



DIAGNOSTIC SANITAIRE AU MAROC: DEFIS & ENJEUX

J.HEIKEL, MD, PhD, MBA

Groupe d'Etude et de Recherche Interdisciplinaire en Santé

CONTEXTE

« *Le contexte sanitaire actuel au Maroc reste marqué par un certain nombre d'acquis mais aussi par des **déficits relativement importants, notamment au niveau de la fourniture des services aux individus, perçue comme peu réactive et de qualité discutable, ce qui rend le système de santé peu attractif aux yeux du citoyen** »*

2012 (Ministère de la Santé)



CONTEXTE

« L'analyse des indicateurs relatifs à l'offre de soins et à l'utilisation des services de santé laisse apparaître une **insuffisance quantitative, une répartition déséquilibrée à travers le territoire et des écarts importants** entre milieux urbain et rural et entre régions. Elle se traduit également par **l'insuffisance de l'utilisation des prestations de soins et services** ».

2014 (Ministère de la santé)



LES SYSTEMES DE SOINS

- Les systèmes « Bismark » où la **gratuité est garantie** et l'offre de soins financée par l'Etat (Suède, Royaume-Uni, etc...)
- Les systèmes « Beveridge » **majoritairement privés** (USA ou pays d'Europe centrale)
- Les systèmes « Mixtes » d'assurance-maladie (Canada, Allemagne, France, Japon...) où l'offre peut être publique ou privée et le **paiement des soins mutualisé**
- Les systèmes « différents »: Maroc, Egypte, Russie, Inde etc....



Systeme de Santé National 2018 (Données chiffrées estimatives)



Secteur Public

Secteur Semi-Pub

Secteur Privé

- ✓ Réseau CHU (6+1)
- ✓ Réseau Hospitalier (153)
- ✓ Réseau SSB (2700)
- ✓ Réseau Laboratoires
- ✓ SS des FAR
- ✓ BMH

- ✓ Polycliniques (13)
- ✓ Mutuelles
- ✓ Laboratoires
- ✓ Croissant R.
- ✓ Fondations

- ✓ Cliniques * (700)
- ✓ Cabinets (10500)
- ✓ Pharmacies (12000)
- ✓ Informel

* Incluent les centres assimilés dans la loi 131-13 : centres de dialyse, radiologie biologique

CSU

« Libre Choix »

DIAGNOSTIC SANITAIRE

PLUSIEURS SUCCES A SOULIGNER +++

29^{ème} place en terme de mise en place de PSP

- Taux de mortalité maternelle estimé à **102/100.000 NV en 2016** (**227 en 2003**)
- Baisse de la mortalité infantile (de 40/1000 en 2003-2004 à **28/1000 en 2016**).
- Soins prénatals **67,8%** en 2003-04 à **84% en 2016**.
- **EVN: 74,8 ans**
- Élimination de certaines maladies cibles de la vaccination et Contrôle de plusieurs maladies infectieuses (TB)

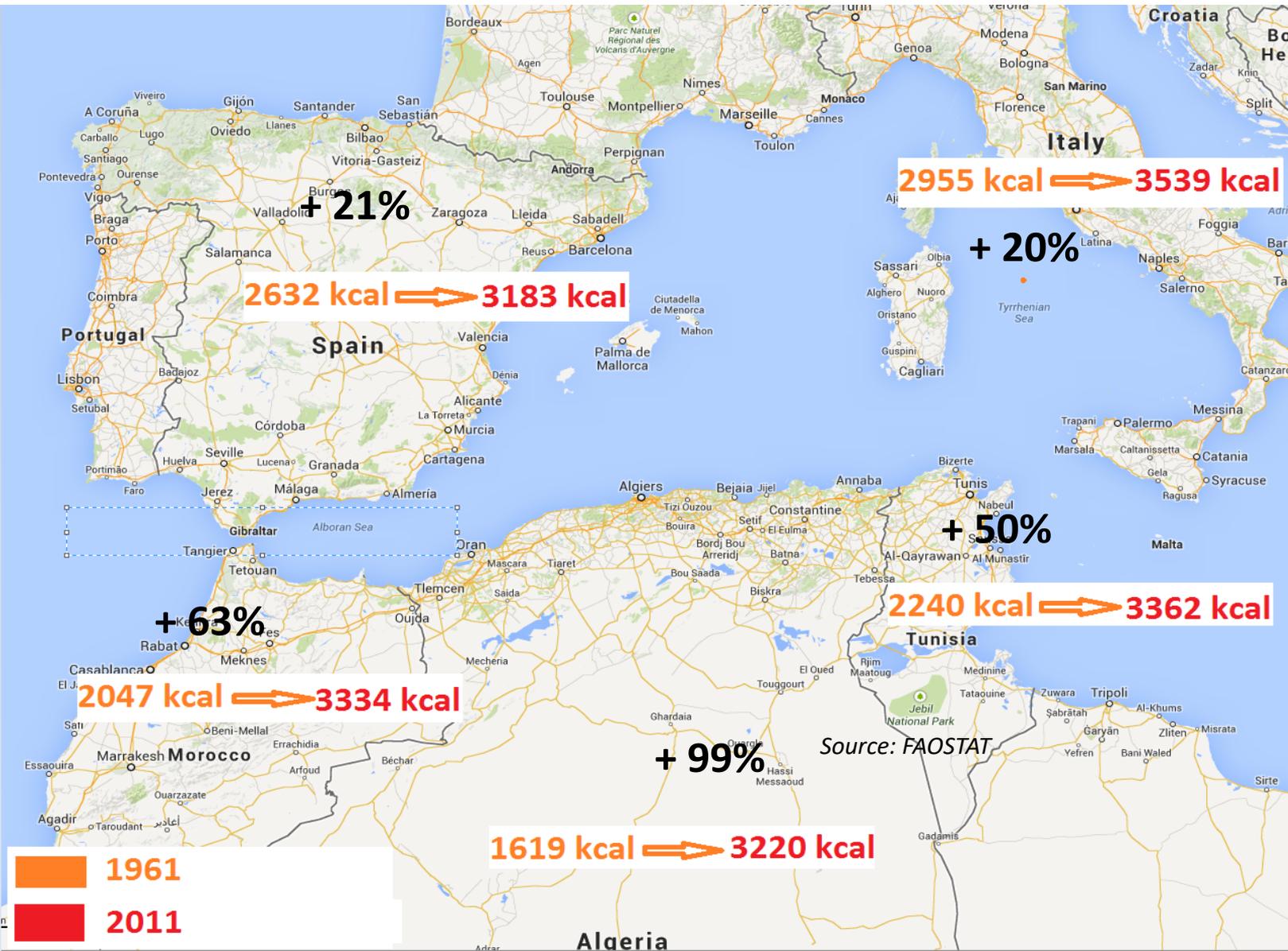


DIAGNOSTIC SANITAIRE



- Le taux de morbidité annuel déclaré de **13,7%** au **niveau national** (15,3% en milieu urbain et 11,7% en milieu rural).
- Coexistence des trois groupes de maladies : **les maladies non transmissibles (56 %)**, **les maladies transmissibles et périnatales (33 %)** et **les affections traumatiques (11 %)**.
- **32% de HTA, 10% de Diabète, 29% d'HCHOL, 21% d'obésité et 78% d'IP**
- **76% des décès dus au MNT**

DIAGNOSTIC SANITAIRE



1961
 2011

DIAGNOSTIC SANITAIRE

TRANSITION DEMOGRAPHIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE

Pathologie/ Morbidité	Prévalence / Incidence (Enquêtes antérieures)	Projection selon l'estimation OMS
<i>Hypertension Artérielle</i>	33.6 % (MS 2000) (hommes : 30.2% ; les femmes : 37.0%)	41.2%
<i>Diabète</i>	6.6 % (MS 2000) (hommes: 6.6%; femmes: 6.6%)	9.9%
<i>Obésité</i>	13.2% (MS 2000) (hommes: 7.3%; femmes: 19.1%)	16.4%
<i>Tabagisme</i>	.17.2% (MS 2000) (hommes: 34%; femmes: 0.6%) .16% (MS 2008) (hommes: 30%; femmes: 1%) .15.5% des élèves (13 et 15 ans) (GYTS, 2006)	28.7%
<i>Taux de cholestérol élevé</i>	29% (MS 2000) (hommes: 25,9%; femmes: 32%)	35.7%

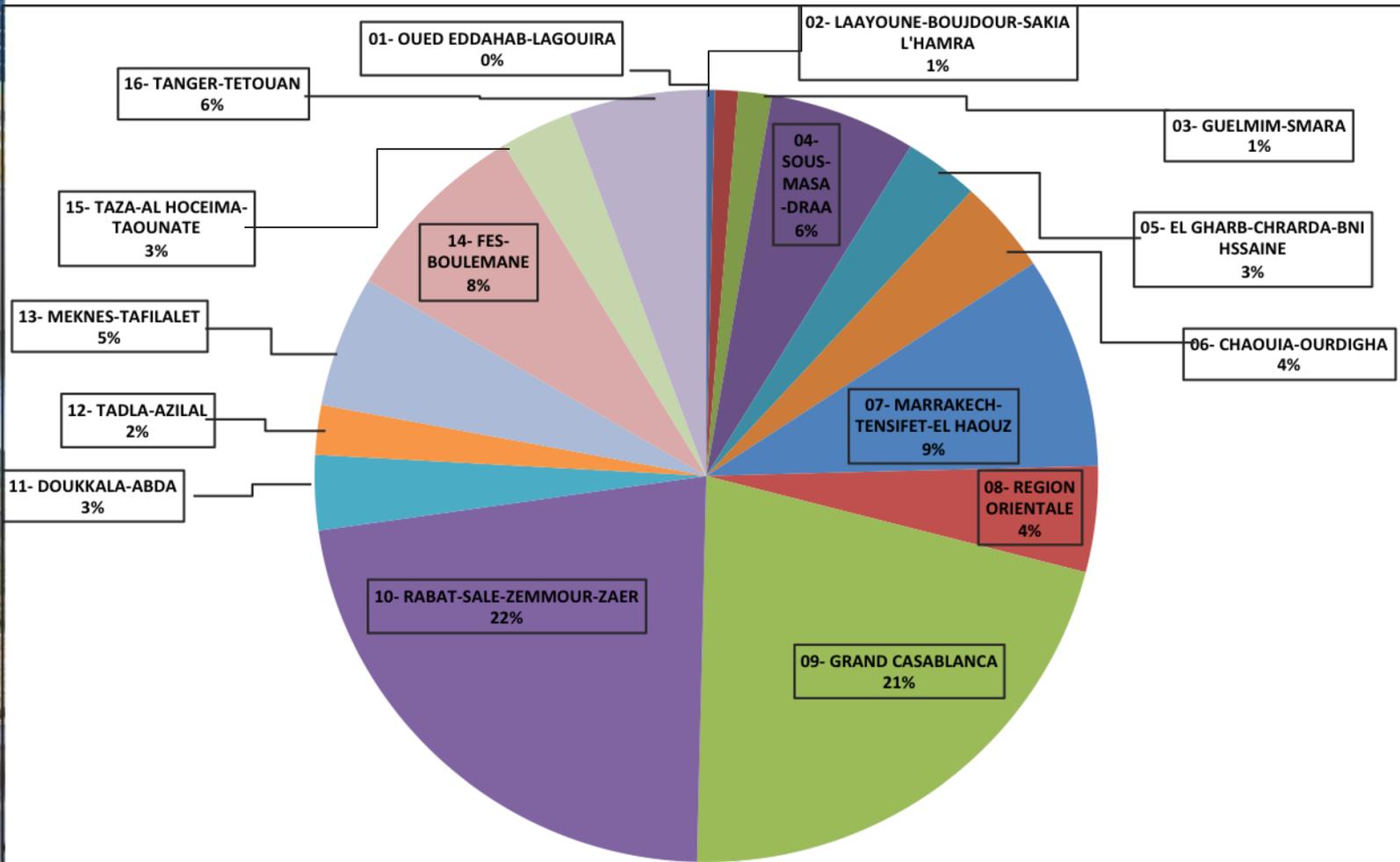


LA PERFORMANCE DE NOTRE SYSTEME

- L'analyse par les nations unies de la **performance des systèmes de santé** montrait que le Maroc occupait un rang « difficile » en rapport avec **l'état de santé de la population (110ème), ou le niveau d'équité (111ème)**
- Le groupe de recherche (GBD 2015, Lancet 2016) sur la performance des systèmes de santé a montré que le Maroc présentait des **caractéristiques de financement et de niveau de santé peu optimaux et faibles avec un classement à la 109ème place mondiale .**

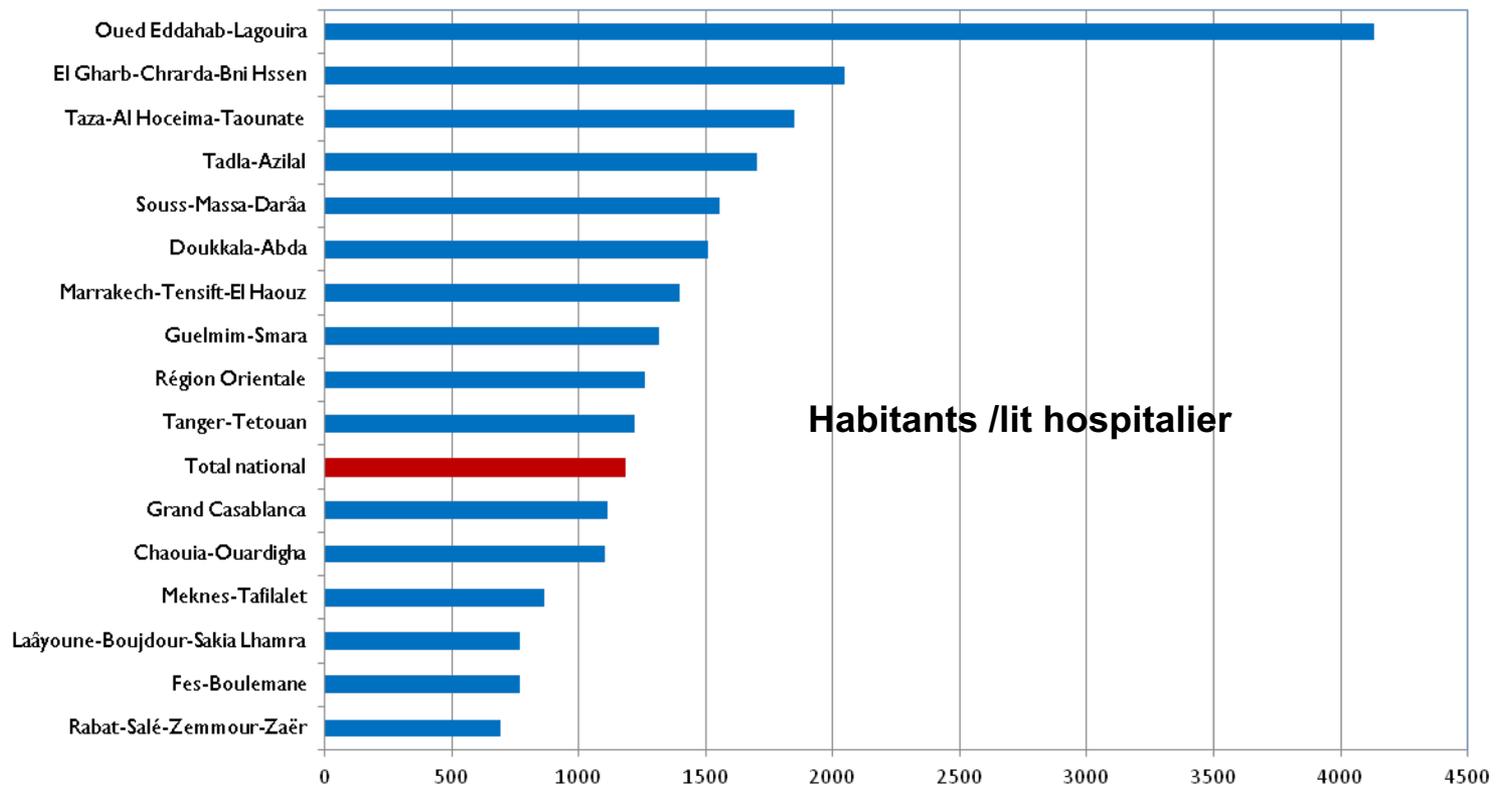


INEQUITE : RÉPARTITION DU PERSONNEL MÉDICAL DES SECTEURS PUBLICS ET PRIVÉ PAR RÉGION



Casablanca + Rabat + Fès + Marrakech + Agadir = 66%

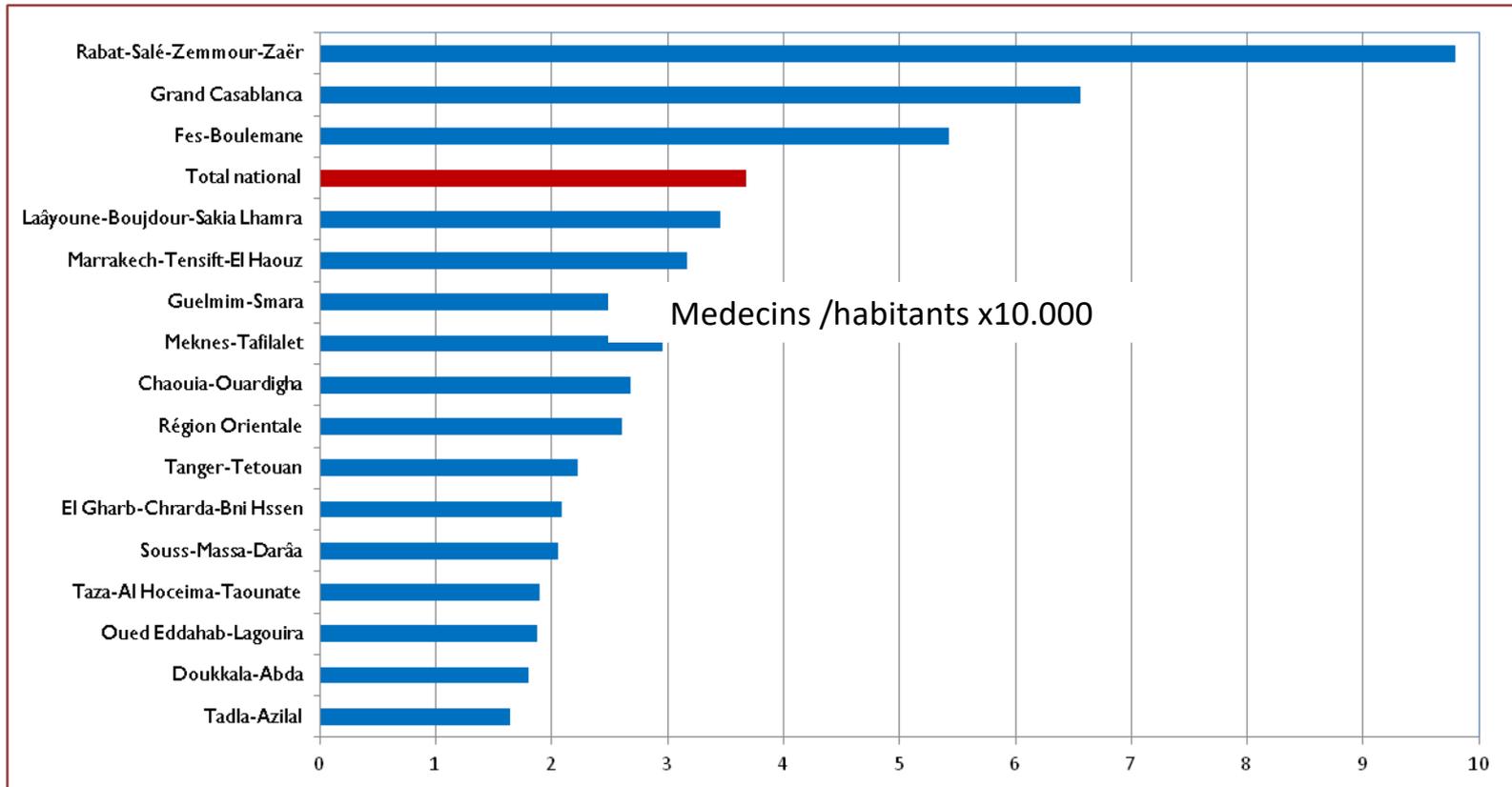
INEQUITE : LA COUVERTURE PAR LES LITS HOSPITALIERS PUBLICS



- ✓ Le nombre moyen d'habitants par lit hospitalier public varie entre 600 habitants par lit à Rabat-Salé-Zemmour-Zaers et plus de 4.000 à Oued Dahab-Lagouira.
- ✓ il dépasse la moyenne nationale, dans 10 régions.
- ✓ il dépasse les 1000 habitants/lit dans 12 régions.

INEQUITES EN SANTE : RESSOURCES HUMAINES

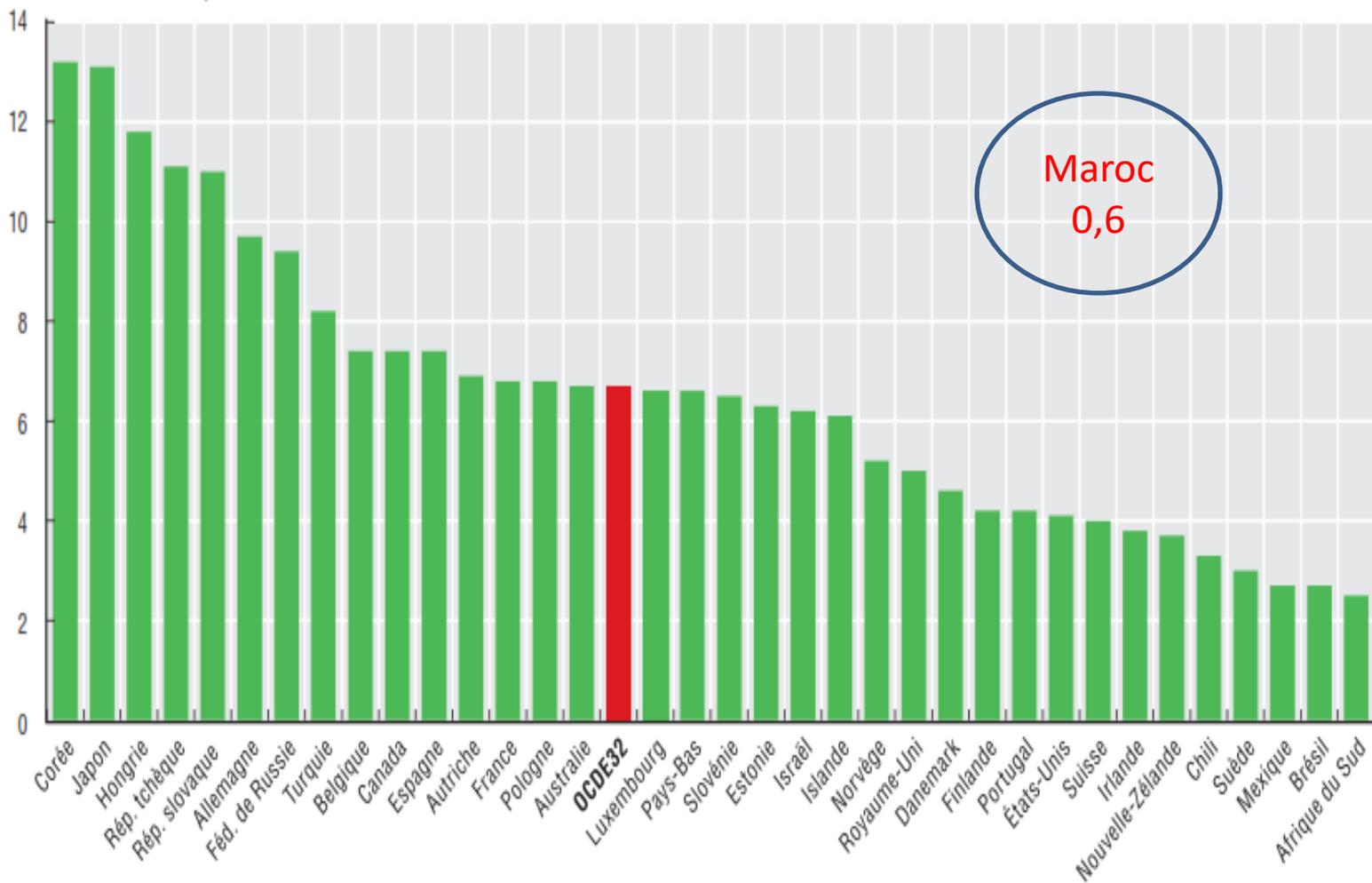
Encadrement médical de la population - public



- ✓ la densité médicale pour 10.000 habitants est en deçà de la moyenne nationale (3.7) dans 13 régions, dont Marrakech-Tensift-Al Haouz (avec CHU).

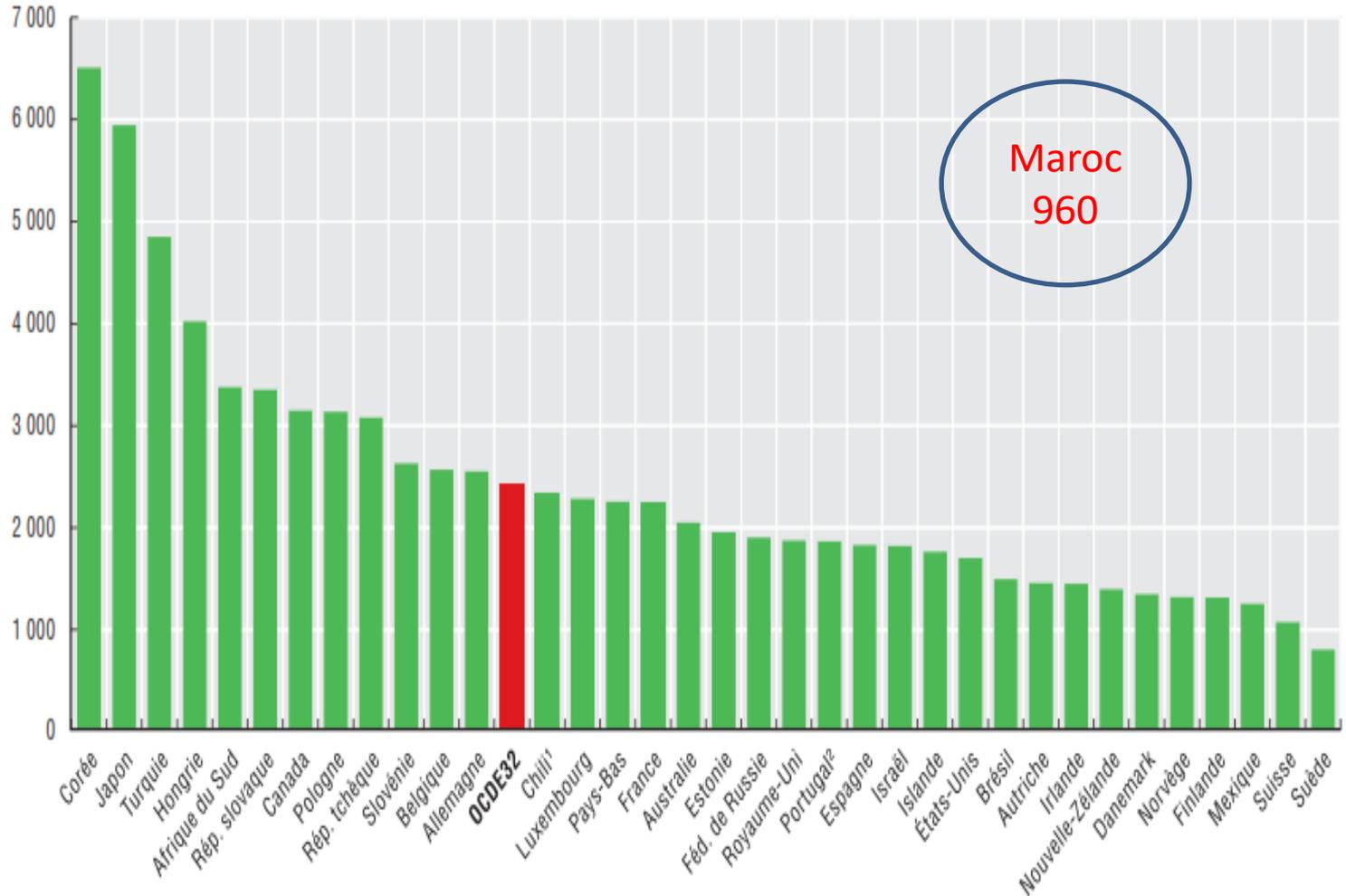
CONSULTATIONS DE MÉDECINS PAR HABITANT, 2016 (OU ANNÉE LA PLUS PROCHE, Maroc)

Consultations annuelles par habitant

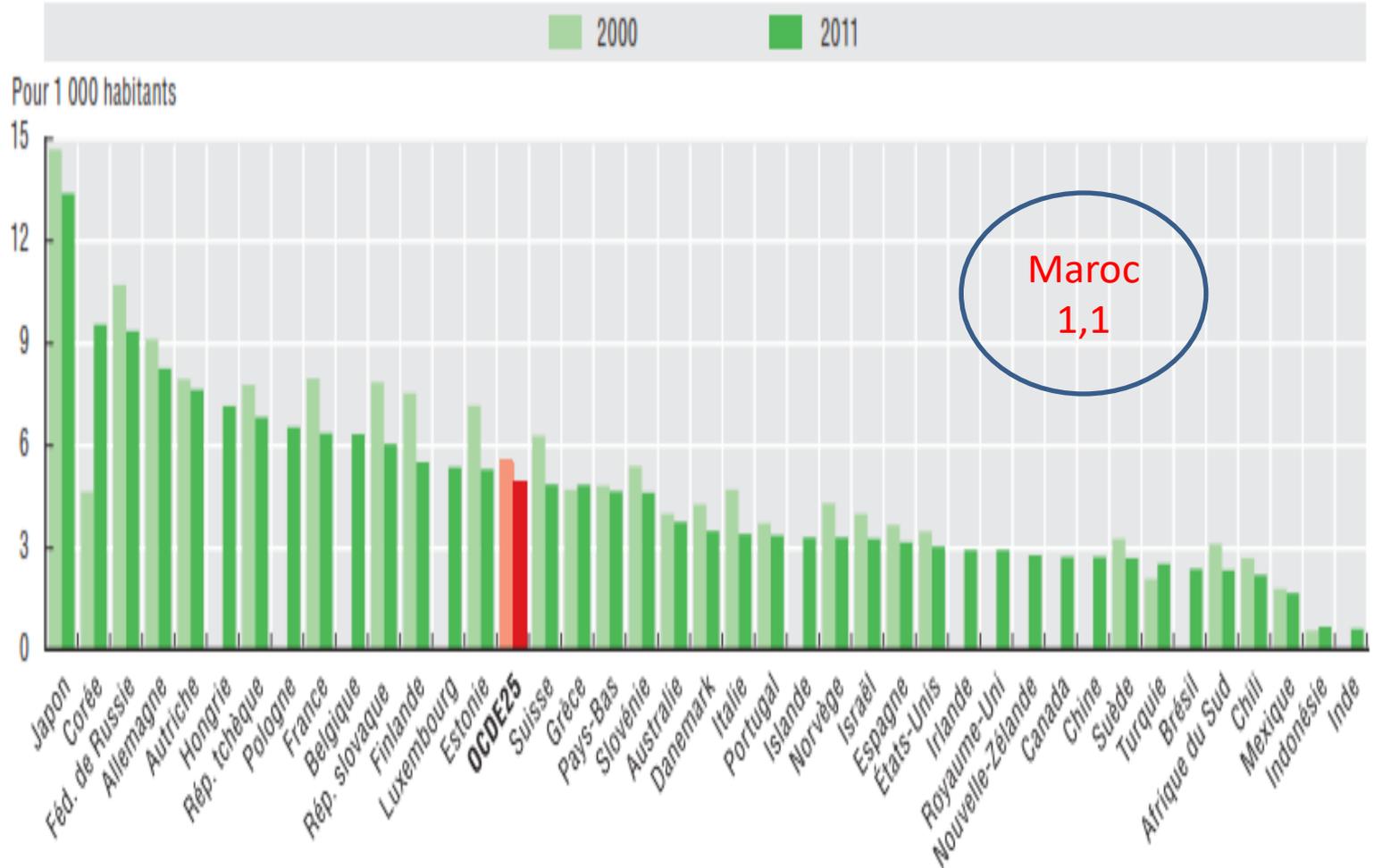


ESTIMATION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS PAR MÉDECIN, 2016 (OU ANNÉE LA PLUS PROCHE, Maroc)

Consultations annuelles par médecin

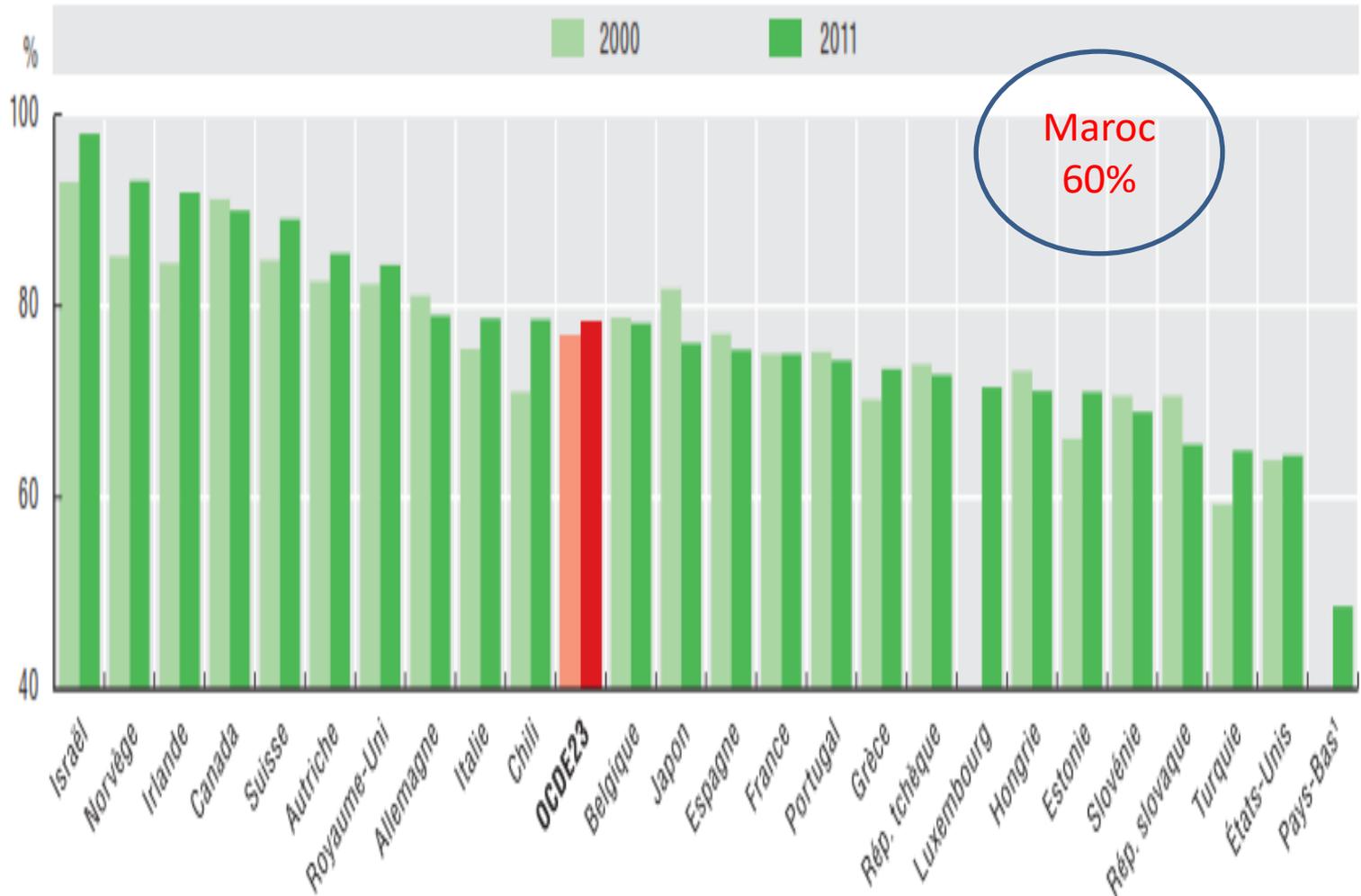


LITS D'HÔPITAUX POUR 1 000 HABITANTS, 2016 (OU ANNÉE LA PLUS PROCHE, Maroc)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>:

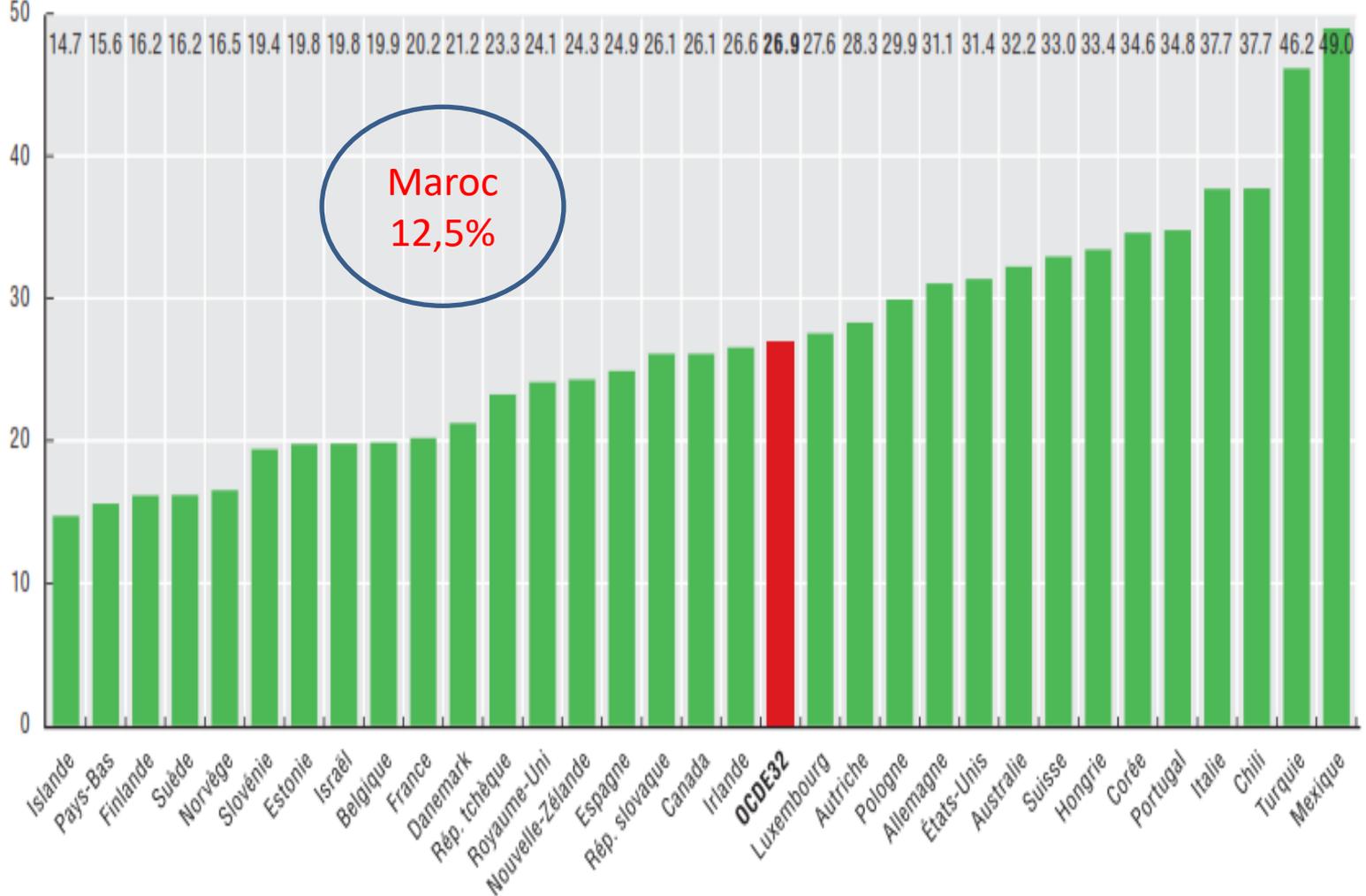
TAUX D'OCCUPATION DES LITS DE SOINS CURATIFS (AIGUS), 2016 (OU ANNÉE LA PLUS PROCHE, Maroc)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

TAUX D'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE, 2016 (OU ANNÉE LA PLUS PROCHE)

Pour 100 naissances vivantes



Maroc
12,5%



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

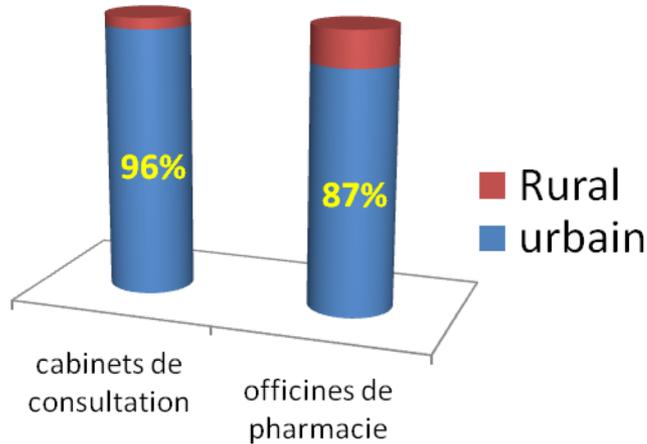
PART DES GÉNÉRIQUES DANS LE MARCHÉ PHARMACEUTIQUE TOTAL, 2016 (OU ANNÉE LA PLUS PROCHE)



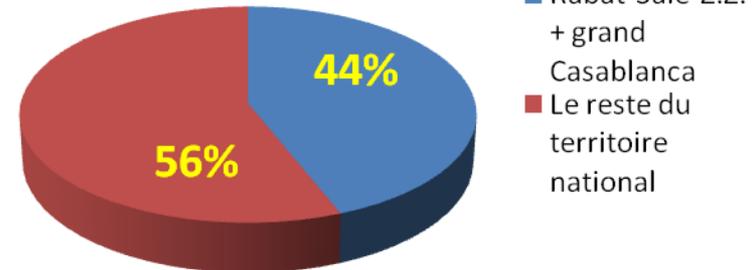
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

INIQUITES DE L'OFFRE DE SOINS PRIVEE

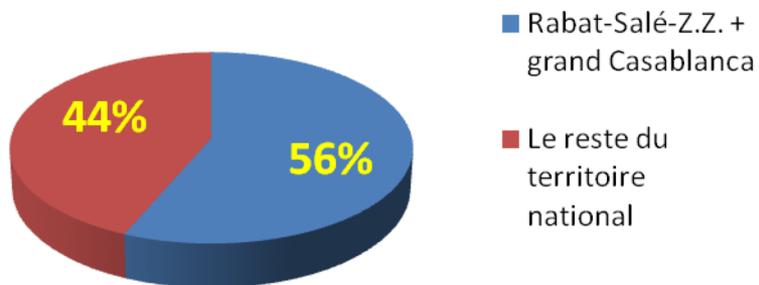
Cabinets de consultations et officines de pharmacies par milieu



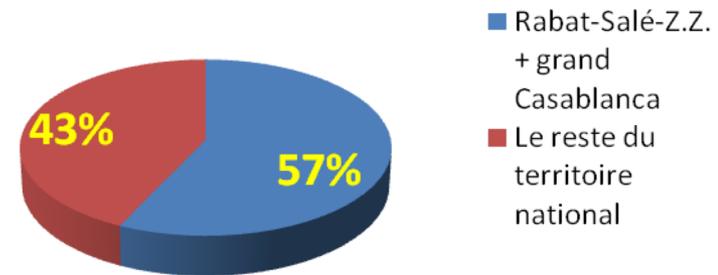
Lits des cliniques privées



Cabinets de Radiologie



Laboratoires d'analyses médicales



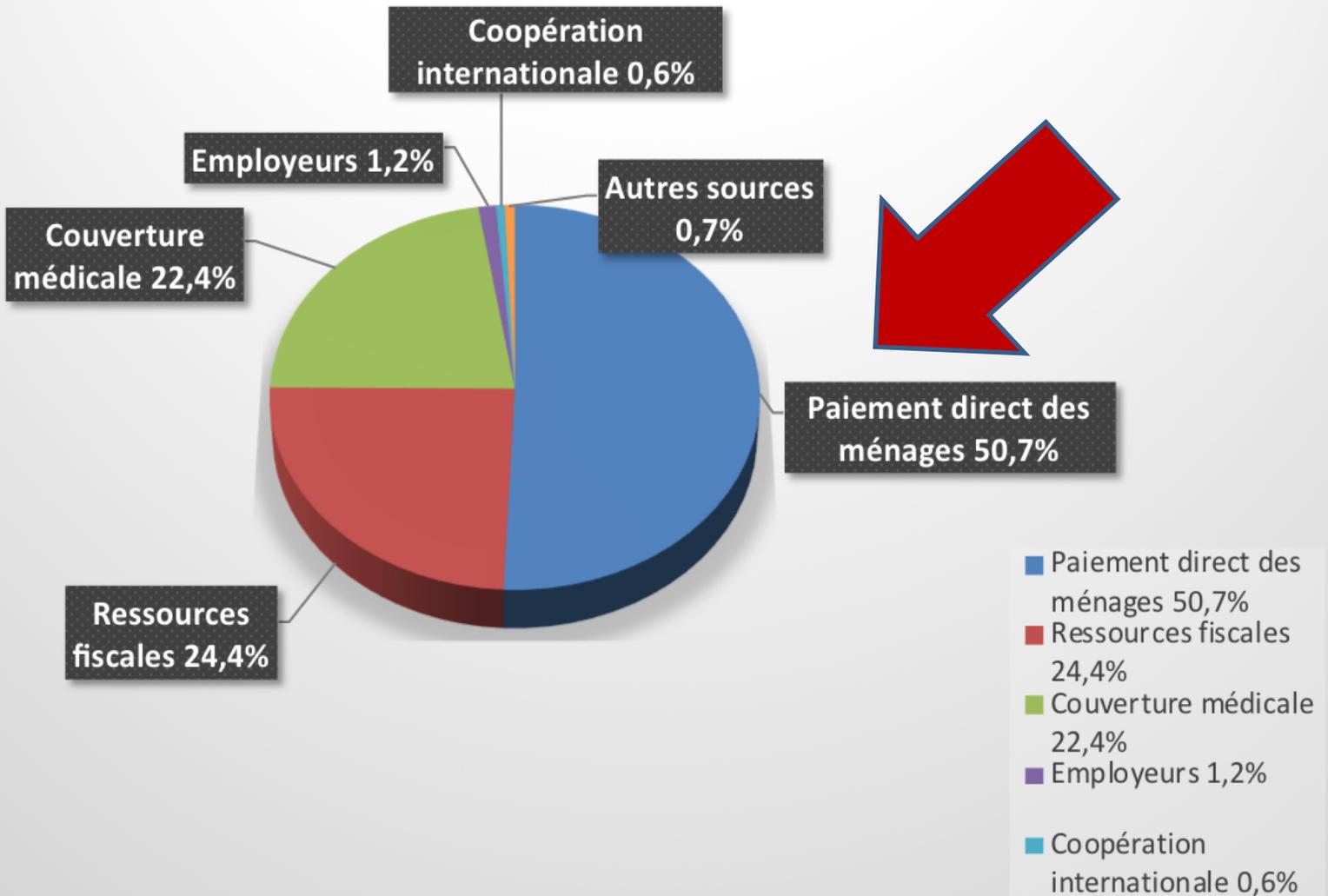
FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE ET ACCES AUX SOINS



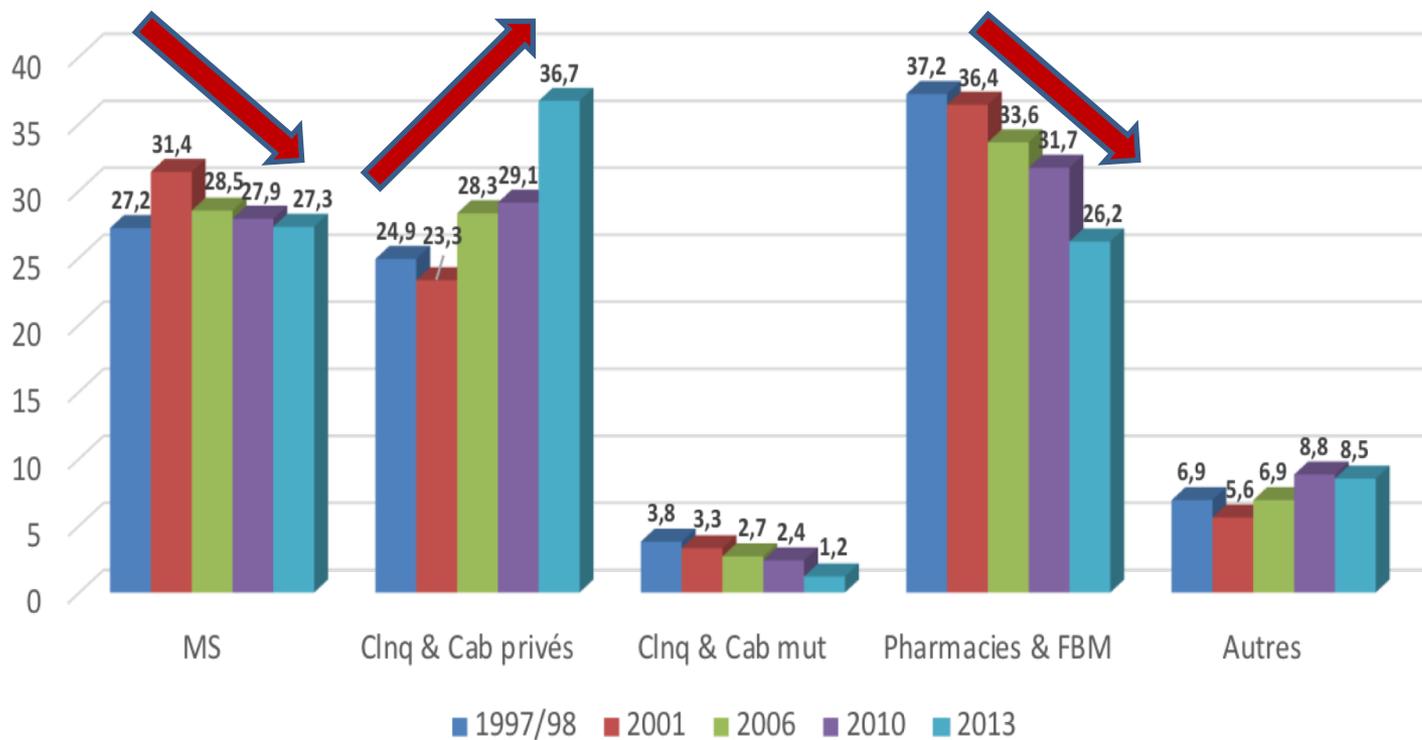
Budget Global de la santé (BGS)	14,7 Milliards Dhs
Dépenses Totales en Santé (DTS)	52 Milliards Dhs
Part des Ménages dans les DTS	63,3 % (incluant part AMO)
Budget de Fonctionnement/BGS	85%
Budget affecté à la prévention	9%
Dépenses de santé des ménages dans les structures de santé publiques	4,4%
Dépenses de santé des ménages dans les structures de santé privées	88,7%
Part du budget de la santé en % du PIB	6,2%
Dépenses en santé par Hab/an	1500 dhs (140 euros)
Couverture médicale AMO et RAMED	53% de la population

Tableau 1 : Ministère de la santé. 2017

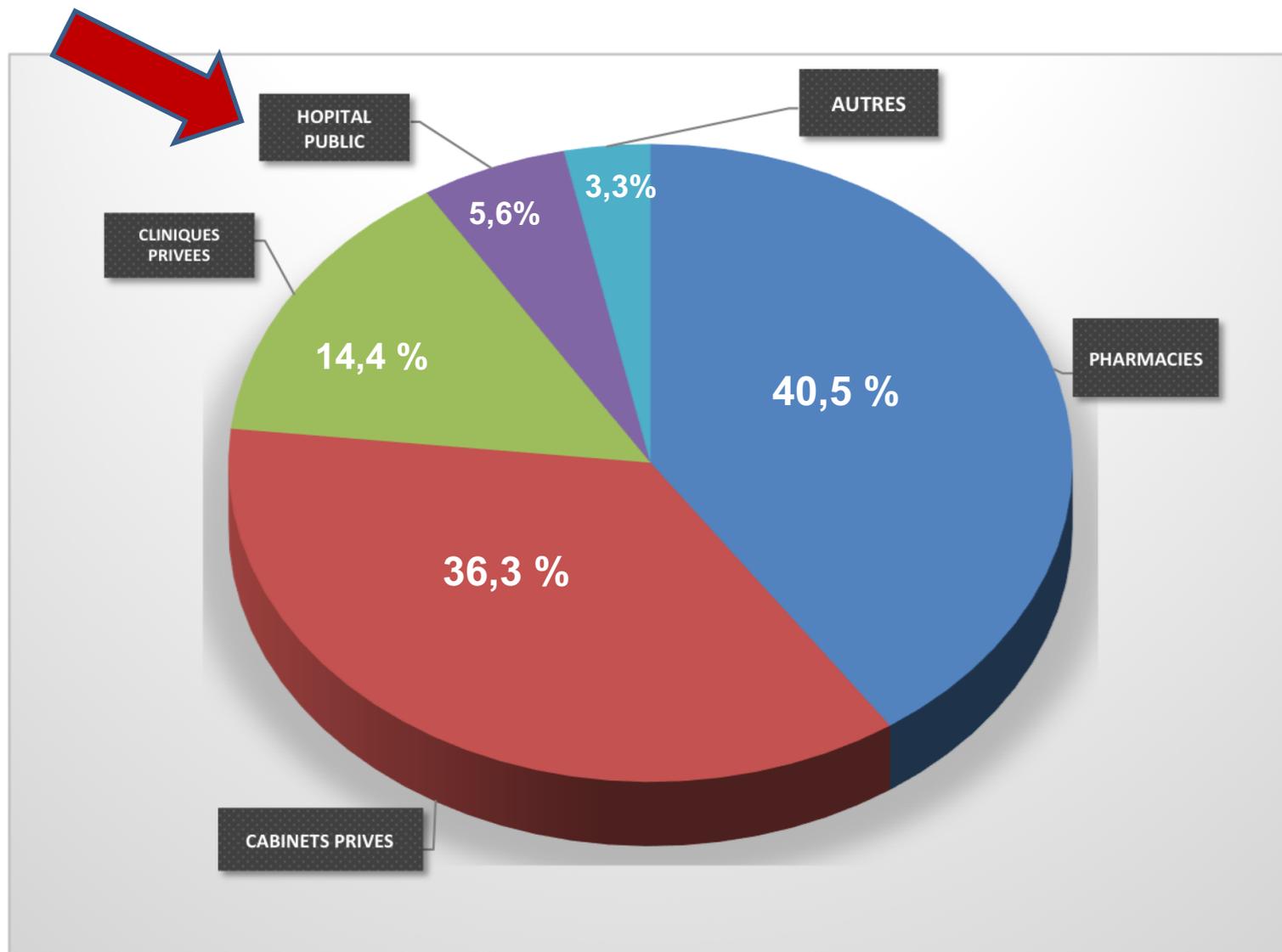
FINANCEMENT DE LA DTS 2015 (CNS, 2013)



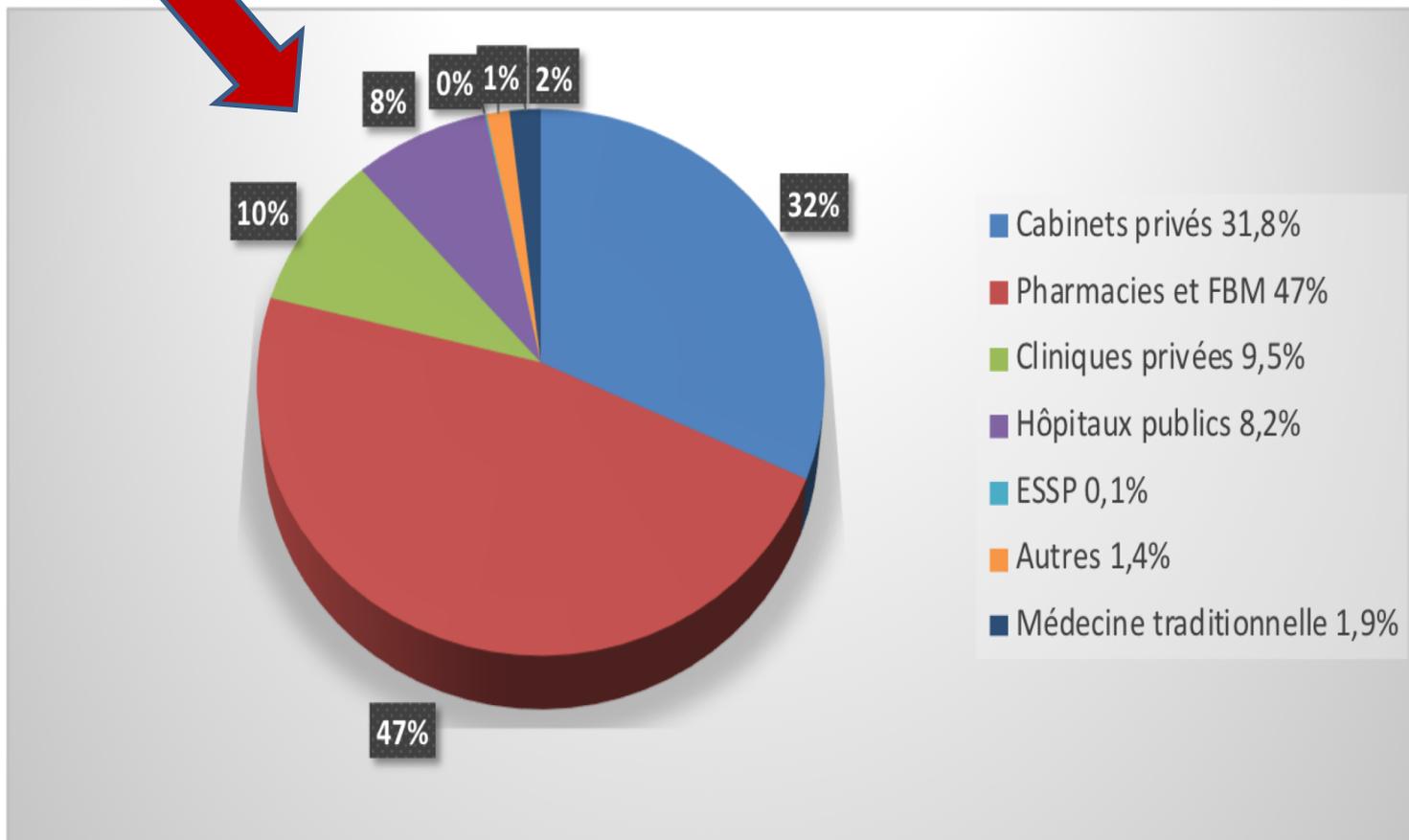
EVOLUTION DES FLUX FINANCIERS (EN %) VERS LES PRESTATAIRES, 1997/98-2013



STRUCTURE DES DÉPENSES DES MÉNAGES PAR PRESTATAIRE, 2015 (CNS 2013)



RÉPARTITION DES DÉPENSES DIRECTES DES RAMELISTES PAR PRESTATAIRE, 2015, (CNS 2013)



SYNTHESE DIAGNOSTIQUE

- La pérennité de l'efficacité du système de santé au Maroc est confrontée à différentes contraintes:
 - au **vieillissement de la population**, impliquant l'augmentation des maladies chroniques (TD & TE) ;
 - à la **hausse des besoins de santé**
 - au **Financement des soins de santé au Maroc** (CSU, progrès techniques, accès aux SS) selon un nouveau paradigme
 - A l'évaluation nécessaire du système (HCS ?)



LES PARADOXES DU SYSTEME DE SANTÉ AU MAROC

L'accès aux soins et le rôle de la CSU au Maroc constituent une illustration particulière **du décalage** qui peut exister entre une politique publique nécessaire (socialement attendue) d'un plus grand accès aux soins « adaptée » des systèmes des PD et **des effets inattendus** quant à l'USS, l'inadaptation de l'offre de soins, le **parcours de santé** et la **satisfaction des patients**



QUELLES RAISONS DERRIERE CE PARADOXE ?

- Un modèle de couverture sanitaire universelle qui n'a pas tenu compte de la **DISTORSION POTENTIELLE** de l'adéquation BDO dans le contexte marocain ?
- Une vision qui n'a pas intégré une **gouvernance optimale** du financement de la CSU dans ses dimensions d'efficacité, d'efficience et d'équité en santé au Maroc ?
- Une politique qui n'a pas tenu compte de façon efficiente de **l'approche épidémiologique et de santé publique** qui permet d'élaborer des modèles explicatifs de l'état de santé et de la performance du système sanitaire marocain ?

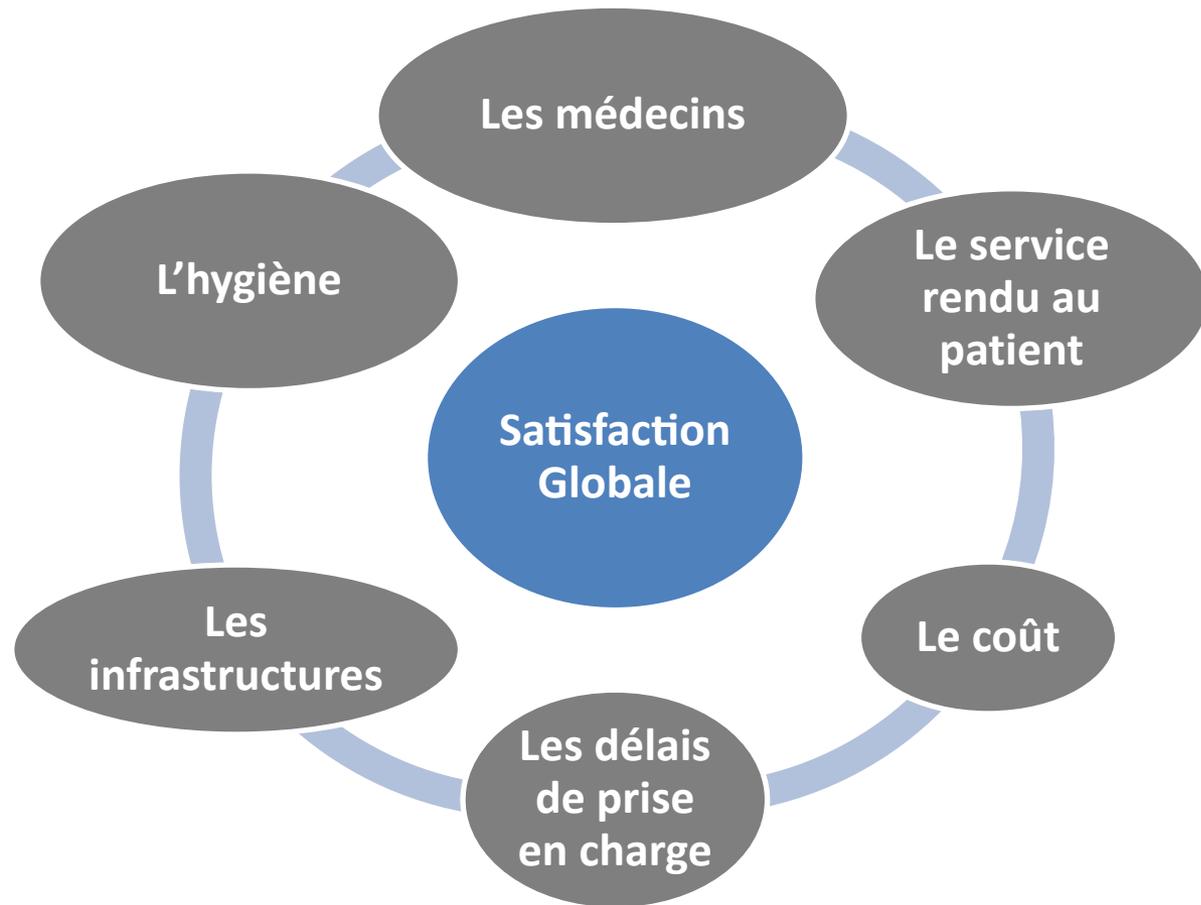


COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU MAROC: UN NOUVEAU PARADIGME?

- Les hôpitaux se sont « paupérisés » en raison de la demande importante des « RAMEDISTES »
- L'offre ne s'est pas adaptée à la nouvelle demande (asymétrie du besoin)
- Les bénéficiaires de l'AMO et du RAMED ne sont pas satisfaits de la CSU (de son apport en terme de services de santé)
- Le système de santé demeure à plusieurs vitesses, « dérégulé », non performant eu égard aux besoins et à la demande



SIX CRITÈRES DE SATISFACTION SONT IDENTIFIÉS COMME IMPACTANT LA SATISFACTION GLOBALE VIS-À-VIS D'UN SERVICE DE SANTÉ



SATISFACTION DIFFÉRENCIÉE DU SECTEUR PUBLIC VS SECTEUR PRIVÉ

Secteur public

Secteur privé



Les
médecins

- 
- Des médecins compétents.
 - Une image encore plus positive pour les CHU



Le Service
rendu au
patient

- 
- Un niveau de service déplorable: accueil, disponibilité du personnel...



Le Coût

- 
- Un coût accessible à tous



Les délais de
prise en
charge

- 
- Des délais très longs pour toute prestation en dehors du centre de santé



L'hygiène

- 
- Des conditions d'hygiène défailtantes



Les
Infrastructures

- 
- Des dysfonctionnements majeurs:
 - ✓ Manque de ressources humaines
 - ✓ Capacité d'accueil limitée
 - ✓ Matériel disponible insuffisant ou défailtant ...

- 
- Une compétence variable qui n'est pas toujours garantie



Un service de qualité

- 
- Coût élevé
 - Un manque de transparence dans la facturation
 - Des pratiques malhonnêtes



Une prise en charge immédiate
quelle que soit la prestation



Une hygiène irréprochable



Equipements disponibles et en bon état de fonctionnement

DEUX CRITÈRES MAJEURS CONDITIONNENT LE CHOIX DU SERVICE DE SOINS

La gravité perçue



Les capacités
financières du
ménage
/type de couverture
détenue

Choix du service
de soins

Un problème banal+ une capacité financière
limité/aucune couverture médicale ou RAMED

Secteur public
Pharmacie

Un problème banal+ une bonne capacité
financière/couverture médicale

Pharmacie
Secteur privé
Secteur public

Un état de santé préoccupant + une capacité financière
limité/aucune couverture médicale ou RAMED

Secteur privé

Un état de santé préoccupant + une bonne capacité
financière/ couverture médicale

TROIS FACTEURS IMPACTENT LA PERCEPTION DU COÛT



Certaines prestations sont difficiles voire impossibles à prévoir à l'avance: examens complémentaires, médicaments, frais d'hospitalisation...

Le côté imprévisible du coût

La localisation géographique

Le régime de couverture détenu

En milieu rural, le coût de la prise en charge est majoré par les dépenses inhérentes au déplacement et aux dépenses extrahospitalières

Le poids financier de « l'out of pocket » reste important quelle que soit la couverture détenue.

FUTUR DU SS MAROCAIN

- Privatisation pensée mais non encore maîtrisée: **expériences actuelles très mitigées**
- Risque majeur pour les structures de soins publiques en terme de capacité, moyens et performance
- Risque majeur pour l'adéquation formation emploi en santé
- Plusieurs spécialités médicales seront probablement « délaissées » et plusieurs autres « marketées »:
 - **Pédiatrie, dermatologie, rhumatologie, néphrologie, pneumologie, médecine interne**
 - **Chirurgie viscérale, chirurgie pédiatrique, traumatologie**
 - **Oncologie, radiologie, hémodialyse, biologie, Nutrition et maladies métaboliques, Psychiatrie, ORL, Ophtalmologie**
 - **Chirurgie cardiaque, neurochirurgie, Chirurgie esthétique**



FUTUR DU SS MAROCAIN



- Logique économique et d'optimisation du marché sanitaire mais il faut garder **UNE SANTE PUBLIQUE**
- Risque majeur pour les croyances « populistes » en terme d'accessibilité, de qualité des soins et de réduction des coûts de santé
- Le PPP dans l'enseignement des sciences de la santé est inéluctable et devra être balisé dans une logique d'égalité des chances et d'entrepreneuriat « maîtrisé »
- La médecine connectée sera de plus en plus présente dans le système de soins marocains (Télémédecine)

LES ENJEUX FUTURS

- L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE



LES DEFIS QUI ATTENDENT LE SS MAROCAIN

Comprendre

- Les déterminants épidémiologiques et socio-économiques d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires de la CSU au Maroc et le parcours de santé.
- Les perceptions et le niveau de satisfaction des bénéficiaires de la CSU : procédures d'éligibilité, conditions de leur prise en charge, le rôle des producteurs de soins .

Mettre en place

- Un modèle de financement du SS et de mesure de la performance tenant compte des transitions DE, de la nécessaire politique de santé régionale ;
- Intégrer le secteur privé dans la mission de service publique



CE N'EST PAS LA MALADIE QUI VA NOUS TUER MAIS SA FACTURE !!!!



CONCLUSION

- Le prix à payer pour la santé sera d' autant plus acceptable et accepté que:
 - Les patients auront une **demande rationnelle et auront été éduqués pour la santé**
 - Que les **besoins auront clairement été définis** en fonction de l' état d' avancement des connaissances et l' établissement de « normes de prise en charge » (conférences de consensus etc....)
 - Que **l'offre sera en adéquation** avec la demande et les besoins dans le cadre d' une équité
 - Que le **système fera son évaluation** (interne et externe) et mettra en place un organisme indépendant d' accréditation voir de certification



LA SANTE N'A PAS DE PRIX MAIS UN COUT ECONOMIQUE, SOCIAL ET POLITIQUE



La CSU est une décision politique juste et indispensable mais dont la gouvernance est à repenser

Elle participe avec les TDE au « **paradoxe sanitaire marocain** »