 443 000	137	110	106	175,2
(2 ^e semestre 2000) x 2	4 605 096 000	127	125	109	159,1
2001	4 953 966 000	137	130	115	167,8
2002	5 182 955 000	143	128	122	170,5

Source : Ministère de la Santé, DPRF ; direction de la Statistique.

... mais sa structure n'est pas optimale

L'effort déployé pour mobiliser davantage de ressources financières pour le MS a profité principalement à la masse salariale dont l'indice d'évolution est passé de 100 en 1997-1998 (année de base) à 162 en 2002 contre un indice de 119 pour le budget d'investissement et 115 pour le budget « matériel et dépenses diverses » (fonctionnement hors salaires) en 2002. Ainsi, la part de cette masse salariale est passée de 58 % du budget total du MS en 1997-1998 à 65,7 % en 2002.

Cette évolution de la structure du budget fut très défavorable aux dépenses récurrentes (hors salaires) du département. Ce qui a quasiment annulé les bénéfices des augmentations des crédits d'investissement (même s'ils sont bien en deçà des dotations prévues dans le Plan quinquennal) et exacerbé les problèmes de supervision, d'entretien des immobilisations et le mauvais fonctionnement de plusieurs structures du MS...

Evolution de la structure du budget du ministère de la Santé entre 1997 et 2002

	Indices			Poids en %		
	Masse salariale	Investissement	Fonctionnement (hors salaires)	Masse salariale	Investissement	Fonctionnement (hors salaires)
1997-1998	100	100	100	58,0	19,9	22,1
1998-1999	103	111	100	57,5	21,2	21,2
1999-2000	156	128	97	65,7	18,6	15,7
(2 ^e semestre 2000) x 2	131	143	101	60,0	22,4	17,6
2001	149	131	110	63,1	19,0	17,8
2002	162	119	115	65,7	16,6	17,8

Source : Ministère de la Santé, DPRF (2002).

1.2. Politique des ressources humaines

Hormis la revalorisation des salaires des médecins, l'institution de la prime de risque et quelques mesures ponctuelles qui ont eu pour but de faciliter la promotion interne et le règlement des problèmes d'avancement, aucune stratégie ou politique des ressources humaines n'a été définie par le GA. Le département de la santé, qui est en train de mener des réformes (en cours) portant sur le financement, les hôpitaux et les capacités institutionnelles, a négligé la composante incontournable des ressources humaines qui est, en principe, la clé de la réussite de ces réformes.

1.3. Programmes de santé publique

Durant la période d'alternance, le ministère a renforcé et restructuré plusieurs programmes de santé publique dont l'essentiel porte sur la santé maternelle et infantile (SMI), la malnutrition et les maladies transmissibles.

Pour les programmes de SMI, le MS a, d'une part, renforcé le programme de Maternité Sans Risque en aménageant, renovant, construisant et/ou équipant 37 maternités et 74 maisons d'accouchement, mais aussi en acquérant 168 ambulances destinées à ces structures et 168 vélomoteurs. D'autre part, le département a renforcé le programme d'immunisation en introduisant le vaccin contre l'hépatite B, élaboré et mis en distribution le *Carnet de santé* de l'enfant et créé des unités ou centres de référence pour la lutte contre la violence subie par les enfants.

Par ailleurs, en raison des déficits élevés en micro-nutriments, le MS a élaboré une politique de lutte contre ces carences qui s'appuie sur trois axes stratégiques : (i) l'éducation nutritionnelle ; (ii) la "supplémentation" en fer, en vitamines A et D ; (iii) et la fortification de la farine en vitamines et sel minéraux (d'autres produits agro-alimentaires seront concernés bientôt, à savoir le lait, les huiles de table et les dérivés laitiers).

La redynamisation a concerné aussi les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le SIDA, la tuberculose et le trachome, ainsi que la surveillance épidémiologique à travers l'instauration d'observatoires régionaux épidémiologiques et des cellules provinciales d'épidémiologie.

En outre, le programme de réhabilitation a été consolidé par le renforcement du dispositif de formation en prise en charge des handicapés et la multiplication par 5 du budget dudit programme.

Cette mobilisation additionnelle des ressources financières a bénéficié également aux programmes liés aux maladies non-transmissibles (principalement le diabète, mais aussi l'hypertension artérielle, les maladies mentales...). Toutefois, on ne peut que regretter les tergiversations qui ont caractérisé la gestion de la substitution de l'insuline humaine à l'insuline animale. Le Maroc est l'un des derniers pays à utiliser encore de l'insuline animale alors que l'industrie pharmaceutique internationale l'a

quasiment entièrement remplacée par l'insuline humaine (deux fois plus chère). Cet exemple est illustratif de la rétivité dont le GA a fait preuve pour des dossiers socialement sensibles.

Il y a lieu également de constater l'omission des programmes d'hygiène du milieu auxquels le GA n'a donné pratiquement aucune attention particulière alors qu'ils ont besoin d'une restructuration face aux mutations institutionnelles et socio-économiques (création d'une administration dédiée aux problèmes environnementaux, dynamisation de la déconcentration et décentralisation, pression sociale, etc.). Ces programmes, bien repensés, constitueraient des moyens coûts-efficaces pour lutter, en amont, contre l'apparition des maladies.

1.4. Offre de soins publique

1.4.1. L'évolution de l'infrastructure sanitaire publique

Durant les quatre premières années de la période d'alternance (1998-2001), le MS a mis en service 11 nouveaux hôpitaux (polycliniques de santé publique) d'une capacité totale de 649 lits soit, en moyenne, 3 structures (d'une soixantaine de lits chacune) par an. Pourtant, le ratio habitants par lit a augmenté en raison essentiellement de la réduction de la capacité litière des hôpitaux existants dont le taux d'occupation moyen global, il est vrai, ne dépasse pas 60 %.

Evolution du ratio habitants par lit entre 1997 et 2001

	Capacité litière	Habitants par lit
1997	25 676	1 057
2001	25 571	1 141
Variation annuelle moyenne 2001-1997	- 0,1 %	1,9 %

Source : Ministère de la Santé/DPRF/DPE/SCS.

Par ailleurs, le ministère de la Santé a utilisé une partie de l'infrastructure hospitalière existante à Marrakech et à Fès pour la transformer en Centres hospitaliers universitaires pour les deux villes. Cette transformation, qui perdure en attendant la mise en place d'une infrastructure adéquate, se fait dans la douleur.

Au niveau des soins ambulatoires, le département a essayé surtout d'améliorer l'accessibilité physique de la population rurale aux soins de santé de base. Ainsi, entre 1998 et 2001, le département a construit 324 formations de soins de santé de base (FSSB) dans le milieu rural et 43 dans le milieu urbain. Ceci a permis d'améliorer le ratio habitants par FSSB qui est passé de 13 703 en 1997 à 12 429 en 2001, soit une baisse annuelle moyenne de 2,4 % entraînée par la chute du même ratio en milieu rural de 4,9 % (voir tableau ci-dessous).

Evolution du ratio habitants par formation de soins de santé de base entre 1997 et 2001

	Nb de FSSBR*	Nb de FSSBU**	Total FSSB***	Habitants ruraux/ESSBR	Habitants urbains/ESSBU	Habitants/ESSB
1997	1 416	564	1 980	9 022	25 752	13 703
2001	1 740	607	2 347	7 393	26 865	12 429
Variation annuelle moyenne 2001/1997	5,3 %	1,9 %	4,3 %	- 4,9 %	1,1 %	- 2,4 %

* Formations de soins de santé de base rurales.

** Formations de soins de santé de base urbaines.

*** Formations de soins de santé de base.

Source : Ministère de la Santé/DPRF/DPE/SES.

L'amélioration des ratios habitants par FSSB s'est accompagnée d'une réduction des disparités entre les régions, particulièrement pour le milieu rural où la dispersion de ce ratio par rapport à la moyenne est passée de 4 775 en 1997 à 2 980 en 2001. La même tendance est constatée pour le ratio habitants par lit dont l'écart moyen a atteint 329 en 2001 contre 342 en 1997.

1.4.2. Réforme hospitalière

Le GA a enclenché un long et non moins difficile processus de réforme hospitalière destinée à améliorer la performance des hôpitaux publics et de les arrimer à la réforme du financement du système de santé (voir ci-dessous) et à la dynamique de déconcentration/décentralisation. Il a soutenu les convictions des techniciens du département de la santé qui ont insisté énormément sur le souci du changement qualitatif (mentalité, organisation et méthodes de travail) structurel et non incrémental. Ce changement ne devant pas s'appuyer uniquement sur la mise à niveau des hôpitaux (construction, aménagement, équipement...), mais surtout sur les outils et les mécanismes de planification et de gestion hospitalière. C'est pour cela que la réforme hospitalière n'a pas été handicapée par une vision de courte période donnant la priorité aux réalisations physiques de court et moyen terme au détriment des actions structurantes. En effet, cette réforme est un processus constitué essentiellement de deux blocs :

- Le premier bloc consiste, d'une part, à effectuer diverses analyses de diagnostic relatives à la morbidité hospitalière, au degré de déconcentration, à l'état des lieux des bâtiments et des installations techniques... (étape quasiment achevée) et, d'autre part, à implémenter des outils et des mécanismes de planification et de gestion hospitalière : schéma régional d'organisation sanitaire, projet d'établissement et contractualisation, comptabilité analytique... (en cours).

- Le second bloc est relatif à la mise à niveau. Il n'intervient qu'en dernier lieu, en 2004, date approximative de mise en application de la réforme du financement (couverture médicale obligatoire de base).

II. Mesure de la performance des programmes de santé et des structures de soins du MS au travers des indicateurs de routine

Comme il a été annoncé dans la partie introductive, l'impossibilité d'utiliser les résultats des études et enquêtes d'envergure (s'arrêtant en 1998) ne permet pas d'opérer une analyse consistante de la performance du système national de santé en termes d'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, de réduction des taux de mortalité (maternelle, infantile...), d'atténuation des iniquités liées au financement et à l'accès de la population aux soins et aux médicaments... (4).

C'est pour cela que le recours à quelques données de routine du système national d'information sanitaire devient inévitable. Ces données seront succinctement analysées en deux parties. La première porte sur les programmes de santé publique et le réseau ambulatoire, la seconde sur le réseau hospitalier.

2.1. Réseau ambulatoire et programmes de santé publique

L'information de routine du MS montre une évolution très positive de l'utilisation des produits et des services fournis par le département (voir tableau ci-dessous). Ceci se manifeste au niveau des consultations prénatales, de l'utilisation des moyens de contraception et l'accouchement dans un milieu institutionnel qui a déjà atteint le taux prévu pour 2004 dans le Plan Quinquennal en cours (50 %). Cependant, les examens post-natals ont connu une baisse en milieu rural, alors que le déficit à ce niveau est important (voir tableau ci-dessous).

Le programme d'immunisation a maintenu ses efforts pour garder un taux de vaccination assez élevé (89 % en 1997 et 90 % en 2001) et a permis d'éradiquer la polio et d'éliminer le tétanos néonatal.

Enfin, les consultations, qu'elles soient médicales ou paramédicales, ont connu des augmentations très importantes. Leurs variations annuelles moyennes entre 1997 et 2001 ont atteint respectivement 30 % et 24 % en raison du recrutement massif des médecins et surtout grâce à une meilleure productivité des professionnels de santé travaillant dans le réseau ambulatoire (voir tableau ci-dessous).

2.2. Réseau hospitalier

Contrairement au réseau ambulatoire, la productivité dans les hôpitaux a connu une baisse assez importante (voir tableau ci-dessous). L'effort de recrutement des professionnels de santé qui s'est accompagné d'une productivité marginale à la baisse ne permet pas de réduire les listes d'attente qui ne cessent de grandir. Ceci n'a fait qu'aggraver le problème de prise en charge de la population qui doit subir en plus les surcharges nécessaires à l'utilisation des services hospitaliers (achat de fil, de pellicules, des médicaments, des plâtres...) en raison d'un budget insuffisant et quelques fois mal géré.

(4) L'espérance de vie à la naissance est de 68,8 ans (1998), le taux de mortalité maternelle atteint 228 pour 100 000 naissances vivantes (1997) et le quotient de mortalité infantile est estimé à 36,6 pour mille (1997). Par ailleurs, 54 % de la dépense globale de santé sont supportés directement par les ménages (1997-1998).

Evaluation de l'action du gouvernement d'alternance dans le domaine de la santé

Evolution de quelques indicateurs de routine du réseau ambulatoire et des programmes de santé publique, 1997-2001

	1997			2001			Variation annuelle moyenne (2)/(1)
	Urbain	Rural	Total (1)	Urbain	Rural	Total (2)	
Programme national de planification familiale							
Pilule	1 290 322	1 535 349	2 825 671	1 709 151	1 713 732	3 422 883	5 %
Condom	102 624	49 977	152 601	125 141	53 982	179 123	4 %
DIU	49 123	18 359	67 482	468 131	17 438	485 569	64 %
Ligature tubaire	3 350	23	3 373	3 180	0	3 180	– 1 %
Programme national de surveillance de la grossesse et de l'accouchement							
Nouvelles consultantes	157 045	135 569	292 614	177 104	141 254	318 358	2 %
Autres consultations prénatales	158 469	111 583	270 052	199 686	125 988	325 674	5 %
Examens post natus	235 453	205 552	441 005	258 173	197 926	456 099	1 %
Accouchement au sein des formations sanitaires publiques							
Total des accouchements	149 744	103 100	252 844	209 938	124 213	334 151	7 %
Nombre de sages-femmes et accoucheuses	133	65	270	301	268	569	20 %
Consultations médicales et paramédicales							
Nombre de consultations médicales dans le RSSB	3 846 550	983 889	4 830 439	9 536 831	4 110 043	13 646 874	30 %
Nombre de consultations paramédicales dans le RSS	7 228 090	3 246 286	10 474 376	14 971 025	10 151 363	25 122 388	24 %
Nombre de médecins dans le RSSB	1 163	478	1 641	1 710	1 039	2 749	14 %
Nombre de paramédicaux dans le RSSB	6 194	3 804	9 988	6 200	3 857	10 057	0,2 %
Consultations médicales par médecin	3 307	2 058	2 944	5 577	3 956	4 964	14,0 %
Consultations paramédicales par infirmier	1 167	853	1 049	2 415	2 632	2 498	24,2 %

Source : Ministère de la Santé, DPRF/SEIS.

Evolution de quelques indicateurs hospitaliers de routine entre 1997 et 2001

	1997	2001	Variation annuelle moyenne 2001/1997
Médecins (toutes spécialités confondues)	2 234	4 078	16,2%
Chirurgiens	103	153	10,4 %
Gynécologues	175	255	9,9 %
Sages-femmes ou accoucheuses	395	625	12,2 %
Infirmiers toutes catégories (y.c. sages-femmes)	12 607	13 233	1,2 %
Capacité litière fonctionnelle	23 167	23 028	– 0,2 %
Admissions	717 767	844 763	4,2 %
Journées d'hospitalisation	4 845 167	4 579 218	– 1,4 %
Consultations	2 453 996	2 857 472	3,9 %
Accouchements	197 056	216 760	2,4 %
Interventions chirurgicales majeures	146 901	186 120	6,1 %
Interventions chirurgicales mineures	79 057	87 049	2,4 %
Total interventions chirurgicales	225 958	273 169	4,9 %
Budget-Etat dédié au fonctionnement des hôpitaux	637 776 000	683 005 360	1,7 %
Admissions par médecin	321,29	207,15	– 10,4 %
Journées d'hospitalisation par médecin	2 168,83	1 122,91	– 15,2 %
Consultations par médecin	1 098,48	700,70	– 10,6 %
Interventions chirurgicales par chirurgien	2 193,77	1 785,42	– 5,0 %
Accouchements par gynécologue	1 126,03	850,04	– 6,8 %
Accouchements par sage-femme ou accoucheuse	15,63	16,38	1,2 %
Budget par admission	888,56	808,52	– 2,3 %
Budget par Journée d'hospitalisation	131,63	149,15	3,2 %
Budget par lit	27 529,50	29 659,78	1,9 %

Source : Ministère de la Santé, DPRF/SEIS.

III. Evaluation des actions à portée systémique

3.1. Accessibilité économique de la population aux soins et aux médicaments

Nous allons nous intéresser ici à deux types d'actions : le premier porte sur les mesures prises pour améliorer l'accessibilité économique aux biens et aux services médicaux au travers des réductions des coûts (pour le secteur public) et des prix (pour le secteur privé) ; le second s'appuie sur la mutualisation du risque-maladie et la solvabilisation de la demande par le biais d'une couverture médicale (assurance-maladie et assistance médicale).

3.1.1. Actions sur les prix et les coûts

Prix des services médicaux

Au début de l'année 2002, les prestations de service des professionnels de santé exerçant dans le secteur libéral (médecins, chirurgiens-dentistes, paramédicaux...) ainsi que celles des cliniques privées (et assimilées) ont été exonérées de TVA. Cette mesure, en principe destinée à réduire le coût supporté par le patient, a bénéficié plutôt aux prestataires qui ont continué à appliquer les mêmes prix en dépit de l'exonération de la TVA. Ceci ne peut être considéré comme complètement négatif en raison des difficultés matérielles que connaît une partie des professionnels de santé du secteur libéral.

Cette mesure n'a pas atteint son principal objectif en raison de la non-actualisation de la réglementation sur les prix des prestations médicales depuis 1984. La nomenclature des actes médicaux, quant à elle, remonte à 1977. Ce déficit réglementaire a engendré une certaine anarchie dans la fixation des prix (5) qui sont, en général, déterminés, non pas par l'Administration qui en a en principe la responsabilité, mais par une entente interne au sein des syndicats des professionnels de santé. Une telle logique ne peut guère favoriser un juste prix qui ménage la bourse des patients et permet aux prestataires de recouvrer leurs coûts.

(5) Hormis les conventions avec les organismes et institutions de prévoyance sociale.

Prix des médicaments

En dépit d'une franche volonté de réduire les prix des médicaments, le GA n'a réussi qu'à limiter ou à éliminer, pour quelques produits pharmaceutiques (vaccins, antiretroviraux (6), médicaments contre l'asthme, les anticancéreux...), les droits de douanes et la TVA et à mettre sur le marché l'insuline humaine au même prix que l'insuline animale grâce aux subventions de la Caisse de compensation (en cours).

(6) Pour les antiretroviraux (trithérapie contre le SIDA), le MS a négocié des réductions de prix, suite à l'action de l'ONUSIDA et au bras de fer entre l'Afrique du Sud et les laboratoires pharmaceutiques (FMN), qui ont réduit le coût mensuel moyen de la trithérapie à 2 000 Dh contre plus de 7 000 Dh auparavant.

La réglementation sur les prix, datant des années soixante (pour les produits fabriqués localement) et le début des années quatre-vingt-dix (pour les médicaments importés), n'a pas été modifiée afin de réduire le coût du médicament pour la population marocaine. Les comptes nationaux de la santé (MS/DPRF/SES, 2001) ont montré que le coût moyen d'une ordonnance médicale équivaut à plus de quatre journées rémunérées au SMIG en 1998. Cette situation risque peu de changer en raison de la timide politique des médicaments génériques qui n'a pas été particulièrement favorisée par le GA.

Coût du sang et de ses dérivés

La politique de sécurité transfusionnelle, qui s'appuie entre autres sur un regroupement des plateaux techniques pour la transfusion sanguine (en 1998) et un recours à une convention avec un laboratoire européen pour la fabrication des dérivés stables du sang à partir du plasma humain marocain congelé et exporté sous le contrôle du Centre national de transfusion sanguine (en 1999), a permis de limiter le coût du sang (7) et de ses dérivés tout en veillant à assurer une bonne sécurité transfusionnelle.

(7) Le patient n'achète pas le sang, qui demeure

gratuit, mais paie une partie des coûts de collecte, de traitement et d'analyse de ce produit.

3.1.2. Réforme du financement de la santé

Depuis plus d'une dizaine d'année, les gouvernements qui se sont succédé ont toujours voulu réformer le financement du système de santé, sans y parvenir. En 1995, le gouvernement de l'époque avait élaboré un projet d'assurance-maladie obligatoire qui fut approuvé au Conseil de gouvernement mais n'a pu dépasser ce stade.

Le GA a pu, il est vrai avec un peu de retard, élaborer un projet de Code de couverture médicale obligatoire de base sensiblement différent de celui de 1995 en termes de qualité et de consistance (8). Ce projet, déjà approuvé par le Conseil de gouvernement et le Conseil des ministres, est en cours d'approbation au Parlement.

Le code en question est un diptyque composé d'une assurance-maladie obligatoire (AMO) et d'un régime d'assistance médicale (RAMED) :

– L'assurance maladie obligatoire (AMO) se généralisera progressivement à pratiquement toute la population sur une longue période dont la durée reste indéterminée. Dans une première phase, elle profitera aux pensionnés et aux employés (ainsi que leurs ayants-droit) du secteur moderne ou formel (personnes inscrites à la Caisse nationale de sécurité sociale et agents de l'Etat) (9). Elle sera gérée par deux organismes : la CNSS pour le secteur privé et la CNOPS restructurée pour le secteur public. La régulation s'effectuera par une Agence nationale d'assurance-maladie (ANAM) qui se chargera également du contrôle et de la supervision du système. Le financement, quant à lui, sera principalement contributif (parafiscalité).

– Le régime d'assistance médicale (RAMED) est destiné à couvrir les dépenses occasionnées par les soins des économiquement faibles dans les structures de soins du MS. Son financement, dont la gestion sera confiée à l'ANAM, sera essentiellement fiscal. Ce financement serait séparé du budget du MS contrairement à ce qui se fait actuellement.

En dépit de quelques faiblesses (particulièrement la gestion de l'AMO par la CNSS et la CNOPS au lieu d'une caisse unique (10)), le projet de Couverture médicale de base (AMO et RAMED), s'il est concrétisé, constitue sans aucun doute une avancée importante pour la société et l'économie marocaine (réduction des dépenses catastrophiques de santé pour les ménages, augmentation de l'accessibilité et du recours aux soins et aux médicaments, accroissement du financement collectif et solidaire de la santé, amélioration du revenu indirect de la population, impacts économiques positifs sur le secteur de la santé).

Cependant, les plus grands défis restent à surmonter car la mise en place de l'AMO et du RAMED demande des compétences bien plus pointues et surtout un courage politique plus élevé (11). Le GA n'a fait qu'enclencher le processus d'une réforme longue et ardue.

(8) Le projet de 1995 ne comportait pas de volet portant sur l'assistance médicale et admettait une logique "d'assureur" (plafond, taux de remboursement faible, délai de carence, avance des fonds...) plutôt qu'une logique de solidarité et d'assurance sociale. De plus, ce projet, qui n'avait aucune vision de long terme, privilégiait la concurrence entre les gestionnaires (y compris les compagnies d'assurance) sans mécanismes de péréquation.

(9) Soit 30 % de la population marocaine à moyen terme.

(10) Toutefois, comme le montre l'expérience internationale, l'option bipolaire (CNOPS & CNSS) est meilleure face au choix de la gestion multiple à laquelle participerait le secteur privé (Zine Eddine E., 2001).

(11) A titre illustratif, l'envergure du

3.2. Problème de l'intersectorialité et de la gouvernance générale du système de santé

Le système de santé au Maroc est très large. Ses acteurs sont multiples et les relations qui les lient sont aussi denses que complexes. Cependant, ce système est peu coordonné et l'imputabilité des acteurs est réduite (MS, 2002). Le GA n'a pas remédié aux défaillances dans la définition des stratégies des acteurs du système de santé. Ce qui n'a pas manqué d'exacerber les insuffisances de la coordination des mécanismes de régulation.

Durant la période d'alternance, l'Etat a maintenu ses interventions dans le système de santé aussi bien aux niveaux politique, stratégique et opérationnel. Il en a découlé une incapacité d'assurer une bonne gouvernance du système.

Le GA a voulu mettre en place un forum de débat élargi et un incubateur d'idées stratégiques pour l'évolution du système de santé à travers une Charte nationale de la santé qui n'a pu, malheureusement, voir le jour en raison de l'enclenchement relativement tardif des préparations techniques (12).

3.3. Recherche et développement

En dépit de l'importance de cette composante pour le système de santé, le GA n'a pas défini de politique de recherche et développement à même de déboucher sur des activités et des programmes de recherche et d'étude en adéquation avec les priorités du système de santé et les orientations du département (MS, 2002).

Conclusion

Une évaluation de l'action du GA moins descriptive, plus complète et plus dynamique ne peut être faite actuellement. Elle pourrait être effectuée à l'horizon 2003-2004 en utilisant des études et des enquêtes à grande envergure afin d'opérer des analyses comparatives avec les résultats des études à portée nationale dont la date la plus récente est 1998, à savoir les enquêtes sur les ménages, la santé et la population, les comptes nationaux de la santé...

Néanmoins, en dépit de ses insuffisances, l'analyse très descriptive telle qu'elle est présentée dans ce papier, permet modestement de mesurer le degré de progression du secteur de la santé vers les objectifs annoncés dans la déclaration du GA d'avril 1998.

D'une manière générale, beaucoup d'efforts ont été déployés par le GA afin d'améliorer les performances du système de santé marocain. L'élaboration du Code de couverture médicale de base (AMO et RAMED) et l'enclenchement de la réforme hospitalière ne manqueraient pas de produire des changements profonds, indélébiles et positifs sur le système de santé. En outre, en dépit d'une conjoncture économique défavorable, les efforts consentis en termes d'infrastructure, de recrutement et de budget

financement du RAMED sera déterminante pour l'accès de la population économiquement faible aux structures publiques de soins : la garantie d'un financement suffisant (beaucoup plus important que ce qui est attribué actuellement aux hôpitaux pour la prise en charge médicale des indigents) et stable constituera indubitablement une manifestation de courage politique et permettra de dépasser la vision étriquée et comptable des technocrates.

(12) Les travaux techniques sont finalisés, une dizaine de rapports sectoriels sont rédigés et un rapport de synthèse est élaboré. Ces documents pourraient toujours servir comme supports aux travaux d'une Charte nationale de la santé que le prochain gouvernement pourrait réinitier.

ont permis au MS de maintenir la même marge de manœuvre pour la prise en charge médicale de la population.

Cependant, plusieurs critiques peuvent être adressées à l'action du GA. Premièrement, ce gouvernement a fait preuve (involontaire) de lenteur dans la gestion de deux dossiers importants : le Code de couverture médicale de base et, dans un moindre degré, la réforme hospitalière. Ceci serait-il dû aux facteurs suivants : (i) le GA a connu un changement à mi-parcours, ce qui n'a pas facilité la continuité dans la gestion des dossiers ; (ii) la composition assez hétérogène des membres du GA ; (iii) une certaine compétition et des divergences d'opinion et de vision entre les chefs de départements concernés ; (iv) le tâtonnement dans la gestion "multiple" de la réforme du financement de la santé qui, dans les faits, a été traitée sur le même pied d'égalité avec d'autres dossiers de moindre envergure ?

Deuxièmement, le sort de ces deux réformes (financement et hôpitaux), qui ne sont pas encore achevées (le doute reste de rigueur quant à l'adoption du Code de couverture médicale de base par le Parlement) n'est pas connu. Ce qui ne garantit ni leur continuité, ni leur succès. En effet, le GA n'a fait qu'enclencher les processus de réformes dont les difficultés techniques et institutionnelles de mise en œuvre représenteront des défis très importants pour le prochain gouvernement.

Troisièmement, en dehors de ces deux réformes restructurantes, le GA a opté plus pour la gestion des problèmes courants et le renforcement de l'existant que pour le changement structurel. Cette fixation sur la gestion du quotidien et des affaires courantes (quelle que soit la pertinence des solutions envisagées) n'a pas permis de placer le citoyen au cœur du système de santé dont la réactivité est faible et le financement inéquitable (OMS, 2000) alors que, paradoxalement, l'environnement national et international impose une nouvelle vision et une politique de santé plus adéquate. D'où le risque, à long terme, de remettre en cause les quelques acquis du système de santé. L'inexistence d'une politique du médicament (socialement efficiente), le déficit de l'encadrement juridique du système, l'absence d'une politique de ressources humaines et surtout la mauvaise gouvernance du système de santé (qui demeure non coordonné et non maîtrisé) sont autant d'éléments qui témoignent des zones d'ombre que le GA n'a pu éclairer et dépoussiérer. Ce qui donne au citoyen, l'impression, légitime, que peu de choses ont changé dans notre système de santé.

Références bibliographiques

- Direction de la Statistique (1997 à 2001), *Annuaire statistique du Maroc*, Rabat.
- Direction de la Statistique (2000), *Enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages*, Rabat.
- Ministère de la Santé (2002), *Santé : état actuel, tendances et perspectives stratégiques*, Rabat.
- Ministère de la Santé/DPRF/SCS (1997 à 2001), *Répertoire de l'offre de soins*, Rabat.
- Ministère de la Santé/DPRF/SEIS (1998 à 2002), *la Santé en chiffres*, Rabat.
- Ministère de la Santé/DPRF/SEIS (1999), *l'Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant*, Rabat.
- Ministère de la Santé/DPRF/SES (2001), *les Comptes nationaux de la santé, 1997-1998*, Rabat.
- Organisation mondiale de la santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*, Genève.
- Zine Eddine El Idrissi My Driss (2001), « La couverture médicale au Maroc », papier présenté à l'Atelier maghrébin sur l'assurance maladie, OMS & RESSMA, 40 pages (en cours de publication par l'OMS).