

ERF²⁰²⁰ 26TH Annual Conference

L'économie Politique de La Santé dans Le Monde Arabe: La Leçon Marocaine

Brahim Elmorchid and Hind Hourmat Allah



ERF 26th Annual Conference Egypt

L'économie politique de la santé dans le monde arabe : la leçon marocaine

Brahim ELMORCHID et Hind HOURMAT ALLAH
University Cadi Ayyad
Marrakech

1. Introduction

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

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

Il fallait attendre le début des années 2000 pour voir émerger une nouvelle volonté politique de révolutionner le système. Ceci est d'autant plus nécessaire et urgent que le Maroc était jusqu'ici très mal positionné en matière d'indicateurs de santé et que le pays traverse une transition démographique et épidémiologique. A cela viennent s'ajouter des signes de mécontentement populaire en particulier dans les petits centres urbains où l'offre de soins de santé enregistre un énorme déficit, ce qui n'a pas manqué d'inquiéter les décideurs politiques.

C'est dans ce contexte de crise que des réformes ambitieuses furent progressivement lancées en concertation avec les différentes parties prenantes. Elles ont touché presque tous les aspects du système : le financement, l'exercice de la profession,

l'industrie pharmaceutique, la gouvernance, l'infrastructure, le régime des études en médecine, etc. Bien qu'il soit encore top pour se prononcer sur les résultats de ces réformes, les premiers signes sont encourageants. Cependant, le processus est loin d'être aisé en raison des complications systématiques qui viennent compromettre les progrès accomplis.

Une question d'une importance capitale est qu'il n'existe pas de réflexion académique suffisamment étayée à propos de la lecture critique des différentes réformes du système sanitaire au Maroc ; et c'est pour contribuer au débat déjà lancé sur cette question que nous avons jugé opportun d'aborder ce sujet. Ainsi, en s'inspirant des travaux développés dans des contextes différents (Hodgson, 2013 ; Domin, 2013 ; Fargeon, 2014 ; Fargeon, 2014 ; Batifoulier et Domin, 2014, etc.), nous nous proposons de mener une réflexion sur les différents facteurs qui ont façonné et façonnent encore le cycle des réformes du système de santé au Maroc. Une importance particulière est accordée aux interférences entre les variables économiques, politiques et institutionnelles. L'hypothèse forte et féconde que nous soutenons est celle d'un système de santé où le calcul purement économique s'avère peu concluant. Les problèmes rencontrés sont tout autant d'ordre politique, économique et social, avec des enjeux éminemment culturels (traditions, croyances, systèmes de valeurs, etc.). Outre son enracinement économique, l'économie de la santé doit s'ouvrir à l'interdisciplinarité dans le cadre d'un processus de marchandage entre les différentes parties prenantes.

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

La restitution des résultats se fera au moyen de l'analyse narrative (*analytical narrative*), qui renvoie aux récits construits à partir de deux sources d'informations ; d'abord les écrits de certains historiens, journalistes, sociologues, économistes et politologues traitant directement ou indirectement le système de santé au Maroc ; ensuite, des interviews réalisées auprès des acteurs qui interviennent tout au long du cycle des réformes (responsables du ministère de tutelle, parlementaires, professionnels du secteur, société civile, etc).

Le reste de ce papier est organisé comme suit. La section 2 présente brièvement quelques manifestations de la crise du système de santé au Maroc. La section 3 montre que ce système est pris entre deux contraintes majeures : l'austérité budgétaire et la mauvaise gouvernance. La section 4 analyse les facteurs qui ont façonné les différentes réformes engagées dans le domaine de la santé au Maroc. Nous insisterons particulièrement sur le mode d'emploi desdites réformes (la formule, la méthode, le timing et le séquençage) et le rôle joué par les différents groupes d'intérêt et parties prenantes tout au long du cycle des réformes. Enfin, la section 4 présente une synthèse et un essai sur les pistes de sortie de crise.

2. La santé au Maroc : un secteur en crise

A l'instar des différents pays arabes, le Maroc n'a cessé de déployer d'énormes efforts en vue d'améliorer la performance de son système de santé. Les indicateurs habituellement utilisés pour mesurer cette performance montrent que des progrès en demi-teinte ont été enregistrés dans ce domaine. Alors que le niveau d'efficacité du système semble relativement satisfaisant, celui de l'équité reste une source de préoccupation.

2.1. Un système de santé peu efficace

L'efficacité du système sanitaire renvoie à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont vraiment besoin. Elle peut prendre deux formes : l'efficacité interne qui permet d'estimer la productivité du système et l'efficacité externe qui évalue plutôt le résultat de la finalité même du service.

Les principaux indicateurs quantitatifs habituellement mobilisés pour appréhender l'efficacité interne du système de santé au Maroc montrent que celui-ci n'est pas viable. En premier lieu, le taux d'occupation des lits se situe aux alentours de 56%, ce qui veut dire qu'en moyenne un lit sur deux est vacant alors que des milliers de femmes accouchent à domicile et beaucoup de patients se voient refuser l'hospitalisation dans des hôpitaux publics sous prétexte de manque de place. D'ailleurs, et d'après les statistiques de la Banque Mondiale, près de 30% des naissances ont lieu au Maroc sans aucune assistance de la part des membres compétents du personnel de la santé. En deuxième lieu, la durée moyenne de séjour aux hôpitaux du royaume pour toutes causes confondues est estimée à 4 jours par malade contre 8 au début des années 2000. Cependant et à la différence des pays avancés, ce résultat ne doit pas être interprété comme un critère d'efficacité ou d'efficience du système de santé, mais plutôt comme un signal de mauvaise gouvernance. En effet, certains hôpitaux publics n'hésitent pas à se débarrasser de certains patients hospitalisés avant la guérison complète pour en accueillir d'autres. Or cette pratique est préjudiciable au confort des patients et surtout à leur rétablissement. En troisième lieu, le taux de consultation médicale de la population en situation de morbidité est jugé très faible¹. Le taux moyen est de 0.62 par habitant et par an contre 2.7 en Tunisie

Les principaux indicateurs habituellement retenus pour mesurer l'efficacité externe du système de santé au Maroc sont synthétisés dans le tableau 1. Il en ressort une performance assez comparable à celle enregistrée dans les pays arabes voisins, mais aussi à la moyenne du monde arabe.

Tableau 1 : Quelques indicateurs de santé dans les pays du Maghreb pour l'année 2018

| | Maroc | Tunisie | Algérie | Arabe |
|---|-------|---------|---------|-------|
| Espérance de vie à la naissance (par ans) | 76.2 | 76.3 | 76.5 | 72 |
| Taux de mortalité néonatale (pour 1000) | 13.8 | 11.5 | 14.6 | 16.7 |
| Taux de mortalité infantile (pour 1000) | 19 | 15 | 20 | 18 |
| Mortalité maternelle (pour 100000 N.V) | 70 | 43 | 112 | 149 |

Source : Banque Mondiale, 2019

¹ Le taux de consultation exprime la proportion de la population malade qui a procédé à une consultation médicale. Il renseigne sur la demande effective de soins de santé.

En fait, au cours de ces cinquante dernières années, le Maroc a affiché une nette amélioration de ses résultats en matière de santé. L'espérance de vie à la naissance s'est sensiblement allongée passant de 48 ans en 1960 à 76.2 ans en 2018 (Banque mondiale, WDI) au même titre que ses voisins l'Algérie et la Tunisie. Mais, ce score est légèrement meilleur que la moyenne enregistrée au niveau du Monde arabe (72 ans).

Le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité néonatale et le taux de mortalité maternelle ont sensiblement diminué. La mortalité infantile est ainsi tombée de 145 pour 1000 naissances vivantes en 1960 à 63 en 1990 avant d'atteindre 19 en 2018. Quant à la mortalité néonatale, elle s'est établie à 13.8 pour 1000 naissances vivantes après avoir enregistré un taux de 80 pour 1000 en 1989 et 240 pour 1000 en 1990. Enfin, le nombre de décès maternels s'est chiffré à 480 en 2018, ce qui correspond à un taux de 70 décès pour 100000 vivantes contre 188 enregistrés en 2000.

Ces scores sont légèrement meilleurs que ceux affichés en l'Algérie, surtout que celle-ci déploie beaucoup plus de moyens financiers pour développer le secteur de la santé publique. Seule la Tunisie semble se démarquer de ses voisins en enregistrant des performances meilleures.

Si on considère particulièrement les trois objectifs sanitaires contenus dans les OMD, le Maroc s'est globalement bien comporté (HCP, 2015). Il a en effet atteint l'objectif numéro 4 qui consiste à réduire de deux-tiers, entre 1990 et 2015, la mortalité infantile des moins de 5 ans (25.5 en 2015 contre 79.1 en 1990). Il a également largement dépassé l'objectif numéro 5 qui est de réduire la mortalité maternelle de trois quarts durant la même période, puisque le nombre de femmes décédées pendant la grossesse et l'accouchement est passé de 317 pour 100000 naissances en vie en 1990 à 74 en 2015, soit une baisse de 76.6%. Enfin, par rapport à l'objectif numéro 6 qui se rapporte à la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies, le Maroc a réussi à neutraliser le paludisme et à réduire modérément (20 à 25%) le nombre des nouveaux cas de tuberculose entre 1990 et 2015. En revanche, il n'a pas pu inverser la courbe de séroprévalence du VIH, sans pourtant dépasser la barre des 30000 personnes vivant avec le virus.

Par ailleurs, il convient de rappeler que le Maroc passe par une phase de transition épidémiologique qui se traduit par une forte réduction, voire parfois l'éradication, de des maladies transmissibles traditionnelles et le développement des maladies non transmissibles (diabète, maladies respiratoires, cancer, maladies cardiovasculaires, etc.). En effet, le Maroc a réalisé des progrès remarquables en matière de lutte contre de nombreuses maladies infectieuses qui étaient autrefois mortelles (paludisme, rougeole, tétanos, diphtérie, rubéole, coqueluche, etc.), et ce, à travers la mise en place d'un calendrier vaccinale au profit des enfants de moins de 5 ans. En 2018 et grâce au programme national d'immunisation, la vaccination a permis d'atteindre, en moyenne, un taux de couverture de 95%.

Mais parallèlement, et malgré l'adoption de plusieurs lois visant la promotion d'une alimentation saine et la lutte contre le tabagisme et la consommation de l'alcool, les maladies non transmissibles progressent rapidement et constituent aujourd'hui un réel problème de santé publique. Ces « maladies émergentes » sont en grande partie en rapport avec les changements dans les modes de vie, l'hypertension artérielle, l'obésité et le tabagisme. La part de la mortalité due aux maladies non transmissibles est estimée à 78% (Ministère de la Santé, 2018:34), ce qui place le Maroc à un niveau supérieur de la moyenne mondiale qui est de l'ordre de 70% (OMS, 2018).

2.2. Un système de santé inéquitable

L'équité dans le domaine de la santé se rapporte généralement à l'impartialité en matière d'accès aux soins et la façon dont les patients sont traités. L'OMS (2019) va plus loin en la définissant comme « l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques ». Il s'agit là globalement de la conception horizontale de l'équité, c'est-à-dire l'application de la règle selon laquelle aux « besoins égaux de santé », il faut associer « des soins égaux ».

Trois dimensions peuvent être retenues pour appréhender cette forme d'équité : la disponibilité de l'offre des soins pour tous, l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière. S'agissant du premier indicateur, et en dépit de la diversité du dispositif de l'offre de soins (structures publiques, structures privées, structures mutualistes et structures militaires), le Maroc enregistre un grand déficit en matière d'encadrement médical en particulier dans les hôpitaux publics. Il fait partie des 57 pays dans le monde connaissant un déficit aigu en professionnels de santé (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2013 :29). En 2018, le ratio du nombre de personnels soignants est de 1.26 pour 1000 habitants, sachant que le seuil critique fixé par l'OMS est de 2.37 pour 1000 habitants.

D'après les statistiques officielles du Ministère de la Santé, le nombre de médecins exerçant s'élève à 23990, dont 11848 au sein des établissements publics, ce qui correspond à une densité médicale de six médecins pour 10000 habitants. Or ce chiffre est très loin du standard fixé par l'OMS qui est de l'ordre d'un médecin pour 650 habitants (15 médecins pour 10000 habitants) ou encore des pays voisins (18 médecins pour 10000 habitants en Algérie et 13 pour en Tunisie). La situation est davantage alarmante concernant le nombre de médecins exerçants au sein des établissements de soins de santé de base (ESSB) qui est de l'ordre d'un médecin pour 10000 habitants.

Le corps paramédical se compose de 29738 infirmiers polyvalents, infirmiers auxiliaires et sages-femmes ; un chiffre largement disproportionné par rapport à la population desservie puisque la densité médicale est estimée à 10 professionnels de santé paramédicaux pour 10000 habitants contre 22 en Algérie et 26 en Tunisie. Quant au nombre de médecins spécialistes exerçant dans le secteur public, il est jugé très faible. Les établissements publics de santé ne comptent que 191 urologues, 294 cardiologues, 256 néphrologues, 472 pédiatres, 471 gynécologues, 456 dentistes et 406 anesthésistes-réanimateurs (Ministère de la Santé, 2019). Cette pénurie n'a pas manqué d'impacter négativement les prestations sanitaires prodiguées au profit des classes sociales défavorisées. Les délais des rendez-vous de consultation ou d'hospitalisation peuvent aller jusqu'à six mois, et de longs fils d'attentes sont quotidiennement formés devant les bureaux des médecins et les box d'examen médical.

Par rapport à l'infrastructure hospitalière, le Maroc compte 148 hôpitaux publics, soit un hôpital pour 243500 habitants, sachant que la norme de l'OMS est de un hôpital pour 150000 habitants. Certes, cette offre publique est renforcée par 356 cliniques privées, mais celles-ci restent inaccessibles pour la majorité des marocains. A ces établissements viennent s'ajouter 2101 établissements de soins primaires (831 centres de santé urbains et 1270 centres de santé ruraux), soit une moyenne d'un poste pour 17135 habitants, alors que la norme préconisée par l'OMS est de un

poste pour 15000 habitants ; et quand on sait que beaucoup de ces centres, en particulier ceux situés dans le monde rural, manquent cruellement de moyens humains, de matériels médicaux et de médicaments, on comprend que la question de l'accès universel aux soins au Maroc est loin d'être réglée.

Quant aux cabinets privés de consultation médicale, ils sont au nombre de 9475 contre 7 310 enregistrés en 2011, ce qui correspond à une moyenne de trois cabinets pour 10000 habitants. A ces cabinets viennent s'ajouter environ 5000 cabinets dentaires, soit une moyenne d'un cabinet pour 7200 habitants, sachant que dans la majorité des cas, chaque cabinet dentaire est associé à un chirurgien-dentiste. Or ce score est très loin du seuil recommandé par l'OMS qui est de un chirurgien-dentiste pour 1000 habitants.

La capacité litière totale a connu une évolution très lente au cours de ces 18 dernières années passant de 25106 en 2000 à 34552 en 2018, soit une progression annuelle moyenne de 1,8%. Tenant compte de la population totale, le Maroc ne dispose que de 11 lits d'hôpitaux pour 10000 habitants contre 17 lits en Algérie et 21 en Tunisie, alors que la moyenne mondiale s'approche de 30. Certes, cette capacité dépasse légèrement la norme fixée par l'OMS, soit 10 lits pour 10000 habitants, mais ce chiffre cache d'énormes dysfonctionnements en particulier le délabrement et le faible niveau de fonctionnalité. Aussi, les 9719 lits proposés par les cliniques privées ne sont accessibles qu'à une minorité de marocains. Enfin, pour ce qui est de la santé mentale, le Maroc offre moins de un lit pour 10000 habitants contre une moyenne mondiale de 4.4 (Chauffour, 2018 :274).

Sur un autre registre, et bien qu'ils représentent plus de 75% de la capacité litière nationale, les hôpitaux publics ne reçoivent que 10% des dépenses d'assurance dans le cadre des paiements directs et environ 7% des dépenses totales d'assurance maladie.

Pour ce qui est du deuxième indicateur en l'occurrence l'accessibilité géographique aux soins de santé, il semble que la situation du Maroc est déplorable. En effet, la répartition de l'offre sanitaire sur l'ensemble du territoire national accuse un important déséquilibre entre régions. Le ratio du nombre d'habitants par médecin varie de 3176 habitants pour un seul médecin dans la région de Drâa-Tafilalet au sud-est du royaume à 1420 habitants par médecin dans la région de Casablanca-Settat (Ministère de la Santé, 2019). L'écart est encore plus grand si l'on considère les médecins spécialistes (9451 contre 1608). Quant au ratio du nombre d'habitants par infirmier, il varie de 1494 habitants pour un seul infirmier dans la région de Casablanca-Settat à 546 habitants pour un seul infirmier dans la région de Laâyoune-Saguia al Hamra. Aussi, un peu plus de 57% des médecins privés et 40% des médecins publics sont installés dans les agglomérations situées dans l'axe littoral Casablanca-Kenitra (région de Casablanca-Settat et région de Rabat-Salé-Kénitra). Cette concentration s'explique essentiellement par la proximité du centre et le niveau économique nettement élevé de cette zone géographique comparativement au reste du pays.

Les statistiques officielles montrent également que le réseau hospitalier est concentré dans quatre régions sur les 12 régions que compte le Maroc (la région de Casablanca-Settat, la région de Rabat-Salé-Kénitra, la région de Marrakech-Safi et la région de Fès-Méknes). A elles seules, ces quatre régions s'accaparent 54% d'établissements hospitaliers publics et 70% des cliniques privées. La mise en place du mode de couverture sanitaire mobile, qui vise à améliorer la couverture sanitaire par la dispensation des soins de proximité aux populations des localités enclavées n'a pas eu les effets escomptés. Ce système connaît des dysfonctionnements graves

qui entravent sa réussite en particulier l'insuffisance des moyens de locomotion, la diminution de l'effectif des infirmiers itinérants, la perception négative de l'itinérance sanitaire et la charge importante du paquet d'activité (Legros et Chaoui, 2012 :96).

La répartition géographique des lits d'hôpitaux est également fortement inégalitaire. La lecture de la carte sanitaire du Maroc de 2019 montre que la région pauvre de Drâa-Tafilalet ne compte que quatre lits pour 10000 habitants contre 13 à Rabat-Salé- Kenitra et 12 à Casablanca-Settat.

Par ailleurs, des inégalités importantes persistent entre milieux urbain et rural. D'une part, l'offre des soins de santé est fortement concentrée dans les zones urbaines. A titre d'exemple, le taux d'accouchement assisté est estimé à moins de 50% dans les zones rurales contre près de 90% dans les zones urbaines, au moment où un pays arabe comme la Jordanie affiche un taux de 100% dans les deux zones (Chauffour, 2018 :276). Aussi, le nombre de médecins par habitant est quatre fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2017). Pire encore, de fortes inégalités sont enregistrés au sein du milieu urbain lui-même entre quartiers favorisés et quartier défavorisés. Ainsi par exemple, l'assistance à l'accouchement pour les 20% des femmes les plus riches est presque 3 fois supérieure à celle des 20% les plus pauvres (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2017). D'autre part, et malgré l'effort consenti au cours de ces dernières années, l'accessibilité physique des populations rurales à un établissement de santé reste compliquée. Alors qu'au niveau urbain la distance moyenne à parcourir pour rejoindre un centre de santé est de 13.8 km, au niveau rural, cette distance passe à 38.5 km (Observatoire National de Développement Humain, 2011 :29).

S'agissant du troisième indicateur, à savoir l'accessibilité financière, il ne présente guère de meilleurs résultats. Si le Maroc est l'un des pays arabes où le taux de couverture médicale est assez acceptable (60% en 2018), il n'en reste pas moins que la part des dépenses de santé supportée directement par les ménages est très élevée. Avec un taux qui dépasse 50%, le Maroc est classé au 125^e rang dans l'équité de la contribution financière, loin derrière d'autres pays arabes comme l'Algérie (108^e), la Tunisie (74^e) ou encore la Jordanie (49^e) (OMS, 2000)². Cette situation aurait été moins alarmante si le coût des soins et du médicament était abordable. Or, celui-ci demeure globalement élevé, puisque le coût moyen d'une ordonnance médicale est de l'ordre de 25 dollars, soit l'équivalent de trois journées de travail rémunérées au Smig. Aussi, en dépit de l'engagement des autorités compétentes dans un processus de réduction des prix des médicaments depuis 2014, l'accès à ces derniers reste un problème majeur pour la santé publique au Maroc. Le Plan national de la « Santé 2025 » relève que les prix des médicaments restent très élevés par rapport au pouvoir d'achat des marocains et comparativement à ceux en vigueur dans les pays voisins comme la Tunisie et l'Algérie (deux à trois fois plus chers). La conséquence en est un accroissement des dépenses sur les médicaments qui représentent environ 40% des dépenses totales de santé des ménages.

² La mesure repose sur la fraction de la capacité de paiement d'un ménage (revenu moins les dépenses alimentaires) consacrée aux soins de santé (y compris les impôts, les cotisations à la sécurité sociale et à un régime d'assurance privée et les paiements directs).

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

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

3.1. La question épineuse du financement

Alors que le Maroc enregistre une forte mutation démographique (vieillesse de la population associé à une croissance additionnelle moyenne de 272 mille habitants par an) et épidémiologique (augmentation de la part des patients atteints de maladies chroniques de plus en plus onéreuses), les dépenses de santé ont progressé de façon très modeste. Pire encore, rapportées au nombre d'habitants, ces dépenses ont connu une baisse très marquée. Ainsi, la part des dépenses totales de santé dans le PIB a légèrement régressé au cours de ces dix dernières années passant de 5.84% en 2009 à 5.50% en 2018 au moment où les pays voisins (l'Algérie et la Tunisie) enregistrent une progression modérée. En 2018, ces deux pays ont consacré respectivement 5,84% et 7% de leur PIB pour le financement de leur système de santé.

La dynamique des dépenses totales de santé (publiques et privées) par habitant a perdu de son allure en passant d'une moyenne de 12% sur la période 2000-2009 à 0.2% à partir de 2010. En 2018, le Maroc n'a dépensé que 509.32 dollars par habitant en PPA contre 1074.03 dollars en Algérie et 900.18 dollars en Tunisie, ce qui le positionne au 116^e rang à l'échelle mondiale (OMS, 2019). Cette situation n'est certainement pas due à l'amélioration de la prévention ou encore à la bonne gestion, mais plutôt aux coupes budgétaires à répétition entamées depuis la mise en place du Programme d'Ajustement Structurel au début des années quatre-vingt. Et à l'évidence, cela n'a pas manqué d'impacter négativement l'offre des soins et les conditions d'exercice en milieu hospitalier.

Au cours de ces 20 dernières années (2008-2018), le Maroc n'a consacré en moyenne que 6.56% de son budget général annuel au financement de la santé, ce qui est très en deçà des normes requises par l'OMS, qui retient un seuil minimal de 12%. En 2019, le budget consacré par le gouvernement marocain à la santé a certes atteint un record de 16.33 milliards de dirhams, soit 7.5% du budget général de l'Etat, mais cela n'a pas permis de combler les besoins de plus en plus grandissants du réseau hospitalier. A titre de comparaison, la Tunisie et l'Algérie ont consacré pour la même année respectivement 13.7% et 10.7% de leur budget général au secteur de la santé.

Rapporté aux dépenses totales de la santé, les fonds consacrés par l'Etat au financement du secteur, y compris la contribution au financement de la couverture médicale, restent très faibles comparativement aux pays voisins³. En 2017, ils ont représenté 44% contre 68% en Algérie et 57% en Tunisie. Ce résultat témoigne du

³ En fait, les sources publiques de financement de santé comprennent les ressources fiscales (budget général) et la contribution des administrations publiques (Etat, entreprises publiques, collectivités locales, etc) au financement de la couverture médicale.

désengagement progressif de l'Etat marocain du secteur de la santé, ce qui a contribué inexorablement à creuser l'écart entre la santé pour les riches et la santé pour les pauvres.

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

Face au faible engagement de l'Etat marocain dans le financement du système de la santé, les ménages sont dans l'obligation de mettre la main à la poche (*out-of-pocket*) pour supporter le reste qui représente 59.23% des dépenses totales, ce qui place le Maroc au 10^e rang mondial en matière de participation directe des citoyens au financement de la santé (NationMaster, 2019). Il n'est devancé que par des pays pauvres comme le Bangladesh, le Soudan, le Cambodge ou encore le Yémen. Aussi, le Maroc est très mal classé comparativement à ses voisins l'Algérie et la Tunisie, qui ne font supporter directement à leurs ménages qu'une part relativement modeste des dépenses de santé, soit respectivement 26.23% et 36.84% (NationMaster, 2019).

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

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

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

En 2008, le Ministère de tutelle a reconnu lui-même dans un document stratégique que pour 80% des marocains, la corruption est très courante dans le secteur (Ministère de la Santé, 2008). De même, en 2011, une étude commandée par

l'Instance centrale de prévention de la corruption (ICPC) a révélé l'existence de diverses pratiques corruptives dans les établissements hospitaliers publics et privés. L'enquête menée auprès de 3500 citoyens et de 187 professionnels de la santé montre que les pots-de-vin et les petits pourboires « constituent la forme de corruption la plus observée dans les établissements de soins » (ICPC, 2011). Et selon le baromètre mondial de la corruption, le secteur de la santé au Maroc est touché par la corruption à hauteur de 38%, ce qui le place en troisième position après la justice et la sûreté (Transparency International, 2016). Enfin, une étude récente de l'OCDE (2018) a confirmé le risque élevé des pratiques corruptives dans le secteur de la santé au Maroc. Celles-ci touchent pratiquement tous les niveaux de la filière, y compris les prestations des services médicaux.

Il convient enfin de rappeler deux faits majeurs en relation avec le financement du système de santé au Maroc. Le premier a trait au caractère marginal des dépenses externes de santé qui n'ont représenté en 2018 que 0.54% du total contre 0.06% pour la Tunisie et 0.02% pour l'Algérie. Le deuxième fait concerne l'implication de plus en plus accrue des philanthropes et des ONG dans la prise en charge des soins et des interventions chirurgicales au profit des personnes démunies. Il faut dire que cette pratique est ancestrale au Maroc et elle est surtout réponde dans les centres d'hémodialyse.

3.2. La mauvaise gouvernance

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

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

S'agissant des conditions d'accueil et de prise en charge hospitalière, elles se sont sensiblement détériorées aussi bien au niveau des soins ambulatoires que des soins hospitaliers alors même que les hôpitaux publics continuent d'absorber entre 70 et 80% du budget alloué au secteur de la santé. Outre l'insalubrité des locaux et la vétusté des installations techniques et des bâtiments, la plupart des hôpitaux publics manquent cruellement de personnel et d'équipements. Pire encore, le taux d'absentéisme du personnel en exercice et le taux de panne du matériel médical disponible sont très élevés. Aussi, face à la très forte demande, les délais de prise des rendez-vous pour les consultations et les interventions chirurgicales sont jugés très longs et peuvent dépasser dans certains cas plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Ces dysfonctionnements et bien d'autres ont été d'ailleurs relevés par la Cour des Comptes dans son rapport annuel au titre de l'année 2018. Trois exemples

méritent d'être cités. D'abord, l'hôpital Mohammed V de Tanger n'a enregistré aucune intervention chirurgicale majeure entre juin 2013 et septembre 2014 en raison de l'absence du réanimateur. Ensuite, au centre hospitalier préfectoral Moulay Abdellah de Mohammedia, l'unique bloc opératoire de l'établissement ne dispose pas de salles de réveil, ce qui oblige les patients opérés à se réveiller dans les couloirs ou dans la salle même où ils ont été opérés. Enfin, toujours dans le même centre, un dilemme fut relevé : la baisse de la production des services hospitaliers a été accompagnée du rallongement des délais de rendez-vous en hospitalisation.

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

Dans le même ordre d'idée, il convient de souligner l'absence de « projet d'établissement hospitalier » dans beaucoup d'hôpitaux publics. Or cet outil de planification pourtant prévu par la loi est stratégique, car il permet de définir les objectifs généraux de l'établissement, ainsi que les moyens humains et matériels d'hospitalisation pour atteindre les objectifs précités. Il faut dire que cela n'a rien de surprenant quand on sait les prérogatives des directeurs d'hôpitaux en matière de planification stratégique sont très limitées. Dans ces conditions, on comprend que le projet d'établissement hospitalier n'est qu'un simple document administratif exigé lors de la candidature au poste de directeur d'hôpital.

Concernant particulièrement la gestion budgétaire, les procédures de fixation des prix et des taux de remboursement de certains médicaments manquent souvent de clarté. Quant à la TNR (tarification nationale de référence) qui régit les tarifs des soins de santé, elle date de 2006, ce qui se traduit par une sous-évaluation des remboursements effectués par les caisses d'assurance maladie au profit des établissements hospitaliers. A cela s'ajoute la maîtrise imparfaite du système de facturation des prestations de soins dispensés dans les établissements hospitaliers publics, ce qui met naturellement en doute les chiffres déclarés au niveau des recouvrements des recettes. A titre illustratif, et d'après le rapport de la Cour des Comptes de 2017, la part des prestations non facturées au niveau du centre hospitalier régional de Khémisset (petite ville située à 90 de Rabat) a atteint 42% des prestations du service des urgences, 28% des échographies et 25% des examens scanner (Cour des comptes, 2018).

Par ailleurs, nous estimons que la gouvernance du système de santé ne peut être abordée sans la production, l'analyse, la diffusion et l'utilisation d'informations sanitaires fiables, actualisées et rapidement disponibles ; d'où l'importance de recourir au système d'information comme composante essentielle de la gouvernance sanitaire. Bien que le Maroc dispose d'un système national d'information sanitaire

(SINS) depuis 1980, ce n'est qu'en 1994 que le Ministère de la Santé a reconnu officiellement l'importance de la mission de collecte et du traitement de l'information sanitaire dans le processus de planification et de gestion des activités sanitaires. Mais malgré cette officialisation et les résultats encourageants sur l'état de santé de la population marocaine, il semble que le SINS ait été plutôt conçu pour répondre à une logique administrative du centre (la carte épidémiologique) plutôt que fonctionnelle de la périphérie (les établissements hospitaliers). Le recueil des données demeure assez fragmenté, avec des doublons fréquents, et des transmissions souvent retardées (OMS, 2012 :6).

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

Un autre point faible du système de gouvernance sanitaire au Maroc concerne la prédominance de l'hospitalo-centrisme, c'est-à-dire la tendance à concentrer l'essentiel des moyens et des prestations de santé dans les hôpitaux au détriment du réseau des soins primaires. En effet, malgré la volonté des pouvoirs publics de développer un réseau d'établissements de soins de santé de base (les dispensaires ruraux, les centres de santé communaux et les centres de santé urbains) et de réorienter régulièrement les usagers vers ces structures, les hôpitaux en particulier les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers provinciaux ou préfectoraux continuent d'attirer la majorité des patients. Lorsqu'ils estiment avoir besoin de soins aigus, les citoyens marocains ont l'habitude de se rendre spontanément au service d'urgences de l'hôpital le plus proche. Un tel comportement s'explique à notre sens à la fois par le manque ou l'absence du personnel médical qualifié dans les petits centres hospitaliers, le manque de confiance des citoyens dans ces petites structures et le manque d'incitations à respecter la hiérarchie de filière des soins en recourant d'abord aux consultations de niveau primaire. Il en résulte un certain déséquilibre et mauvaise répartition de l'offre des soins entre les deux catégories d'établissements sanitaires. Les hôpitaux sans quotidiennement bondés de patients au moment où les centres de santé de base étaient sous-employés.

Mais en dépit du caractère hospitalo-centrique du système marocain de santé, la mission des hôpitaux reste essentiellement orientée vers les aspects techniques en particulier les prestations des soins et la prise en charge des patients. Leur contribution aux mesures de prévention, de sensibilisation et de promotion de la santé est très faible. En fait, le Maroc fait partie des pays où l'offre des soins est fortement centré sur le curatif. Les soins de santé secondaire ont tendance à y prendre le dessus sur les soins de santé primaire qui proposent des services de santé de base et met l'accent plutôt sur la prévention très rentable pour la société à long terme. Cela n'est guère étonnant quand on sait que le nombre d'infirmiers par médecin est estimé à 1.2 au Maroc contre 2.44 en Algérie et 1.95 en Tunisie, alors que la moyenne de l'OCDE se situe entre 2 et 3. Or, le manque de personnel infirmier dans les centres hospitaliers conduit souvent à une charge de travail

supplémentaire pour les médecins. De nombreux actes médicaux à caractère banal qui ne nécessitent qu'un niveau de formation moyen, et qui pourraient donc être effectués par des infirmiers, sont souvent accomplis par des médecins, ce qui accroît sensiblement le coût unitaire des prestations fournies.

La médecine scolaire et la médecine du travail auraient pu contribuer à la prise en charge de la prévention, mais telle n'est pas le cas au Maroc. Alors que la médecine scolaire est purement et simplement absente, la médecine du travail est très faiblement assurée dans les entreprises marocaines, qui la considèrent non pas comme un enjeu social et sociétal, mais comme une charge supplémentaire.

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

D'autre part, l'offre des soins est assurée par un réseau hospitalier assez hétérogène (secteur public, secteur militaire, secteur privé à but lucratif et secteur privé à but non lucratif) et fortement cloisonné. Le secteur privé s'est développé de façon très rapide et anarchique profitant de la nouvelle vision néolibérale de l'Etat, qui considère la santé davantage comme un objet de dépenses que comme un droit humain et un service à part entière du tissu économique et social. On comprend alors que les cliniques privées au Maroc ne sont pas venues pour combler le déficit de l'offre publique de soins mais plutôt pour répondre aux besoins des populations solvables mécontentes des prestations fournies par les hôpitaux publics. D'ailleurs, le Maroc est classé au 21^e rang mondial en matière de participation du privé dans le financement de la santé, ce qui est jugé exorbitant quand on sait que ce secteur n'est pas suffisamment réglementé et préparé pour garantir l'éthique des soins. Au contraire, des pratiques déloyales comme les paiements en noir, la surfacturation, l'exigence de chèques de garanties ou encore le recours abusif aux accouchements par césarienne sont régulièrement rapportées les médias⁴.

Le dernier aspect de la gouvernance sanitaire concerne le médicament. En dépit de l'importance de l'industrie pharmaceutique au Maroc (40 laboratoires, 33 unités de production et 50 distributeurs) et sa part dominante sur marché intérieur (65%), le

⁴ Le recours à la césarienne par exemple a sensiblement augmenté au cours de ces dernières années. En 2017, la Caisse Marocaine de l'assurance Maladie (CMAM) a recensé 18522 cas sur 30583 accouchements, soit un taux 61% en 2017 (CMAM, 2019).

secteur connaît de nombreuses insuffisances en termes de réglementation, de gestion et de promotion de produits génériques de bonne qualité. Les pouvoirs publics n'ont jamais réussi à construire une véritable politique pharmaceutique nationale claire, cohérente et crédible. Les prix sont jugés anormalement élevés comparativement aux pays voisins (Conseil de la concurrence, 2010). Outre la marge bénéficiaire excessive des différents opérateurs de la chaîne, le Maroc est le seul pays de la région qui a institué la TVA sur les médicaments au taux de 7%. Aussi, le taux de pénétration du médicament générique n'est que de 30% en officine, ce qui reste très faible comparativement aux pays voisins (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2013 :58). Il faut dire qu'une certaine entente non déclarée s'est établie entre les industriels et les médecins du secteur privé pour plus de prescriptions du princeps (médicament de référence) à la place du médicament générique. Certes en vertu de la loi, les pharmaciens sont autorisés à délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité. Mais dans la réalité, ce droit de substitution n'a aucune chance de réussir tant qu'elle n'est pas accompagnée d'une certaine coordination et surtout la possibilité de transfert de marges.

Au niveau des hôpitaux publics, le processus d'approvisionnement en médicaments est également défaillant. D'un côté, les services centraux du Ministère de la Santé obligent les pharmaciens des hôpitaux à consommer la totalité du budget alloué pour l'acquisition des médicaments et fournitures médicales, et ce, abstraction faite des besoins réels exprimés. D'un autre côté, chaque année des quantités importantes de produits pharmaceutiques se trouve en état de péremption, alors même que beaucoup de patients sont obligés d'acheter ce type de produits à l'extérieur des hôpitaux. A titre illustratif, le centre hospitalier provincial de la ville de Kelaat Sraghna au centre du pays a vu se périmer des quantités importantes de produits pharmaceutiques entre 2012 et 2016. La perte de ces stocks est estimée à 4 millions de dirhams, soit 62% du budget alloué aux médicaments sur cette période (Cour des comptes, 2018). Cette situation est souvent due à la mauvaise gestion des stocks, à l'absence d'un système d'information intégré permettant le pilotage de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques, mais également et surtout au fait que les livraisons portent généralement sur des médicaments dont la durée de péremption est très proche.

A travers cette description, il semble que le système marocain de santé est très mal gouverné. Les activités productives sont généralement concurrencées, voire parfois dominées, par les activités de captation de rente (rent-seeking). En effet, la mauvaise gouvernance contribue à la réduction du coût d'opportunité des activités de captation de rente. Dans ces conditions, les professionnels du secteur de la santé ont tendance à se lancer dans la recherche de rente, parallèlement à l'exercice de l'activité productive de santé. Les activités de recherche de rente prennent ici des formes diverses, en particulier l'absentéisme, le cumul d'emploi entre le public et le privé, les pratiques corruptives, l'évasion fiscale de la part des cabinets et cliniques privées, etc.

4. La santé au Maroc : un secteur difficile à réformer

La réforme de la santé désigne l'ensemble des activités destinées à changer les politiques de santé et les institutions à travers lesquelles elles sont implantées (Cassels, 1995). Il s'agit, selon Saltman et Figueras (1997), d'un changement à la fois institutionnel et structurel voulu par les gouvernants avec des objectifs

politiques précis. Le but ultime étant l'efficacité, l'équité et l'efficience du système de santé.

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

4.1. Le mode opératoire des réformes engagées

Par mode opératoire de la réforme du système sanitaire, nous entendons la manière avec laquelle les réformateurs décident de concevoir et de conduire le changement. Quatre composantes s'insèrent dans cette logique : la formule des réformes (thérapie de choc ou gradualisme), la méthode des réformes (dictatoriale ou consensuelle), la chronologie ou le timing des réformes et l'ordonnancement ou le séquençage des réformes. Par rapport à la première composante, le Maroc a opté dès le début pour un gradualisme prudent qui consiste à introduire les réformes de façon progressive et équilibrée. Plusieurs arguments économiques justifient ce choix (ElMorchid, 2010 :70) :

- le gradualisme permet de minimiser les coûts d'ajustement, car il est moins onéreux à court terme et génère moins d'opposition politique,
- le gradualisme permet de gagner de l'information quant à l'opportunité de poursuivre ou non les réformes dans le futur,
- le gradualisme permet d'établir un séquençage approprié des réformes de manière à créer une dynamique de soutien politique quant à la poursuite des dites réformes,
- le gradualisme est plus crédible que le big-gang du point de vue budgétaire, car les coûts financiers sont étalés dans le temps.
- le gradualisme a bien fonctionné dans le domaine de la santé, en particulier en Chine et dans d'autres pays du Sud-est asiatique.

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

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

Pour ce qui est du timing, le processus de réformes du système de santé au Maroc n'a réellement démarré qu'au début du 21^e siècle. Ce timing n'est pas fortuit car il correspond à un contexte propice pour le changement caractérisé, entre autres, par le début d'une transition démographique et épidémiologique, l'aggravation de la crise

du financement de la santé, une faible performance du système et enfin un recentrage du rôle de l'État qui voit sa sphère économique se réduire au profit du marché. Et après quelques années de tâtonnement, le processus allait s'accélérer à partir de 2011 sous l'impulsion des OMD (et plus tard des ODD), et surtout des contestations populaires (printemps arabe) et de la révision constitutionnelle qui en a résulté.

Si les OMD ont offert un cadre propice à l'amélioration de la santé primaire à travers la mobilisation de la communauté internationale et un argument solide pour assurer l'adhésion de certaines parties prenantes (les professionnels, les industriels, etc.), le printemps arabe (mouvement du 20 février au Maroc) a ouvert une fenêtre d'opportunité qui a permis de briser ou du moins alléger la résistance des groupes d'intérêts opposés aux réformes, en particulier certains partis politiques et certains mouvements syndicaux. Ceci est d'autant plus justifié que la Constitution de 2011 a élevé l'égalité d'accès aux soins au rang de droit constitutionnel (l'article 31 de la Constitution du 1er juillet 2011) et que le gouvernement a été appelé à améliorer sa copie de réformes pour prendre en considération l'une des revendications majeures des protestataires à savoir « la santé pour tous ».

On comprend ainsi que le choc créé par le printemps arabe a largement contribué à réconcilier les positions de tous les groupes d'intérêt, qui ont cédé chacun sur certaines de leurs exigences pour préserver la paix sociale et politique ; l'une des conditions sine-qua-non pour la réussite du changement et le développement économique.

Concernant l'ordonnancement des réformes proposées, le gouvernement a opté pour une approche lucide et pragmatique. Il a d'abord commencé par préparer un agenda qui s'articule essentiellement autour de cinq grands axes : le modèle de financement, le système de santé et l'offre des soins, le prix des médicaments, l'exercice de la profession de la médecine et le régime des études médicales. Ensuite, il a choisi de s'attaquer en priorité à la question du système de financement. En réalité, la crise sociale et politique était tellement profonde que la question du financement s'est imposée comme une urgence. Il fallait commencer par rassurer les marocains quant aux possibilités d'allègement du fardeau financier des soins avant de procéder à la réforme de l'offre. Dans cette perspective, les réformateurs avaient le choix entre trois régimes distincts : le modèle du service national de santé financé essentiellement par l'impôt, avec un accès gratuit des citoyens à une offre de soins publique, le régime libéral où la protection contre la maladie de la population est facultative et assurée par des contrats d'assurance privée et enfin le régime des assurances sociales, ou modèle bismarkien, financé par des cotisations assises sur les salaires et géré par des caisses administrées par les partenaires sociaux. Financement, et en raison de la sensibilité sociale et politique du dossier, les pouvoirs publics ont opté pour un système hybride segmenté selon des critères sectoriels et combinant les trois régimes en même temps, car essentiellement bismarkien, mais en partie financé par l'impôt tout en autorisant les acteurs concernés (employeurs et employés) à opter pour un régime purement libéral.

Le Maroc a démarré sa couverture sanitaire universelle en 2006 avec l'entrée en vigueur de l'AMO (assurance maladie obligatoire) au profit des employés du secteur privé. La loi la régissant (Loi n° 65-00) a été construite sur la base des six principes fondamentaux et universels à savoir l'obligation, l'universalité, l'équité, la solidarité, l'interdiction de toute forme de discrimination et l'interdiction de la sélection du risque maladie. Limitée au démarrage à un nombre réduit de bénéficiaires et à un panier restreint de soins, l'AMO fut progressivement étendue à

d'autres populations (les veufs et ayants droits des assurés, les travailleurs indépendants, les personnes exerçant une profession libérale, les étudiants, etc.) et à d'autres catégories de soins.

En 2012, et afin de généraliser la couverture sanitaire aux plus démunis, le gouvernement a institué un régime d'assistance médicale connu sous le nom de RAMED (Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base). Fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale, ce régime est financé à titre marginal par les bénéficiaires (120 dh, soit l'équivalent de 14 dollars par an et par personne) et les collectivités locales (40 dirhams, soit l'équivalent de 4 dollars par an et par personne). Le reste, soit environ 80% des cotisations, est assuré par l'État à travers le Fonds d'appui à la cohésion sociale (FACS) créé par la loi des finances de 2012. En contrepartie de ce fort engagement financier de l'Etat, la prise en charge dans le cadre de ce régime ne peut porter que sur les frais de soins dispensés dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat. Pire encore, la loi instituant le RAMED conditionne l'accès aux soins par la capacité et les moyens de chaque établissement sanitaire, ce qui engendre naturellement de longs fils d'attente et des délais de prise de rendez-vous qui dépassent parfois plusieurs mois. Les statistiques officielles montrent que le taux réel d'adhésion à ce régime est très faible puisque le taux de retrait des cartes ne dépasse pas dans les meilleures conditions 35% par an.

Officiellement, le RAMED constitue une réponse crédible au problème des barrières financières qui empêchaient les populations pauvres de se soigner, mais en réalité, il a avant tout pensé comme outil de légitimation politique en temps de crise sociale. En fait, les avantages procurés par ce régime étaient déjà garantis de fait, car avant son entrée en vigueur, les établissements publics de santé prenaient en charge gratuitement (sur présentation d'un simple certificat d'indigence) ou quasi-gratuitement les patients quel que soit leur statut socioprofessionnel. Avec le REMED, le gouvernement a voulu transmettre un message d'espoir et de solidarité aux personnes économiquement pauvres et une partie de la classe moyenne, qui constitue la colonne vertébrale de l'économie marocaine et une véritable force sociale de changement. Cependant, avec un certain retard, ces bénéficiaires commencent à se rendre compte de la triste réalité ; celle de l'accès aux soins devenus beaucoup plus compliqué avec le RAMED qu'il l'était avant sur présentation d'un simple certificat d'indigence.

La deuxième étape majeure des réformes a eu lieu en juillet 2011 (Loi n° 1-11-83 du 2 juillet 2011), soit cinq mois après le déclenchement du printemps arabe. Cette étape a été marquée par la réorganisation du système de santé et l'offre de soins. Le but était de restructurer de façon profonde le système en vigueur dans la perspective de l'application de la Couverture Médicale de Base et de la décentralisation avancée. Toutefois et pour des raisons techniques, l'implémentation effective de cette réforme n'a débuté qu'en 2015 avec la publication du Décret n° 2-14-562 qui a instauré un système hospitalier pyramidal composé de quatre niveaux :

- Le réseau des établissements de soins de santé primaire
- Le réseau hospitalier, composé d'hôpitaux provinciaux et préfectoraux et d'hôpitaux régionaux et les centres interrégionaux.
- Le réseau intégré des soins d'urgence médicale
- Le réseau des établissements médico-sociaux public.

Outre l'organisation de l'offre de soins et l'autonomie des hôpitaux, cette réforme a porté sur le découpage territorial du système de santé et l'établissement de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins. Désormais, le territoire

national est découpé en territoire de santé qui constitue des bassins de desserte de la population desservie par un ou plusieurs établissements ou installations de santé (article 9 du Décret n° 2-14-562 du 24 juillet 2015). Quatre niveaux de territoires ont été retenus : les circonscriptions sanitaires, les préfectures et provinces sanitaires, les régions sanitaires et les territoires de santé interrégionaux. Et dans le souci de rationaliser les ressources et assurer l'intégrité du système de soins, ladite réforme a prévu la mise en place d'une carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins.

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

La troisième étape majeure des réformes fut déclenchée en 2013 avec l'ouverture d'un front dans la bataille contre les médicaments chers. Elle a concerné les conditions et les modalités de fixation du prix public de vente des médicaments (Décret n° 2-13-852)⁵. Cette réforme fait suite à la publication de trois rapports accablants sur les prix de médicaments au Maroc en comparaison avec d'autres pays de la région (le rapport du conseil de la concurrence en 2010, le rapport de l'OMS en 2004 et le rapport de la commission des finances et du développement économique de la chambre des Représentants en 2009). Selon ces rapports, la responsabilité incombe principalement à la complexité des procédures administratives et aux marges excessives des professionnels (industriels, grossistes et officines). Il faut dire que les textes de loi en vigueur (l'arrêté n°465-69 du 18 septembre 1969 qui déterminent les modalités de fixation des prix de médicaments fabriqués localement et l'arrêté n°2365-93 de fixation des prix de médicaments importés) sont devenus obsolètes. Désormais, le principe de fixation des prix publics de vente diffère selon le type de médicaments. Pour les princeps, qu'ils soient fabriqués localement ou importés, le prix fabricant doit correspondre au prix du médicament le plus bas dans sept pays retenus comme benchmark (l'Arabie Saoudite, la Belgique, l'Espagne, la France, la Turquie et le Portugal). Et pour les médicaments génériques, le prix est soumis à la règle de décrochage, à travers l'application d'un taux minimum de réduction entre le princeps et le générique, dans le respect de la règle selon laquelle le prix du générique ou du bio-similaire ne peut excéder celui de son princeps.

Il convient de signaler que contrairement aux deux premières réformes, la réforme des médicaments n'a pas été facile. La concertation et les négociations avec les syndicats et les organisations professionnelles ont pris plus de temps (20 mois) et ont nécessité beaucoup de concessions de la part des parties concernées, mais également l'engagement du gouvernement à prendre des mesures propices pour compenser partiellement la baisse des marges bénéficiaires des professionnels.

5 Signalons qu'une première réforme portant code du médicament et de la pharmacie a été promulguée en décembre 2006 (Dahir n° 1-06-151 22 novembre 2006), mais son contenu n'a pas eu d'impact direct sur les populations et les autres parties prenantes. Son objectif principal était de mettre de l'ordre dans l'exercice de la profession.

La quatrième étape majeure des réformes a été annoncée en 2015 et a concerné l'exercice de la profession de la médecine (Dahir n° 1-15-26 du 19 février 2015 portant promulgation de la loi n° 131-13 relative à l'exercice de la médecine). La principale nouveauté a été rapportée par l'article 60 de ladite loi qui prévoit l'ouverture des capitaux des cliniques privées et des établissements assimilés aux non-médecins. Officiellement, cette disposition vise à assurer la réussite d'une politique de santé intégrée et équitable à travers l'accroissement de l'investissement hospitalier et son élargissement aux régions sous médicalisées, mais la réalité est tout autre. En effet, devant l'incapacité de l'Etat et des professionnels privés et paraétatiques de répondre à une demande de plus en plus croissante des services de santé, il a été décidé de libéraliser le secteur en autorisant les non-professionnels à y investir.

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

La dernière étape majeure des réformes de la santé au Maroc a été initiée en 2015, avec le lancement du chantier de transformation du régime des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques⁶. Néanmoins, cette initiative n'a pas abouti en raison de la résistance des principaux concernés en l'occurrence les étudiants.

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

L'acceptation ou le blocage de n'importe quel projet de réforme est souvent redevable des choix stratégiques des différents groupes impliqués et de leurs comportements. Le modèle dit de « guerre d'usure » développé par Alesina et Drazen (1991) offre une bonne illustration théorique de la lutte entre ces groupes lors du processus de préparation et d'implémentation des réformes. L'objectif de chaque groupe est de maintenir ses positions en espérant que l'autre cédera le premier et devra donc supporter la plus grande partie des coûts du changement. Dans un tel contexte, les groupes subissent des pertes à chaque période, mais ils les acceptent tant qu'elles sont inférieures à l'espérance de gain (ElMorchid, 2010).

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

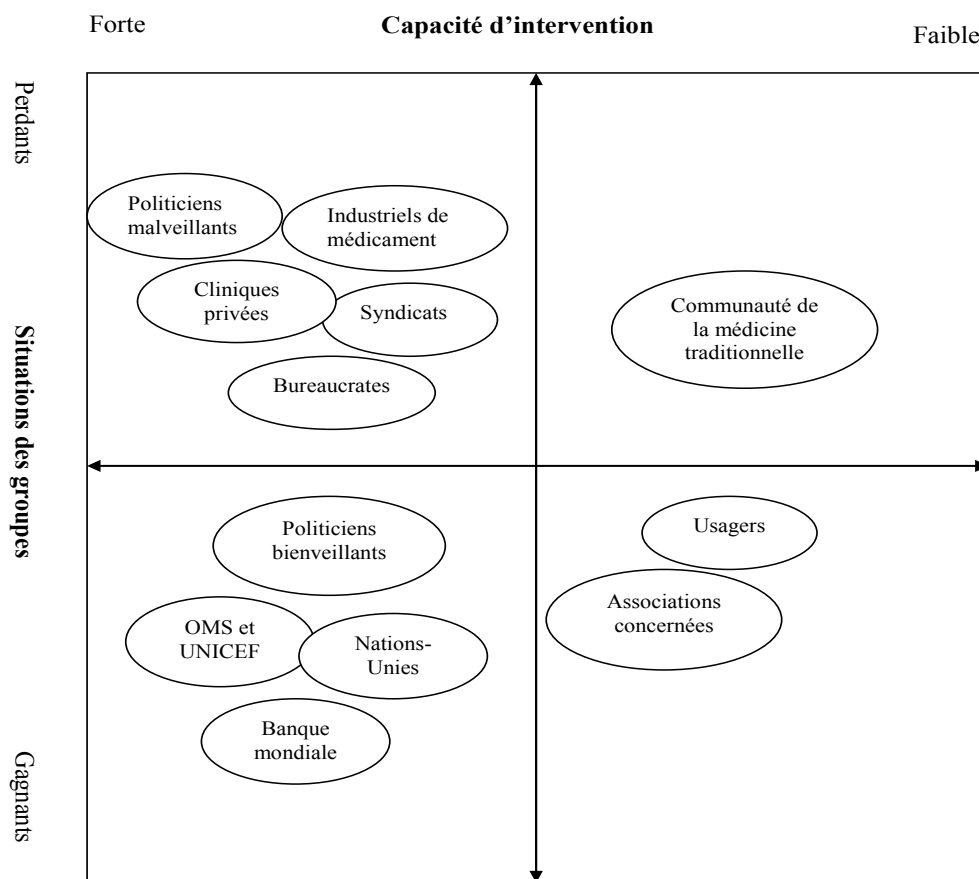
Dans les deux cas, les décideurs politiques font face aux revendications tantôt légitimes, tantôt illégitimes des différents groupes d'intérêts et parties prenantes qui

⁶ Le système de formation est constitué de trois catégories d'établissements : les facultés de médecine et de pharmacie (neuf établissements dont trois relevant du secteur privé), les Instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé et les instituts de formation professionnelle (23 établissements) et les écoles privées de formation professionnelle

se positionnent en situation de demandeurs de rente (rent-seekers). Si une réforme est jugée nuisible à leurs avantages acquis, ils s'organisent souvent pour la bloquer ou au moins la retarder. Le processus de marchandage qui naît entre ces groupes et les décideurs politiques (offreurs de rente) est souvent source de gaspillage social. Un tel gaspillage s'explique essentiellement par les coûts de transaction politique, c'est-à-dire les ressources mobilisées pour obtenir la rente comme le pot-de-vin et le tarif des lobbies (ElMorchid et Hourmat Allah 2015).

Ce type de marchandage s'applique aisément aux réformes du système de santé au Maroc. Ainsi, tenant compte de leur capacité d'intervention et de leur statut (gagnant ou perdant), il est possible d'identifier quatre familles de groupes d'intérêt et parties prenantes : les opposants redoutables, les opposants passifs, les sympathisants dynamiques, les sympathisants résignés (Figure 1).

Figure 1 : Typologie des groupes d'intérêt et parties prenantes œuvrant dans le domaine de la santé au Maroc



Le premier groupe se compose d'opposants redoutables ; ceux qui disposent d'un fort pouvoir d'intervention et qui n'ont pas intérêt à ce que les choses changent. Ces opposants constituent un véritable obstacle à la mise en place des réformes du secteur de la santé. Ce groupe est de loin le plus important et le plus fort. A notre avis, il se compose essentiellement des mouvements politiques malveillants et certains professionnels du secteur (les industriels de médicament, les cliniques privées, les syndicats et les bureaucrates).

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

La capacité de mobilisation de ce mouvement a été démontrée lors du débat sur la réforme du régime des études médicales. Dans le cadre d'une stratégie d'occupation méthodique du terrain universitaire, ses étudiants ont réalisé une véritable démonstration de force en paralysant les activités pédagogiques pendant cinq mois. Le gouvernement a finalement fait marche arrière en reportant ladite réforme et en faisant des concessions sur d'autres points (hausse des places en résidanat, réduction des frais de matériel payés par les étudiants dentistes, interdiction aux étudiants des facultés privées de passer le concours public du résidanat, etc.).

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

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

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

Les cliniques privées constituent également un groupe puissant, car compact et doté de moyens de pression en particulier la solidarité des membres et l'argent. Elles sont représentées par l'Association Nationale des Cliniques Privées, qui s'est

farouchement opposée à la réforme de l'exercice de la profession de la médecine en particulier les dispositions qui concernent la libéralisation de l'acte d'investissement dans les cliniques et le renforcement des contrôles, mais aussi à la pression fiscale et au gel depuis 2006 de la tarification nationale de référence (TNR). Le processus de marchandage avec le gouvernement n'a pas abouti. Parallèlement, celui-ci a accepté par le biais de la Direction générale des Impôts, d'alléger la charge fiscale qui pèse sur les cliniques privées au titre de la période 2014-2017.

Par ailleurs, et en dépit du faible taux de syndicalisation du personnel de la santé, les mouvements syndicaux ont une forte capacité de mobilisation. Pour manifester leur opposition aux différents projets de réformes proposés, ils n'ont pas hésité à paralyser les établissements hospitaliers par des mouvements de grèves à répétition. Le mouvement de grève des étudiants en médecine par exemple a duré plus de cinq mois en 2019. Face à cette résistance, le gouvernement marocain a opté pour deux stratégies opposées : la stratégie d'assurance qui consiste à répondre favorablement à certaines revendications (autorisation du temps plein aménagé (TPA)⁷ pour les médecins spécialistes, contreparties financières, révision des statuts administratifs, etc.), et la stratégie de balkanisation du paysage syndical. Aujourd'hui, on compte une dizaine de représentations syndicales opérant dans le domaine de la santé. À l'évidence, l'objectif de cette balkanisation est d'affaiblir le pouvoir d'intervention de ces entités. À cela s'ajoute le caractère parfois conflictuel des relations entre les différentes composantes du corps syndical (médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, biologistes, pharmaciens, étudiants, etc.)

Le dernier sous-groupe puissant impliqué dans la résistance aux réformes se compose de l'appareil bureaucratique (les exécutifs). Chargé de mettre en application le contenu des réformes de la santé, ce sous-groupe comprend essentiellement les fonctionnaires intervenants dans la mise en application des réformes (les fonctionnaires du Ministère de la Santé, les fonctionnaires du Ministère de l'Intérieur, le personnel de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, le personnel de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale, le Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale, etc.).

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

Signalons au passage, que l'intervention de ces différents sous-groupes obéit souvent à une logique linéaire (Fox and Reich, 2015 :1021). Elle a lieu, à des degrés différents, tout au long du cycle des réformes à savoir : l'initiation (l'inscription à l'ordre du jour), la conception (l'élaboration technique de la proposition des

⁷ Le temps plein aménagé est une dérogation accordée aux professeurs de médecine et aux médecins spécialistes du secteur public les autorisant à exercer partiellement dans le secteur privé.

réformes), l'adoption (l'examen législatif et l'adoption du projet) et enfin l'implémentation (la mise en œuvre du projet adopté). Les acteurs mécontents adhèrent souvent de façon prudente aux réformes au moment de leur préparation, mais lors du processus d'implémentation, ils manifestent une très forte opposition. Une telle attitude s'explique généralement par des considérations d'apprentissage et d'asymétrie informationnelle. En fait, plus le processus d'exécution d'une réforme avance, plus il apporte de nouvelles informations aux membres de chaque groupe d'intérêt ou de chaque partie prenante. Cela leur permettrait naturellement d'améliorer leur niveau d'apprentissage sur le tas (*learning by doing*) et de réagir en conséquence.

Le deuxième groupe se compose des opposants passifs ; ceux qui disposent d'un faible pouvoir d'intervention et qui sont souvent victimes des politiques publiques visant le changement dans le domaine de la santé. A notre avis, seule la communauté de la médecine traditionnelle douce/naturelle et spirituelle s'insère dans ce groupe. En dépit de son rôle majeur dans la société marocaine, celle-ci forme un groupe sans cohésion et politiquement caché, car relevant souvent des institutions informelles. A l'évidence, ils ne peuvent que se résigner au sort qui leur est fait, même si celui-ci leur déplaît. En effet, les actions entreprises par le gouvernement dans le domaine de la santé (généralisation de l'assurance maladie obligatoire, régime d'assistance médicale, établissement de la carte sanitaire, baisse des prix des médicaments, etc.) sont de nature à réduire la part du marché de la médecine traditionnelle qui profite généralement de la difficulté d'accès des couches défavorisées aux soins conventionnels⁸.

Le troisième groupe se compose des sympathisants dynamiques, ceux qui disposent d'un fort pouvoir d'intervention (*capacity building*) et qui ont plus à gagner qu'à perdre en adhérant à des politiques et des programmes de réformes du secteur de la santé. Il s'agit essentiellement des politiciens bienveillants, de l'OMS (l'Organisation mondiale de la santé), de l'UNICEF, des bailleurs de fonds comme la Banque mondiale et des Nations unies. Ces acteurs sont supposés veiller à faire prévaloir l'intérêt collectif du peuple sur leurs propres intérêts. Leur capacité d'action résulte, entre autres, de la qualité de leur organisation et leur accès facile à l'information.

Les décideurs politiques bienveillants par exemple sont mandatés par les électeurs pour lancer les réformes qui permettraient d'améliorer le quotidien des citoyens dans tous les domaines, y compris celui de la santé. Outre le pouvoir et le mandat du peuple, ils peuvent compter sur le soutien des institutions internationales. Ils exercent leurs prérogatives visa le pouvoir législatif (les deux chambres du parlement) et le pouvoir exécutif représenté par le Ministère de tutelle (Ministère de la Santé), avec une implication plus au moins forte d'autres départements ministériels comme l'Intérieur, les Finances, l'éducation Nationale et le Secrétariat général du Gouvernement⁹.

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

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

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

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

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

5. Conclusion et implications

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

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

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

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

Par ailleurs, trois principaux facteurs ont beaucoup aidé à maintenir le cap des réformes du système de santé au Maroc et ainsi réduire le risque de leur échec : une opinion publique largement favorable et consciente du fait que « les choses doivent

absolument changer », une motivation et un engagement pris par les dirigeants politiques « bienveillants » de transformer cette insatisfaction générale en un projet qui permettrait à terme de corriger les dysfonctionnements constatés et enfin un soutien technique et financier des institutions internationales en particulier l’OMS et l’UNICEF.

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

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

Au vu de cette conclusion, on peut s’interroger sur les mesures les mieux appropriées à même de corriger les dysfonctionnements constatés lors de l’implémentation des réformes du système de santé au Maroc. Certes, le Maroc a globalement réussi les trois premières étapes du cycle des réformes relatives au système de santé (l’inscription sur agenda politique, la conception et l’adoption), mais la mise en place de ces réformes est extrêmement lente, difficile et coûteuse. La faute ne revient pas seulement à la résistance de certains groupes d’intérêt et parties prenantes, mais aussi au gouvernement lui-même qui s’est lancé dans des réformes parfois très coûteuses sans se soucier de la question du financement. Le cas le plus éloquent est celui de la mise en place du Régime d’assistance Médicale aux personnes Economiquement Démunis (RAMED), qui n’a cessé de susciter beaucoup d’inquiétudes en raison des doutes qui planent sur sa solvabilité.

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

6. Références

Alesina, A. and Drazen, A., 1991, “Why are Stabilizations Delayed?”, *American Economic Review* 81: 1170-1188.

Campos, P.A. and Reich, M-R., 2018, “Political Analysis for Health Policy Implementation”, Health Finance and Governance Project, Abt Associates: Rockville, Maryland.

Cassels, A., 1995, “Health sector reform: Key issues in less developed countries”, *Journal of International Development*, vol. 7, issue 3, pp. 329-347

Chauffour, J-P, 2018, « Le Maroc à l’horizon 2040, Investir dans le capital immatériel pour accélérer l’émergence économique » ; <file:///C:/Users/pc/Downloads/211066FR.pdf>

Conseil Economique, Social et Environnemental, 2013, « Les soins de santé de base Vers un accès équitable et généralisé », Saisine n° 4 / 2013, 111p

Conseil Economique, Social et Environnemental, 2017 ; Les inégalités régionales et territoriales, <http://www.cese.ma/Documents/PDF/Rapports%20annuels/2017/FRA2017f.pdf>

Courbage Y. et Todd E., 2007, *Le rendez vous des civilisations*, Paris, Editions du Seuil, La République des Idées, 176p

ElMorchid, B., 2010, « Ajustement des réformes en Afrique : la condition d’un développement réussi », in Jean-Christophe Boungou Bazika et Abdelali Bensaghir Naciri (sous la direction de). *Repenser les économies africaines pour le développement*. Dakar, CODESRIA, 2010, 252 p.

ElMorchid, B. et Hourmat Allah, H., 2015, « L’économie politique des ressources halieutiques dans le monde arabe : la leçon marocaine », *Revue JBE*, Vol 3, n° 2, Agadir.

Fox, A. and Reich, M-R, 2015, “The Politics of Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: A Framework for Evaluation and Action”, *Journal of Health Politics Policy and Law* · Vol. 40, No. 5, <https://www.researchgate.net/publication/280241105>, pp. 1019-1056

Haut Commissariat au Plan (HCP), 2015, *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable : Les acquis et les défis*, Rapport National, 2015. Rabat, 83p.

Legros M., Chaoui F., 2012. « Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés ». Les notes IPAMED, études et analyses

L’Instance Centrale de Prévention de la Corruption (ICPC), 2011, *Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé : évaluation et diagnostic*, Rapport de synthèse, 50p. Rabat

- Maeda,A., Araujo, E., Cashin, C., Harris, J., Ikegami, N. et Reich, M-R., 2015, Une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif: Une synthèse de 11 études de cas pays, Banque Mondiale, Washington
- Ministère de la Santé, 2015, Comptes nationaux de la santé, 75p, Rabat
- Ministère de la Santé, 2019, Carte sanitaire du Maroc, disponible sur http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/prive_clinique2_2019.html,
- Observatoire National de Développement Humain (ONDH), Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc : Etudes de cas, Rabat, 251p. http://www.ondh.ma/sites/default/files/documents/synthese_sante_francais-6avril.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2000, Rapport sur la santé dans le monde 2000 ; pour un système de santé plus performant. Genève,
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2012, Examen du système de santé au Maroc : défis et opportunités pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle, Rapport de Mission de l'OMS au Maroc, Rabat, 45p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2018, Country profiles,
- Perret, V., 1996, La gestion du changement organisationnel : articulation de représentations ambivalentes, Université Paris – Dauphine ; 22p.
- Polton, D., 2017, « La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale », Revue Regards, N° 52, pp. 175-185
- Saltman, R.B., and Figueras, J., 1997, European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies. WHO Regional Health Office for Europe; Copenhagen
- World Health Organization (WHO) (2016). Health Systems; Equity. Retrieved from WHO Official Website <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>. on 30th October 2019