



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

L i v r e
b i l a n c

Pour une nouvelle
gouvernance du
secteur de la santé



Marrakech 1, 2 et 3 Juillet 2013



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

Livre blanc

Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé



Marrakech 1, 2 et 3 Juillet 2013

Sommaire

Pourquoi faut-il une nouvelle réforme du système de santé au Maroc ?

4

Le Maroc Change	5
Des besoins nouveaux	6
Un système de soins qui n'est plus adapté à ce nouveau contexte	12
La nouvelle donne : la Constitution de 2011	15

Quelles perspectives pour cette nouvelle réforme du système de santé ?

17

AXE 1 - Agir sur les déterminants de la santé, promouvoir ce qui peut l'améliorer et protéger les populations contre ce qui menace leur santé	21
Chantier 1. Développer les « fonctions essentielles de santé publique»	21
Chantier 2. Mettre la santé au cœur des politiques publiques : des évaluations d'impact-santé pour dialoguer avec les autres secteurs	24
Chantier 3. L'action locale sur les déterminants de la santé	28

AXE 2 - Vers la couverture universelle: proximité, qualité, protection financière	31
Chantier 4. Une politique de proximité et d'accès	34
Chantier 5. Réguler la qualité des soins et protéger les utilisateurs	37
Chantier 6. Réduire la part des paiements directs pour les soins, étendre la couverture des mécanismes de solidarité	40
AXE 3. Moderniser la gouvernance de la santé	45
Chantier 7. Mettre en place les structures et les capacités que la modernisation de la gouvernance impose et contractualiser la complémentarité public-privé	46
Chantier 8. Un système d'information intelligent	50
Chantier 9. Un atout qui est aussi un défi : les professionnels de santé et la réforme	53
Annexe :	
La Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques	58

Pourquoi faut-il une nouvelle réforme du système de santé au Maroc ?

Le système «national» de santé marocain a été mis en place en 1959. La première conférence nationale sur la santé organisée en Avril 1959 sous la présidence de feu S.M. Mohamed V a énoncé les principes qui ont orienté le Système National de Santé pendant un demi-siècle : «La santé de la nation incombe à l'Etat» et «Le Ministère de la santé publique doit en assurer la conception et la réalisation».

Cinq plans de développement ont opérationnalisé ces principes, avec comme grande priorité l'organisation de l'offre de soins et la lutte contre les grandes endémies. C'est ainsi que le Maroc a fondé ses premières facultés de médecine et ses écoles de formation professionnelle, et que les premières stratégies de couverture sanitaire (les groupes sanitaires mobiles ; les SPU/SPR, les SIAAP), ont été formulées, tandis que la charte communale de 1959 responsabilisait les collectivités locales sur les frais de soins des populations avant que cela ne change dans la charte de 1976 qui limitait la responsabilité en santé à l'hygiène et l'assainissement.

A la suite de la déclaration d'Alma Ata, les années 1980 et 1990 ont été celles de l'extension des soins de santé de base et du développement des programmes sanitaires. Mais dès le

début des années 1990, le besoin de réformes de structure se fit sentir. Cela s'est traduit surtout par des mesures de réorganisation du ministère de la santé (1994). La création, dans cette nouvelle organisation, de nouvelles directions centrales pour les hôpitaux, les médicaments et la réglementation ainsi qu'une structure sur l'économie de la santé, reflétait une préoccupation plus claire d'une part pour la production de soins curatifs, particulièrement au niveau des hôpitaux et d'autre part pour la maîtrise du financement de la santé. Ces préoccupations étaient à la base de l'enclenchement d'une nouvelle dynamique de développement du système de santé marocain qui a permis l'engagement des chantiers de la réforme de la Couverture Médicale de Base et la réforme des hôpitaux.

Parallèlement à cette nouvelle dynamique, plusieurs tentatives ont été initiées pour la déconcentration des pouvoirs sectoriels au niveau des régions. Ces tentatives ont abouti à la mise en place des directions régionales de santé dont le pouvoir reste encore limité.

L'héritage est aujourd'hui contrasté. D'une part les indicateurs montrent, un succès dans la maîtrise de la fécondité, une extension notable du

réseau de services et un recul des mortalités infantile et juvénile; mais en même temps ils témoignent de disparités grandissantes entre milieux et régions, d'une grande insuffisance en matière de qualité de soins et d'un retard inquiétant en matière de ressources humaines. Cela confirme l'utilité des efforts investis dans le domaine de la santé et le succès de certains programmes, mais cela questionne par la même occasion l'adéquation du modèle de système de santé mis en place au lendemain de l'indépendance quant à sa capacité à répondre aux défis d'aujourd'hui et de l'avenir. Le Maroc a changé, il faut que son secteur santé s'adapte.

Le Maroc Change

Le Maroc a profondément changé ces dernières années. Ces changements transforment radicalement le paysage dans lequel opère le secteur de la santé. Les appels à la réforme dérivent de changements profonds dans le profil des besoins en santé et dans celui des attentes vis-à-vis du système de santé, ainsi que des insuffisances manifestes du modèle du système en place. Ces changements impliquent que la façon d'organiser le secteur, pour effectif qu'il ait pu être dans une phase précédente, n'est plus appropriée pour les défis d'aujourd'hui et des années à venir. La Constitution de 2011, qui inscrit le droit d'accès aux

soins comme droit fondamental, est la traduction politique de la nécessité de la modernisation du secteur santé dans un environnement en mutation.

La Constitution de 2011 du Royaume du Maroc inscrit le droit à la santé comme un droit constitutionnel. Ce faisant elle trace un cap pour le système de santé marocain des années à venir : le Maroc s'inscrit dans une mouvance politique profonde qui engage déjà la plupart des systèmes de santé à travers le monde.

La volonté de réformer le secteur de santé au Maroc n'est pas singulière: bon nombre de pays de tous les continents se sont engagés dans cette voie. Les Etats Unis et la Chine, derniers pays où le langage politique résistait à l'adopter, se sont maintenant engagés dans la voie de la couverture universelle en santé. Le Brésil et la Thaïlande ont massivement investi dans les soins primaires – les soins de proximité, toujours dans un cadre de progression vers la couverture universelle.

Les arrangements institutionnels des systèmes de santé varient d'un pays à l'autre. Il y a des différences importantes en termes de mode de financement, décentralisation, disponibilité des ressources, couverture, etc. Ils font pourtant tous face aux mêmes défis dès lors qu'ils veulent assumer la responsabilité de protéger la santé de leurs habitants.

L'ampleur des problèmes peut varier d'un pays à l'autre, mais leur nature reste la même. Dans tous les pays, il y a des inégalités dans l'accès aux soins et des ressources limitées à y consacrer. Cela se traduit partout d'une façon ou d'une autre en pénurie de personnels ; en files d'attente pour l'accès aux soins et aux technologies de pointe ; en sous-valorisation des soins de santé primaires. Les débats sont récurrents sur la privatisation, la qualité des soins, le coût et l'accès aux médicaments et aux technologies, les soins donnés aux personnes vulnérables et de façon générale, sur la viabilité économique du secteur santé.

Si les dysfonctionnements qui poussent à réformer se ressemblent, c'est également le cas pour les grandes orientations de réforme. La réforme du secteur santé, ce qu'on appelle communément la réforme de la santé, se décompose, du moins dans les pays riches et dans les pays en transition, en trois grandes parties:

Un premier volet traite des déterminants sociaux de la santé et de la manière dont on peut s'organiser pour protéger la santé, et empêcher la maladie. Ce volet de la réforme dépasse les frontières du système de soins : il concerne l'alimentation, l'environnement, les conditions de vie, l'habitat.

Un deuxième volet de la réforme traite de l'organisation des soins de santé : tout ce qui touche à l'organisation des soins ambulatoires, des hôpitaux, des services spécialisés. Les éléments communs à ces réformes, p.ex. aux Etats Unis, en Thaïlande ou au Brésil, est l'importance donnée aux soins primaires – les soins de proximité – et à la couverture universelle.

Point commun à ces deux volets, indispensable pour avancer significativement, il faut inculquer une direction. Pour cela il faut que l'Etat opère d'une façon différente que dans le passé : ni laissez-faire, ni vouloir tout-faire.

Ces deux volets de réforme doivent donc reposer sur un troisième volet : un changement profond de la façon de gouverner le secteur de la santé.

Des Besoins Nouveaux

La situation sanitaire au Maroc est caractérisée par la réduction des niveaux de mortalité et de fécondité qui annonce la transition démographique, et un changement de la structure de la morbidité qui induit l'émergence des maladies chroniques suite à la transition épidémiologique.

Les taux de mortalité des enfants ont connu une importante réduction. Entre 1979 et 1997, la mortalité infantile est passée de 91 ‰ à 37 ‰, elle est maintenant de 28.8‰. La mortalité juvénile est passée de 52 ‰ à 10 ‰ ; elle

est maintenant de 1.7%°. L'indice de mortalité maternelle est passé de 359 à la fin des années 1970, à 227 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à la fin des années 90. Il est maintenant à environ 112. L'espérance de vie à la naissance est passée de 47 ans en 1962 à 74,8 ans en 2012, ce qui correspond à un gain de plus de 28 ans en 50 ans – mais avec une différence d'espérance de vie de 5 à 6 ans entre l'urbain et le rural. La fécondité a connu la même tendance. Le taux brut de natalité est passé de 31.4‰ en 1987 à 18.8 ‰ en 2010 ; l'indice synthétique de fécondité lui a diminué de 4.5 en 1987 à 2.6 en 2011. Le taux brut de mortalité a accusé une baisse importante passant de 19‰ en 1960 à 5,6‰ en 2010, mais il reste nettement plus élevé dans le milieu rural (7,2) qu'en milieu urbain (4,4).

La tuberculose (26000 à 30000 nouveaux cas par an) continue à poser un problème de santé publique, tout comme les IST/SIDA, les méningites, les leishmanioses avec des foyers épidémiques de la forme cutanée, les infections respiratoires aiguës, les toxi-infections alimentaires collectives ou les hépatites virales. Pourtant, depuis quelques années déjà le Maroc est passé d'un schéma classique où les maladies infectieuses étaient prédominantes, à une situation où ce type de maladies est en déclin progressif mais se conjugue désormais aux maladies non transmissibles qui continuent à

prendre de l'envergure.

Selon des données de l'enquête nationale sur la Population et la Santé Familiale de 2011, 18,2% de la population marocaine, et surtout sa fraction la plus âgée, est atteinte d'une maladie chronique, contre 13,8% en 2004. Alors que cette problématique n'attirait que peu l'attention il y a 20 ans, on compte désormais entre 30.000 et 54.000 nouveaux cas de cancers par an. Le vieillissement de la population joue un grand rôle dans l'émergence des maladies chroniques. Les 2,2 millions de personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 8,1% de la population totale en 2007. On estime leur nombre à environ 3 millions à l'heure actuelle, et on estime qu'il y en aura 4 millions en 2020 (11,1%) de la population totale. Les décès par maladies non transmissibles représentent actuellement 75% de tous les cas des décès ; ils ne sont suivis que de loin par les décès par maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles qui représentent 19% et les accidents et traumatismes qui représentent 6%.

On constate donc trois phénomènes simultanés : une tendance à la diminution, voire à la quasi-éradication (c'est le cas des maladies cibles de la vaccination) ; une tendance vers la persistance (c'est le cas de la tuberculose) ; et l'émergence de maladies chroniques et de cancers.

Cela confronte le Maroc à un double fardeau de morbidité : les maladies aiguës en grande partie transmissibles, et les maladies chroniques, en grande partie non transmissibles.

Les choix stratégiques à faire doivent donc exprimer à la fois le souci d'achever la transition épidémiologique par la consolidation des acquis en matière de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles et le souci de faire face à l'émergence d'une nouvelle structure morbide dominée par les maladies chroniques et les cancers. Ces choix devront tenir compte de l'urbanisation accélérée qui passera de 59% en 2013 à 62% en l'an 2020 et 65% en 2030. L'écart entre milieux urbain et rural s'accroît et le profil social et les attentes des populations changent.

Ces attentes concernent également le milieu dans lequel les populations vivent. Leur santé dépend en large mesure de facteurs autres que les soins de santé : la qualité de l'environnement, la stratification

sociale et les habitudes de vie qui en découlent; la prospérité du pays. Ces facteurs affectent les mécanismes biologiques, psychiques et comportementaux par lesquels chaque individu s'adapte en permanence au cours du temps à son environnement. Les systèmes de soins contribuent à prévenir ou corriger les problèmes de santé des individus – autrement dit tout ce qui perturbe leurs capacités fonctionnelles - mais l'action pour améliorer la santé nécessite également une réponse en aval, une réponse par rapport à ce qui détermine la santé dans la société⁽¹⁾ .

Une série d'études récentes, et en particulier la récente initiative «Intidarate» lancée par le Ministère de la Santé, permettent de cerner les attentes et les frustrations de la population et des professionnels vis à vis du système de santé Marocain. L'initiative Intidarate tire sa légitimité de la nouvelle Constitution du Royaume qui promet la concertation entre les pouvoirs publics et les différents acteurs sociaux⁽²⁾ dans l'élaboration,

1- L'importance des déterminants sociaux de la santé est largement reconnue au Maroc. Des programmes multisectoriels ont été initiés pour lutter contre le VIH, la tuberculose ou la santé maternelle et infantile. Des actions au plan local, pour analyser les causes des inégalités en santé (programme Urban Heart) ou sensibiliser et mobiliser les communautés locales ont été pilotées. La constitution d'une Commission nationale des déterminants de la santé, qui associerait l'ensemble des départements ministériels et les acteurs clés, est à l'étude.

2- les citoyens, les associations œuvrant pour les droits humains, la santé et le développement, les académiciens, les chercheurs, les experts, les Ordres professionnels et les syndicats des professionnels de santé des secteurs public et privé

la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques. Elle a activé le mécanisme de consultation et de participation des citoyens et des différents acteurs sociaux en perspective de la tenue de la conférence nationale de la santé. Pour recueillir l'ensemble des attentes, le programme «Intidarate» s'est basé sur quatre outils de sondage d'attentes : des audiences radiophoniques, des audiences publiques, le réseau social «facebook», et l'analyse des articles de la presse.

Si ces divers outils ont permis de confirmer l'appréciation des efforts fournis par le personnel de santé et le Ministre de la Santé, une série de revendications et frustrations qui s'expriment autour de 3 domaines principaux :

- La pénurie de ressources humaines et matérielles ;
- Les problèmes d'accessibilité géographique et financière aux services, et les phénomènes de corruption qui y sont associés ; et
- La qualité des services, y compris l'hygiène des établissements et les questions de sécurité en leur sein.

Ces observations sont largement corroborées et précisées par les enquêtes⁽³⁾ sur les contraintes

à l'accès aux soins et aux médicaments, réalisées en 2011 auprès d'usagers du système de soins et de professionnels, dans la Préfecture de Salé, la province d'Azilal et la province de Figuig. Ces études confirment les préoccupations liées au manque chronique de ressources humaines dans les centres de santé publiques, situation aggravée dès lors que l'on s'éloigne des centres urbains. Si, d'une manière générale, équipements médicaux et dotation en médicaments sont à un niveau jugé relativement satisfaisant, ce qui semble poser le plus de problème touche à l'entretien, à l'organisation des locaux, à l'hygiène, à la sécurité, de centres de santé souvent peu accueillants.

Les entretiens avec les usagers ont montré l'importance des contraintes pour accéder au centre de santé: coût du transport, difficultés de trouver un véhicule dans les zones « enclavées » (parfois y compris en milieu urbain), dépenses liées à l'hébergement et à l'alimentation des accompagnants et dépenses spécifiques associées à la prise en charge médicale (examens de laboratoire, médicaments, etc.). Les patients se heurtent ensuite à de nouvelles barrières relatives à l'accueil et qui risquent encore d'allonger le délai de prise en charge;

3- ONDH (2011) ; Les disparités d'accès aux soins au Maroc. Etudes de cas. Observatoire Nationale de Développement Humain, Rabat, Maroc.

ici, le bakchich et/ou l'intervention d'interconnaissances constituent les facteurs favorisant l'accès au prestataire. L'objectif affiché par les patients est de parvenir jusqu'au médecin, et de préférence au médecin spécialiste. Le médecin généraliste privé offre une alternative largement pratiquée, y compris en milieu rural, notamment du fait d'une disponibilité ressentie plus importante.

L'accès aux médicaments est contraint par de nombreux obstacles: le prix, la disponibilité, les pratiques des personnels soignants dans les centres de santé sont les plus récurrents. Certains patients sont dans l'obligation de sélectionner les médicaments qui leur ont été prescrits et qui ne sont disponibles dans leur totalité dans les centres de santé et sont coûteux dans les officines privées. La négociation d'un bakchich pour accéder au médicament est également évoquée.

Une étude récente sur les attentes des médecins généralistes du secteur public et privé montre que dans leur ensemble ils s'accordent à dire que la formation qu'ils ont reçue n'est pas adaptée à la pratique de la profession et ne répond pas aux besoins de la population. La volonté de changer et d'adapter le cursus de formation du médecin généraliste est une priorité unanimement reconnue. Tous partagent un diagnostic d'échec des réformes des études médicales successives et la persistance d'un modèle de formation en médecine générale inadapté. La médecine générale, perçue par les jeunes lauréats comme une discipline de triage et d'orientation des patients vers les spécialistes, n'est qu'un choix par défaut, et les jeunes lauréats déplorent l'isolement du généraliste dans des zones éloignées aux conditions de travail et de vie difficiles.

Encadré 1

La consultation post 2015 – Les Marocains s’expriment sur l’avenir que nous voulons. L’accès à des services de santé de qualité est un enjeu majeur

A l’initiative du Secrétaire Général des Nations Unies, les bureaux pays des Agences des Nations Unies ont organisé des consultations nationales afin de réfléchir aux priorités de développement de l’après 2015. Au Maroc la parole a été donnée à de multiples parties prenantes en février et mars 2013: représentants d’institutions gouvernementales, diplomates, agences de coopération, organisations de la société civile, du secteur privé, des médias; parlementaires, femmes élues, associations professionnelles, groupes vulnérables.

Le texte ci-dessous, extrait du rapport de synthèse des consultations, produit par le Coordinateur Résident des Nations Unies au Maroc, résume les attentes des marocains en matière de santé :

«Les consultations montrent que l’accès universel (y compris l’accessibilité) à des services de santé de qualité est un enjeu majeur pour les Marocains, le concept recouvrant la généralisation de l’offre, l’extension géographique et le développement de la proximité avec les usagers dans les régions mal pourvues ou enclavées (amélioration de la proximité des laboratoires médicaux, création de facultés de médecine et de pharmacie et d’instituts scientifiques).

Ce besoin de proximité se traduit également par des attentes concernant le ciblage de populations spécifiques : il s’agit de mettre en place des politiques sanitaires adaptées aux personnes vulnérables (personnes âgées, personnes vivant avec le VIH, personnes ayant des besoins spécifiques, par exemple).

Les Marocains rêvent d’une couverture médicale globale et gratuite, et quelques-uns désirent la fin des monopoles au sein de l’industrie pharmaceutique. Les participants aux consultations préconisent l’augmentation des allocations budgétaires pour le secteur, de mettre l’accent sur la réduction de la mortalité infantile et la santé des femmes, ainsi que sur la production des génériques, l’éducation sur le VIH et une formation de qualité des professionnels de la santé.

Un système de soins qui n'est plus adapté à ce nouveau contexte

Une infrastructure renforcée mais sous-utilisée. Au cours des 30 dernières années le réseau sanitaire du Maroc s'est très fortement développé. Il disposait en 1960 de 394 établissements publics de soins de base; actuellement il compte plus de 2600 unités. On est ainsi passé de 0.58 établissements pour 10 000 habitants en 1980 (1/17 000 habitants) à 0.83 pour 10 000 hab. (1/12000 habitants) actuellement. Le réseau hospitalier a connu une évolution plus lente, mais il y a maintenant 144 hôpitaux publics avec plus de 22 000 lits et 373 cliniques privées avec près de 10 300 lits. Malgré ces efforts, quelques 20 % de la population se trouvent encore à plus de 10 km d'une formation sanitaire de base et les indicateurs de disponibilité et d'utilisation des services sont nettement en faveur de l'urbain.

Le taux d'utilisation des services curatifs publics reste remarquablement faible avec 0,6

nouveau cas par personne par an. Les données sur les activités dans les hôpitaux publics montrent un taux d'hospitalisation ne dépassant pas 5 %, ce qui confirme l'utilisation relativement faible des établissements hospitaliers au Maroc⁽⁴⁾. Cette sous-utilisation est certainement en grande partie le fait des problèmes de ressources humaines et du médicament décrits ci-dessous, mais il a également beaucoup à voir avec l'inadéquation de l'offre de services au type de demande d'aujourd'hui – notamment les maladies chroniques

La pénurie de personnels. Une des caractéristiques les plus frappantes du secteur de santé marocain est la pénurie de personnels. C'est un problème qui existe de longue date et qui persiste malgré des améliorations modestes. La densité de médecins, public et privé confondus, est passée de 0,43 à 0,62 pour 1 000 habitants entre 1999 et 2012, tandis que la densité de personnel infirmier fluctuait entre 0,89 et 0,97 pour 1 000 habitants. Depuis 2004 le nombre de médecins augmente de 4,7 % et celui des infirmiers de 1,9 % par an. Ce taux d'accroissement semble nettement insuffisant,

4- Cela contraste avec les taux de couverture de certains programmes (santé maternelle, vaccination, par exemple) qui sont très élevés ou en constante progression.

en dépit des objectifs ambitieux d'accroissement de la production de médecin que le gouvernement s'est fixé⁽⁵⁾. Entretemps plus de 40 % des spécialistes au Maroc travaillent exclusivement dans le secteur privé urbain. La majorité de ceux qui restent dans le secteur public exerce massivement et parallèlement leur profession dans un cabinet privé: la «double pratique», qui est en principe interdite mais que le ministère de la Santé peine à contenir.

Vingt-trois établissements publics forment des infirmiers et d'autres professionnels de santé. Ces établissements opèrent sous la supervision du ministère de la Santé et produisent près de 1 400 diplômés tous les ans. Il y a également depuis peu plusieurs écoles privées qui forment des infirmières et autres professionnels de santé. Le ministère de la Santé ne dispose que d'informations limitées au sujet des normes suivies ou du nombre de diplômés produit par an. L'ouverture récente de postes du secteur public aux infirmières et autres professionnels de la santé diplômés d'écoles privées a été une source de tension et d'inquiétude au sein des employés du secteur public.

Le problème de pénurie des personnels de santé a été signalé par de nombreux responsables nationaux comme étant l'un des plus grands défis du système de santé: manque d'effectifs, vieillissement, distribution en fonction des intérêts des personnels plutôt que des besoins de la population. Là où des personnels sont disponibles se pose le problème de leur adéquation aux besoins. Leur formation n'était déjà pas bien adaptée aux problèmes des populations tels qu'ils se posaient il y a 20 ans, elle l'est encore beaucoup moins maintenant que le profil des besoins et de la demande est en train de changer rapidement.

Le médicament cher. A côté de la sous-utilisation des services de santé et du déficit en personnels, un troisième problème frappant est celui du médicament. Les prix des médicaments sont 2 à 3 fois plus élevés au Maroc que dans la plupart des pays voisins, principalement en raison de la fragmentation de l'approvisionnement et de l'absence de concurrence par des produits génériques de qualité, dont la pénétration ne dépasse pas 30%.

5- Il existe actuellement cinq facultés de médecine au Maroc (Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès et Oujda - qui relèvent toutes du secteur public - et qui produisent collectivement 1300 médecins tous les ans. L'ouverture de deux nouvelles facultés de médecine est prévue à Tanger et Agadir. Il n'existe pas d'écoles de médecine dans le secteur privé. Le gouvernement s'est fixé pour objectif d'augmenter la production nationale annuelle de médecins pour atteindre 3,300 d'ici 2020. L'augmentation de la production se fera en doublant les admissions dans les écoles existantes (ce qui s'est déjà produit à Rabat) et par l'ouverture d'un nombre indéterminé de nouvelles écoles de médecine.

Les dépenses pharmaceutiques représentent 32% des dépenses totales de santé – ce qui est disproportionné pour le niveau de développement du pays. La distribution publique et les ventes privées de médicaments sont mal gérées (un grand nombre de pharmacies, outre les ventes directes par les cliniques privées et les médecins). Le ministère de la Santé consacre une très grande partie de son budget à l'achat de médicaments, mais sans pouvoir pour autant assurer la disponibilité des médicaments au niveau périphérique. De nombreux conflits d'intérêts existent, par exemple au sein des comités de sélection, des comités d'adjudication; les médecins sont soumis à des pratiques promotionnelles agressives.

Un financement encore trop dépendant des paiements directs.

Le Maroc a progressivement augmenté les sommes destinées à la santé. Les dépenses totales sont passées de 18,9 milliards de dirhams (1,7 milliard de dollars) en 2001 à 47,8 milliards de dirhams (5,8 milliards de dollars) en 2010, soit une hausse moyenne annuelle par habitant de 12,2 % (de 57,5 dollars à 181 dollars). Le Maroc consacre une plus grande part de son PIB à la santé (6,2% en 2010).

Le secteur public de la santé ne mobilise cependant que 7,6% du total des dépenses publiques, ce qui reste nettement en dessous des 15% prévues par la déclaration d'Abuja pour l'année 2015. Une très grande

partie des dépenses reste le fait de paiements directs par les ménages. Ces paiements directs représentent plus de la moitié du total des dépenses de santé (53,6 % en 2010). Ce taux élevé de paiements directs creuse les inégalités et expose les ménages à des risques élevés de catastrophe financière et d'appauvrissement. Il n'y a pas eu au Maroc jusqu'à présent de vraies études des effets de cette manière de financer les soins, pas seulement sur les finances des ménages, mais également en termes d'incitatifs pervers et de distorsions dans la prestation de services.

Toujours est-il que remplacer ces paiements directs (53% du total en 2010) par des dépenses publiques (25% en 2010) ou par des mécanismes de prépaiement et de partage de risques (22% en 2009) constitue un des grands défis pour le secteur santé du Maroc. La part de ces derniers, essentiellement l'AMO et la RAMED, est en train d'augmenter, en absolu et en relatif. Ils n'offrent qu'une couverture très limitée, mais ils sont en voie de toucher les deux tiers de la population. Cela ne manquera pas d'amener de très profondes modifications dans le paysage de la santé. Il est encore trop tôt pour dire dans quelle mesure cela permettra de s'atteler aux problèmes de fond du système – inégalités, ressources humaines, médicaments, risques et distorsions inhérentes au paiement direct – mais c'est certainement une opportunité pour l'avenir.

La nouvelle donne : la Constitution de 2011

Le secteur de la santé ne peut plus rester le même depuis la promulgation de la Constitution de 2011.

La loi 65-00 de 2002 sur la couverture médicale de base affirmait dans son préambule que «la protection de la santé implique pour l'Etat, l'engagement d'assurer gratuitement les prestations de santé préventive à l'ensemble des citoyens à titre individuel et collectif, l'organisation d'une offre de soins de qualité répartie harmonieusement sur le territoire et de garantir l'accès aux soins à toutes les couches sociales de la population grâce à la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé... afin de concrétiser l'engagement de l'Etat, qui consacre le principe du droit à la santé.»

Neuf années plus tard, en 2011, la loi cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins définissait avec plus de spécificité les principes de la responsabilité de l'Etat et les droits et devoirs de la population et des usagers. Elle traduisait ces principes en termes de responsabilités de l'Etat pour l'offre des soins, en termes de contenu et en termes schémas régionaux.

Mais la reconnaissance suprême du droit à la santé relève de la Constitution de 2011 qui fournit une perspective très riche sur la responsabilité de

l'État dans ce domaine. Elle affirme le droit fondamental à la vie (article 20) à la sécurité (article 21) et à l'intégrité physique et morale des personnes (article 22). Elle protège par la loi la famille (article 32), elle donne aux pouvoirs publics la responsabilité d'aider les jeunes à s'insérer dans la vie active (article 33) et à traiter et prévenir la vulnérabilité (article 34).

L'article 31 de la constitution précise que «L'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir du droit : aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat, ... à l'accès à l'eau et à un environnement sain, au développement durable.» L'article 34 indique que « Les pouvoirs publics élaborent et mettent en œuvre des politiques destinées aux personnes et aux catégories à besoins spécifiques. A cet effet, ils veillent notamment à : Traiter et prévenir la vulnérabilité de certaines catégories de femmes et de mères, des enfants et des personnes âgées, Réhabiliter et intégrer dans la vie sociale et civile les handicapés physiques sensorimoteurs et mentaux et faciliter leur jouissance des droits et libertés reconnus à tous.»

D'autre part, l'article 71 affirme que sont du domaine de la loi « les principes

et règles du système de santé, les relations de travail, la sécurité sociale, les accidents de travail et les maladies professionnelles, et la création des établissements publics et de toute autre personne morale de droit public», tandis que l'article 154 confirme que «les services publics sont organisés sur la base de l'égal accès des citoyennes et citoyens, de la couverture équitable du territoire national et de la continuité des prestations» : «Ils sont soumis aux normes de qualité, de transparence, de reddition des comptes et de responsabilité, et sont régis par les principes et valeurs démocratiques consacrés par la Constitution».

L'article 156 dit que ces «services publics sont à l'écoute de leurs usagers et assurent le suivi de leurs observations, propositions et doléances. Ils rendent compte de la gestion des deniers publics conformément à la législation en vigueur et sont soumis, à cet égard, aux obligations de contrôle et d'évaluation.» et selon l'article 157 «une charte des services publics fixe l'ensemble des règles de bonne gouvernance relatives au fonctionnement des administrations publiques, des régions et des autres collectivités territoriales et des organismes publics.»

Ainsi la Constitution reconnaît de façon explicite le droit à l'accès aux soins de santé - et donc indirectement le droit à la santé. Elle agit, également à travers d'autres articles, sur un éventail très large de déterminants

de la santé. Il est important de noter qu'elle donne également une feuille de route sur la façon dont les services de santé doivent être gouvernés : équité, redevabilité, transparence, écoute : des services au service du citoyen.

La reconnaissance du droit à la santé pour tous les marocains, conséquence logique des revendications citoyennes liées au mouvement du printemps arabe, s'inscrit dans la continuité des réformes initiées par les pouvoirs publics à caractère sociales et économiques : la loi 65-00 sur la couverture médicale de base de 2002, l'initiative nationale du développement humain (l'INDH) lancée en 2005, la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins de 2011, et en 2013, à la suite de la nouvelle constitution, la généralisation du RAMED, le régime d'assistance médicale.

Faire de cette reconnaissance du droit à la santé une réalité dans le quotidien de tous les habitants du Maroc, c'est là l'objet de la réforme qui est en discussion aujourd'hui. Pour le Maroc il s'agit d'un enjeu majeur. La capacité de réformer en profondeur le système de santé constitue en effet un test pour la démocratie et la solidarité.

La suite de ce livre blanc suggère les grands axes autour desquels pourrait s'articuler la réforme du secteur de la santé. Ces pistes devraient faciliter une discussion approfondie et structurée avec les différentes parties prenantes pour réunir les appuis nécessaires aux changements à implanter.

Quelles perspectives pour cette nouvelle réforme du système de santé ?

Cette nouvelle réforme cherche à répondre de façon équilibrée à différentes exigences :

- Centrer les soins sur les problèmes et les attentes des gens, lutter contre les exclusions et promouvoir la santé ;
- Anticiper les réponses aux défis pour la santé des mutations de la société marocaine ;
- Construire un système durable et efficient.

Au cœur de cette réforme se situe la volonté de réaliser concrètement le droit à l'accès aux soins et à la santé pour tous les marocains, en prenant en considération l'ensemble des déterminants de la santé, tout en construisant un « bon » système de santé performant, en mesure d'assurer la pérennité du changement attendu. Les caractéristiques et les propriétés d'un « bon » système de santé, et plus spécifiquement de son système de soins sont résumées dans l'encadré 2.

La nouvelle constitution et l'affirmation du droit à la santé qu'elle consacre n'est pas la seule opportunité pour préparer le système de santé marocain de l'avenir. La nouvelle réforme doit aussi réaliser des

synergies et contribuer à l'avancement des politiques de régionalisation. Cela doit donner un nouvel élan à l'organisation de la proximité et à la participation des populations tout en décongestionnant un processus décisionnel très centralisé.

Pour réussir, cette volonté de réforme et de modernisation du secteur de la santé doit être appropriée par les acteurs du système et faire l'objet d'un consensus social afin de vaincre les résistances au changement et de gérer les intérêts divergents des intervenants. Les perspectives proposées s'articulent autour de trois grands axes – qui font écho aux mouvements de réforme dans la plupart des pays à haut ou à moyen revenu :

- Assurer la protection des populations : agir contre les menaces (anciennes et nouvelles) sur la santé de la population marocaine par une politique volontariste sur les déterminants de la santé ;
- Avancer vers la couverture universelle : assurer l'accès de tous à un système de soins de proximité, et réorganiser les solidarités : éliminer les barrières financières à l'accès et éviter

que les ménages engagent des dépenses catastrophiques pour pouvoir se soigner ;

- Gouverner l'ensemble du système de santé (public et privé, formel et informel) : passer d'un système commandé et contrôlé par le haut (le mode «command

and control»), vers un système basé sur la régulation et la négociation (le mode « steer and negotiate»). Cela implique de passer d'une focalisation excessive sur les mécanismes administratifs à l'utilisation d'incitatifs, à la participation et à la transparence.

Encadré 2.

Vers où la réforme veut-elle aller ? Les caractéristiques de ce que serait un « bon » système de santé au Maroc.

UN “BON” SYSTÈME DE SANTÉ CONTRIBUE À :

- Améliorer la santé et l'équité en santé
- Etablir un équilibre entre la réponse donnée aux besoins en santé et celle donnée aux attentes des gens.

POUR CE FAIRE, UN “BON” SYSTÈME DE SANTÉ :

- Assure la couverture universelle, c'est à dire à la fois l'accès universel aux soins de santé de qualité et la protection financière des utilisateurs ;
- S'occupe de la santé des populations, en agissant sur les déterminants de la santé et en protégeant les citoyens et les communautés contre ce qui menace la santé ;
- Anticipe les menaces à la santé et gère les situations de crises;
- Réagit aux priorités sanitaires, avec un éventail équilibré et scientifiquement fondé d'interventions et d'activités curatives, préventives et de promotion de la santé.

CE SYSTÈME DE SANTÉ ENGLOBE UN SYSTÈME DE SOINS BIEN ORGANISÉ, PERFORMANT ET CENTRÉ SUR LES GENS:

Il rend accessible à tous, des services de proximité :

- Qui connaissent la population pour laquelle ils sont responsables;
- Que les gens connaissent et dans lesquels ils ont confiance;
- Qui peuvent résoudre leurs problèmes et les référer vers des services spécialisés en cas de besoin;
- Qui assurent la continuité et la globalité des soins;
- Qui fournissent des soins intégrés, efficaces et ne créent pas de risques indus pour les patients ;

Il est constitué par des réseaux de services (de première ligne et de recours) :

- Qui ont défini des liens clairs, transparents et effectifs entre eux ;
- Qui ont une responsabilité d'ensemble pour la santé d'une population bien définie ;

- Qui ont établi des mécanismes appropriés et participatifs de redevabilité sur leur performance.

UN BON SYSTÈME DE SANTÉ DÉPEND DE COMMENT LE FINANCEMENT, L'INFORMATION ET LES RESSOURCES HUMAINES - SONT ORGANISÉS ET GOUVERNÉS:

Le financement – et les modalités de paiement– sont organisés de façon à appuyer la progression vers la couverture universelle:

- En assurant un niveau de financement suffisant;
- En se basant sur le pré-paiement et le partage des risques pour éliminer les barrières à l'accès et garantir la protection financière de tous contre les dépenses catastrophiques ;
- En trouvant un équilibre entre l'élargissement progressif de la gamme de services offerts, l'extension progressive de la population couverte, et la réduction progressive des paiements directs des ménages.

Les systèmes d'information et de connaissance sont organisés de façon à fournir et partager, de façon transparente des informations sur la performance. Plus précisément :

- les informations importantes et stratégiques sur les tendances en termes de résultats santé ;
- les informations importantes et stratégiques sur les tendances en termes de services fournis, de qualité et de productivité;
- les informations importantes et stratégiques sur les tendances en termes d'utilisation et de disponibilité de ressources ;
- les informations importantes et stratégiques sur les tendances en termes de besoins et attentes des gens ;
- les informations importantes et stratégiques sur la qualité des milieux de vie au travail
- les informations importantes et stratégiques sur la perception, par les populations, les utilisateurs et les travailleurs de santé, de la performance du système de santé.

Le système des ressources humaines est gouverné de façon à :

- Former, déployer et retenir une force de travail en nombres suffisants pour répondre aux besoins de santé sur tout le territoire;
- Garantir que les professionnels aient accès aux médicaments et à la technologie nécessaire pour répondre aux besoins de santé de la population ;
- S'assurer que les profils de compétences des travailleurs de la santé permettent de fournir de « bons » soins et permettent de s'occuper efficacement des déterminants de la santé,
- S'adapter aux changements qu'impose le développement du pays.

AXE 1 - Agir sur les déterminants de la santé, promouvoir ce qui peut l'améliorer et protéger les populations contre ce qui menace leur santé

Le Maroc, pays en transition, doit faire face à la fois à des facteurs «anciens» et «nouveaux» qui déterminent la santé des individus et des communautés. Au fur et à mesure que le pays se modernise, les besoins en actions de prévention et en promotion de la santé ne vont pas diminuer, ils augmenteront. D'une part, le Maroc ne pourra obtenir des résultats de santé à long terme de façon efficace et efficiente que s'il redouble les efforts visant les déterminants de la santé. D'autre part, les populations deviennent – à raison – de plus en plus exigeantes envers les pouvoirs publics quant à la protection de leur santé.

Le renforcement nécessaire de l'action sur les déterminants de la santé ne se fera pas sans entraîner des pressions financières et organisationnelles. La seule façon d'y faire face sera d'accroître la flexibilité du système de santé pour adapter son action à la diversité géographique, épidémiologique et sociale du pays. La régionalisation avancée (voir encadré 4) donne le cadre qui rendra possible cette adaptation.

L'efficacité de l'action sur les déterminants de la santé sera

déterminée par l'ouverture de trois chantiers:

1. Revoir l'ensemble des politiques et actions techniques importantes pour agir sur les déterminants de la santé à la lumière des « fonctions essentielles de santé publique ».
2. Mobiliser l'ensemble des secteurs qui influencent la santé pour qu'ils prennent en compte la santé dans leurs décisions;
3. Renforcer l'action sanitaire de proximité et la participation de la population face aux problèmes qui affectent la vie et la santé des communautés.

Chantier 1. Développer les «fonctions essentielles de santé publique»

Rationnel

Les structures de santé, qu'elles soient publiques ou non, peuvent et doivent jouer un rôle important pour agir sur une série de problèmes de santé publique : contrôle des maladies transmissibles, prise en charge de la dépendance et des maladies liées au grand âge, l'obésité, la prévention des cancers, la protection environnementale, la santé mentale, les maladies chroniques etc. Au niveau national, la prise en charge de ces problèmes nécessite qu'une série de « fonctions essentielles de santé publique » soient assurées.

Il est clair que c'est le Ministère de la santé qui assure, pour le gouvernement, la responsabilité de ces fonctions. Il n'en est pas nécessairement de même pour leur mise en œuvre. Celle-ci peut être confiée aux structures du Ministère de la Santé, mais elle peut tout aussi bien l'être, selon les cas, à d'autres ministères, à des organismes parapublics, académiques, voire à des collectivités locales ou à la société civile.

Que faire ?

En plus de ce que l'Etat assume comme responsabilités d'organisation, de régulation et de fourniture de soins, il y a une série de « fonctions essentielles de santé publique » que le système de santé marocain doit remplir (et qu'il n'assume, en ce moment, que de façon partielle et souvent peu efficiente) :

- La prévention, la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles;
- La surveillance de l'état de santé;
- La promotion de la santé ;
- La santé au travail ;
- La protection de l'environnement;
- La législation et la réglementation;
- La planification et la gestion ;

- Des services spécifiques tels que la santé scolaire, le secours en cas de catastrophe ou le laboratoire de santé publique ;
- La santé pour les populations vulnérables et les populations à haut risque.

Le Maroc a eu, dans certains domaines, des succès impressionnants – maîtrise de la fécondité, lutte contre le trachome, la schistosomiase et le paludisme. Dans d'autres domaines, cependant, on constate des défaillances importantes, un éparpillement des responsabilités et une insuffisance de coordination. Cette situation affaiblit considérablement le potentiel d'action des autorités sanitaires pour la protection de la santé.

Les conditions institutionnelles doivent être créées afin que le Ministère de la Santé puisse élargir les activités qui existent et couvrir l'ensemble de la gamme des fonctions. En matière de collaboration entre la santé et les autres secteurs, certaines activités sont déjà partagées : les Bureaux Municipaux et les Bureaux Communaux d'Hygiène avec les collectivités locales, la santé scolaire et universitaire avec l'éducation, l'hygiène du milieu avec l'agriculture et les collectivités locales. Ces opportunités de collaboration permettent d'obtenir des résultats meilleurs, plus rapides et plus visibles. Il y a lieu de rentabiliser

l'expérience acquise et de l'étendre à d'autres domaines en proposant des approches innovantes.

Conditions institutionnelles à mettre en place

Traditionnellement ce sont les instituts nationaux de santé publique qui dans de nombreux pays ont constitué la principale source indépendante de compétences techniques pour remplir les grandes fonctions de la santé publique et aussi, plus largement, pour élaborer les politiques de santé publiques. Certains instituts nationaux peuvent faire état de réussites prestigieuses : la Fiocruz au Brésil, Kansanterveys Laitos en Finlande, l'Institut National de Santé Publique du Québec ou le CDC aux Etats-Unis. De plus en plus, cependant, les capacités de ces instituts s'avèrent insuffisantes face aux nombreuses demandes de politiques publiques. Trop souvent, leur mandat est surdimensionné et sous-financé. Leurs ressources sont dispersées et il leur est difficile de constituer la masse critique de compétences diversifiées et spécialisées. Plusieurs des fonctions dont ils sont responsables sont alors négligées ou délaissées.

Dans de nombreux pays ce paysage institutionnel classique est en train de changer. Le nombre de centres de compétences, souvent spécialisés dans un aspect particulier, augmente. Les formes institutionnelles classiques

se diversifient. On a tendance, à l'heure actuelle, à travailler à travers des réseaux constitués par un ensemble de centres de recherche, fondations, entités universitaires, consortiums indépendants, groupes de réflexion, projets, organismes techniques et initiatives de toutes sortes, au sein du secteur santé et dans d'autres secteurs.

Il est vraisemblable que le Maroc continuera lui aussi à évoluer dans ce sens. Cela se traduira par des réseaux de compétences plus complexes et plus diffus mais aussi beaucoup plus riches. Le renforcement des institutions devra passer par des stratégies prudentes en matière de spécialisation et de complémentarité, en prêtant attention au défi que constituent la coordination de ces réseaux et la cohérence du leadership montré du Ministère de la Santé.

Pour progresser dans cette voie, trois tâches s'imposent:

- Inventorier le paysage institutionnel de la santé publique au Maroc afin de développer une mise en réseau qui garantisse que l'ensemble des fonctions soit couvert d'une façon efficace, avec des garanties de qualité et des mécanismes de redevabilité ;
- Transformer la formation des ressources humaines qui s'occupent des fonctions essentielles de santé publique

en assurant la diversification et la spécialisation que ces réseaux plus complexes demanderont. A l'heure actuelle les facultés de médecine et l'école nationale de santé publique (l'ex-INAS). Ces institutions forment encore trop peu de professionnels de ce type, et restent trop souvent focalisées sur des problématiques strictement sanitaires voire concentrées exclusivement sur la lutte contre les maladies et l'épidémiologie classique. Le Ministère de la Santé devra, en collaboration avec les institutions de formation, impulser le renouveau des programmes de formation dans ce domaine, et en assurer la régulation.

- Engager la collaboration transfrontalière et les échanges inter-pays, afin d'élargir le champ d'expertise auquel on peut faire appel pour réaliser d'importantes économies d'échelle et enrichir le débat national en intégrant des perspectives venant d'ailleurs.

Chantier 2. Mettre la santé au cœur des politiques publiques: des évaluations d'impact-santé pour dialoguer avec les autres secteurs

Rationnel

La santé des populations n'est pas seulement le résultat des activités du

secteur sanitaire. Elle est dans une large mesure déterminée par des facteurs sociétaux et économiques, et donc par des politiques et des actions qui ne sont pas du ressort du secteur de la santé. Les conditions d'habitation ou de travail, par exemple, peuvent avoir des répercussions déterminantes sur la santé.

Les autorités sanitaires ont parfois l'impression que leur secteur ne peut influencer ces facteurs qu'à la marge.

Le secteur santé n'est bien évidemment pas en mesure de redéfinir les relations de travail, d'agir sur le chômage, d'augmenter les taxes sur le tabac, d'imposer des normes techniques aux véhicules à moteur, de réguler l'exode rural ou de fermer les bidonvilles, bien que toutes ces mesures aient des effets sur la santé.

Mais cela ne veut pas dire que le secteur santé soit tout à fait démuné. Il peut avoir un impact réel, à condition de collaborer avec les autres secteurs. Il peut faire en sorte que la santé soit reconnue comme une retombée socialement importante des politiques des autres secteurs. Dans le passé, le secteur de la santé a parfois engagé de telles collaborations de manière plutôt symbolique ; il l'a également fait, parfois avec de bons résultats, en convaincant les autres secteurs à aider le secteur de la santé dans la poursuite de ses objectifs de santé.

Il y a au Maroc une série d'exemples pour lesquels le Ministère de la Santé a obtenu la collaboration active et efficace d'autres secteurs pour agir sur des déterminants sociaux et environnementaux de problèmes importants de santé publique: l'élimination de la bilharziose, la lutte contre le trachome, les programmes de vaccination, ou, plus récemment, la lutte contre le cancer. Dans ces situations, il y avait un leadership clair et transparent de la part du Ministère de la Santé et des appuis au sein des autres secteurs. Cette collaboration a été efficace grâce au fait que toutes les parties avaient été convaincues qu'il y aurait des gains de santé réels et visibles pour les populations.

Pour mettre « la santé dans toutes les politiques » il faut aller plus loin. Il faut entreprendre une action de long terme pour faire reconnaître que la santé des populations est une responsabilité partagée par tous.

Dans une perspective de santé publique on part d'un problème de santé spécifique qu'on veut résoudre et on demande aux autres secteurs de contribuer à le solutionner.

Quand on réfléchit en termes de «santé dans toutes les politiques» on part de la politique de l'autre secteur (agriculture, éducation, environnement, économie, logement, transport, ...) telle qu'elle a été formulée, avec ses objectifs et sa logique propres, pour ensuite

regarder les conséquences en termes de santé. On évalue donc, en collaboration avec l'autre secteur, les effets, positifs et négatifs, actuels ou potentiels, de leurs politiques sur la santé des populations.

Les politiques des autres secteurs peuvent se révéler importantes pour la santé des populations à deux titres:

- Elles peuvent apporter une contribution positive à la santé sans que ce soit leur but explicite. C'est souvent le cas, par exemple, pour des politiques en matière d'éducation, d'égalité entre hommes et femmes ou d'inclusion sociale. Celles-ci peuvent se voir renforcées si elles s'appliquent à rechercher encore plus délibérément ces résultats sanitaires positifs, comme faisant partie intégrante d'elles-mêmes. En donnant une reconnaissance et une visibilité plus marquée à ces résultats santé, cela ne peut que renforcer les uns et les autres et créer des synergies utiles pour les populations.
- Elles peuvent aussi avoir des conséquences néfastes. On s'en aperçoit souvent trop tard, rétrospectivement, comme dans le cas des effets négatifs de la pollution atmosphérique ou de la contamination industrielle. Les décideurs d'autres secteurs peuvent ne pas être conscients

des conséquences sanitaires futures des choix qu'ils font et qui, dans leur logique, peuvent être parfaitement justifiés. Pourtant, il est souvent possible de prévoir ces conséquences ou de les détecter à un stade précoce, et de trouver un accord avec l'autre secteur pour réduire les effets néfastes pour la santé.

Que faire ?

La Déclaration d'Adélaïde (voir l'annexe 1) sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques décrit les moteurs pour la mise en œuvre d'une telle approche et le rôle nouveau pour le secteur de la santé qu'elle implique.

L'approche traditionnelle de la santé publique – partir d'un problème de santé spécifique pour demander aux autres secteurs d'aider à le résoudre – est bien-sûr utile et nécessaire, mais elle n'a qu'un potentiel limité. Il faut également commencer le dialogue à partir des politiques des autres secteurs lorsque ceux-ci les conçoivent, pour voir dans quelle mesure elles affectent, positivement ou négativement, la santé. Ce dialogue n'est pas facile à établir. Mais on dispose maintenant, dans un nombre croissant de pays, d'une expérience considérable avec des outils «d'évaluation de l'impact sur la santé». Une utilisation systématique de ces outils (encadré 3) permettrait au Maroc de catalyser ce dialogue.

Encadré 3.

Comment évaluer l'impact sur la santé ?

« L'évaluation d'impact sur la santé » est un exercice de plus en plus utilisé, en particulier dans la Communauté européenne. Il s'inspire des méthodes développées dans des «évaluations de l'impact environnemental», pour apprécier les conséquences en termes de santé et de sécurité sanitaire des politiques dont la finalité n'est pas la santé. Idéalement l'exercice se fait au moment où un secteur considère les options politiques pour le moyen ou le long terme. Les évaluations de l'impact sanitaire des politiques permettent de répondre de façon explicite à une série de questions. Est-ce que la politique évaluée :

- affecte la santé et la sécurité des individus ou des populations (l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité) à travers des effets sur l'environnement socio-économique (revenu, éducation, emploi, nutrition) ?
- accroît ou réduit la probabilité de risques sanitaires imputables à des substances nocives pour l'environnement naturel ?

- affecte la santé en modifiant les nuisances sonores, la qualité d'air, d'eau ou du sol dans des zones peuplées ?
- affecte la santé en raison de changements dans l'utilisation de l'énergie ou de l'élimination des déchets ?
- affecte des déterminants de la santé liés au mode de vie, tels que la consommation de tabac ou d'alcool, ou l'exercice physique ?
- a des effets particuliers sur certains groupes à risque (déterminés par l'âge, le sexe, le handicap, la catégorie sociale, la mobilité, la région, etc.) ?

Cet exercice peut également viser les effets sur l'accès au système de soins, à la protection sociale et à l'éducation, en évaluant la politique du secteur concerné du point de vue de son :

- impact sur les services quant à leur qualité et leur accessibilité ?
- effet sur l'éducation et la mobilité des travailleurs (santé, éducation, etc.) ?
- impact sur l'accès des individus à l'éducation publique ou privée ou la formation professionnelle et continue ?
- fourniture transfrontières de services, l'orientation d'un pays à l'autre et la coopération dans les régions frontalières ?
- impact sur le financement et l'organisation des systèmes sociaux, sanitaires et éducatifs (y compris la formation professionnelle) ?
- influence sur la liberté académique ou l'autonomie locale ?

Conditions institutionnelles à mettre en place

Des exercices d'évaluation d'impact santé seront une bonne base de dialogue s'ils sont conduits de façon systématique, objective et scientifique, en collaboration étroite avec les autres secteurs. Une commission nationale des déterminants sociaux de la santé, pilotée au plus haut niveau possible, doit servir de plateforme d'animation multisectorielle ou de pilotage d'outils tels que l'évaluation d'impact sur la santé. Mais il faudra que le Ministère de la Santé s'équipe des capacités – l'expertise, l'information,

la technologie – nécessaires pour pouvoir aussi créer de façon crédible les autres instruments de dialogue et de coordination.

Cela suppose que des efforts volontaristes, ciblés et suivis au plus haut niveau soient entrepris sur deux terrains :

- Faire accepter le principe des exercices d'évaluation d'impact et établir une relation de confiance avec les autres secteurs pour les entreprendre. Il faut viser à ce qu'ils soient inscrits dans la loi en tant que une précondition à

l'approbation de grandes initiatives sectorielles (tout comme, p.ex., l'évaluation préalable de l'impact environnemental est devenue une condition nécessaire en Union Européenne). Il faudra donc une feuille de route pour des démarches à faire pour inscrire cette obligation dans la loi.

- Créer la capacité d'analyse et d'évaluation et des systèmes d'information intelligents et performants – avec toutes les compétences et les technologies que cela demande – pour pouvoir mener à bien de telles évaluations de façon convaincante. Une analyse plus approfondie devra déterminer si de telles capacités doivent se trouver au sein du secteur public, dans des institutions parapubliques ou académiques, ou dans d'autres organisations de la société civile.

Chantier 3. L'action locale sur les déterminants de la santé

Rationnel

Ce sont souvent des circonstances locales qui menacent la santé ; c'est également au niveau local qu'il y a souvent des opportunités pour diminuer les risques et améliorer la santé. Ces opportunités locales ne peuvent être identifiées et résolues que localement en combinant l'action

des services de proximité et la participation de la population.

Au Maroc il y a une longue tradition de mobilisation des communautés locales pour la mise en œuvre de programmes de santé publique comme la vaccination, la lutte contre le trachome, ou la diffusion de la contraception. Il s'est ainsi constitué un capital de compétences et de motivations qu'il faut maintenir et étendre. Il y a cependant un potentiel sous-exploité important d'action locale sur les déterminants de la santé.

Les services de proximité, et, par ailleurs, les autorités locales, pourraient beaucoup mieux faire pour assurer le relais entre le local et les structures supérieures. Au niveau local on a de l'expérience avec la transmission des informations et des directives programmatiques du haut vers le bas et vers les populations: c'est une pratique bien établie. On y est cependant peu enclin à également transmettre de l'information du bas vers le haut sur des problèmes locaux qui ont été identifiés, ou des initiatives locales prometteuses, mis en place par les services de santé ou par la société civile. Cela représente des occasions manquées pour les autorités régionales et nationales d'appuyer des initiatives locales qui peuvent apporter une plus-value en santé.

L'INDH, l'Initiative Nationale de Développement Humain, offre à ce titre une multitude d'opportunités pour renforcer l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Ce projet de règne a su mobiliser toutes les compétences et organisations locales dans la lutte contre la pauvreté dans un cadre organisé et coordonné.

Que faire ?

Il y a lieu de renforcer les interactions et les coordinations entre l'INDH et l'ensemble des secteurs d'activités agissant sur les déterminants de la santé. La décentralisation permettra d'appuyer plus efficacement la créativité et les initiatives locales à travers des mesures telles que :

- Faire de la collaboration avec les initiatives communautaires un élément des termes de référence des formations sanitaires de proximité, et un élément de leur évaluation continue.
- Créer des mécanismes permettant de faire remonter au niveau régional l'information sur les initiatives locales qui sont innovatrices et prometteuses

ou qui ont montré des résultats intéressants.

- Mettre en place des mécanismes décentralisés pour appuyer de telles initiatives avec ressources et expertise, mais également des programmes ou des initiatives nationales qui appuient de tels développements parmi les populations les plus démunies.

Conditions institutionnelles

Beaucoup dépend du degré de décentralisation du pouvoir de décision au sein du secteur santé, et de la possibilité de mettre en place, aux niveaux régional et sous-régional, des mécanismes de redevabilité basés sur une évaluation objective des appuis fournis et des résultats obtenus. L'encadré 4 montre combien la décentralisation avancée sera déterminante. Mais le secteur santé ne pourra pas pour autant se décharger de sa responsabilité pour mettre en place ses structures de proximité et de participation, un système d'information redessiné, et la technologie moderne pour assurer la transparence.

Encadré 4.

L'importance de la décentralisation avancée pour la réforme du secteur santé

La régionalisation avancée vise à libérer l'esprit d'initiative et les énergies créatives des citoyennes et citoyens, contrecarrer et réduire les pesanteurs et les inhibitions bureaucratiques et promouvoir la proximité. Elle met l'accent sur l'intersectorialité et la territorialisation des politiques publiques et des interventions de l'Etat et des collectivités territoriales. Cela est de toute première importance pour la réforme du secteur santé, avec son insistance sur les soins de proximité et l'importance accordée à l'action locale sur les déterminants de la santé. Cette décentralisation avancée sera un exercice démocratique donnant des compétences étendues et mieux articulées aux régions avec une prééminence de la collectivité régionale en matière de développement intégré. On prévoit, entre autres, un fonds de mise à niveau sociale des régions, avec de nouvelles ressources propres du conseil régional et des ressources accrues à affecter par l'Etat, proportionnées aux compétences transférées.

La limitation des contrôles a priori et d'opportunité et le renforcement des contrôles a posteriori permettront plus de flexibilité et des opportunités d'innovation. La régionalisation avancée renforcera la généralisation des contrats-programmes basés sur les résultats, particulièrement pertinents pour un système complexe et pluraliste comme le système de santé marocain. Du point de vue de la planification sanitaire, le découpage proposé par la décentralisation avancée sera déterminant pour la négociation de l'extension des réseaux de soins de proximité et pour donner de la robustesse et de la continuité à la carte sanitaire.

AXE 2 - Vers la couverture universelle : proximité, qualité, protection financière

Pour concrétiser et opérationnaliser le droit pour tous aux soins de santé inscrit dans la constitution il faut s'engager, progressivement mais résolument, dans la mise en place de la «couverture universelle». Le Maroc l'a fait par la loi no65-00 de 2002 sur «la couverture médicale de base», par la loi cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins de 2011 et par l'article 31 de la nouvelle Constitution de 2011. Il rejoint ainsi les nombreux pays à travers le monde qui cherchent à garantir un accès aux soins de santé pour leurs populations. En effet, avec plus ou moins de succès, avec plus ou moins de conviction et de volonté politique, la tendance lourde à travers le monde est d'aller vers la couverture universelle.

Comme pour tout autre pays, aller vers la couverture universelle pose au Maroc le défi de trouver le juste équilibre entre les efforts à faire pour que :

- (i) les gens aient où aller : un grand effort est nécessaire pour étendre l'offre de soins de proximité, porte d'entrée pour accéder aux services dont les gens ont besoin ;
- (ii) les gens trouvent des réponses à leurs attentes et des solutions à leurs problèmes lorsqu'ils s'adressent aux services : il y a un grand effort à faire pour améliorer la qualité et élargir la gamme des services offerts ;
- (iii) les gens ne se ruinent pas en se soignant : pour cela il faut pouvoir réduire drastiquement la part des paiements directs dans les dépenses santé et augmenter celle basée sur la solidarité, afin de réduire les barrières à l'accès et d'éviter les « dépenses catastrophiques»⁽⁶⁾.

6- Les dépenses de santé sont dites catastrophiques quand, pour payer les soins, les malades ou leur famille doivent s'acquitter d'une somme disproportionnée par rapport à leur revenu. Le prix à payer pour se soigner devient alors si important qu'ils doivent réduire leurs dépenses sur des produits de première nécessité comme la nourriture et les vêtements ou qu'ils n'ont plus de quoi payer la scolarité de leurs enfants. Chaque année, environ 44 millions de ménages dans le monde, soit plus de 150 millions de personnes, doivent faire face à de telles dépenses catastrophiques et quelque 20 millions de ménages - plus de 100 millions de personnes - tombent dans la pauvreté à cause de ce qu'ils doivent payer pour se soigner. Les dépenses de santé catastrophiques n'affectent pas seulement les populations démunies, mais également les classes moyennes. On estime qu'au Maroc chaque année près de 2% des ménages doivent faire face à une catastrophe financière et que près de 1,4% des ménages passe en dessous du seuil de pauvreté à cause des dépenses directes pour se soigner.

Encadré 5.

La couverture sanitaire universelle

Assurer une « couverture sanitaire universelle », la « couverture universelle de santé », ou, pour faire court, la « couverture universelle » cela consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin, à ce que ces soins soient de qualité suffisante pour être efficaces, et à faire cela sans que cela n'entraîne des difficultés, voire de catastrophes financières pour les usagers. Il y a donc trois dimensions liées entre elles :

- un accès équitable pour l'ensemble de la population – tous ceux qui ont besoin des services de santé, doivent pouvoir y accéder : cela signifie qu'il faut des réseaux suffisamment denses, avec des personnels présents et fonctionnels, et qu'on élimine les barrières à l'accès, notamment financières ;
- la gamme de soins et la qualité – les soins offerts doivent répondre à une gamme de problèmes acceptable et suffisamment étendue, et ils doivent être d'une qualité qui correspond aux attentes légitimes des populations ; suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient ;
- la protection financière – le prix à payer pour se soigner ne peut pas exposer les usagers à des difficultés financières.

La couverture universelle prend ses racines dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous, lancée en 1979. Les pays industrialisés, à l'exception notoire des Etats Unis, ont fait de grands progrès dans la deuxième partie du XXIème siècle. Ailleurs l'évolution a été plus lente, jusqu'au début du siècle présent, qui a vu une accélération dans des pays émergents en Amérique latine, en Thaïlande ou en Chine, et dans des pays en développement comme au Rwanda. Les Etats Unis, eux aussi, se sont plus récemment engagés dans la voie de la couverture universelle. L'OMS a été un moteur de ce mouvement. Le rapport mondial de la santé de 2008 en a fait une des 4 grandes stratégies de revitalisation des soins de santé primaires, et le rapport de 2010 a détaillé les implications en termes de financement. Cela a permis que la couverture universelle soit adoptée par l'ensemble de la communauté internationale comme ce qui donne la direction à la gouvernance globale de la santé

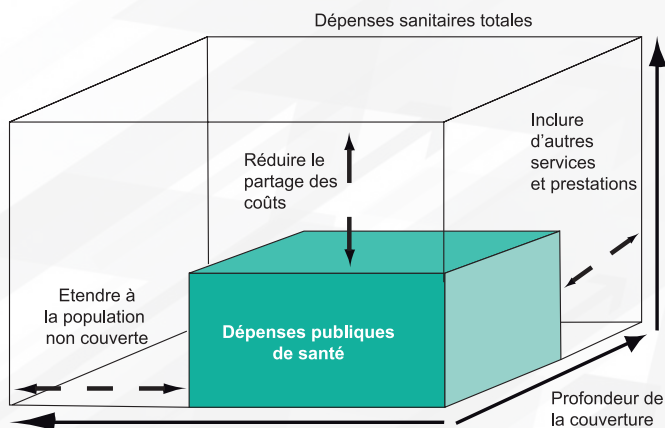
Tout pays, riche ou pauvre, qui s'engage dans la voie de la couverture universelle doit agir sur ces trois fronts (figure 1):

- étendre l'offre et accès,
- améliorer la qualité et la gamme de soins,
- réduire les paiements directs et élargir la solidarité.

Ces trois fronts proposent trois chantiers stratégiques de réforme du secteur de soins, à combiner avec une initiative transversale en faveur de

la santé rurale. Il est vrai qu'on ne peut pas toujours tout faire à la fois. Les arbitrages sont inévitables pour voir, à un moment donné, ce qu'on peut faire pour étendre l'offre à la population non couverte, pour élargir la gamme de soins et améliorer la qualité, ou pour diminuer les paiements directs. Orchestrer ces arbitrages est au cœur de la gouvernance du secteur : avec la régionalisation avancée les régions y interviendront de plus en plus, avec le défi de garder le cap au niveau national et d'assurer la solidarité inter-régionale.

Figure 1. Les trois fronts pour étendre la couverture universelle : il faut à tout moment trouver l'arbitrage approprié entre les progrès à faire sur ces trois fronts ⁽⁷⁾



7- Source : rapport mondial sur la santé 2008

Chantier 4. Une politique de proximité et d'accès

Rationnel

Une grande partie des insatisfactions des populations et une grande partie des inefficiences du système (en particulier la crise hospitalière), trouvent leur origine dans la désorganisation et le dysfonctionnement des soins ambulatoires de proximité. A l'instar de la plupart des pays riches, ainsi que d'une partie croissante des pays émergents, cela pose au Maroc le défi de réinvestir dans les soins de santé primaires, les soins de proximité ⁽⁸⁾.

Le système de soins marocain souffre conjointement des trois maux qui affectent la plupart des systèmes dans les pays en transition :

- L'hospitalocentrisme : aux dépens du développement de soins de proximité;
- La fragmentation des soins de santé de base⁽⁹⁾ : aux dépens du développement d'un modèle intégré de santé familiale pour

assurer les soins de santé primaires;

- Le développement anarchique d'un secteur privé mal régulé et mal intégré, couplée à la négligence de la qualité dans le secteur public : aux dépens de la protection des usagers.

A l'heure actuelle les soins de santé au Maroc sont généralement perçus comme étant d'une qualité insuffisante et répondant peu aux attentes des populations. Cela se reflète dans un taux d'utilisation remarquablement bas : à peine 0,6 nouveau cas par personne par an pour les soins de première ligne et 5% de taux d'admission dans les hôpitaux publics.

Les conséquences de ce déficit-qualité sont graves : pour le pays, un manque de résultats et un gaspillage de ressources; pour les populations, un accès inéquitable; pour les usagers, des soins souvent inappropriés et dans la plupart des cas plus chers que ce qu'ils devraient être.

8- Sous différentes étiquettes : santé familiale, soins de santé primaires, médecine générale, centres de santé intégrés...

9- Due à une longue tradition de programmes verticaux ruraux, essentiellement dans les services publics, et souvent couronnés de succès, mais ayant atteint, à l'heure actuelle, un niveau de rendement décroissant. Il y a une trentaine de programmes spécialisés, qui génèrent des problèmes en termes de prestation de services (manque d'intégration), mais aussi sur le plan de l'inefficacité et de la gestion des informations nécessaires pour suivre les progrès réalisés au niveau des différents problèmes de santé. Clairement le modèle focalisé sur une gamme de programmes (qui pour être importante n'en est pas moins limitée et mal adaptée à une monde où les maladies chroniques d'une population vieillissante et avec des attentes en croissance) n'est pas une formule d'avenir.

Les causes sont multiples : une offre de soins inégalement répartie s'ajoute aux attitudes des soignants qui découragent l'utilisation et aux barrières financières qui souvent l'empêchent. Le médicament⁽¹⁰⁾ constitue un autre problème majeur: il est très cher et son système de distribution n'est pas efficient. Enfin la pénurie des ressources humaines constitue un véritable goulot d'étranglement. Le système de soins manque cruellement de soignants, et en premier lieu de soignants capables de fournir des soins de proximité de qualité.

La question des soins de proximité ne peut être résolue par des actions isolées. Elle demande un ensemble d'interventions guidées par une vision de ce que pourraient être des soins de proximité viables et satisfaisants dans le contexte marocain. C'est dans la transformation des structures de soins de proximité – qu'elles soient dirigées par des infirmiers ou des médecins – que cette vision doit se concrétiser. Il faut réorienter le système de soins (et les ressources humaines) d'un système basé sur l'hôpital vers un système basé sur un réseau d'unités de santé familiale.

Que faire ?

Étendre l'offre en créant des réseaux de soins de proximité sur tout le territoire. Un meilleur accès aux soins exige en premier lieu un maillage dense de structures (publiques ou privées) de soins de proximité: des soins de santé primaires sous forme d'unités de santé familiale avec une responsabilité claire pour une population définie. Cela doit permettre un rapprochement entre l'approche médicale et l'approche économique dans l'appréhension des problèmes de santé de la population. Il est inévitable d'insérer, à terme, à la fois les structures privées et les structures publiques dans ce maillage sous forme de partenariats et d'arrangements contractuels. L'indispensable renforcement des hôpitaux et des services spécialisés de recours, n'aura de succès que s'il peut s'appuyer sur un socle de services de proximité performants: l'avenir ne sera plus centré sur les hôpitaux et la médecine spécialisée comme c'est le cas à l'heure actuelle, mais sur les unités de santé familiale et les populations qu'elles servent, avec des hôpitaux et des services spécialisés de recours performants, organisés pour venir en appui à ce premier échelon.

10- 25% des propositions dans la synthèse des auditions publiques Intidarate concernent le médicament.

Investir massivement dans les ressources humaines : développer des réseaux de proximité sur tout le territoire se heurte bien évidemment au problème des ressources humaines : le manque d'effectifs, leur inadéquation au travail de proximité, leur déploiement, leur mode de fonctionnement. Quoi qu'il en soit, il faudra travailler d'une autre façon: proximité et qualité supposent innovation et travail en équipe, avec plus d'autonomie, mais également plus de responsabilité. Cela signifie, entre autres, de renforcer l'autonomie des organisations de santé notamment au niveau régional et initier des engagements contractuels de résultats et des systèmes de paiement qui, dans le public ou dans le privé, soient sensibles aux résultats produits. Le RAMED peut fournir la base pour développer un niveau primaire de qualité et fournir une source d'intelligence pour le développement de l'ensemble du réseau; il permettrait de tester l'introduction de facteurs de qualité de soins – efficacité et sûreté-, mais également continuité, intégration et globalité.

Concrétiser une politique de l'innovation technologique et du médicament. La diffusion des nouvelles technologies, en particulier vers les structures de proximité, peut jouer un rôle déterminant pour opérer le recentrage du système de santé marocain. On assiste à l'heure actuelle

à l'éclosion d'une nouvelle technologie permettant des prises en charge ambulatoires pour des problèmes qui autrefois nécessitaient des hospitalisations et des infrastructures spécialisées. Cela permet, dès à présent ou dans un avenir proche, et également au Maroc, d'offrir une gamme de services de proximité inimaginable il y a encore quelques années. L'utilisation de nouveaux outils déjà disponibles, la télémédecine, l'accès électronique à l'information, les instruments de communication peuvent, si on s'organise à cet effet, sortir les professionnels des structures de proximité de leur isolement et les mettre en réseau avec leurs collègues, des hôpitaux et autres structures d'appui.

Mais tout cela n'a que peu de sens si on n'arrive pas en même temps à organiser l'accès universel aux médicaments essentiels à un prix abordable, tout en assurant leur qualité, leur efficacité et leur innocuité. Le système de distribution des médicaments au Maroc est actuellement dysfonctionnel et inefficace. C'est un secteur qu'il faut revoir dans son ensemble, mais la modernisation de toute la chaîne d'approvisionnement (particulièrement en génériques) et de gestion du médicament dans le public s'impose de toute urgence, car dans un contexte où on prévoit un accroissement très important des budgets publics consacrés au médicament il en va de la crédibilité des promesses d'extension de l'offre de soins.

Conditions institutionnelles à mettre en place

La territorialisation : dans la mesure où avec la régionalisation avancée, les territoires deviennent des outils et des espaces de développement, ils peuvent devenir également l'unité de gestion du système sanitaire et permettre le travail de réseaux de soins de proximité avec une autonomie suffisante pour innover, tout en mettant en œuvre les politiques nationales en matière de santé. Cela pose cependant le défi de trouver de nouvelles façons de travailler pour le Ministère de la Santé qui devra s'adapter aux nouvelles données de la décentralisation.

Une réforme profonde de l'organisation des soins telle que le recentrage sur les structures de proximité sera consommatrice d'informations différentes et intelligentes sur le fonctionnement de l'ensemble du système de soins, public et privé. Il faut envisager la création d'observatoires des performances en matière de fourniture de soins (peut-être en commençant en construisant sur l'organisation du RAMED).

Chantier 5. Réguler la qualité des soins et protéger les utilisateurs

Rationnel

Il y a de toute évidence un problème majeur de qualité des soins dans les

établissements publics : la gamme de soins y est réduite; les soins y sont souvent mal organisés et d'une qualité technique insuffisante; les établissements et équipements sont mal entretenus ; il y a des problèmes de sécurité et de corruption. De tels services ne sont guère attractifs pour les usagers, et l'intimidation en a témoigné avec force. Il est compréhensible que ceux qui en ont les moyens tournent vers le secteur privé, ambulatoire aussi bien qu'hospitalier. Entretemps, la « double pratique », la pratique privée lucrative par des acteurs qui sont également des employés du secteur public, s'est instaurée à grande échelle et a contribué au déclin du secteur public.

En l'absence d'une régulation effective, et en l'absence d'une alternative publique crédible, cela a mené à une marchandisation ou commercialisation des soins de santé: on n'a le choix qu'entre un réseau public d'une qualité insuffisante et un réseau commercial qui promet de meilleurs soins à ceux qui sont capables de payer. Cela n'est pas sans conséquences néfastes : les prix pratiqués dans ce sous-secteur commercial découragent un grand nombre de personnes qui pourraient en bénéficier et ceux qui ont les moyens de payer se trouvent face à des prestataires qui souvent induisent à la surconsommation sans que soient offertes les garanties de qualité et d'efficacité qu'on attend aujourd'hui.

Cela est aggravé par l'absence, au Maroc, de mécanismes efficaces de protection des consommateurs ou de gestion des risques liés à la sécurité des patients.

Il existe de nombreux exemples de pays (de la Thaïlande à la Belgique, de l'Angleterre au Chili) où, grâce à une bonne régulation, des médecins, des infirmiers et d'autres professionnels de santé opèrent comme des entrepreneurs indépendants privés, tout en contribuant significativement aux objectifs sanitaires du pays. Il est donc possible de combiner dynamisme entrepreneurial et responsabilités publiques, mais cela ne se réalise pas spontanément. Le secteur privé ne réalisera sa contribution potentielle, que si on arrive à réguler la qualité et la pertinence des soins fournis. Cela implique qu'il faut s'attaquer, par une régulation effective, aux conflits d'intérêt qui affectent le secteur privé et celui du « double emploi » et aux causes du déclin de la qualité des soins dans les établissements publics.

L'expérience montre que si on conçoit cette régulation comme purement administrative, elle est vouée à l'échec. Il faut combiner les mesures administratives avec des incitatifs financiers et des mécanismes

d'autorégulation professionnelle, mais surtout avec la pression sociale de la part des utilisateurs. Ces différentes approches combinées (où les incitatifs financiers forment une partie nécessaire et importante, mais pas suffisante) doivent former un tout négocié qui pousse la pratique des soins dans la bonne direction. L'objectif est d'obtenir de meilleurs résultats tout en protégeant les utilisateurs contre des soins inutiles et iatrogènes et contre l'exploitation financière.

Que faire?

Tester différentes formes de contractualisation et de partenariat, avec engagement sur les moyens et les résultats, des entités publiques et privées. Cela devrait permettre d'instaurer des modes de paiement qui garantissent des niveaux de qualité et de protection des utilisateurs, ainsi que l'amélioration de l'accès dans les zones rurales reculées.

Mettre en place des systèmes d'accréditation/certification, et surtout de ré-accréditation/re-certification⁽¹¹⁾, pour maintenir et augmenter la qualité des soins et l'adapter à l'évolution des connaissances et des technologies.

11- Avec des conditions telles que la formation continue.

Renforcer les organisations de défense des consommateurs et des usagers, tout en diffusant largement l'information sur les droits que le public peut faire valoir. Il faut donner plus de voix aux usagers afin que ceux-ci puissent participer à créer un environnement qui favorise une amélioration continue de la qualité. Cela passera également à travers la mise en place de systèmes efficaces et décentralisés de gestion des plaintes qui ont la confiance du public et des professionnels.

Organiser la collaboration avec les organismes professionnels et les sociétés savantes pour promouvoir une éthique professionnelle et un comportement de la part des soignants qui soient différents et perçus comme différents. Cela devrait mener à des mécanismes, y compris des mécanismes d'autorégulation, au sein des professions, pour évincer des comportements incompatibles avec l'intérêt des populations servies.

Introduire un dossier médical obligatoire à utiliser dans l'ensemble du secteur⁽¹²⁾. Le dossier médical est une condition pour avoir des soins de qualité, pour permettre le travail en équipe et pour assurer la continuité de l'information entre le réseau de proximité et l'hôpital. Il est fondamental pour la portabilité entre réseaux au Maroc, et à l'avenir pour la portabilité internationale.

Introduire de façon proactive les nouvelles technologies permettant une meilleure gestion des relations avec le malade (accès à l'information, rendez-vous, télémédecine pour éviter des déplacements, ...), une meilleure gestion technique des problèmes du malade (y compris les notions de coordination et de filières de soins), et un meilleur accès à l'information. En plus de l'amélioration de la qualité des soins que cela apporterait, cela aurait aussi comme effet d'augmenter la satisfaction professionnelle au travail et de sortir les établissements éloignés de leur isolement.

Conditions institutionnelles à mettre en place

L'amélioration de la qualité des soins doit se traduire dans le concret par des millions d'interactions entre les professionnels de santé, les usagers et les communautés. Ce n'est donc pas possible de l'envisager de façon durable sans une collaboration de tous. D'où la nécessité d'impliquer les partenaires sociaux et les représentations professionnelles, non plus seulement dans le constat du déficit-qualité, mais dans la définition des politiques et des stratégies permettant de créer des conditions de qualité et de changer le comportement de chaque profession et de chaque professionnel.

12- En Thaïlande, par exemple, un tel dossier est une condition nécessaire (mais pas suffisante) pour qu'un médecin privé puisse participer au mécanisme de couverture universelle. En Belgique c'est une condition nécessaire pour l'homologation en tant que médecin de famille.

Etablir les plateformes de négociation avec les différentes parties prenantes (p.ex. avec les organisations de consommateurs) pour établir des instruments de mesure de la qualité ainsi que des mécanismes de contrôle et de médiation;

Créer au sein de la communauté santé – ministère, facultés, organismes de protection sociale, instituts de recherche - la capacité de faire une cartographie du secteur privé de la santé (y compris du double emploi) à travers les 16 régions et déterminer la contribution de ce secteur privé en termes de fourniture de soins ainsi que son impact en termes de coût et d'effets-qualité pour le système de santé national et pour les malades.

Donner suffisamment d'autonomie aux régions pour qu'ils puissent expérimenter et développer des modèles de redevabilité des formations sanitaires (publiques et privées) qui soient adaptées aux contextes différents et qui, en combinaison avec les arrangements contractuels, permettent une amélioration de la qualité des soins.

Chantier 6. Réduire la part des paiements directs pour les soins, étendre la couverture des mécanismes de solidarité

Rationnel

La proportion élevée des paiements

directs dans les dépenses santé du Maroc constitue un des problèmes majeurs de son système de soins. On a vu qu'au cours de la dernière décennie le Maroc a plus que triplé ses dépenses pour la santé. Il faut s'en féliciter, mais force est de constater des distorsions importantes : une proportion anormalement grande de ces dépenses est consacrée aux seuls médicaments (31,7 %) ; et la part des paiements directs dans le total des dépenses de santé reste très élevée : 53,6 % en 2010.

Ces paiements directs constituent une barrière importante à l'accès et exposent les ménages à un risque élevé de dépenses catastrophiques et d'appauvrissement. Ils creusent les inégalités. Ils contribuent pour une part importante à l'inefficience du système de santé marocain.

Réduire les paiements directs en allant vers des systèmes de prépaiement basés sur la solidarité est, avec l'extension de l'offre et l'élargissement de la gamme de soins de qualité, un des trois chantiers importants pour aller vers la couverture universelle. Des initiatives ont été prises pour introduire des mécanismes de protection sociale, mais ils ne couvrent qu'une partie de la population et une gamme réduite de services. Il reste donc beaucoup à faire.

D'autres problèmes relèvent de la façon dont l'Etat alloue ses ressources

et dont les systèmes mutualisés achètent des services. L'Etat produit une part importante des services. Il faut améliorer l'équité et l'efficacité des mécanismes d'allocation des ressources par le ministère de la Santé aux régions, provinces, communes et niveaux de soins. Les modes de rémunération des personnels ne comportent que peu d'incitatifs au travail de qualité, voir à la fidélisation. Enfin dans les organismes en charge des contributions mutualisés, la fonction d'achat reste sous-développée, avec un ensemble de services non-standardisés principalement dispensés dans les établissements du secteur public ou, en quelques rares cas, passivement sous-traités auprès du secteur privé.

Que faire?

Étendre la protection financière aux populations non couvertes. La priorité semble être d'étendre la couverture du RAMED à l'ensemble de la population éligible (près de 8,5 millions de personnes) et aux individus et aux ménages non éligibles du secteur informel. Il faudra peut-être envisager des options alternatives pour couvrir les travailleurs dans le secteur informel, non éligibles au RAMED, en les intégrant dans les régimes obligatoires préexistants – de préférence sous les contrôles administratifs de la CNSS et de la CNOPS – Quoi qu'il en soit, l'objectif doit être de couvrir l'ensemble de

la population, et, dans un souci de transparence et d'équité, d'aller vers une convergence des différents régimes.

Réduire les paiements directs. En parallèle avec l'extension de la protection financière à une part plus grande de la population, il faudra réduire la part des paiements directs de ceux qui sont couverts, notamment en ce qui concerne les médicaments. Cela signifie un financement plus grand par l'Etat ou par d'autres mécanismes de solidarité, en veillant que ces financements solidaires remplacent des paiements directs et ne viennent pas s'y ajouter.

Acheter et payer d'une autre façon. Il faudra inventer des mécanismes d'achats stratégiques et des méthodes innovantes de paiement des prestataires pour gérer les dispositifs contractuels entre les prestataires de soins et les différents régimes de protection financière. Comme le montre l'expérience de nombreux pays, il faudra évoluer vers des systèmes de paiement mixtes qui comportent une partie de paiement par capitation, une partie en fonction des prestations fournies, une partie en fonction des cas, etc. Un préalable à la mise en place de méthodes de paiement mixtes est une bonne connaissance des structures de coût, et la mise en place d'accords contractuels, avec une séparation claire entre les prestataires et les acheteurs.

Créer les conditions de financement pour permettre une réduction des paiements directs. Il faudra prévoir une augmentation des allocations budgétaires des administrations publiques affectées à la santé – on a suggéré de passer de 7,6 % en 2010 à 15 % en 2020⁽¹³⁾ – à travers un meilleur dialogue politique entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances, tout en s’assurant que cette augmentation budgétaire soit employée pour réduire les paiements directs.

Conditions institutionnelles à mettre en place

Institutionnaliser la capacité d’analyse du financement de la santé. Il faut doter l’ensemble des acteurs de la santé marocaine (le ministère de la Santé, mais également les organismes d’assurance maladie, les facultés, les instituts de recherche, les organisations de la société civile) de l’expertise capable de procéder aux analyses nécessaires pour informer les décisions dans le champ du financement de la santé. Ceci doit comprendre la réalisation d’examens périodiques des dépenses, des études d’évaluation actuarielles et économiques et des études d’évaluation de l’équité, nécessaires pour faciliter la progression et le suivi. L’analyse des structures de

coût de production des soins dans les différents types d’établissements, ainsi que celles de l’effet du paiement à l’acte et de ses alternatives sont des priorités. Il faudra institutionnaliser la production périodique des comptes nationaux de la santé à travers une collaboration avec la direction nationale de la statistique, en la déliant de financement extérieurs.

Structurer les mécanismes de gestion. Vu son importance grandissante dans le système, une priorité est d’aligner la structure de gouvernance et le système de gestion du RAMED avec l’ensemble des systèmes organisationnels de financement de la santé dans le pays, indépendamment de l’Agence Nationale de l’Assurance Maladie (ANAM), qui continuerait à exercer la fonction de gouvernance en harmonie avec les autres régimes obligatoires de protection sociale. L’élargissement de la couverture au secteur informel (environ 10 millions d’individus) constitue un défi majeur pour l’avenir du financement de la santé au Maroc. Ceci nécessite soit la création d’une nouvelle structure institutionnelle, similaire aux institutions qui gèrent le régime AMO (Assurance maladie obligatoire), soit l’intégration des employés du secteur informel au sein des institutions déjà établies, en particulier la Caisse Nationale de Sécurité sociale (CNSS).

13- Pour rappel, l’engagement d’Abuja prévoyait 15% pour 2015.

Des discussions sont en cours pour mettre en place un système indépendant appelé (AMI) « Assurance Maladie des Indépendants ». Il faut aller vers une convergence grandissante de ces différents régimes.

Obtenir un large consensus sur une feuille de route pour mettre en place les mécanismes financiers permettant de progresser vers la réduction des paiements directs, de l'amélioration des instruments de solidarité et de la protection financière.

Encadré 6.

Un chantier transversal : la priorité à donner au monde rural

Si on veut bâtir un système de santé et un système de soins durable et équitable, il y a un impératif transversal à tous les chantiers précédents: la santé en milieu rural. C'est dans le rural que la «inverse care law»⁽¹⁴⁾, la règle qui veut que les populations qui sont le plus dans le besoin sont celles pour lesquelles le moins de ressources sont mobilisées, s'applique de la façon la plus flagrante. 20 % de la population marocaine vit à plus de 10 kilomètres du centre de soins primaires le plus proche. Dans ces conditions un discours sur la proximité n'a que peu de sens. En outre, le type d'offre mis à disposition dans ces centres reste largement basé sur une juxtaposition de programmes et sur des soins d'une qualité souvent discutable, plutôt que sur une approche territoriale de services intégrés en réseau de proximité appuyés par le réseau d'hôpitaux.

Compte tenu du faible pouvoir d'achat des populations rurales, les conséquences des paiements directs (pour des consultations, des références, des médicaments) sont souvent proportionnellement bien plus graves.

Si on veut éviter que le monde rural – les populations isolées, mais également le reste du monde rural et 'rurbain' – reste un espace d'accompagnement social et d'éternels rattrapages, il faut une initiative « bulldozer » massive⁽¹⁵⁾. Celle-ci devra, plus qu'ailleurs, s'attacher au problème d'accès et de ressources humaines, mais également à celui de la stimulation de la demande de soins profitant du déploiement de l'INDH et de la généralisation du RAMED.

Une telle initiative sur la santé en milieu rural devrait considérer deux spécificités si on veut qu'elle réponde à la fois aux besoins changeants et aux attentes croissantes :

14- JT Hart (1971). «The Inverse Care Law». The Lancet 297: 405–412. Watt, G. (2002). «The inverse care law today», Lancet 360: 252–254.

15- A l'instar, par exemple, de la « national rural health mission » en Inde qui a démarrée en 2005 : un investissement massif (l'investissement public fédéral a plus que triplé, de 824 à 2,760 M\$ par an, en 6 ans), principalement en ressources humaines, centres de santé et hôpitaux ruraux, et stimulation de la demande de soins. Les résultats en termes d'amélioration des indices santé ont été remarquables.

1 La nécessité de décloisonner l'action par programmes. Il faut une politique d'intégration forte : dans le rural, plus qu'ailleurs, le mode classique d'opération dans le secteur public, l'organisation du travail par programmes verticaux parallèles, est bien ancré, et le secteur privé n'offre que peu d'alternatives. L'investissement dans un maillage dense sur le modèle de la santé familiale, avec une forte composante de médecine communautaire et un lien étroit avec le travail sur les déterminants de la santé, peut offrir une solution de modernité en alternative aux anciennes solutions de rattrapage.

2 L'avenir du monde rural restera indissociable de l'évolution même de l'agriculture. Le monde rural appelle une réelle perspective économique, claire et cohérente ; une perspective qui ne saurait être crédible que grâce à une articulation intelligente avec les villes, dans le cadre de visions territoriales concertées, soutenues par l'Etat⁽¹⁶⁾. La mesure dans laquelle une articulation étroite entre une initiative sanitaire rurale et une politique de développement rural intégré facilite ou ralentit l'obtention de résultats durables reste une question ouverte. Ce choix est un pari sur l'avenir, qui dépasse les discussions au sein du secteur santé.

La clé d'une telle initiative de santé rurale serait de construire un fonds de santé rurale pour compléter les réformes par des actions spécifiques ciblées (par exemple d'extension du réseau de services), des innovations visant à améliorer la qualité des soins et à encourager les professionnels à pratiquer dans le rural (par exemple la télémédecine), ou des appuis directs aux populations pour augmenter le recours aux services. Ce fonds financerait, entre autres, la production et la dissémination d'informations sur les problèmes de santé rurale, stimulerait la recherche dans ce domaine, et appuierait des innovations en matière de santé rurale. Il coordonnerait les activités régionales afin d'éviter la duplication d'efforts. Il permettrait enfin d'identifier des programmes gouvernementaux et non-gouvernementaux pertinents pour la santé rurale et de leur fournir une assistance technique⁽¹⁷⁾.

Un fonds de santé rurale ne peut à lui seul résoudre les problèmes et les retards accumulés parmi les populations éloignées. Il est un moyen d'accélération de l'accès aux soins (discrimination positive) qui doit venir en complément à la réforme fondamentale du système qui éviterait l'exacerbation des inégalités dans le pays et la négligence du développement d'un pan stratégique de l'économie marocaine, l'agriculture.

16- Et pouvant même organiser une certaine discrimination positive au profit des zones rurales à grand potentiel, du moment que la solidarité régionale et inter-régionale soit respectée.

17- Un tel fonds existe par exemple aux Etats Unis, où la "Health Resources & Services Administration (HRSA)" du gouvernement fédéral a, depuis 1991, établi un système compétitif de bourses pour appuyer les Etats à développer leurs systèmes de soins ruraux.

Axe 3. Moderniser la gouvernance de la santé

C'est aux pouvoirs publics qu'il revient en dernière analyse de donner sa forme définitive au système de santé⁽¹⁸⁾. Le consensus actuel est que la nature même du secteur santé exige que les pouvoirs publics jouent un rôle fort et déterminant en la matière. Cela ne signifie aucunement que l'Etat doit tout faire, tout-seul en matière de santé. Cela vaut également pour le pilotage des réformes nécessaires.

Des acteurs nombreux et divers ont un rôle à jouer : responsables politiques nationaux et administrations locales, professions de santé et organisations professionnelles, communauté scientifique, secteur privé, organisations et associations de la société civile. Les travailleurs de santé, les mouvements sociaux ainsi que les institutions parapubliques autonomes et les groupements d'usagers sont devenus des acteurs politiques incontournables. Si tous ont un intérêt que le système de santé fonctionne, chaque groupe a bien évidemment également le souci de protéger ses propres intérêts. Sans processus de réforme participatif,

il n'y a pas d'appropriation ; sans consensus social, il est difficile de s'engager avec des partenaires dont les intérêts divergent ; sans dialogue structuré, le processus risque d'être confisqué par des groupes de pression.

Moderniser le secteur santé est donc autant une affaire de dialogue que de choix techniques. Ce dialogue doit se traduire par des accords et des partenariats concrets, mais tout comme les choix techniques ils doivent se baser sur une information intelligente et des bases scientifiques solides. Et ce dialogue et ces choix techniques seront tributaires de ce qui est à la fois la ressource principale et un des défis majeurs pour le système de santé marocain : les ressources humaines pour la santé. Trois grands chantiers se dessinent alors pour moderniser la façon dont le Maroc gouverne son secteur de la santé :

- la mise en place des structures et des capacités que la modernisation de la gouvernance impose. Cela comprend la contractualisation de la complémentarité public-privé afin d'augmenter l'efficacité, la qualité et la cohérence de l'ensemble du système de santé ;

18- Depuis le XIX^{ème} siècle le rôle des pouvoirs publics en matière de santé n'a cessé de s'accroître, particulièrement en matière de financement et de régulation. Là où les pouvoirs publics se sont retirés du secteur santé – cela a été le cas pour un certain nombre de pays pendant le dernier quart du siècle dernier, le plus souvent par défaut, parce que l'Etat était trop faible pour assumer ses responsabilités, parfois par choix idéologique – ce laisser-aller s'est soldé par une stagnation, voire un recul des indicateurs sanitaires, une exacerbation des inégalités en santé et de grandes inefficiences dus à l'hospitalocentrisme, la fragmentation et la commercialisation des soins de santé. Voir le Rapport Mondial sur la Santé de 2008.

- la refonte du système d'information pour qu'il puisse donner les éléments stratégiques nécessaires au pilotage de la réforme du secteur.
- les ressources humaines

Chantier 7. Mettre en place les structures et les capacités que la modernisation de la gouvernance impose de contractualiser la complémentarité public-privé

Rationnel

Les pouvoirs publics marocains disposent, comme partout ailleurs, d'une série de leviers pour orienter le fonctionnement du système de santé : les cadres légaux et réglementaires, les normes techniques et de qualité, les incitatifs financiers. Pour impulser une nouvelle direction au système – pour donner aux déterminants de la santé la considération qu'ils méritent, pour accélérer le progrès vers la couverture universelle – il faut aussi mettre en place des structures et des pratiques de gouvernance qui sont différentes de celles du passé.

Cette modernisation doit tout d'abord prendre acte de la diversité des éléments constitutifs du système de santé marocain. Le secteur santé d'aujourd'hui est pluraliste. Il faut aussi que les structures s'adaptent à cette nouvelle réalité. Pour le Ministère

de la Santé cela signifie qu'il faut passer d'une focalisation historique sur la gestion des structures et des personnels du secteur public, vers le pilotage et la régulation de l'ensemble du secteur santé – public et privé.

La modernisation veut dire également qu'il faudra passer d'une forte centralisation – des normes techniques jusqu'aux moindres décisions de gestion du personnel – vers une vision qui prenne en compte la volonté nationale de décentralisation, avec ce qu'elle comporte d'espaces de créativité et de flexibilité. Il s'agit là pour nombre de gestionnaires du secteur santé d'une révolution profonde de leurs traditions de travail. Il s'agit également de créer les leviers et les structures permettant de coordonner les niveaux centraux et les espaces nouveaux d'autonomie en redéfinissant les responsabilités et les exigences de redevabilité.

Enfin la modernisation de la gouvernance de la santé marocaine a également trait aux structures et aux modes opératoires du Ministère. Certains défis en santé – par exemple les urgences de santé publique ou l'éradication de certaines maladies – peuvent nécessiter une gestion centralisée d'autorité, en mode « command and control ». La tutelle des enjeux complexes d'un système moderne est cependant beaucoup plus une affaire de pilotage et de

négociation, le mode « steer and negotiate ». L'Etat – et en particulier son ministère de la santé – doit alors fonctionner comme maître d'orchestre et comme médiateur du contrat social sur les droits à la santé, plutôt que comme principal agent de mise en œuvre, comme cela était le cas, à juste titre, il y a une cinquantaine d'années.

Ce n'est qu'à travers une mutation vers le pilotage et la négociation, à travers aussi la prise en compte de l'importance de la décentralisation et de la territorialisation qui sont déterminantes pour une santé de proximité, qu'on pourra gérer la pluralité du système de santé

marocain. La réalité des faits est qu'il y a déjà au Maroc un système privé, certes très divers et fragmenté, à côté du système public. Le défi consiste à développer des partenariats entre public et privé qui ne soit plus basés sur la rivalité mais sur la complémentarité. Certaines mutations qui se sont déjà en cours: la séparation des fonctions d'achat et de prestation de services, par exemple, est une réalité dans le RAMED et l'AMO. Trouver, progressivement, les bon équilibres entre structures anciennes et nouvelles pour à la fois piloter la réforme et gouverner le système de santé dans son ensemble sera décisif pour mieux répondre aux besoins et aux attentes.

Encadré 8.

La contractualisation du secteur privé peut apporter un plus : Cas de l'insuffisance rénale chronique

Dans le cadre du renforcement des liens de coopération et de complémentarité existants entre le secteur public et le secteur privé, le Ministère de la Santé a opté pour l'élargissement de ses actions ayant trait à la prise en charge de l'hémodialyse par l'achat de service auprès du secteur privé.

Ce partenariat répond aux engagements du gouvernement visant la réussite de la mise en œuvre du RAMED notamment pour la prise en charge des malades insuffisants rénaux chroniques et s'inscrit dans la détermination du Département à faire face à la demande de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale qui ne cesse d'augmenter.

Il est à noter que les structures publiques ne parviennent pas à satisfaire cette demande pour diverses raisons : les capacités des centres d'hémodialyse sont limitées; les besoins ne semblent pas justifier des investissements importants ; et les ressources humaines sont insuffisantes.

Etant convaincus du rôle que peut jouer le secteur privé dans l'amélioration de l'offre de la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale, une convention de partenariat avec l'ANM, l'Association des Néphrologues Marocains a été signée, en 2009, entre les deux partenaires. Ce partenariat, le premier du genre dans le secteur de la santé, vise la collaboration entre les deux parties dans le domaine de prestations de soins destinées aux patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) au niveau des centres d'hémodialyse privés. Cette convention bénéficiera aux malades atteints d'IRCT inscrits sur les listes d'attente, avec une priorité pour les malades relevant du RAMED. Elle porte sur la totalité des soins notamment les séances d'hémodialyse, le transfert des malades vers un établissement de soins en cas d'urgence, le suivi médical ainsi que les activités d'éducation.

En 2009, le Ministère de la Santé a débloqué 60 millions de DH pour ce programme, ce qui a permis de prendre en charge 567 patients. Le montant attribué a connu une augmentation progressive, pour atteindre en 2013, 200 millions Dhs couvrant plus de 2250 patients.

Que faire ?

1 : Changer le mode d'exercice de l'autorité. Passer d'un mode d'exercice de l'autorité sanitaire commandé et contrôlé par le haut « command and control » vers un mode de régulation et de négociation « steer and negotiate ». Cela signifie un changement dans la façon de travailler et surtout le fait d'investir dans la concertation avec une multitude de partenaires. Les tâches à accomplir incluent :

- Établir la cartographie des acteurs, des structures de concertation existantes ;
- Evaluer le potentiel des conférences nationales comme outil de conception et de concertation, à partir de l'expérience de la conférence nationale de 2013 ;
- Institutionnaliser, le cas échéant, les conférences nationales comme organe de concertation supérieur avec l'ensemble des parties prenantes selon des modalités à établir. Ces conférences seraient notamment appelées à statuer sur les organes de concertation à mettre en place pour les discussions de type plus technique;

2 : Constituer une masse critique de ressources humaines avec capacités de pilotage, de négociation et de contractualisation, les tâches à accomplir incluent :

- Potentialiser un groupe de pilotage ad hoc autour du Secrétariat Général du Ministère, entouré par les «think tanks», les experts et des personnalités issues de la société civile en appui à la réforme, à travers un travail de réflexion et d'échange à la fois au niveau national et international.
- Investir, à moyen terme, dans l'expertise de négociation et de contractualisation.
- Investir dans une culture d'échange et d'innovation, notamment à travers un programme spécifique d'études, de recherche et d'échanges internationaux

3 : Redessiner l'architecture de la gouvernance, en arrêtant une série de décisions sur des options de structure qui affecteront l'ensemble du fonctionnement du système de santé marocain :

- La séparation fonctions d'achat et de prestation ;
- La séparation entre fonctions normatives et gestionnaires ; degré de délégation à agences;
- La répartition des domaines d'autorité centrale et régionale ;
- Les mécanismes de convergence entre les différents systèmes d'assurance santé ;

- Le modèle de régulation des interrelations entre les financeurs et les producteurs de soins : arbitrage au sein de chaque structure d'achat, au ministère ou à une agence nationale de régulation du financement des soins (ANAM)
- La définition du degré d'autonomie et d'indépendance des régulateurs ;
- La planification participative régionale de l'offre de soins sur l'entièreté du secteur (public et privé) ;
- La mise en place de mécanismes d'accréditation
- Le cadre de négociation régionale de la complémentarité et des partenariats public privé (contrats-cadre, ententes de gestion, contrats programmes) ;
- La contractualisation des prestations par les différentes structures privées et publiques par la tutelle, le RAMED et l'AMO en fonction des plans régionaux et des contrats-cadre.

Préconditions

Mettre à jour le cadre légal pour la contractualisation, y compris la question de l'autonomie des structures de soins et l'étude des différentes options pour mettre en place des incitations financières et des garde-fous dans l'intérêt des populations;

Mettre à disposition l'information nécessaire à une contractualisation équilibrée (e.a. cartographies régionales de l'offre ; analyse des coûts de production dans les différents réseaux).

Chantier 8. Un système d'information intelligent

Rationnel

On ne peut gouverner sans bases scientifiques et sans information «intelligente» : c'est-à-dire une information fiable et pertinente, permettant de piloter le système et de faire les choix stratégiques pour l'adapter aux changements dans la société.

Or, les systèmes d'information sanitaire classiques sont généralement conçus comme des structures administratives fermées. Elles acheminent un flux de données de la périphérie au Ministère de la Santé, qui est le principal «client» des informations qu'on peut en tirer. Ces données ont trait essentiellement à trois types de questions : la morbidité, le volume de services fournis et les ressources utilisées. Force est de constater que cela ne répond que très partiellement à la demande croissante d'information émanant d'une multitude d'acteurs, et pas seulement du Ministère de la Santé. A quelques domaines spécialisés près – la santé maternelle, par exemple

– le Maroc est pauvre en données – sur les maladies chroniques ou sur les perceptions des populations, par exemple. Cette pauvreté est largement due à une conception trop bureaucratique et administrative de l'organisation, de l'intégration et de l'utilisation de l'information.

Que faire ?

Pour pouvoir impulser la réforme et mieux gouverner le secteur santé, il faudra opérer un saut qualitatif dans la production et l'utilisation de l'information, et ceci dans trois domaines :

- Ouvrir le SIS à une clientèle élargie. Dans un système de santé moderne et pluraliste le SIS n'est plus au service du seul Ministère de la Santé, mais s'organise pour mettre l'information à disposition d'une clientèle multiple et diversifiée : le Ministère de la Santé, bien sûr, mais également les autres acteurs du secteur, en particulier les usagers et la société civile⁽¹⁹⁾.
- Passer à une architecture en réseau. L'architecture du SIS dans

un système de santé moderne et pluraliste ne peut se satisfaire de la seule remontée des données à travers la hiérarchie des structures publiques, mais doit prendre la forme de réseaux de connaissances ouverts, avec la collaboration d'une multitude d'institutions et sources d'information⁽²⁰⁾. L'utilisation des nouvelles technologies offre la possibilité de dépasser le cloisonnement actuel et de garantir la transparence nécessaire à une architecture ouverte. C'est en s'appuyant sur ce système « intelligent » d'information que pourront se préparer les projets régionaux de santé, les projets d'établissement, et les différentes ententes qui sont au centre de la dynamique contractuelle de délégation des responsabilités et de redevabilité.

- Centrer sur ce qui est stratégique pour gouverner. Il faut un SIS qui étend son champ au-delà des domaines qui sont couverts (partiellement) en ce moment et recherche de façon délibérée de produire :

19- Les collectivités locales ainsi que les milieux associatifs ont besoin d'être mieux informés de manière à pouvoir protéger la santé de leurs membres, faire reculer l'exclusion et faire avancer l'équité. Les professions de santé ont également besoin d'être mieux informées pour fournir des prestations de meilleure qualité et améliorer la coordination et l'intégration des services. Les responsables politiques ont également besoin de savoir dans quelle mesure le système de santé répond aux objectifs de la société et de quelle manière l'argent public est utilisé.

20- Institutions universitaires, ONG, organismes d'assurance-maladie, données censitaires, enquêtes de dépenses des ménages, enquêtes d'opinion, etc.

- L'information stratégique nécessaire au pilotage de la réforme, c'est-à-dire, pour :

- Comprendre les problèmes et les défis ;
 - Suivre la progression vers un «bon» système de santé ;
 - Répertorier les contraintes du système.
- L'information dont les différentes structures de gouvernance (les structures de contractualisation, de régulation, de planification etc.) ont besoin pour gérer le système.
 - L'information nécessaire à la qualité et la continuité des soins. Chaque citoyen devra à l'avenir pouvoir accéder à son propre dossier médical. En utilisant les techniques informatiques actuelles, on peut envisager de concevoir ce dossier dès le départ de façon à pouvoir l'exploiter également à des fins de gestion et de pilotage du système.
 - Un dossier individuel et de ménage informatisé, accessible et confidentiel pour assurer la continuité des soins. Le dossier médical individuel et le dossier de ménage doivent constituer un des piliers du SIS. Le SIS ne doit en effet pas limiter sa fonction à alimenter les efforts de pilotage et de gestion, mais avoir au cœur de ses préoccupations de servir

directement les populations. Ce dossier devra permettre de suivre la trajectoire de soins empruntée par chaque patient, comme outil d'assurance qualité et de redevabilité. Il pourra également servir comme source extrêmement puissante d'informations stratégiques, à deux conditions : tout d'abord, et c'est parfaitement réalisable avec les techniques actuelles, il faut protéger la confidentialité ; ensuite, et c'est également réalisable, il faudra les mettre en relation avec les données budgétaires et les données sur la santé des populations (santé publique, état civil, données démographiques, recensements, enquêtes, etc.).

Conditions institutionnelles

- Mettre et tenir à jour la cartographie des sources d'information disponibles et des lacunes
- Organiser la collaboration entre les différentes structures et organismes impliqués ;
- Identifier les obstacles légaux, politiques et techniques à la mise en réseau et à l'accès à l'information.
- Evaluer l'opportunité de créer une haute autorité chargée de veiller au respect des règles du jeu.

Chantier 9. Un atout qui est aussi un défi : les professionnels de santé et la réforme

Rationnel

Financer le système de santé est un défi formidable. Les progrès en matière de financement de la santé au Maroc ces dernières années inspirent confiance. En matière de ressources humaines, par contre, on a moins progressé, et c'est à présent un défi majeur. Il est clair pour tous ceux qui connaissent le secteur de la santé marocain que le succès de toute réforme dépendra en grande partie des ressources humaines pour la santé. Sans mobiliser les professionnels de la santé on ne fera pas fonctionner le système de santé; sans mobiliser les professionnels de la santé on ne peut espérer le moderniser.

L'importance du défi des ressources humaines a été évoquée à plusieurs reprises dans ce livre blanc. Il faut plus de professionnels et des personnels d'un type nouveau et de compétences diversifiées pour fournir l'expertise nécessaire pour s'attaquer aux déterminants de la santé (et de la mauvaise santé). Il faut des professionnels d'un type nouveau et de compétences diversifiées, en bien plus grand nombre, plus à l'écoute des populations, pour pouvoir répondre aux attentes des populations d'avoir accès à des soins

de santé de qualité, de proximité et de référence. Il faut des cadres avec des capacités nouvelles de négociation, de pilotage, d'utilisation intelligente de l'information et des connaissances pour assurer la tutelle du système.

Le problème est d'abord quantitatif: il faut augmenter la production de médecins et d'infirmiers bien au-delà des plans actuels : ils ne sont tout simplement pas assez nombreux. Mais il est également qualitatif et lié à la formation des professionnels : à l'heure actuelle elle ne prépare ni aux problèmes de de santé prévalents, ni au travail en équipe, ni au travail avec les nouveaux outils – technologie, nouveaux accès à l'information, télémédecine. Il existe aujourd'hui dans le monde beaucoup d'expériences avec des outils de formation qui préparent médecins et infirmiers à une activité de soins centrée sur les personnes et qui valorisent le travail de proximité. Il est impératif de faire rapidement de ces approches le noyau des cursus de formation. Ces cursus doivent préparer à la pratique de proximité comme un métier valorisant, qui exige ses propres compétences spécialisées, et non plus, comme dans le passé, comme un pis-aller. La réorientation de la formation sur le travail de proximité est une urgence, qui nécessite une adhésion claire, forte et volontariste des structures de formation. On sait que cela ne se fera pas sans résistances, mais les technologies

et les techniques existent, les exemples – du Brésil à la Thaïlande, des Etats Unis à la Belgique – sont là pour montrer que c'est possible, et, surtout, la demande est là. Certes, il y a eu des erreurs dans le passé, comme le surinvestissement dans les formations de spécialistes qui se sont concentrés dans le secteur privé des grandes agglomérations, et le départ de nombreux cadres paramédicaux vers des carrières administratives. Les distorsions induites ne sont pas inéluctables. Il y a moyen de les corriger à force d'inventivité et d'innovation. On peut insérer le cadre spécialiste dans des activités de télémédecine et d'appui à la proximité; on peut recycler ; on peut imaginer des structures de carrière différentes avec des passerelles nouvelles ; on peut valoriser le travail en proximité financièrement et socialement.

Il faut peut-être avant tout un meilleur diagnostic de fond du problème, avec une information plus à jour, plus détaillée, plus fine, mais qui couvre l'ensemble du secteur et pas seulement les professionnels du secteur public. Le consensus sur la gravité du problème n'a d'égal que le manque d'informations concrètes, fiables et complètes.

Que faire ?

- Deux problèmes aigus exigent des mesures conservatoires urgentes:
 - celui du blocage de postes

auquel il faut remédier en inventant des mécanismes administratifs et de financement (fonds ? contrats ?) ;

- celui du départ prochain à la retraite de quelques 7000 professionnels du ministère de la Santé. Sans solution pour ces problèmes même l'introduction rapide de nouvelles technologies et l'amplification des efforts de formation ne sauraient régler le problème du manque d'effectifs. Il est quasiment impossible de relever ce défi à court et moyen terme sans reconsidérer le cursus et la durée de la formation des professionnels médicaux et paramédicaux, et sans la possibilité de pouvoir proposer aux professionnels qui atteignent l'âge de la retraite l'option de continuer à travailler.

- Deux autres problèmes demandent tout d'abord de rassembler l'information stratégique qui fait cruellement défaut : celui des conditions de déploiement des professionnels de santé et celui de la migration. On sait très peu de choses sur l'ampleur, les cheminements et la façon d'influencer la fuite des cerveaux et des cadres, du Maroc vers l'étranger, du milieu rural vers le milieu urbain, des petites villes vers les métropoles; ou encore des filières prioritaires pour la santé vers des parcours professionnels moins

pertinents. Il y a là un besoin de recherche et de compréhension à faire pour lequel les techniques existent. Ce travail devrait inclure un inventaire et une évaluation des incitatifs (potentiels et actuels, positifs et pervers) tels que la révision des statuts des professionnels, la reconnaissance institutionnelle de l'identité professionnelle du médecin généraliste, les systèmes d'intéressement financiers (et l'effet de la prédominance du paiement à l'acte), l'utilisation accrue des nouvelles technologies de communication, etc.

- Il faut gagner la bataille du nombre et la bataille du profil. Au-delà des mesures conservatoires qui s'imposent (gérer le départ à la retraite et le vieillissement de personnels; mieux comprendre l'importance de fuite de cerveaux pour pouvoir y pallier), il faut un effort massif de formation et d'éducation, bien plus grand que ce qui est planifié actuellement. Cet effort est tributaire de la discussion sur les profils. Il faut adapter les profils aux besoins nouveaux d'une société en mutation. Que ce soit en termes de déterminants de la santé, de prestation de soins ou de gouvernance, il y a des problèmes de profils et de capacité de ces profils d'évoluer avec l'évolution de la société. Si les professionnels formés au Maroc ne correspondent plus aux besoins changeants du pays, il faut redéfinir ces profils. Les notions de proximité et de territorialité devront

être au centre de cette redéfinition. Elle devra combiner réactivité vis-à-vis des problèmes existants et anticipation du futur, d'où la nécessité d'un travail de projection et de scénarios d'avenir. Cela doit nécessairement impliquer les responsables des facultés et des autres centres de formation sans lesquels on ne pourra faire de sorte que les profils formés soient mieux adaptés aux besoins (notamment des médecins de famille capables de travailler en équipe avec d'autres professionnels) et les faire évoluer en cours de carrière.

- Une culture de qualité, de service et d'éthique professionnelle. Les structures actuelles n'incitent guère, au contraire, à une culture de qualité au service des populations. Mais ce n'est pas une fatalité. La majorité des professionnels de santé ne demande pas mieux que de faire un travail de meilleure qualité de plus valorisant. Il est possible de capitaliser sur cette volonté en mettant en place un ensemble d'incitatifs qui en ce moment font trop souvent défaut, surtout pour la prestation des soins de proximité : intéressement financier, bien sûr, mais également, et nécessairement : valorisation sociale (e.a. à travers une pratique plus centrée sur la personne et les communautés) ; valorisation professionnelle (e.a. à travers la responsabilisation, le travail en équipe, la mise en réseau rendue possible par les nouvelles technologies) ; valorisation technique (e.a. à travers

l'utilisation du développement technologique qui permet le déplacement de toute une gamme d'activité des hôpitaux spécialisés vers les soins de proximité).

- Un apaisement des relations entre professionnels et usagers. La relation entre professionnels et usagers est parfois devenue, ces dernières années, un territoire de méfiance et de conflit. Pour autant qu'on puisse comprendre les frustrations des uns et des autres devant un système ou les dysfonctionnements du quotidien ne permettent pas de voir les gains de santé obtenus, ce climat ne fait pas avancer les choses. Il faut que la société permette aux plaintes légitimes de s'exprimer et qu'il y ait les canaux pour y répondre. L'apaisement passera par la transparence et le dialogue. Il ne faut cependant pas limiter l'écoute aux seuls usagers. L'expérience de nombreux pays montre souvent un fossé important entre les intentions de ceux qui veulent organiser le changement du secteur de la santé et les attentes de ceux qui y travaillent sur le terrain. Ce fossé entre intentions et attentes est en partie expliqué par les intérêts à court terme des différentes catégories. Mais il provient également de la perception, par les acteurs du terrain, qu'on écoute trop peu leur point de vue et leurs attentes. Prendre celles-ci en compte systématiquement – par des enquêtes, des consultations,

des débats – est important : pour éviter la résistance au changement, mais surtout pour pouvoir mobiliser le potentiel de changement de l'ensemble des professionnels.

La modernisation du système de santé est nécessaire à la santé des populations marocaines. Bien conduite, elle peut considérablement améliorer la vie professionnelle des travailleurs de santé.

On ne change pas un système de santé par décret. Il n'y a pas de réforme possible si l'on ne réfléchit pas préalablement à son appropriation par les acteurs, et en premier lieu par les professionnels de la santé. La façon dont est structuré le secteur de santé comporte de nombreux incitatifs pervers qui facilement pourraient pousser certains à agir contre la réforme. Mais au même moment il y a une grande volonté, parmi les professionnels, d'essayer d'outrepasser les pesanteurs du système. Qu'on le veuille ou non, les professionnels de la santé vont interpréter les tentatives de réforme et réagir. Certains seront tentés de les subvertir et de les subordonner à leurs intérêts propres ; d'autres les porteront avec enthousiasme. On les espère nombreux et convaincants. On espère surtout qu'ils sauront être à l'écoute des aspirations des populations marocaines pour un avenir avec d'avantage de santé et de bien-être.



ANNEXE

La Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques

La Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques a pour but d'engager l'ensemble des dirigeants et des décideurs à tous les niveaux gouvernementaux – local, régional, national et international. Elle souligne qu'il est plus facile d'atteindre les objectifs gouvernementaux lorsque tous les secteurs tiennent compte de la santé et du bien-être comme étant un élément-clé de l'élaboration des politiques. Ceci est dû au fait que les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique.

Bien que de nombreux secteurs contribuent déjà à améliorer la santé, il existe encore d'importantes lacunes. La Déclaration d'Adélaïde souligne la nécessité d'un nouveau contrat social entre tous les secteurs pour promouvoir le développement humain, le développement durable et l'équité, et améliorer les résultats sur le plan sanitaire. Cela exige une nouvelle forme de gouvernance dans laquelle il existe un leadership partagé au sein des gouvernements, englobant l'ensemble des secteurs et des niveaux gouvernementaux. La Déclaration met en lumière la contribution du secteur de la santé à la résolution de problèmes complexes que rencontrent les pouvoirs publics.

Réaliser le développement social, économique et environnemental

Une population en bonne santé est indispensable à la réalisation des objectifs de la société. La réduction des inégalités et du gradient social permet d'améliorer la santé et le bien-être de chacun.

Une bonne santé accroît la qualité de vie, améliore la productivité au travail, accroît les capacités d'apprentissage, renforce les familles et les communautés, soutient un habitat et un environnement durables et contribue à la sécurité, à la réduction de la pauvreté et à l'intégration sociale. Or, la hausse des coûts des traitements et des soins sollicités de façon insoutenable les ressources locales et nationales au point de retarder parfois les développements plus larges.

Cette interface entre santé, bien-être et développement économique a été mise à l'avant-plan de l'action politique de tous les pays. De plus en plus, les communautés, les employeurs et les entreprises attendent et exigent une action gouvernementale solide et concertée pour agir sur les déterminants de la santé et du bien-être et éviter les doubles emplois et la fragmentation des mesures.

Nécessité d'une action gouvernementale concertée

L'interdépendance des politiques publiques exige une autre forme de gouvernance. Les gouvernements peuvent coordonner l'élaboration de leurs politiques en élaborant des plans stratégiques établissant des objectifs communs, des réponses intégrées et un devoir accru de rendre des comptes pour les services de l'État. Cela exige un partenariat avec la société civile et le secteur privé.

La santé étant un catalyseur important et les problèmes de santé un obstacle à la réalisation des politiques, le secteur de la santé doit systématiquement associer l'ensemble des secteurs gouvernementaux afin qu'ils prennent en compte les aspects de leurs activités qui touchent à la santé et au bien-être. Le secteur de la santé peut apporter un appui aux autres secteurs en les aidant activement à élaborer leurs politiques et à réaliser leurs buts.

Pour favoriser la santé et le bien-être, les gouvernements ont besoin de processus institutionnels qui privilégient la résolution intersectorielle des problèmes et s'attaquent au déséquilibre des pouvoirs. Cela suppose un leadership, un mandat, des incitations, un engagement budgétaire et des mécanismes durables pour aider les organismes gouvernementaux à travailler de façon concertée à des solutions intégrées.

L'approche d'intégration de la santé dans toutes les politiques

L'approche décrite ci-dessus – l'intégration de la santé dans toutes les politiques – a été mise au point et testée dans plusieurs pays. Elle a pour but d'aider les dirigeants et les décideurs à intégrer les considérations de santé, de bien-être et d'équité dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des services. L'approche d'intégration de la santé dans toutes les politiques est le plus efficace lorsque :

- un mandat clair fait d'une action gouvernementale concertée un impératif ;
- les processus systématiques tiennent compte des interactions entre les divers secteurs ;
- les différents intérêts sont pris en compte ;
- il existe des processus transparents, participatifs et favorisant le devoir de rendre des comptes ;
- des parties prenantes extérieures au gouvernement sont associées ;

- des initiatives intersectorielles pratiques permettent de constituer des partenariats et de favoriser la confiance.

Moteurs pour la mise en œuvre de l'approche d'intégration de la santé dans toutes les politiques

La mise en place d'un tel processus nécessite que l'on saisisse les occasions favorables qui se présentent pour changer les mentalités et les cultures décisionnelles et pour promouvoir l'action. Les principaux moteurs à cet égard sont propres à chaque situation et peuvent consister par exemple :

- à créer des alliances et des partenariats solides qui tiennent compte des intérêts mutuels et ont des objectifs communs ;
- à favoriser l'engagement de l'ensemble du gouvernement en associant le chef de gouvernement, le conseil des ministres et/ou le parlement, ainsi que les responsables de l'administration ;
- à mettre en place des processus solides d'élaboration des politiques de haut niveau ;

à clarifier les responsabilités dans les stratégies, les buts et les objectifs d'ensemble du gouvernement ;

- à assurer une prise de décision concertée et un devoir de rendre des comptes partagé pour les résultats obtenus ;
- à favoriser l'ouverture et des processus consultatifs qui encouragent le soutien par les différentes parties prenantes et la sensibilisation de celles-ci ;
- à encourager l'expérimentation et l'innovation afin de trouver de nouveaux modèles qui intègrent les buts sociaux, économiques et environnementaux ;
- à mettre en commun les ressources intellectuelles, à intégrer les recherches et à mettre en commun les connaissances issues de la pratique ;
- à prévoir des mécanismes de rétroaction de sorte que les progrès puissent être évalués et suivis au plus haut niveau.

Il n'est pas rare qu'un tel processus crée des tensions au sein du gouvernement car des divergences au sujet des valeurs et des divergences d'intérêts peuvent apparaître. On peut résoudre ces questions grâce à un engagement constant et systématique auprès des principaux décideurs.

Rôle nouveau pour le secteur de la santé

Pour promouvoir l'intégration de la santé dans toutes les politiques, le secteur de la santé doit apprendre à travailler en partenariat avec les autres secteurs. Il sera impératif de rechercher ensemble l'innovation au plan des politiques, des mécanismes et des instruments novateurs ainsi que de meilleurs cadres réglementaires. Cela exigera que le secteur de la santé se tourne vers l'extérieur, s'ouvre aux autres et se dote des connaissances, des compétences et du mandat politique nécessaires. Cela passe également par une amélioration de la coordination et par la recherche d'un appui au sein du secteur de la santé lui-même.

Les responsabilités nouvelles des départements de la santé à l'appui de l'intégration de la santé dans toutes les politiques devront notamment consister:

- à bien comprendre les programmes d'action politique et les impératifs administratifs des autres secteurs ;
- à développer les bases de connaissances sur lesquelles reposent les options et stratégies ;
- à apprécier les conséquences pour la santé des différentes options dans le cadre du processus d'élaboration des politiques ;
- à créer des occasions régulières de dialogue et de résolution des problèmes avec les autres secteurs ;
- à évaluer l'efficacité de l'action intersectorielle et de l'élaboration de politiques intégrées ;
- à développer les capacités grâce à des mécanismes, des ressources et un soutien amélioré aux institutions ainsi qu'à un personnel compétent et dévoué ;
- à travailler avec les autres services gouvernementaux pour atteindre leurs buts et, ce faisant, promouvoir la santé et le bien-être.

