

L'ECONOMIE POLITIQUE DE LA SANTE DANS LE MONDE ARABE : LA LEÇON MAROCAINE

THE POLITICAL ECONOMY OF HEALTH IN THE ARAB WORLD: THE MOROCCAN LESSON

Brahim ELMORCHID

Enseignant-Chercheur au département des sciences économiques
Faculté de Droit, Université Cadi Ayyad
E-mail : morchid_brahim@yahoo.fr

Hind Hourmat Allah

Enseignante-chercheuse au département des sciences de gestion
Faculté de Droit, Université Cadi Ayyad
E-mail : hourmat_hind@yahoo.fr

Résumé

L'objectif de ce papier consiste à mener une réflexion sur les différents facteurs contextuels qui ont façonné le cycle des réformes du système de santé au Maroc. Une importance particulière est accordée à l'analyse de la façon avec laquelle les mécanismes politiques et institutionnels s'interfèrent avec les intérêts économiques pour favoriser ou entraver le changement souhaité.

Au vu des résultats obtenus, il semble que le Maroc a globalement réussi les premières étapes du cycle des réformes relatives au système de santé (l'inscription sur agenda politique, la conception et l'adoption), mais la mise en application de ces réformes reste extrêmement lente, hésitante, incohérente et peu laborieuse.

Le processus dynamique de marchandage entre le gouvernement marocain et les différents groupes et parties prenantes s'arrête souvent sur le plus petit dénominateur commun. En dépit de quelques progrès enregistrés, la situation du système de santé demeure préoccupante, car dominée par une logique de recherche de rente et des comportements opportunistes.

Mots clés : Système de santé, Maroc, Réformes, Mode opératoire, Groupes d'intérêt, Parties prenantes.

Abstract

The purpose of this paper is to reflect on the different contextual factors that have shaped the cycle of health system reforms in Morocco. Particular emphasis is placed on analyzing the way in which political and institutional mechanisms are interfering with economic interests to promote or inhibit the desired change

In view of the results obtained, it seems that Morocco has successfully achieved the first stages of the cycle of health-system reforms (inclusion on the political agenda, design and adoption), but the implementation of these reforms remains extremely slow, vacillating, incoherent and somewhat laborious.

The dynamic process of bargaining between the Moroccan government and different groups and stakeholders often ends on the lowest common denominator. Despite some progress, the situation of the health system remains worrying, as it is dominated by rent-seeking and opportunistic behavior.

Keywords: Health system, Morocco, Reforms, Modus operandi, Interest groups, Stockholders.

1. Introduction

Compte tenu de ses enjeux et des implications qu'elle génère, la santé dépasse les frontières classiques de la science médicale pour embrasser d'autres dimensions relevant des sciences sociales. Outre la dimension économique et sociologique, l'analyse de la santé doit impérativement faire apparaître une dimension politique. Comme l'a si bien dit le médecin et homme politique allemand Virchow (1821-1902) « la médecine est une science sociale et la politique n'est rien d'autre qu'une médecine à grande échelle ». On comprend dès lors qu'une approche en termes d'économie politique est très utile pour mieux saisir les mécanismes qui favorisent ou bloquent le changement ; d'autant plus que la plupart des pays arabes font face, à des degrés différents, à une crise de leur système de santé qui s'est aggravée depuis l'apparition de la pandémie de la Covid-19.

Le Maroc n'a pas échappé à cette crise. Les gouvernements qui se sont succédé depuis l'indépendance ne sont jamais parvenus à construire un système viable et accessible à tous. Des dysfonctionnements graves et répétés ont été enregistrés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ils se sont manifestés essentiellement à travers l'accès difficile aux soins, l'insuffisance en offre d'infrastructure, l'absence d'équité dans la distribution des ressources, le retard accusé par la généralisation de la couverture médicale, la dégradation des conditions de travail, le déficit en ressources humaines, etc. Aussi, le modèle libéral de santé adopté par le Maroc dans le cadre du programme d'ajustement structurel a réduit la santé à un simple business, avec les conséquences que cela induit dans un contexte où les inégalités d'accès aux soins ne cessent de se creuser.

Il fallait attendre la fin des années quatre-vingt-dix pour que les premières véritables initiatives de transformation du système de santé fussent inscrites sur les agendas politiques. Ceci est d'autant plus nécessaire et urgent que le Maroc était jusqu'ici très mal positionné en matière d'indicateurs de santé et que le pays traverse une transition démographique et épidémiologique. À cela viennent s'ajouter des signes

de mécontentement populaire en particulier dans les petits centres urbains où l'offre de soins de santé enregistre un énorme déficit, ce qui n'a pas manqué d'inquiéter les décideurs politiques.

C'est dans ce contexte de crise et de tensions que des réformes ambitieuses furent progressivement lancées en concertation avec les différentes parties prenantes. Elles ont touché presque tous les aspects du système de santé : le financement, l'exercice de la profession, l'industrie pharmaceutique, la gouvernance, l'infrastructure, le régime des études, etc. Bien qu'il soit encore tôt pour se prononcer sur les résultats de ces réformes, les premiers signes sont encourageants. Cependant, le processus est loin d'être aisé en raison des complications systématiques qui viennent compromettre les progrès accomplis.

Une question d'une importance capitale est qu'il n'existe pas de réflexion académique suffisamment étayée à propos de la lecture critique des différentes réformes du système de santé au Maroc ; et c'est pour contribuer au débat déjà lancé sur cette question que nous avons jugé opportun d'aborder ce sujet. Nous nous proposons de mener une réflexion sur les différents facteurs qui ont façonné et façonnent encore le cycle des réformes du système de santé au Maroc. Une importance particulière est accordée aux interférences entre les variables économiques, politiques et institutionnelles. L'hypothèse forte et féconde que nous soutenons est celle d'un système de santé où le calcul purement économique s'avère peu concluant. Les problèmes rencontrés sont tout autant d'ordre politique, économique et social, avec des enjeux éminemment culturels (traditions, croyances, systèmes de valeurs, etc.).

Pour tester cette hypothèse, nous avons choisi d'analyser le système de santé au Maroc à travers le prisme de l'économie politique. Cette approche constitue un véritable « écran radar méthodologique » sur les politiques de santé, visant à mieux saisir les conditions qui déterminent la santé des populations et le développement de l'offre de soins dans le contexte socio-économique et politique marocain. Elle aide à comprendre comment le processus de marchandage entre les différents groupes et parties prenantes génère des résultats qui peuvent encourager ou entraver le développement du secteur. Elle permet également d'éclairer l'élaboration des politiques sanitaires ciblées et efficaces, en identifiant des solutions réalistes aux dysfonctionnements constatés.

Le reste de ce papier est organisé comme suit. La section 2 montre que le système de santé au Maroc est pris entre deux contraintes majeures : l'austérité budgétaire et la mauvaise gouvernance. La section 3 analyse les facteurs qui ont façonné les différentes réformes engagées dans le domaine de la santé au Maroc. Nous insisterons particulièrement sur le mode d'emploi desdites réformes et le rôle joué par les différents groupes d'intérêt et parties prenantes tout au long du cycle des réformes. Enfin, la section 5 présente une synthèse et un essai sur les pistes de sortie de crise.

2. Le système de santé au Maroc : entre austérité budgétaire et défaillance de gouvernance

Depuis la mise en application du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) au début des années quatre-vingts, le système de santé au Maroc est soumis à une série de transformations à répétition. D'un système étatique quasi-gratuit, on a progressivement glissé vers un système hybride fondé sur une offre de soins payante et partagée entre le public et le privé aussi bien au niveau des soins primaires que des soins secondaires. Deux questions principales ont accompagné ce processus : la question du financement et celle de la gouvernance.

2.1. La question du financement

Alors que le Maroc enregistre une forte mutation démographique (vieillesse modérée de la population) et épidémiologique (augmentation de la part des patients atteints de maladies chroniques et onéreuses), les dépenses de santé ont progressé de façon très modeste. Pire encore, rapportées au nombre d'habitants, ces dépenses ont connu une baisse très marquée. Ainsi, la part des dépenses totales de santé dans le PIB a légèrement régressé au cours de ces dix dernières années passant de 5.84% en 2009 à 5.50% en 2018 (WHO, 2020), soit un niveau inférieur au seuil minimal de 6% exigé par l'OMS pour garantir des soins de santé de base. L'Algérie et la Tunisie, quant à elles, ont enregistré une progression régulière globalement acceptable. En 2018, ces deux pays ont consacré respectivement 6.60% et 7% de leur PIB pour financer leur système de santé (WHO, 2020).

La dynamique de la croissance des dépenses totales de santé par habitant a perdu de son rythme en passant d'une moyenne de 12% sur la période 2000-2009 à 2.3% à partir de 2010 (Banque mondiale, 2019). En 2018, le Maroc n'a dépensé que 509.32 dollars par habitant en PPA contre 1074.03 dollars en Algérie et 900.18 dollars en Tunisie, ce qui le positionne au 116^e rang à l'échelle mondiale (WHO, 2020). Cette situation n'est certainement pas due à l'amélioration de la prévention ou encore à la bonne gestion, mais plutôt aux coupes budgétaires à répétition, entamées depuis la mise en place du Programme d'Ajustement Structurel au début des années quatre-vingts. Et à l'évidence, cela n'a pas manqué d'impacter négativement l'offre de soins et les conditions d'exercice en milieu hospitalier.

Rapportés aux dépenses totales de santé, les fonds consacrés par l'État au financement du secteur, y compris la contribution au financement de la couverture médicale, restent très faibles comparativement aux pays voisins. En 2017, ils ont représenté 44% contre 68% en Algérie et 57% en Tunisie. Ce résultat témoigne du désengagement progressif de l'État marocain du secteur de la santé, ce qui a contribué inexorablement à creuser l'écart entre la santé pour les riches et la santé pour les pauvres.

Signalons au passage que plus de la moitié du budget alloué au Ministère de la Santé va aux dépenses de personnel. Depuis 1990, la part réservée à l'investissement n'a jamais dépassé 20%. Le reste est consacré au chapitre budgétaire « Matériel et Dépenses Diverses » (Ministère de la Santé, 2015 :39). Le poids très élevé des rémunérations salariales n'est pas étonnant et reste globalement conforme aux standards internationaux. Il s'explique par le fait que le secteur hospitalier est caractérisé par une forte intensité du travail.

Face au faible engagement de l'État marocain dans le financement du système de santé, les ménages sont dans l'obligation de mettre la main à la poche (*out-of-pocket*) pour supporter le reste qui représente 57.2% des dépenses totales, ce qui place le Maroc au 28^e rang mondial en matière de participation directe des citoyens au financement de la santé (NationMaster, 2019). Il n'est devancé que par des pays pauvres comme le Bangladesh, le Soudan, le Cambodge ou encore le Yémen.

Malheureusement, et contrairement aux attentes, la mise en place d'un système universel de financement fondé sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) et du régime d'assistance médicale aux personnes économiquement démunies (RAMED) plutôt qu'un système fondé sur l'impôt n'a pas permis d'infléchir la part disproportionnée des paiements supportés directement par les ménages en raison, entre autres, du déficit grave en matière de ressources financières. Ainsi, en incluant les contributions des ménages aux différents régimes d'assurance maladie, le système de santé marocain est financé à hauteur de 63,3% par les ménages. Ce fardeau financier constitue une véritable entrave à l'accès aux services de santé et contribue par conséquent au creusement des inégalités sociales en fragilisant davantage les populations vulnérables qui sont les plus exposées au risque sanitaire dans la société.

L'analyse des dépenses directes des ménages par type de prestation montre que les dépenses en médicaments et biens médicaux accaparent la majorité de ces dépenses, soit 40% (Ministère de la Santé, 2015). Ce constat s'explique essentiellement par l'automédication ; une pratique encore très courante au Maroc et qui prend, entre autres, la forme de consultation auprès des professionnels des officines. Mais, il faut dire que pour beaucoup de Marocains, cette pratique est perçue non comme un choix, mais plutôt comme une obligation en raison soit de l'indisponibilité des professionnels de santé dans les établissements publics, soit du coût relativement élevé associé à une consultation privée.

Par ailleurs, le coût financier supporté par les ménages est souvent aggravé par des pratiques illicites sous forme de pots-de-vin versés aux agents de la santé aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Ce fléau est généralisé dans les hôpitaux marocains non seulement en raison de l'hybridité du secteur qui encourage l'éclosion d'un système à deux vitesses basé sur l'accessibilité financière, mais aussi et surtout en raison du rationnement implicite en termes de qualité ou d'accessibilité dans le secteur public.

En 2008, le Ministère de tutelle a reconnu dans un document stratégique que pour 80% des Marocains, la corruption est très courante dans le secteur de la santé (Ministère de la Santé, 2008). De même, en 2011, une étude commandée par l'Instance centrale de prévention de la corruption (ICPC) a révélé que les pots-de-vin et les petits pourboires « constituent la forme de corruption la plus observée dans les établissements de soins » (ICPC, 2011). Et selon le baromètre mondial de la corruption, le secteur de la santé au Maroc est touché par la corruption à hauteur de 38%, ce qui le place en troisième position après la justice et la sûreté (Transparency International, 2016). Enfin, une étude récente de l'OCDE a confirmé le risque élevé des pratiques corruptives dans le secteur de la santé au Maroc. Celles-ci touchent tous les niveaux de la filière, y compris les prestations des services médicaux (OCDE, 2018).

2.2. La mauvaise gouvernance

La gouvernance constitue la principale pierre angulaire du bon fonctionnement d'un système de santé. Elle renvoie généralement à la façon dont l'autorité politique, économique et administrative exerce le pouvoir dans la gestion des affaires sanitaires courantes d'un pays à tous les niveaux (OMS, 2000). Dans ce sens, elle embrasse le mode de gestion, le code de conduite, le pilotage des différentes instances sanitaires et la surveillance des organisations de santé qu'elles soient publiques ou privées.

Jusqu'à la fin du 20^e siècle, et à la différence d'autres pays arabes à économie similaire comme la Jordanie et la Tunisie, le Maroc n'a jamais réussi à construire une stratégie claire et durable en matière de santé. Tout était improvisé. Le système hérité de cette époque souffre de plusieurs dysfonctionnements qui touchent pratiquement tous les aspects de la gouvernance sanitaire : les conditions d'accueil et de prise en charge des patients dans les hôpitaux publics, la gestion administrative et budgétaire, le système d'information, l'hospitalo-centrisme, la coordination entre les différentes parties prenantes, l'emprise du curatif sur le préventif et enfin la politique du médicament.

S'agissant des conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière, elles se sont sensiblement détériorées aussi bien au niveau des soins ambulatoires que des soins hospitaliers alors même que les hôpitaux publics continuent d'absorber entre 70 et 80% du budget alloué au secteur de la santé. Outre l'insalubrité des locaux et la vétusté des installations techniques et des bâtiments, la plupart des hôpitaux publics manquent cruellement de personnel et d'équipements. Aussi, face à la très forte demande, les délais de prise des rendez-vous pour les consultations et les interventions chirurgicales sont jugés très longs et peuvent dépasser dans certains cas plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Ces dysfonctionnements et bien d'autres ont été d'ailleurs relevés par la Cour des Comptes dans son rapport annuel au titre de l'année 2018. Il en ressort par exemple que l'hôpital Mohammed V de Tanger n'a enregistré aucune intervention chirurgicale majeure entre juin 2013 et septembre 2014 en raison de l'absence du réanimateur (Cour des Comptes, 2018 :497).

En matière de gestion administrative et budgétaire, le système de santé au Maroc est caractérisé par une forte centralisation des décisions d'investissement et de mobilisation des ressources humaines et financières. En dépit de la création des Directions régionales de la santé en 2011 et l'adoption des dispositions législatives reconnaissant l'autonomie hospitalière, les décisions stratégiques et opérationnelles sont toujours imposées par le haut de l'échelle, ce qui cumule parfois des retards dans les procédures d'exécution des marchés et l'avancement des opérations d'approvisionnement, de maintenance et de recrutement. L'effort de déconcentration des services du Ministère de tutelle n'a pas été accompagné par un transfert suffisant de moyens et de compétences (Le Conseil Economique, Social et Environnemental, 2013 :35). Aussi, les instances de conception et d'appui qui assistent les directeurs des hôpitaux publics (Comité d'établissement ; Comité de gestion ; Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens ; Conseils des infirmiers, etc.) sont souvent peu opérationnelles et dans certains cas, elles ne sont même pas instituées (Cour des Comptes, 2018).

Concernant particulièrement la gestion budgétaire, les procédures de fixation des prix et des taux de remboursement de certains médicaments manquent souvent de clarté. Quant à la TNR (tarification nationale de référence) qui régit les tarifs des soins de santé, elle date de 2006, ce qui se traduit par une sous-évaluation des remboursements effectués par les caisses d'assurance maladie au profit des établissements hospitaliers. À cela s'ajoute la maîtrise imparfaite du système de facturation des prestations de soins dispensés dans les établissements hospitaliers publics, ce qui met naturellement en doute les chiffres déclarés au niveau des recouvrements des recettes. À titre illustratif, d'après le rapport de la Cour des Comptes de 2018, la part des prestations non facturées au niveau du centre hospitalier régional de Khémisset (petite ville située à 90 de Rabat) a atteint 42% des prestations du service des urgences, 28% des échographies et 25% des examens scanner (Cour des comptes, 2018).

Par ailleurs, nous estimons que la gouvernance du système de santé ne peut être abordée sans la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations sanitaires fiables, actualisées et rapidement disponibles ; d'où l'importance de recourir au système d'information comme composante essentielle de la gouvernance sanitaire. Bien que le Maroc dispose d'un système national d'information sanitaire (SINS) depuis 1980, ce n'est qu'en 1994 que le Ministère de la Santé a reconnu officiellement l'importance de la mission de collecte et du traitement de l'information sanitaire dans le processus de planification et de gestion des activités sanitaires. Mais malgré cette officialisation et les résultats encourageants sur l'état de santé de la population marocaine, il semble que le SINS ait été plutôt conçu pour répondre à une logique administrative du centre (la carte épidémiologique) plutôt que fonctionnelle de la périphérie (les établissements hospitaliers). Le recueil des données demeure assez fragmenté, avec des doublons fréquents, et des transmissions souvent retardées (OMS, 2012 :6).

La mesure et le suivi de l'activité au niveau périphérique sont trop souvent relégués au dernier rang des priorités. Ainsi, et d'après le rapport de la Cour des comptes de 2018, certains centres hospitaliers publics ne disposent pas d'un système d'information fiable permettant une bonne maîtrise de l'information hospitalière et la couverture de l'ensemble des informations utilisées (Cours des comptes, 2018). Cela s'explique essentiellement par le déficit en matériel informatique et en personnel qualifié ; deux conditions pourtant indispensables pour assurer l'amélioration du système d'information hospitalier. En outre, ce système ne concerne que les hôpitaux publics, ce qui prive naturellement les décideurs publics d'une partie non négligeable de l'information sanitaire.

Un autre point faible du système de gouvernance sanitaire au Maroc concerne la prédominance de l'hospitalo-centrisme. Malgré la volonté des pouvoirs publics de développer un réseau d'établissements de soins de santé de base et de réorienter régulièrement les usagers vers ces structures, les hôpitaux en particulier les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers provinciaux ou préfectoraux continuent d'attirer la majorité des patients. Lorsqu'ils estiment avoir besoin de soins aigus, les citoyens ont généralement tendance à se rendre spontanément aux services des urgences de l'hôpital le plus proche, ce qui est source de gaspillage et de surcoûts importants. Alors que les hôpitaux sont quotidiennement bondés de patients, les centres de santé de base sont

souvent sous-employés. Un tel comportement s'explique à notre sens à la fois par le manque ou l'absence du personnel médical qualifié dans les petits centres hospitaliers, le manque de confiance des citoyens dans ces petites structures et le manque d'incitations à respecter la hiérarchie de la filière des soins en recourant d'abord aux consultations de niveau primaire.

Mais en dépit du caractère hospitalo-centrique du système de santé marocain, la mission des hôpitaux reste essentiellement orientée vers les aspects techniques en particulier les prestations des soins et la prise en charge des patients. Leur contribution aux mesures de prévention, de sensibilisation et de promotion de la santé est très faible. En fait, le Maroc fait partie des pays où l'offre des soins est fortement centré sur le curatif. Les soins de santé secondaire ont tendance à y prendre le dessus sur les soins de santé primaire qui proposent des services de santé de base et met l'accent plutôt sur la prévention très rentable pour la société à long terme. Cela n'est guère étonnant dans la mesure où le nombre d'infirmiers par médecin au Maroc n'est que de 1.2 contre 2.44 en Algérie et 1.95 en Tunisie. Or, le manque de personnel infirmier dans les centres hospitaliers conduit souvent à une charge de travail supplémentaire pour les médecins.

Sur un autre registre, le secteur de la santé mobilise un grand nombre d'acteurs avec des prérogatives et des missions qui ne sont pas toujours bien définies. Il en résulte un problème de coordination et d'asymétrie d'intérêts. Ce dysfonctionnement apparaît à deux niveaux : au niveau de la conception et de l'implémentation des politiques publiques, et au niveau de l'offre de soins. D'une part, les politiques publiques mises en place relèvent souvent d'un processus très complexe et ambigu, en particulier à cause de la multiplicité des acteurs impliqués dans la conduite desdites politiques. Outre le Ministère de tutelle (Ministère de la Santé), d'autres départements ministériels interviennent également de façon directe dans le pilotage de certains projets ou programmes de santé (Ministère de l'intérieur, Ministère de l'économie et des finances, ministère de l'éducation nationale, Ministère du travail, etc.). À ces acteurs s'ajoutent les Collectivités Locales et d'autres organismes publics autonomes comme l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, la Caisse Nationale de l'Assurance maladie et le Laboratoire National du Contrôle des Médicaments. Les rôles respectifs de ces différents acteurs ne sont pas toujours clairement définis et entraînent souvent des chevauchements inutiles de compétences. La multiplication de conventions de partenariat (vaccination, santé scolaire, programmes de promotion de la santé, etc.) n'a pas permis de corriger cette faiblesse.

D'autre part, l'offre de soins est assurée par un réseau hospitalier assez hétérogène (secteur public, secteur militaire, secteur privé à but lucratif et secteur privé à but non lucratif) et fortement cloisonné. Le secteur privé s'est développé de façon très rapide et anarchique profitant de la nouvelle vision néolibérale de l'État, qui considère la santé davantage comme un objet de dépenses que comme un droit humain et un service à part entière du tissu économique et social. Nous comprenons alors que les cliniques privées au Maroc ne sont pas venues pour combler le déficit de l'offre publique de soins, mais plutôt pour répondre aux besoins des populations solvables mécontentes des prestations fournies par les hôpitaux publics. D'ailleurs, le Maroc est classé au 21^e rang mondial en matière de participation du privé dans le financement de la santé, ce qui est jugé exorbitant sachant que ce secteur n'est pas encore suffisamment réglementé et préparé pour garantir l'éthique des soins.

Le dernier aspect de la gouvernance sanitaire concerne le médicament. En dépit de l'importance de l'industrie pharmaceutique au Maroc (40 laboratoires, 33 unités de production et 50 distributeurs) et sa part dominante sur le marché intérieur (65%), le secteur connaît de nombreuses insuffisances en termes de réglementation, de gestion et de promotion de produits génériques de bonne qualité. Les pouvoirs publics n'ont jamais réussi à construire une véritable politique pharmaceutique nationale claire, cohérente et crédible. Les prix sont jugés anormalement élevés comparativement aux pays voisins (Conseil de la concurrence, 2010). Outre la marge bénéficiaire excessive des différents opérateurs de la chaîne, le Maroc est le seul pays de la région qui a institué la TVA sur les médicaments au taux de 7%. Aussi, le taux de pénétration du médicament générique n'est que de 30% en officine, ce qui reste très faible comparativement aux pays voisins (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2013 :58). Il faut dire qu'une certaine entente non déclarée s'est établie entre les industriels et les médecins du secteur privé pour favoriser les prescriptions du princeps au lieu du médicament générique. Certes, en vertu de la loi, les pharmaciens sont autorisés à délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité. Mais dans la réalité, ce droit de substitution est loin d'être effectif tant qu'il n'est pas accompagné d'une certaine coordination et surtout de la possibilité de transfert des marges.

3. Le système de santé au Maroc : l'épineuse question de la réforme

La réforme du système de santé renvoie à un ensemble de mesures destinées à changer les politiques de santé et les institutions à travers lesquelles elles sont implantées (Cassels, 1997). Il s'agit d'un changement à la fois institutionnel et structurel voulu par les gouvernants avec des objectifs politiques précis (Saltman et Figueras (1997).

A l'instar des autres réformes, celles engagées dans le domaine de la santé ont été façonnées par deux principaux facteurs : le mode opératoire et l'attitude des différents groupes d'intérêts et des parties prenantes.

3.1. Le mode opératoire des réformes engagées

Par mode opératoire de la réforme du système de santé, nous entendons la manière avec laquelle les réformateurs décident de concevoir et de conduire le changement. Quatre composantes s'insèrent dans cette logique : le rythme des réformes (thérapie de choc ou gradualisme), la démarche des réformes (dictatoriale ou consensuelle), la chronologie ou le timing des réformes et l'ordonnancement ou le séquençage des réformes.

Par rapport à la première composante, le Maroc a opté dès le début pour un gradualisme prudent qui consiste à introduire les réformes de façon progressive et équilibrée. Plusieurs arguments économiques plaident en faveur de cette formule (Elmorchid, 2010 :70) :

- le gradualisme permet de minimiser les coûts d'ajustement ou d'expérimentation, car il est moins onéreux à court terme et génère moins d'opposition politique,

- le gradualisme permet de gagner de l'information quant à l'opportunité de poursuivre ou non les réformes dans le futur,
- le gradualisme est plus crédible que le big-gang du point de vue budgétaire, car les coûts financiers des réformes sont étalés dans le temps.
- le gradualisme a bien fonctionné dans le domaine de la santé, en particulier en Chine et dans d'autres pays du Sud-est asiatique.

Mais en dépit de ces arguments, il semble que cette cadence ait contribué au renforcement de la position de certains groupes d'opposants aux réformes. En effet, le gradualisme a permis d'étaler les changements sur une période assez longue, ce qui a laissé suffisamment de temps aux membres de ces groupes pour mieux s'organiser et mieux coordonner leurs actions de résistance dans la perspective de désapprouver les réformes projetées.

S'agissant de la démarche adoptée, les réformateurs marocains ont toujours cherché à s'assurer de l'adhésion d'un maximum de parties prenantes (*stakeholders*) au projet de réformes. En fait, les risques élevés de voir échouer les réformes les ont poussés à choisir la démarche consensuelle, plutôt que la démarche dictatoriale. Toutefois, chaque fois que les négociations sur certains détails semblaient sans issue, le gouvernement n'hésitait pas à recourir au passage en force pour débloquer la situation.

Cette approche de travail présente au moins deux avantages : une participation plus large des parties prenantes aux consultations les concernant et la réduction du risque de conflits (absence de contestations). Toutefois, ces deux avantages ne permettent peut-être pas de compenser les préjudices subis. En effet, il a été constaté que lors de l'élaboration de la plupart des réformes du système de santé au Maroc, les réformateurs manquaient parfois d'audace et l'accord se faisait souvent sur le plus petit commun dénominateur. De plus, les points qui fâchent étaient généralement relégués au rang le plus bas des priorités ; les efforts de parties impliquées se concentraient plutôt sur les points les moins litigieux. Enfin, certaines dispositions réglementaires ou décisions sont formulées de façon ambiguë afin de masquer les divergences qui pourraient éventuellement émaner d'une formulation plus nette (Elmorchid, 2010 :74)

Pour ce qui est du timing, le processus de réformes du système de santé au Maroc n'a réellement démarré qu'au début du 21^e siècle. Ce timing n'est pas fortuit, car il correspond à un contexte propice pour le changement caractérisé, entre autres, par le début d'une transition démographique et épidémiologique, l'aggravation de la crise du financement de la santé, une faible performance du système et enfin un recentrage du rôle de l'État qui voit sa sphère économique se réduire au profit du marché. Et après quelques années de tâtonnement, le processus allait s'accélérer à partir de 2011 sous l'impulsion des OMD (et plus tard des ODD), et surtout du printemps arabe et de la révision constitutionnelle qui en a découlé.

Si les OMD ont créé un cadre propice à l'amélioration de la santé primaire à travers la mobilisation de la communauté internationale et un argument solide pour assurer l'adhésion de certaines parties prenantes (les professionnels, les industriels, etc.), le printemps arabe a ouvert une fenêtre d'opportunité qui a permis de briser ou du moins d'alléger la résistance de certains groupes d'intérêt (les partis d'opposition et certains mouvements syndicaux). Chaque groupe a cédé sur certaines de ses

positions afin de préserver la paix sociale et la stabilité politique ; deux conditions sine qua non pour la réussite de tout changement souhaité. Ceci est d'autant plus justifié que la Constitution de 2011 a élevé l'égalité d'accès aux soins au rang de droit constitutionnel (l'article 31 de la Constitution du 1er juillet 2011) et que le gouvernement ait été amené à améliorer sa copie de réformes pour prendre en considération l'une des revendications majeures des protestataires à savoir « la santé pour tous ».

Concernant l'ordonnancement des réformes proposées, le gouvernement a opté pour une approche lucide et pragmatique. Plutôt que de s'engager simultanément sur tous les fronts, il a préféré agir par ordre de priorités en fonction de l'urgence et de la faisabilité politique des réformes. Dans une première étape, le Maroc s'est attaqué à la question du système de financement. En réalité, la crise sociale et politique était tellement profonde que la question du financement s'est imposée comme une urgence. Il fallait commencer par rassurer les Marocains quant aux possibilités d'allègement du fardeau financier des soins avant de procéder à la réforme de l'offre. Dans cette perspective, les réformateurs avaient le choix entre trois régimes distincts : le modèle du service national de santé financé essentiellement par l'impôt, avec un accès gratuit des citoyens à une offre de soins publique, le régime libéral où la protection contre la maladie de la population est facultative et assurée par des contrats d'assurance privée, et enfin le régime des assurances sociales (le modèle bismarckien) financé par des cotisations assises sur les salaires et géré par des caisses administrées par les partenaires sociaux. Finalement, en raison de la sensibilité sociale et politique du dossier, les pouvoirs publics avaient opté pour un système hybride segmenté selon des critères sectoriels et combinant les trois régimes en même temps, car essentiellement bismarckiens, mais en partie financé par l'impôt tout en autorisant les acteurs concernés (employeurs et employés) à opter pour un régime purement libéral.

Le Maroc a démarré sa couverture sanitaire universelle en 2006 avec l'entrée en vigueur de l'AMO (assurance maladie obligatoire) au profit des employés du secteur privé. En 2012, et afin de généraliser la couverture sanitaire aux plus démunis, le gouvernement a institué un régime d'assistance médicale connu sous le nom de RAMED (Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base). Fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale, ce régime est financé à titre marginal par les bénéficiaires (environ 14 dollars par an et par personne) et les collectivités locales (environ 4 dollars par an et par personne). Le reste, soit environ 80% des cotisations, est assuré par l'État à travers le Fonds d'appui à la cohésion sociale (FACS) créé par la loi des finances de 2012.

Officiellement, le RAMED constitue une réponse crédible au problème des barrières financières qui empêchaient les populations pauvres de se soigner, mais en réalité, il a été pensé avant tout comme un outil de légitimation politique en temps de crise. En fait, les avantages procurés par ce régime étaient déjà acquis sur présentation d'un simple certificat d'indigence. Avec le REMED, le gouvernement a voulu transmettre un message d'espoir et de solidarité aux personnes économiquement pauvres et une partie de la classe moyenne, qui constitue la colonne vertébrale de l'économie marocaine et une véritable force sociale de changement.

La deuxième étape des réformes a démarré en juillet 2011, soit cinq mois après le déclenchement du mouvement du 20 février. Cette étape a été marquée par la réorganisation de l'offre de soins. Le but était de restructurer profondément le système en vigueur dans la perspective de la décentralisation avancée. Toutefois et pour des raisons techniques, l'implémentation effective de cette réforme n'a débuté qu'en 2015 avec la publication du Décret n° 2-14-562, qui a instauré un système hospitalier pyramidal composé de quatre niveaux :

- Le réseau des établissements de soins de santé primaire,
- Le réseau hospitalier,
- Le réseau intégré des soins d'urgence médicale,
- Le réseau des établissements médico-sociaux public.

Une lecture détaillée du texte instituant la réforme de l'offre de soins montre qu'il est très riche, mais en même temps assez compliqué à mettre en place pour une économie à revenu intermédiaire. D'ailleurs, hormis l'élaboration d'une carte de santé, le niveau d'opérationnalisation des autres volets de la réforme demeure très faible. Aussi et curieusement, la préparation de cette réforme n'a suscité ni débat, ni réserves de la part des professionnels de la santé. Pourtant, il semble que son implémentation ne sera pas sans coût, car il va nécessiter plus de mobilisation, plus de responsabilisation et plus de contrôle.

La troisième étape des réformes fut déclenchée en 2013 avec l'ouverture d'un front dans la bataille contre les médicaments chers. Elle s'est traduite par la révision des conditions et des modalités de fixation du prix public de vente des médicaments (Décret n° 2-13-852 du 18 décembre 2013 relatif aux conditions et modalités de fixation du prix public de vente des médicaments fabriqués localement ou importés). Il faut dire que le texte de loi en vigueur avant la réforme (l'arrêté n°465-69 du 18 septembre 1969) était devenu obsolète en raison de la complexité des procédures administratives et des marges excessives des professionnels. Désormais, le principe de fixation du prix public de vente diffère selon le type de médicaments. Pour les princeps, qu'ils soient fabriqués localement ou importés, le prix fabricant doit correspondre au prix du médicament le plus bas dans sept pays retenus comme benchmark, à savoir l'Arabie Saoudite, l'Espagne, la France, la Belgique, la Turquie, le Portugal et le pays d'origine lorsqu'il est différent de ces derniers (Article 3 du Décret n°2-13-852). Et pour les médicaments génériques, le prix est soumis à la règle de décrochage, à travers l'application d'un taux minimum de réduction entre le princeps et le générique, dans le respect de la règle selon laquelle le prix du générique ou du bio similaire ne peut excéder celui de son princeps (Article 5 du Décret n°2-13-852).

La quatrième étape des réformes fut annoncée en 2015 et a concerné l'exercice de la profession (Dahir n° 1-15-26 du 19 février 2015 portant promulgation de la loi n° 131-13 relative à l'exercice de la médecine). La principale nouveauté fut l'ouverture des capitaux des cliniques privées et des établissements assimilés aux non-médecins. Officiellement, cette disposition vise à assurer la réussite d'une politique de santé intégrée et équitable à travers l'accroissement de l'investissement hospitalier et son élargissement aux régions sous médicalisées, mais la réalité est tout autre. En effet, devant l'incapacité de l'Etat et des professionnels privés et paraétatiques de répondre

à une demande de plus en plus croissante des services de santé, il a été décidé de libéraliser le secteur en autorisant les non professionnels à y investir.

Cette disposition fut maintenue malgré l'opposition farouche des professionnels de la santé, en particulier le Conseil de l'Ordre des médecins ; l'instance à qui le législateur a donné le pouvoir de contrôler la pratique médicale au Maroc. Cette opposition est d'autant plus crédible que l'article, objet du désaccord, est en contradiction avec l'article 2 de la même loi qui dispose que « la médecine est une profession qui ne doit en aucun cas ni d'aucune façon être pratiquée comme un commerce ».

La dernière étape majeure des réformes du système de santé au Maroc fut initiée en 2015, avec le lancement du chantier de transformation du régime des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques. Néanmoins, cette initiative n'a pas abouti en raison de la mobilisation des principaux concernés en l'occurrence les étudiants.

3.2. L'attitude des groupes d'intérêts et des parties prenantes

L'acceptation ou le blocage de n'importe quel projet de réforme est souvent redevable des choix stratégiques des différents groupes impliqués et de leur comportement. Le modèle dit de « guerre d'usure » développé par Alesina et Drazen (1991) offre une bonne illustration théorique de la lutte entre ces groupes lors du processus de préparation et d'implémentation des réformes. L'objectif de chaque groupe est de maintenir ses positions en espérant que l'autre cédera le premier et devra donc supporter la plus grande partie des coûts du changement.

La répartition des résultats (gains ou pertes) issus de cette lutte est généralement fondée sur des compromis entre les critères du jeu politique et les critères de justice sociale. Les politiciens, initiateurs des réformes, se trouvent au centre de cette logique de compromis. D'une part, ils préfèrent s'attaquer aux réformes qui présentent moins de risques pour leurs intérêts ou ceux des groupes qu'ils représentent. D'autre part, ils cherchent à préserver une certaine légitimité en proposant des projets socialement utiles, qui servent l'intérêt pressant des électeurs et renforcent l'adhésion populaire.

Dans les deux cas, les décideurs politiques font face aux revendications tantôt légitimes, tantôt illégitimes des différents groupes d'intérêts et parties prenantes qui se positionnent en situation de demandeurs de rente (*rent-seekers*). Si une réforme est jugée nuisible à leurs avantages acquis, ils s'organisent souvent pour la bloquer ou au moins la retarder. Le processus de marchandage qui naît entre ces groupes et les décideurs politiques (offreurs de rente) est souvent source de gaspillage social (Elmorchid et Hourmat Allah, 2015).

Ce type de marchandage s'applique aisément aux réformes du système de santé au Maroc. Ainsi, tenant compte de leur capacité d'intervention et de leur statut (gagnant ou perdant), il est possible d'identifier quatre familles de groupes d'intérêt et parties prenantes : les opposants redoutables, les opposants passifs, les sympathisants dynamiques et les sympathisants résignés.

Le premier groupe se compose d'opposants redoutables ; ceux qui disposent d'un fort pouvoir d'intervention et qui n'ont pas intérêt à ce que les choses changent. Il

est de loin le plus important et surtout le plus fort. À notre avis, il se compose essentiellement des mouvements politiques malveillants et de certains professionnels du secteur (les industriels de médicament, les cliniques privées, les syndicats et les bureaucrates).

Les mouvements politiques malveillants sont incarnés essentiellement par *Al-adl wa-alihsane* (Justice et bienfaisance), un mouvement islamiste légal qui se réclame du soufisme, mais non toléré par les autorités marocaines. Très présent dans la sphère de la santé publique et fortement représenté dans les instances médicales au niveau des hôpitaux et des facultés de médecine, ce mouvement n'hésite pas à mobiliser des milliers de ses sympathisants (médecins et étudiants en médecine) lors du lancement de chaque réforme afin de marquer son orientation idéologique, son positionnement et son poids dans l'espace politiques, et en même faire passer des messages forts aux décideurs politiques.

Regroupé en deux principales Associations professionnelles à savoir l'AMIP (l'Association Marocaine de l'Industrie pharmaceutique) et LEMIM (Les Entreprises du Médicament du Maroc), les industriels de médicament forment un sous-groupe très puissant, mais avec des objectifs différents. Alors que la première association défend les intérêts des laboratoires pharmaceutiques locaux, la seconde œuvre en faveur des laboratoires internationaux installés au Maroc. Pourtant, face à la réforme des prix du médicament, elles étaient unies et elles se sont fortement mobilisées pour bloquer le projet en faisant monter les enchères en matière d'approvisionnement du marché. Pour cela, elles se sont appuyées sur la position privilégiée de certains de leurs membres dans la structure politique marocaine en particulier la chambre des conseillers. Elles se sont également appuyées sur la qualité de leur organisation, leur accès facile à l'information et le niveau d'instruction élevé de leurs membres.

Lors du processus de marchandage, ces deux Associations avaient conditionné l'acceptation de la réforme par l'obtention de compensations sous forme d'avantages fiscaux et autres subsides, mais le gouvernement n'a pas voulu céder faisant valoir l'argument selon lequel la baisse des marges bénéficiaires des industriels serait largement compensée par l'élargissement du répertoire des médicaments remboursables par l'assurance maladie et l'augmentation du taux de remboursement (80% en 2020). Finalement, la réforme fut imposée en contrepartie d'une simple promesse de la part du gouvernement de revoir à la hausse les prix de certains médicaments de confort, de semi-confort ou de luxe.

Furieux de l'attitude du gouvernement, les industriels de médicament ont utilisé d'une sorte de chantage pour faire échouer la mise en application de la réforme, et ce à travers le ralentissement, voire, l'abandon de la production et/ou l'importation des médicaments à petits prix et qui présentent une faible rentabilité financière. Le résultat en est une pénurie à répétition d'une dizaine de médicaments avec ce que cela implique en termes de souffrance et de stress pour les personnes malades et leurs proches.

Les cliniques privées constituent également un groupe puissant, car compact et doté de moyens de pression. Elles sont représentées par l'Association Nationale des Cliniques Privées, qui s'est farouchement opposée à la réforme de l'exercice de la profession de la médecine en particulier les dispositions qui concernent la

libéralisation de l'acte d'investissement dans les cliniques et le renforcement des contrôles, mais aussi à la pression fiscale et au gel depuis 2006 de la tarification nationale de référence (TNR).

Par ailleurs, et en dépit du faible taux de syndicalisation du personnel de la santé, les mouvements syndicaux ont une forte capacité de mobilisation. Pour manifester leur opposition aux différents projets de réformes proposés, ils n'ont pas hésité à paralyser les établissements hospitaliers par des mouvements de grèves à répétition. Le mouvement de grève des étudiants en médecine par exemple a duré plus de cinq mois en 2019. Face à cette résistance, le gouvernement marocain a opté pour deux stratégies opposées : la stratégie d'assurance qui consiste à répondre favorablement à certaines revendications (autorisation du temps plein aménagé¹ pour les médecins spécialistes, contreparties financières, révision des statuts administratifs, etc.), et la stratégie de balkanisation du paysage syndical. Aujourd'hui, on compte une dizaine de représentations syndicales opérant dans le domaine de la santé. À l'évidence, l'objectif de cette balkanisation est d'affaiblir le pouvoir d'intervention de ces entités. À cela s'ajoute le caractère parfois conflictuel des relations entre les différentes composantes du corps syndical (médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, biologistes, pharmaciens, étudiants, etc.).

Le dernier sous-groupe puissant impliqué dans la résistance aux réformes se compose des bureaucrates (les exécutifs). Ces acteurs se comportent souvent comme des cavaliers clandestins. De par leur statut administratif, ils adhèrent de fait à l'idée de réformes, mais au moment de l'implémentation et de la « mise en vente », ils manifestent une certaine résistance surtout s'ils ne peuvent pas y préserver ou y trouver leurs intérêts (Perret, 1996 :22). D'une part, ils craignent de quitter un état qu'ils maîtrisent parfaitement et dans lequel ils se reconnaissent pour un autre état dont les attributs ne sont que partiellement connus. D'autre part, ils sont généralement démotivés à accepter le changement sans contrepartie matérielle. Ce sont des gens qui n'ont peut-être pas le goût de s'occuper des services publics ; leur responsabilité est loin d'être effective pour exécuter les tâches qui leur sont assignées. La défaillance du cadre de travail et du système de rémunération, l'absence d'un mécanisme efficace de gestion des carrières et l'absence du civisme et d'esprit de citoyenneté sont autant de facteurs qui expliquent ce type de comportement (Elmorchid et Hourmat Allah, 2015).

Signalons au passage que l'intervention de ces différents sous-groupes obéit à une logique linéaire (Fox and Reich, 2015 :1021). Elle a lieu, à des degrés différents, tout au long du cycle des réformes à savoir : l'initiation, la conception, l'adoption et enfin l'implémentation. Les acteurs mécontents adhèrent souvent de façon prudente aux réformes au moment de leur préparation, mais lors du processus d'implémentation, ils manifestent une très forte opposition. Une telle attitude s'explique généralement par des considérations d'apprentissage et d'asymétrie informationnelle.

Le deuxième groupe se compose des opposants passifs ; ceux qui disposent d'un faible pouvoir d'intervention et qui sont souvent victimes des politiques publiques visant le changement dans le domaine de la santé. À notre avis, seule la communauté

¹ Le temps plein aménagé est une dérogation accordée aux professeurs de médecine et aux médecins spécialistes du secteur public les autorisant à exercer partiellement dans le secteur privé.

de la médecine traditionnelle ou populaire s'insère dans ce groupe. En dépit de son rôle majeur dans la société marocaine, celle-ci forme un groupe sans cohésion et politiquement caché, car relevant souvent des institutions informelles. À l'évidence, ils ne peuvent que se résigner au sort qui leur est imposé, même si celui-ci leur déplaît. En effet, les actions entreprises par le gouvernement dans le domaine de la santé (généralisation de l'assurance maladie obligatoire, régime d'assistance médicale, établissement de la carte sanitaire, baisse du prix des médicaments, etc.) sont de nature à réduire la part du marché de la médecine traditionnelle qui profite généralement de la difficulté d'accès des populations aux soins conventionnels².

Le troisième groupe se compose des sympathisants dynamiques ; ceux qui disposent d'un fort pouvoir d'intervention (*capacity building*) et qui ont plus à gagner qu'à perdre en adhérant aux projets de réformes du système de santé. Il s'agit essentiellement des politiciens bienveillants et de certaines institutions internationales (OMS, UNICEF, Banque mondiale et Nations unies). Ces acteurs sont supposés veiller à faire prévaloir l'intérêt collectif du peuple sur leurs propres intérêts. Leur capacité d'action résulte, entre autres, de leur pouvoir politique et/ou institutionnel, de leur qualité organisationnelle et de leur accès facile à l'information.

Les décideurs politiques bienveillants par exemple sont mandatés par les électeurs pour lancer les réformes qui permettraient d'améliorer le quotidien des citoyens dans tous les domaines, y compris celui de la santé. Outre le pouvoir et le mandat du peuple, ils peuvent compter sur le soutien des institutions internationales. Ils exercent leurs prérogatives via le pouvoir législatif (les deux chambres du parlement) et le pouvoir exécutif représenté par le Ministère de tutelle (Ministère de la Santé), avec une implication plus au moins forte d'autres départements ministériels comme l'Intérieur, les Finances, l'Éducation Nationale et le Secrétariat général du Gouvernement³.

Les institutions internationales sont également impliquées dans le processus de réformes de la santé au Maroc. Il faut dire que la santé est l'un des domaines où les priorités nationales s'insèrent globalement dans les stratégies établies à l'échelle mondiale. Alors que l'appui des bailleurs de fonds prend la forme de financement d'une partie des projets de réformes à des conditions avantageuses, celui de l'OMS et de l'UNICEF se manifeste à travers l'assistance technique et d'orientation. Quant à l'appui des Nations unies, il se manifeste naturellement dans la mise en œuvre des OMD (Objectifs du milliaire pour le développement) et plus tard des ODD (Objectifs du développement durable), qui sont structurés autour de plusieurs axes clés dont celui de la santé.

2 Un exemple éloquent de la faiblesse de la communauté de la médecine traditionnelle au Maroc réside dans la fermeture sans aucune résistance du plus grand asile psychiatrique informel au Maroc en 2014. Situé à 50 km de Marrakech, ce centre est le lieu où repose un marabout du XVIème siècle au nom de Bouya Omar, connu par ses pouvoirs surnaturels de guérison des personnes souffrant de déficience mentale.

3 Au Maroc, le Secrétariat général du gouvernement veille, entre autres, à l'application des législations et réglementations en matière de droit de la profession médicale. Il intervient également dans le circuit de délivrance des différentes autorisations d'ouverture d'établissements de santé et de leur fermeture.

Le quatrième et dernier groupe est constitué des sympathisants résignés ; ceux qui disposent d'un faible pouvoir d'intervention et qui ont plus à gagner qu'à perdre en acceptant le changement. Il s'agit généralement des usagers actuels ou futurs et des associations de défense des consommateurs. En fait, les usagers sont les premiers bénéficiaires des réformes du système de santé lancées au Maroc au cours de ces dernières années (réduction des prix du médicament, régime d'assistance médicale, réorganisation de l'infrastructure hospitalière, etc.), pourtant leur capacité d'action et leur implication dans les réformes sont très limitées. Seul peut-être le choc créé par le printemps arabe a permis de faire entendre la voix de cette catégorie d'acteurs.

Quant aux associations de défense des consommateurs, elles ne sont pas encore suffisamment organisées et outillées pour qu'ils puissent assumer pleinement leur mission de plaidoyer. Officiellement, le Maroc compte environ 1000 ONG œuvrant exclusivement dans le domaine de la santé, soit moins de 1% de l'ensemble des ONG déclarées, mais en réalité seule une centaine d'ONG sont réellement actives, travaillant souvent en unions à l'instar du Collectif pour le droit à la santé et la Fédération nationale des associations des consommateurs.

Conclusion

En dépit de son importance stratégique dans le développement du pays, le système de santé au Maroc a été pendant longtemps englué dans une crise multi-facettes qui s'est traduite, entre autres, par un accès limité et fortement inégalitaire aux soins et un allongement des délais d'attente. Au cœur de cette crise, un cadre réglementaire assez rigide, une allocation irrationnelle des ressources, une déficience des structures, des rapports conflictuels entre les différents groupes sociaux, une faible qualité de la gouvernance et une domination excessive de la logique du marché.

Parallèlement, le thème de la santé commence à inspirer et à animer les débats publics aussi bien dans la sphère académique et scientifique que dans la sphère politique. L'ampleur grandissante des débats a été perçue par les pouvoirs publics comme une sonnette d'alarme ou un signal de risques de tensions sociales à moyen terme. Cette crainte était d'autant plus crédible que le Maroc traverse une transition démographique et épidémiologique assez avancée et que des études annoncent des signaux de soulèvement social probable (Courbage et Todd, 2007). Et c'est, entre autres, pour prévenir ces inquiétudes que les pouvoirs publics marocains avaient décidé de lancer un vaste chantier de réformes du système de santé.

Assez courageux et ambitieux, cet exercice n'a pas été chose aisée à la fois pour des raisons techniques, politiques et institutionnelles. Au niveau politique, les réformateurs ont été amenés à faire beaucoup de concessions, à faciliter l'adhésion des opposants aux projets de réformes, à accepter de nouvelles règles de partage et à supporter un risque de sanctions électorales assez élevé. À niveau institutionnel, ils ont été instamment priés de trouver un certain équilibre entre les exigences d'une réforme moderne, ambitieuse et novatrice et les contraintes informelles issues des pratiques culturelles, bureaucratiques, idéologiques et religieuses. Enfin, au niveau technique, les réformateurs ont été appelés à concevoir et à mettre en place de nouvelles structures, de nouvelles règles de fonctionnement et de nouvelles procédures ; autant d'occasions qui augmentent le risque de commettre des erreurs

de jugement, mais également de mal anticiper les différentes contraintes individuelles et collectives.

Compte tenu de la complexité du système de santé et des risques politiques qui peuvent en découler, le mode opératoire des réformes mises en place par le gouvernement marocain est caractérisé par une sorte de pragmatisme rationnel. Ceci apparaît aussi bien au niveau du choix du timing (une périodisation établie en fonction des circonstances politiques et sociales), du rythme (recours au gradualisme plutôt qu'à la thérapie de choc), de la démarche (une combinaison intelligente entre la démarche consensuelle et la démarche dictatoriale) et du séquençage (un ordonnancement établi en fonction des priorités, des contraintes et des aléas).

Par ailleurs, trois principaux facteurs ont beaucoup aidé à maintenir le cap des réformes du système de santé au Maroc et ainsi réduire le risque de leur échec : une opinion publique largement favorable et consciente du fait que « les choses doivent absolument changer », une motivation et un engagement pris par les dirigeants politiques « bienveillants » de transformer cette insatisfaction générale en un projet qui permettrait à terme de corriger les dysfonctionnements constatés, et enfin un soutien technique et financier des institutions internationales en particulier l'OMS et l'UNICEF.

Cependant, les réformateurs ont été amenés à composer avec des groupes et des parties prenantes qui ont vu leurs intérêts menacés et qui ont donc manifesté une certaine opposition, voire une résistance, aux projets de réformes proposés. Cinq principaux groupes de résistance se sont particulièrement illustrés : les industriels du médicament, les cliniques privées, les syndicats, les bureaucrates et les politiciens malveillants. Ceux-ci avaient en effet l'habitude de tirer profit d'une sorte de rente artificielle que leur procurait l'ancien système. Devant cette opposition, les réformateurs avaient opté pour la stratégie de l'usure, qui consiste à faire durer les négociations, à entretenir le flou dans les réponses apportées, à donner des promesses, à temporiser, à reporter certaines démarches, mais également à dénoncer certaines pratiques illégales des membres de ces groupes dans le but de salir leur réputation et les décrédibiliser devant l'opinion publique.

Hormis la réforme portant sur le régime des études médicales, les autres réformes du système de santé au Maroc ont obéi à cette logique. Cet état de fait a créé une sorte de frustration chez certains groupes puissants notamment les industriels du médicament, qui n'ont pas hésité à procéder à une démonstration de force lors du processus d'implémentation de la réforme la concernant afin de la « saboter ». Leur stratégie a consisté en la baisse, voire la suspension, de la production ou l'importation des médicaments à bas prix, ce qui a naturellement engendré des ruptures de stocks et de surcroît des pénuries à répétition chez les pharmacies d'officine.

Au vu de cette conclusion, nous pouvons nous interroger sur les mesures les mieux appropriées à même de corriger les dysfonctionnements constatés lors de l'implémentation des réformes du système de santé au Maroc. Certes, le pays a globalement réussi les trois premières étapes du cycle des réformes relatives au système de santé (l'inscription sur agenda politique, la conception et l'adoption), mais la mise en place de ces réformes a été extrêmement lente, hésitante et peu laborieuse. La faute ne revient pas seulement à la résistance de certains groupes

d'intérêt et parties prenantes, mais aussi au gouvernement lui-même qui s'est lancé dans des réformes parfois très coûteuses sans se soucier de la question du financement. Le cas le plus éloquent est celui de la mise en place du Régime d'assistance Médicale aux personnes Economiquement Démunis (RAMED), qui n'a cessé de susciter beaucoup d'inquiétudes en raison des doutes qui planent sur sa solvabilité.

Plutôt que de réformer pour réformer en changeant des lois, nous estimons qu'il vaut mieux axer toute stratégie de changement du système de santé sur la viabilité financière et la recherche de l'efficacité, mais également sur l'adhésion des acteurs concernés tout en réhabilitant les institutions sanitaires informelles qui continuent de mobiliser un grand nombre de Marocains (la solidarité dans la prise en charge des proches malades, la médecine non-conventionnelle, la religion dans les pratiques médicales préventives, etc.).

Références

- ALESINA A. and DRAZEN A. (1991), Why are Stabilizations Delayed? American Economic Review, 81, 1170-1188.
- CASSELS A. (1995), Health sector reform: Key issues in less developed countries, Journal of International Development, 7(3), 329-347.
- COURBAGE Y. et TODD E. (2007), Le rendez vous des civilisations, Paris, Editions du Seuil, La République des Idées, 176p.
- ELMORCHID B. (2010), Ajustement des réformes en Afrique : la condition d'un développement réussi, in Jean-Christophe Boungou Bazika et Abdelali Bensaghir Naciri (ed). Repenser les économies africaines pour le développement. Dakar, CODESRIA, 70-71.
- ELMORCHID B. et HOURMAT ALLAH H. (2015), « L'économie politique des ressources halieutiques dans le monde arabe : la leçon marocaine », Revue JBE, 3(2), 149-150, [<https://bit.ly/3j0cAwf>].
- FOX A. and REICH, M-R. (2015), The Politics of Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: A Framework for Evaluation and Action, Journal of Health Politics Policy and Law, 40, 1019-1021.
- L'Instance Centrale de Prévention de la Corruption (ICPC). (2011), Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé : évaluation et diagnostic. Rapport de synthèse, Rabat, [<https://bit.ly/3iXGhxE>].
- La Cour des comptes. (2018), Rapport d'activités relatif à l'exercice 2018. Rabat. [<https://bit.ly/2QdnT7D>].
- Le Conseil Economique, Social et Environnemental. (2013), Les soins de santé de base ; vers un accès équitable et généralisé, Rabat, Saisine, 4, 30-35, [<https://bit.ly/3hf2U08>].
- Ministère de la Santé du Maroc. (2015), Comptes nationaux de la santé. Rabat, [<https://bit.ly/2CXtr3m>].
- Ministère de la Santé du Maroc. (2016), Santé en chiffres, édition 2016, Rabat, 168p, [<https://bit.ly/31pnmG4>].
- Ministère de la Santé du Maroc. (2019), La carte sanitaire du Maroc, 2019, [<https://bit.ly/3gaUPZk>].
- NATION-MASTER, Global Trends, Statistics and Insights for Healthcare. (2019), [<https://bit.ly/3kYsuZA>].
- OCDE. (2018), Diagnostic d'intégrité au Maroc. Paris. Les éditions OCDE, [<https://bit.ly/3iWeqhC>].
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012), Examen du système de santé au Maroc : défis et opportunités pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Rapport de Mission de l'OMS au Maroc, Rabat, 45p.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020), Rapport sur la santé dans le monde 2020 : pour un système de santé plus performant. Genève. , Bibliothèque de l'OMS, [<https://bit.ly/2Q7dI4G>].
- PERRET V. (1996), La gestion du changement organisationnel : articulation de représentations ambivalentes. Université Paris – Dauphine. 1996 :19-21.

- SALTMAN, R.B. and FIGUERAS, J. (1997), European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies. WHO Regional Health Office for Europe; Copenhagen.
- WHO. (2020), Global Health Observatory data Repository, Geneva, [<https://bit.ly/34rWdV3>]