

Système de santé

Où va le Maroc ?

- Avec 207 dirhams par habitant et par an en dépenses de santé, le Maroc se situe derrière des pays à profil similaire comme la Tunisie, l'Algérie ou la Jordanie
- Les 126 hôpitaux sont certes dotés d'un budget annuel de plus d'un milliard de dirhams, mais ils reçoivent en tout 6 millions de patients par an et emploient chacun en moyenne 230 personnes
- L'assurance aux démunis, le RAMED, est repoussé d'année en année et l'on parle encore des premiers mois de 2008 pour sa réalisation
- 18 mois après son lancement, ce sont 2,8 millions de personnes (du secteur privé), selon la CNSS, qui bénéficient de la couverture médicale

Dossier réalisé
par Anthioumane Tandia
conjoncture@cfcim.org

Système de santé, où va le Maroc ?	I 21
Entretien avec Saïd Ahmidouch, Directeur général de la CNSS	I 25
L'industrie pharmaceutique, un secteur à la croisée des chemins	I 26
Médecine du travail, un secteur prisonnier de ses incohérences	I 28
Transport médicalisé, une profession gangrenée par l'informel	I 29
Air Liquide Santé, témoignage	I 30



Si le système de santé marocain est efficient, selon l'OMS, il pêche, en revanche, par son niveau d'équité.

La santé publique n'est pas encore au bout de ses peines. Malgré les efforts fournis par le ministère de tutelle, les problèmes liés au système de santé continuent : pression sur les établissements de soins, mauvaise organi-

sation des services d'urgence, grand déséquilibre entre les régions et entre les milieux rural et urbain, corruption dans les rangs des infirmiers... Yasmina Baddou, nouveau ministre de la Santé, ne le cache pas.

Un constat alarmant

Pour cette dernière qui présentait ce 27 décembre 2007 sa stratégie pour 2008-2012 devant le Conseil du gouvernement, le constat est alarmant. Le taux de mortalité maternelle est de 227 pour 100.000 naissances. Le PNUD avance même le chiffre de 240. Le taux de mortalité infantile est de 40 pour 1000. Le Maroc n'est pas également bien loti en capacité litière. Tenant compte de celle des établissements hospitaliers du secteur privé (7.200 lits) et la capacité litière totale des établissements publics ambulatoires (3.700 lits) et hospitaliers (26.620), l'offre globale du pays s'élèverait à 37.520 lits. En rapportant ce chiffre à la population marocaine on obtient un ratio de 1 lit pour 800 habitants ou 12,5 lits pour 10.000 habitants. Ce chiffre place le Maroc derrière l'Algérie (17 lits/10.000), la Tunisie (24 lits/10.000) mais devance le Sultanat d'Oman et le Qatar (avec 9 lits pour 10.000 habitants).



Une médecine de qualité n'est possible que si les établissements hospitaliers sont remis à niveau.

Aujourd'hui, avec à peine 207 dirhams par habitant et par an en dépenses de santé, le Maroc se situe derrière des pays à profil similaire comme la Tunisie, l'Algérie ou la Jordanie. Ce n'est pas l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui dira le contraire. En effet, l'analyse de la performance des systèmes de santé réalisée par l'organisme onusien en 2000, montrait que le Maroc occupait un rang de choix (29e) au niveau mondial. Mais, la même étude montrait que le système de santé marocain ne devait pas ce classement à l'état de santé de sa population, puisqu'il était classé 110^{ème}, ni au niveau d'équité (111^{ème} rang). «Le système de santé marocain est bon par son efficacité et non par son niveau de santé et d'équité. Ceci est réconfortant pour le gouvernement qui est concerné par cette efficacité, mais l'est moins pour les citoyens», indiquait la même analyse.

Il faut dire que le Maroc se trouve dans une période bien particulière eu égard aux nombreuses mutations qui l'obligent à négocier plusieurs virages en même temps. Il s'agit notamment de mutations démographiques (vieillesse de la population), épidémiologiques, avec l'apparition de nouvelles maladies et, enfin, du niveau de vie qui augmente mais aussi de la couverture médicale qui s'étend à plus de population. Pourtant, depuis 2003, le budget de la santé a augmenté de 10 % en moyenne chaque année.

Cependant, plus de 80 % des 6,5 milliards de dirhams du budget de la santé vont aux dépenses de fonctionnement et, avec tout cela, les hôpitaux manquent de tout. Fil, seringues, éprouvettes, médicaments... Un rapport du ministère de la Santé a établi en 2005

que sur 120 dirhams pris en charge par l'hôpital, les patients paient, eux, 355 dirhams. Une situation qui traduit la mauvaise gestion des hôpitaux publics, due notamment au manque de compétence managériale pour les directeurs et à l'absence d'utilisation des outils modernes de gestion et de contrôle.

Tentatives de réforme

Pourtant, depuis 2003, d'importantes réformes sont engagées par le ministère de la Santé, concernant particulièrement la réforme de la gestion des établissements hospitaliers. C'est ainsi qu'il a entamé déjà depuis le début de l'année dernière, la deuxième tranche (2007-2008) du programme de modernisation des hôpitaux. Sont concernés 21 établissements y compris les plus grands dont l'hôpital Ibn Sina à Rabat. Une enveloppe de 1,5 milliard de dirhams leur est consacrée. Compte tenu des 800 millions de dirhams investis dans la première tranche qui a touché 10 hôpitaux, le budget déjà engagé et cofinancé, atteint 2,3 milliards de dirhams, dont 50,46% par le Maroc et 49,54% de prêt de la Banque européenne d'investissement (BEI). Rappelons que ce contrat de financement a été signé, le 30 janvier 2006 dans le cadre du «Projet Santé Maroc II». En fait, le programme en cours est très ambitieux et tourne autour de trois axes. Le premier consiste à rénover les 126 structures hospitalières que compte le pays. Trois nouveaux CHU seront créés à Fès, Marrakech et Oujda. A la direction des hôpitaux, on indique que les dix hôpitaux déjà mis à niveau

à Agadir, Oujda, Nador, Beni Mellal, Safi et Meknès, avec un budget variant entre 40 et 100 millions de dirhams, disposent désormais de plateaux techniques très performants qui n'ont rien à envier aux cliniques privées.

Si jusque-là, les investissements venaient soutenir les programmes d'assistance technique, «le Projet Santé Maroc III» se présente avant tout, comme un programme portant sur la réalisation de travaux de génie civil et d'installations techniques, et l'acquisition d'équipements au profit des hôpitaux.

Pour l'heure, la première intervention de l'assistance technique intervient dans le cadre de l'appui à l'élaboration des projets d'établissements hospitaliers qui constituent une conditionnalité avant tout projet d'investissement. A en croire le ministère de la Santé, l'intervention qui a débuté depuis avril 2007 est actuellement dans une phase assez avancée. «Les premiers documents concernant les projets médicaux et managériaux étaient prévus pour être déposés par le bureau d'étude durant le mois de décembre 2007 alors que pour les projets de soins infirmiers, plans directeurs immobiliers et des plans d'équipement, les premiers documents seront adressés à la Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA) à compter de janvier 2008. La date finale pour cette composante a été fixée pour la fin du mois de mars 2008», dit-on auprès du ministère.

Le deuxième axe du programme a trait à la gestion qui s'avérait jusque-là peu

Une enveloppe de 1,5 milliard de dirhams est consacrée à la modernisation de 21 hôpitaux marocains dont Ibn Sina de Rabat.

efficace dans certains hôpitaux. Ce volet est important, sachant qu'il faut également rationaliser l'affectation des ressources. Les 126 hôpitaux sont certes dotés d'un budget annuel de plus d'un milliard de dirhams, mais ils reçoivent en tout 6 millions de

patients et emploient en moyenne 230 personnes. Les directeurs des hôpitaux insistent sur l'amélioration de la gouvernance. Ce volet comprend la création de nouvelles fonctions au sein des hôpitaux notamment la planification, la gestion financière et la gestion des ressources humaines. Les 10 hôpitaux concernés par la première phase de restructuration ont tous mis en place des outils de gestion des RH et des séances de formation ont été organisées au Canada et en Europe.

Cependant, selon un responsable de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, le succès de la réforme ne se mesure pas au niveau des investissements réalisés, ni à la réorganisation du mode de gestion, mais plutôt à la capacité des hôpitaux de répondre aux besoins des citoyens par la prestation de soins adaptés et de qualité. En ce sens, l'assurance-qualité constitue le troisième axe du programme. Pour sa mise en œuvre, les différentes structures étaient invitées à participer à un concours qualité dont la première édition a démarré le 10 janvier 2007. Cette compétition interne (1^{ère} édition) organisée par le ministère de la Santé avec l'appui de la coopération technique allemande (GTZ), l'OMS et le Fonds des Nations Unies d'aides à la population, a connu la participation de 47 hôpitaux. C'est l'hôpital Hassan II d'Agadir qui a remporté la palme avec 428 points sur 528, soit 81% de la performance maximale. Seulement 20 hôpitaux affichent une performance supérieure ou égale à 50 % de celle considérée comme maximum. Ce qui dénote un écart important entre les structures dans les domaines du savoir-faire et de la bonne pratique.

Sur le plan de l'encadrement réglementaire, 2007 a connu la publication du Décret n° 2-06-656 du 13 avril 2007 relatif à l'organisation hospitalière.

Aujourd'hui, d'autres chantiers sont entamés au niveau des hôpitaux en accompagnement de ces réformes. Il s'agit notamment de l'instauration d'un système d'accréditation hospitalière dont la mise en œuvre à titre pilote est en cours dans 4 hôpitaux. Il s'agit des hôpitaux d'enfants du CHU de Rabat, de Sefrou, de My Youssef de Casablanca et de Mohammed V de Méknès. A ce chantier s'ajoute également celui liés à l'élaboration d'une stratégie de lutte contre les infections nosocomiales (maladies contractées à l'hôpital).

Les ressources humaines, le parent pauvre

Sur ce chapitre, la ministre de la Santé n'est pas allée de main morte. Selon elle, les programmes de formation continue n'existent pas et la gestion des ressources humaines est loin d'être transparente et est, par conséquent, source de conflits sociaux. Ensuite, les avantages pécuniaires pour la garde et l'astreinte, la responsabilité et pour l'exercice dans certaines régions font défaut. Et de soulever «l'existence des phénomènes d'ab-

sentisme, de corruption et du manque de sens de responsabilité chez certains professionnels de santé».

Toujours est-il que globalement il reste à combler un manque en matière de recrutement de compétences spécialisées dédiées à la gestion des pôles d'activités hospitalières particulièrement administratives et financières, en ingénierie et en administration des systèmes d'information... «Il est donc indispensable de repenser la politique de recrutement en faveur de plus de compétences pointues pouvant accompagner efficacement les changements encourus dans les différents domaines de gestion hospitalière et permettre ainsi aux professionnels de santé de vaquer à leur mission centrale qui est le soin», confirme-t-on auprès du ministère.

Comparativement aux pays à niveau de développement similaire, le Maroc est sous médicalisé. En effet avec une densité médicale à 5,84 médecins pour 10.000 habitants, il se situe loin derrière la Tunisie (13,4 médecins) et l'Algérie (11,3 médecins). En 2006, le nombre de médecins exerçant dans le secteur de la santé s'élevait à 17.650 médecins toutes spécialités confondues dont 10.006 dans le secteur public et 7.644 dans le secteur privé. La répartition de ces médecins à travers les différentes régions du Maroc se caractérise par des disparités marquées entre les régions d'une part et entre les provinces et préfectures à l'intérieur de la même région d'autre part.

Le fossé entre régions et entre milieux rural et urbain

L'axe constitué par les régions du Gharb-Chrarda- Beni Hssen, Rabat- Salé- Zemmour- Zaër et le Grand Casablanca qui abrite 26,28 % de la population marocaine emploie 8.966 médecins soit 50,79 % de l'ensemble des médecins exerçant dans le secteur de la santé. Ils sont 47,72% à exercer dans le secteur public et 53,51% dans le privé. Ce phénomène s'explique dans le secteur public par l'existence sur cet axe des deux plus grands et anciens centres hospitaliers universitaires du Royaume : CHU Ibn Sina à Rabat et celui d'Ibn Rochd à Casablanca employant à eux seuls 3007 médecins, soit 49% de l'effectif.

Concernant le secteur privé, la concentration des médecins dans cet axe est liée surtout au niveau économique de la population de ces régions face à une médecine privée souvent de pointe. Ce phénomène qui s'est construit au fil des années a été aggravé par la faible couverture médicale de base des citoyens et par l'absence d'une carte sanitaire.

Dans ce contexte, le déséquilibre entre les régions et entre les milieux rural et ur-

bain est immense. Pour atténuer ce phénomène le ministère de la Santé a ouvert ces dernières années plusieurs fronts. Tous les médecins généralistes recrutés par son département ont été affectés dans les zones à faible densité médicale. Le mouvement de mutation du personnel de

En 2006, le secteur de la santé comptait 17.650 médecins toutes spécialités confondues dont 10.006 dans le secteur public et 7.644 dans le secteur privé.

santé des grandes agglomérations vers des zones sous médicalisées est largement favorisé. Le ministère n'entend pas s'en arrêter là. Il a élaboré et soumis au Secrétariat général du gouvernement un projet de carte sanitaire. Cet outil juridique est de nature à permettre de réguler l'offre de soins aussi bien public que privé. Dans le cadre de l'Initiative nationale pour la formation de 3.300 médecins par an à l'horizon 2020, il est prévu de déconcentrer davantage la formation médicale en renforçant les facultés de médecine et les CHU de Marrakech et de Fès et en créant d'autres établissements de médecine et d'autres CHU à Oujda, Agadir et Tanger. Ainsi, le projet du prédécesseur de Yasmina Baddou à la tête du ministère de recruter des médecins des pays de l'Est pour les zones enclavées, pour lesquelles les médecins locaux tournent le dos, appartient désormais au passé. «Le ministère de la Santé n'a pas de projet dans ce sens», dit-on au cabinet de Y. Baddou.

Le casse-tête de l'assurance aux démunis

Toujours est-il que les difficultés d'accès aux soins pour les plus démunis et la population rurale continuent de se poser, comme l'a annoncé le nouveau ministre au Conseil du gouvernement. En effet, 75% de ceux qui se dirigent vers l'hôpital public produisent un certificat d'indigence; 56% de ceux qui ont les moyens de payer, bénéficient de la gratuité lorsqu'ils s'adressent à l'hôpital public.



Le siège social de la CNSS à Casablanca.

A contrario, 15% des plus pauvres, eux, paient. C'est l'un des dysfonctionnements qu'il faudra corriger. Cela devrait être fait lors de la mise en œuvre du Régime d'assistance pour les économiquement démunis (RAMED), en 2006. Mais depuis le projet est repoussé d'année en année. L'on parle encore de début 2008 pour son lancement à travers d'abord une expérience-pilote dans la région de Tadla et de Beni Mellal avant sa généralisation à l'ensemble du pays. Ce projet de couverture médicale pour les démunis permettra d'ajuster le système. Une évaluation sera effectuée et les conclusions soumises à l'appréciation des partenaires sociaux. La cible dans un premier temps sera donc une population «d'économiquement démunis» de 300.000 personnes. Un des aspects qui sera suivi de près est la réaction de cette population. N'étant pas habituée à recevoir des soins, l'on s'attend à une affluence importante. C'est même une donne avec laquelle, la Commission chargée du dossier compose. Une «contrainte» à laquelle le système Ramed pourrait remédier par «une contribution minimale».

Celle-ci n'est pas encore fixée mais elle permettrait d'améliorer l'utilisation du service. Dans le Ramed, les personnes éligibles auront droit à tous les soins délivrés dans l'hôpital. Elles auront accès à un panier de soins «l'hôpital amélioré» puisqu'il inclut le médicament et certains appareillages. En parallèle, les soins prodigués dans les centres de santé se poursuivront de manière gratuite. Au total, le Ramed cible une population de 8,5 millions de personnes dont 4 millions sont des pauvres absolus et 4,5 millions sont considérées comme vulnérables. C'est d'ailleurs cette dernière catégorie qui devra s'acquitter d'une cotisation

Sur les 3,3 millions de personnes éligibles à la CNSS, seules 2,8 millions peuvent prétendre aux prestations de l'AMO puisqu'elles répondent aux conditions requises.

de 100 dirhams par an et par personne et ce dans la limite de 500 dirhams par famille. Ceux qui vont verser cette contribution seront désignés à l'issue de l'opération d'identification des pauvres qui sera lancée. A cet effet, des commissions régionales seront mises en place et seront chapeautées par une Commission nationale.

Des critères tels que la possession d'un poste télé ou d'un frigo seront pris en compte dans la détermination de la population susceptible de verser une contribution. Dans ce système, l'on s'attend à ce que les cotisations de la population vulnérable contribuent pour 562 millions de dirhams dans le financement du Ramed. Le reste sera dispatché entre l'Etat pour un montant de 1,469 milliard de dirhams et les collectivités locales pour 587 millions de dirhams.

Le bonhomme de chemin de l'AMO

Contrairement aux démunis qui attendent le précieux sésame, la population, du moins celle qui est active, accède de plus en plus aux soins de qualité, depuis la mise en place de l'Assurance maladie obligatoire (AMO). 18 mois après son lancement, ce sont aujourd'hui 2,8 millions de personnes (du secteur privé), selon la CNSS, qui bénéficient de la couverture

médicale. Il s'agit à présent pour la Caisse d'élargir cette couverture (voir entretien avec le DG de la CNSS). Mais certains salariés restent encore suspicieux en raison des délais de remboursement. Côté entreprise, les choses ne semblent pas bouger, s'inquiète le professeur Chakib Larraoui Hossini, Président

de la Société marocaine de médecine du travail. L'AMO, c'est aujourd'hui 341.941 dossiers déposés et près de 8 milliards de dirhams de frais financiers engagés. Ainsi, la Caisse veut continuer l'extension. Sa stratégie consiste à dialoguer avec les affiliés et aussi en une meilleure qualité de services. Il faut dire que la CNSS se doit d'être suffisamment attrayante pour que l'adhésion des entreprises devienne évidente et durable. La mise en place d'un système d'information fiable est l'élément indispensable d'après la direction, pour assurer un service attractif pour les entreprises. En proposant des solutions efficaces et novatrices, la Caisse pourra

prétendre concurrencer les compagnies d'assurance. Les conditions d'accès aux prestations AMO sont sujettes à discussion car elles peuvent jouer en défaveur des salariés saisonniers si ceux-là mêmes ne font pas l'objet d'une déclaration de la part de leur employeur. Ce droit est déterminé par la justification de 54 jours de déclaration et un délai de stage de 6 mois de cotisations. Sur les 3,3 millions de personnes éligibles c'est-à-dire déclarées au moins une fois à la CNSS et qui ont un numéro d'immatriculation, 2,8 millions seulement peuvent prétendre aux prestations de l'AMO puisqu'elles répondent aux conditions requises.

Réticentes au départ, les entreprises se mettent tout de même à l'AMO. Celles-ci n'étaient pas hors la loi mais sous la «protection» de l'article 114 du Code de la couverture médicale qui les dispensaient d'y adhérer sous réserve d'être couvertes par une assurance ou une mutuelle privée. Mais depuis sa mise en place, plus de 350 entreprises, dont de grandes structures, ont adhéré au régime de l'AMO. Certaines ont gardé la complémentaire, d'autres l'ont «offerte» uniquement aux cadres pour les fidéliser.

Ces entreprises seraient encouragées par la palette des soins dont les affections longue durée, lesquelles sont coûteuses. Et contrairement aux compagnies d'assurances, le régime AMO est déplafonné. Bien qu'au départ la capacité de la CNSS à gérer le régime de l'assurance obligatoire suscitait des appréhensions, voire des doutes, l'expérience a démontré qu'un an et demi plus tard, la CNSS est en train de trouver la voie et continue même son bonhomme de chemin avec son appel d'offres pour la gestion des Polycliniques. Rappelons que cette décision a été motivée par le fait que la Caisse ne pouvait pas être à la fois assureurs et gestionnaires d'une unité médicale. Par ailleurs, la multiplication des cliniques privées de qualité a entaché l'activité des Polycliniques: baisse du nombre de patients et de la qualité de services. L'opérateur qui reprendra la gestion des polycliniques devra justifier à la fois d'une assise financière et d'une expertise en matière de gestion d'unité médicale. Sur les 9 candidats au départ, 4 ont été retenus. Au terme de l'appel d'offres un Français s'est désisté, ayant fait l'objet d'une OPA. Il ne reste qu'un groupement hispano-marocain avec lequel les discussions sont pratiquement bouclées.

Saïd Ahmidouch, Directeur général de la CNSS

«1400 est le nombre de dossiers déposés quotidiennement à la CNSS».



Saïd Ahmidouch, Directeur général de la CNSS

Conjoncture : Après dix huit mois d'AMO, les cliniciens et les pharmaciens déchantent. Selon eux, l'AMO n'a pas d'impact avéré sur leurs activités. Qu'en pensez-vous ?

Saïd Ahmidouch : L'AMO a été mise en place pour couvrir les soins de santé des salariés du secteur privé qui ne bénéficiaient d'aucune couverture. Le nombre de personnes couvertes aujourd'hui par le régime AMO géré par la CNSS avoisine les 2 millions, réparti entre salariés, pensionnés et ayants droit. Depuis le démarrage des prestations maladie en mars 2006 nous avons enregistré 400 mille dossiers, notamment en soins ambulatoires et hospitalisations. En terme de dépenses, ceci s'est traduit de la façon suivante : Nos assurés ont engagé des dépenses d'hospitalisation d'un montant de 321 millions de dirhams, dont 55% dans le secteur libéral, et le reste dans les polycliniques CNSS et les établissements de soins publics. En matière de médicaments, la consommation enregistrée depuis mars 2006 est de 128 millions dirhams. Les dépenses totales engagées par nos assurés s'élèvent à 1 milliard de dirhams.

Les compagnies d'assurances privées (RMA Wataniya, Axa...) ont lancé des produits complémentaires. Cela voudrait-il dire qu'elles sont convaincues de la pérennité de l'AMO ?

Le panier de soins de l'AMO géré par la CNSS est très attractif pour les assurés. Sa vocation est de couvrir les cas de maladies lourdes et coûteuses, sans plafonnement et sans discrimination d'âge, ni exclusion de maladies antérieures à l'adhésion au régime. La tendance naturelle serait donc de couvrir l'ensemble des salariés par le

régime de base de la CNSS, et de développer des complémentaires gérées par les compagnies d'assurance privées, pour la partie non prise en charge ou non couverte par la CNSS.

Ce principe est partagé par la CNSS et les compagnies d'assurance, notamment celles que vous avez citées, avec lesquelles nous avons tenu plusieurs séances de travail pour le cadrage de notre collaboration en matière de couverture complémentaire.

Dernièrement, le débat sur l'AMO a repris avec un avenant pour la modification des tarifications entre l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM), les organismes gestionnaires, les médecins et les établissements de soins. Où en êtes-vous avec ce dossier ?

Les négociations sur les tarifs de remboursement et les modalités de prise en charge sont naturellement un processus long. Les premiers accords ont été conclus en juillet 2006 et depuis cette date, nous sommes en contact avec les différentes instances des professionnels de santé pour les ajustements nécessaires. En concertation avec l'ANAM, la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) et les professionnels de santé, nous avons finalisé la tarification des actes de cardiologie. Egalement, un accord a été conclu avec les oncologues.

La révision tarifaire de quelques actes est à l'ordre du jour, et devrait être finalisée dans les prochaines semaines.

L'AMO a déjà dix huit mois derrière elle. Et pourtant, la CNSS n'a pas obtenu le nombre de dossiers attendu. Comment expliquez-vous ce manque d'intérêt des salariés ?

Le nombre de dossiers déposés à la CNSS depuis 22 mois est passé de quelques dizaines par jour au démarrage à 1400 quotidiennement aujourd'hui. Nos analyses internes ont montré que de nombreux cotisants au régime ne sollicitent pas la CNSS pour le remboursement de leurs soins de santé. Un sondage effectué auprès des affiliés AMO

y compris de grandes entreprises nous a fait comprendre qu'il y a un besoin d'information et de vulgarisation de l'AMO auprès des salariés et des employeurs.

Nous avons donc organisé des campagnes de communication à partir de juin 2007 sur l'ensemble des régions du royaume, à travers les différents acteurs économiques et sociaux (CGEM, chambres de commerce, associations professionnelles, prestataires de soins,...).

Nous avons également organisé des journées d'information pour les salariés dans les zones industrielles de plusieurs villes.

Est-ce que les délais de remboursement ne sont pas à l'origine du découragement des salariés ?

En ce qui concerne les délais, nous rappelons que ceux fixés par le législateur sont trois mois maximum pour les dossiers de remboursement des assurés ; 48 heures pour la délivrance des prises en charges et six mois maximum pour les dossiers de remboursement des prestataires de soins.

Les dépenses totales engagées par nos assurés s'élèvent à 1 milliard de dirhams.

A la CNSS, nous nous sommes fixés les délais de qualité qui sont 48h pour les prises en charge ; 30 jours pour les dossiers de remboursement des assurés et

90 jours pour les dossiers de remboursement des prestataires de soins.

Le suivi de nos engagements de traitement montre que les réalisations en délai moyen sont meilleures que nos objectifs.

La CNSS a détecté des cas de fraudes. Est-ce des cas isolés ou des réseaux organisés ? Avez-vous un plan pour annihiler ce genre de pratique ?

La CNSS comme les autres organismes qui gèrent les prestations en masse sont généralement exposés à ce genre de risque. Il nous appartient de mettre en place une organisation et des moyens de contrôle de manière à détecter les malversations et les abus très vite. C'est d'ailleurs ce qui nous a permis d'identifier les cas que vous citez et qui sont tout à fait des cas isolés.

L'industrie pharmaceutique

Un secteur à la croisée des chemins

- **Non prise en compte des médicaments génériques, absence d'un référentiel de soins, manque de clarté et de flexibilité dans les procédures de fixation des prix et dans les taux de remboursement de certains médicaments. Aucune possibilité n'est donnée aux pharmaciens pour la substitution des médicaments...**



Selon une étude de l'AMIP, le Maroc fabrique plus de 70% de sa consommation en médicaments.

La stratégie 2008-2012 du ministère de la Santé a soulevé tout un chapelet de défaillance pour constater finalement l'absence d'une véritable politique de médicaments au Maroc. Aujourd'hui, le département de tutelle qui veut redéfinir la politique de la santé au Maroc a décidé de revoir également le volet médicament en janvier 2008. Dans ce sens, il a reçu le 18 décembre dernier, l'AMIP. «Lors de cette rencontre, les points importants pour le développement du secteur de la santé ont été soulevés. Il faut savoir que le médicament a un rôle clef dans la politique de santé d'un pays. Une politique de médicament doit être globale, c'est-à-dire depuis son introduction au Maroc, son enregistrement, sa fabrication, sa distribution en gros et en détail», souligne Ali Sedrati, Président de l'Association marocaine de l'industrie pharmaceutique (AMIP) et Président de Glaxo Smith Kline. Et d'ajouter : «le secteur du médicament est un réseau très bien structuré au Ma-

roc à l'image de ce qui se passe dans les pays développés. Nous avons une chaîne qui intervient dans la santé de manière totale. Le rôle du pharmacien dans ce processus est très important. Il faut savoir qu'une pharmacie reçoit en moyenne 300 personnes par jour. Il y a 8500 pharmacies implantées sur l'ensemble du territoire marocain». Pourtant, l'effet AMO s'est fait ressentir sur l'activité du secteur pharmaceutique. Durant le premier trimestre 2007, les ventes de médicaments ont enregistré une évolution de 10 %. Mais aux yeux des industriels de la pharmacie, la consommation de médicament reste faible. Sur ces cinq dernières années, les estimations font état de 200 dirhams par personne et par an. Pour 2006, ce ratio a atteint 230 dirhams. Ce qui équivaut, en gros, à un marché de plus de 600 millions de dirhams.

Une pharmacie reçoit en moyenne 300 personnes par jour. Il y a 8500 pharmacies implantées au Maroc.

Ce marché est animé autant par les multinationales que par des sociétés nationales. Cette diversité, matérialisée par la présence de 35 sites de production, permet d'offrir toutes les gammes thérapeutiques. Le secteur a produit environ 203 millions d'unités en 2006, permettant de couvrir, dans la régularité et la durée, près de 70 % des besoins domestiques. Les 30 % restants sont assurés par les importations de produits à faible volume de consommation provenant surtout de pays européens. Actuellement, le secteur pharmaceutique marocain exporte en moyenne 8 à 10 % de sa production vers des pays européens, arabes, asiatiques ou encore africains.

Le médicament reste cher

«Les médicaments coûtent chers au Maroc», entend-on. Environ 50 % des médicaments enregistrés au Maroc ont un prix public de vente inférieur à 50 dirhams, soit un prix de revient industriel inférieur à 30 dirhams. «Ce n'est pas le médicament qui est cher, c'est le pouvoir d'achat et la couverture sociale, en cours d'extension, qui sont faibles», rétorque Ali Sedrati.

En tout cas, selon une étude de l'AMIP, le Maroc fabrique plus de 70% de sa consommation en médicaments. L'analyse de ce ratio montre que le pays est en moyenne 30% moins cher qu'en Europe. De plus 30% du marché marocain est représenté par les médicaments génériques. Ce qui a permis de baisser les prix significativement.

De l'aveu de tous les experts internationaux qui travaillent sur le prix des médicaments et sur les moyens d'en améliorer l'accessibilité financière, le principal levier à la disposition des

Etats consiste en la promotion du médicament générique. «En tant que pharmaciens marocains et industriels, nous essayons de faire de notre mieux pour permettre à la population marocaine d'avoir accès à des médicaments innovants au moindre coût, mais il n'y a pas jusqu'à présent de véritables mesures d'encouragement de la part de l'Etat, encore moins de politique de génériques au Maroc», souligne un fabricant casablancais

de génériques préférant garder l'anonymat.

Quoi qu'il en soit, plusieurs projets sont en cours de négociation et les professionnels ont plus besoin que jamais de se serrer les coudes (voir entretien avec Ali Sedrati), car ils vont bientôt rejoindre le cercle restreint des piliers du Plan Emergence. En amont, le ministère du Commerce et de l'Industrie vient de signer avec l'AMIP une convention pour une

étude stratégique du secteur pharmaceutique marocain. L'appel d'offres international est lancé pour sélectionner le cabinet qui prendra en charge le dossier. Objectif: dresser l'état des lieux du secteur, et réaliser un benchmark avec les pays concurrents. Le Code du médicament et de la pharmacie, déjà adopté en décembre 2006, devra aussi être complété par des décrets et textes réglementaires, puis mis en œuvre.

Trois questions à...

Ali Sedrati, Président de l'Association marocaine de l'industrie pharmaceutique (AMIP) «L'incidence de l'AMO sur l'industrie pharmaceutique n'est pas encore notable».



Ali Sedrati

Conjoncture : Le retard pris par le décret d'application du Code de la pharmacie n'est-il pas préjudiciable à l'industrie pharmaceutique ?

Ali Sedrati : Il faut féliciter les pouvoirs publics d'avoir adopté le code de la pharmacie et du médicament depuis décembre 2006. Code que nous attendions depuis très longtemps. La réglementation pharmaceutique au Maroc datait des années 1960 et s'inspirait du cas français.

Au Maroc, pour créer une industrie pharmaceutique, il fallait que 51% du capital soit détenu par un ou plusieurs pharmaciens. Si la France a abandonné cette règle depuis les années 1960 parce que contraire à ses intérêts économiques, le Maroc l'a conservée jusqu'en 2006. Une loi qui a freiné pendant longtemps l'investissement des sociétés internationales, parce qu'elles étaient obligées de s'adapter à cette contrainte réglementaire.

Le nouveau Code a aussi apporté d'autres aménagements concernant

l'exercice de la pharmacie en général comme les officines, les attributions techniques pour les pharmaciens..., une séparation entre l'activité de distribution et de fabrication de médicaments.

Enfin, ce Code de la pharmacie doit être accompagné de décrets d'application essentiels. Il s'agit notamment de l'enregistrement de médicaments, les méthodes de fixation de son prix. Pour rappel, le dernier mode de fixation datait de 1969,

La contrebande de médicaments est réelle aujourd'hui au Maroc ? Ce réseau que vous venez de décrire serait-il aussi efficace ?

En matière pharmaceutique, le Maroc a adopté une réglementation très stricte depuis les années 1960. Cette réglementation a protégé de façon très efficace le marché national. Dès cette période, on enregistrait auprès du ministère de la Santé tout médicament qui devrait rentrer au Maroc. En matière de fabrication, d'importation ou de commercialisation, les mêmes rigueurs continuent d'être la règle. En plus de l'enregistrement, il y a obligation de produire un dossier technique complet et des analyses pointues sur le médicament devant être produit ou commercialisé dans le royaume.

Avant la création d'une faculté de pharmacie, le Maroc a d'abord monté dès 1969 un laboratoire national de contrôle de médicaments. Ce choix était judicieux dans la mesure où il nous a permis d'assurer le contrôle et le suivi de tous les médicaments commercialisés sur le marché national.

Ce laboratoire est aujourd'hui certifié par l'OMS et est aussi reconnu par l'Association européenne de la qualité du médicament.

Sur tout le territoire marocain, à 99%, les médicaments ne sont commercialisés qu'à travers des pharmacies d'officine et des dépôts. Même dans les localités où il n'y a pas de pharmacie, ce sont les dépôts qui dépendent des pharmaciens directement qui font la distribution.

De façon générale, le réseau de distribution au Maroc est développé sur tout le territoire national où il compte 46 grossisteries pharmaceutiques. En dépit d'un circuit bien maîtrisé, quelques dérapages exceptionnels existent dans l'Oriental. Il s'agit de médicaments, certes de qualité, en provenance d'Algérie de façon frauduleuse. Le même phénomène est observé à partir de Ceuta et Mellila.

Avez-vous constaté une augmentation du volume d'activité de l'industrie pharmaceutique depuis l'entrée en vigueur de l'AMO ?

L'expansion de l'AMO a été salutaire. L'AMO concerne aujourd'hui 9 millions d'affiliés, le double avant son lancement effectif.

L'amélioration de l'accès aux soins est en train d'être complétée par un nouveau système, le RAMED. C'est un régime qui sera mis en place vers fin 2008.

L'incidence de l'AMO sur l'industrie pharmaceutique n'est pas encore notable. Cependant, on constate un début d'amélioration de la consommation de médicaments.

Médecine du travail

Un secteur prisonnier de ses incohérences

- Au Maroc 90% de la population employée dans les entreprises ne bénéficie pas de médecine du travail
- En matière de médecine du travail, il y a un énorme hiatus entre ce qui est prescrit et ce qui est fait



Chakib Laraqui Hossini, Président de la Société marocaine de médecine du travail.

«La majorité des secteurs d'activité au Maroc échappe à la médecine du travail. Moins d'une personne en activité sur dix bénéficie de cette médecine préventive. Alors que si l'on se réfère aux textes, il y a une cinquantaine d'années, et au nouveau Code du travail, on s'attendrait à ce que la quasi-totalité de la population active soit couverte», souligne Chakib Laraqui Hossini, Président de la Société marocaine de la médecine du travail (SMMT). Il ne mâche pas ses mots pour faire constater la situation alarmante qui prévaut dans cette profession. En effet, celle-ci est critique lorsque l'on sait que les accidents de travail atteignent 60.000 par an dont 15.000 de graves. Le secteur industriel et celui du BTP sont en première ligne.

Les textes régissant la réglementation actuelle en matière de sécurité et de santé au travail datent de 1947 alors que ceux concernant les services médicaux au travail, dix ans plus tard. Ils portent sur la responsabilité de l'employeur vis-à-vis de ses salariés, sur un certain nombre de normes à respecter en matière de sécurité aussi bien de prévention collective qu'individuelle. Aujourd'hui, les nombreux accidents du travail coûtent quelque 650 millions de dirhams à la Trésorerie nationale.

Il faut dire qu'il y a un énorme hiatus entre ce qui est prescrit et ce qui est fait. Pourtant, le nouveau code du travail a

tenté de rendre plus efficace l'application des textes en rendant obligatoire le recrutement d'un médecin du travail pour toute entreprise comptant un effectif de 50 employés ou plus. «Contrairement à ce que l'on pense, ce Code du travail a plus handicapé la médecine du travail qu'il n'a apporté de réponses. L'ancien dahir était nettement meilleur. La seule exception à ce handicap est la mise en place d'un Comité d'hygiène de sécurité fonctionnant avec les normes requises», s'insurge Chakib Laraqui Hossini. Et d'ajouter : «Alors que l'Europe encourage d'aller vers les services interentreprises, au Maroc, on parle de service autonome. Même les services interentreprises qui sont prévus par le dahir de 1957 n'ont jamais vu le jour».

Les solutions proposées par le Président de la SMMT comme la plupart de ses collègues est de proposer la création de services ou de cabinets médicaux spécialisés en médecine du travail qui vont être gérés par des médecins du travail. Ces derniers peuvent, dans un cadre privé, faire la promotion de la santé au travail et attirer par leurs moyens les PME à en bénéficier. Il n'existe que 683 médecins du travail au Maroc alors que les besoins théoriques du pays sont de 3.000. Cela se répercute sur le temps consacré aux salariés, qui est de 9 minutes par mois par tranche de dix salariés. Alors que la loi fixe le temps de travail réglementaire à une heure par mois pour 25 employés et à une heure par mois pour 10 salariés de moins de 18 ans.

En dépit de la loi imposant aux médecins d'avoir un diplôme de spécialiste en médecine du travail, il est rare que cette obligation soit respectée. Sur les 683 praticiens exerçant dans les entreprises, moins de 15% seulement sont titulaires d'un diplôme de médecine du travail. Cette spécialité est, il est vrai, nouvelle-

ment introduite dans les facultés de médecine.

A préciser que la mission du médecin du travail est exclusivement d'ordre préventif. En clair, il n'a pas le droit de prescrire une ordonnance à l'employé ou à tout membre de sa famille et encore moins à les ausculter dans son cabinet. Bien entendu, là aussi, la réalité s'éloigne des textes. Selon la loi, le médecin du travail a pour mission de protéger les salariés de tous les risques inhérents à leur activité. Pourtant, des chefs d'entreprise le présentent souvent aux ouvriers comme un médecin recruté pour apporter les premiers soins en cas de problème.

Autre phénomène en constante augmentation qui suscite inquiétude et désarroi: la montée en puissance du travail intérimaire dans l'industrie. Selon la loi, à moins de 50 salariés, l'entreprise n'est pas tenue de recruter un médecin du travail. «Il est donc courant de trouver sur un effectif global de 75 ouvriers, une trentaine d'intérimaires et dans ce cas de figure, toutes les parties sont déchargées de leur responsabilité», fait remarquer un médecin du travail.

Plus grave encore, nombreuses sont les entreprises qui sont tentées de réduire progressivement leur effectif permanent. Elles puisent dans la catégorie d'ouvriers ayant plusieurs années d'ancienneté

(15 ans et plus) et de préférence en proie à des problèmes de santé. Cette frange est aiguillée vers des sociétés de travail par intérim en lui faisant miroiter une prise en charge et un suivi médical prévu

par le nouvel employeur. Le médecin du travail recruté par la société intérimaire est alors pris entre le marteau et l'enclume: mettre au chômage un ouvrier malade ayant peu de chance d'être réinséré vu son âge ou faillir à la mission qui lui est dévolue. Dans les deux cas, la tâche est lourde de conséquences.

Les nombreux accidents du travail coûtent quelque 650 millions de dirhams à la Trésorerie nationale.

Transport médicalisé

Une profession gangrenée par l'informel

- Sur une cinquantaine d'entreprises, seules quatre opèrent dans la légalité
- Le transport sanitaire reste encore sous la tutelle du ministère de l'Intérieur!

Question : est-ce que le transport médicalisé s'effectue dans les normes au Maroc ? La réponse du docteur Ali Safar, Directeur général d'Ambulance médicale et assistance (AMA), l'une des quatre sociétés structurées du transport médicalisé au Maroc n'a pas tardé à fuser : « nous dépendons du ministère de l'Intérieur, alors que la logique aurait voulu que nous soyons sous la tutelle de son homologue de la Santé ». Cette réponse en dit long sur l'état de déliquescence que vit ce secteur important pour un pays qui veut accéder à une médecine de qualité.

La France continue de vivre la même situation, à la seule différence que là-bas, le transport sanitaire relève du ministère du Transport. « Notre ministère de tutelle ne connaît rien à la problématique du transport sanitaire. Si on dépendait du ministère de la Santé, on aurait des interlocuteurs professionnels. Et des lois, il y en aurait eu pour régir la fonction de transporteur médicalisé », ajoute-t-il. Une des conséquences de ce système est le développement de l'informel. La loi de 1997 qui interdit aux sapeurs pompiers d'intervenir dans le secteur privé et les patients à domicile ne fait qu'empirer cette situation.

Le lit de l'informel

SAMU, SEMU, AMA et SMUR sont les quatre entreprises réellement structurées du secteur du transport sanitaire à Casablanca. En dépit de leur existence légale par rapport aux autres, les quatre structures n'ont pas un parc important de voitures. Aucune d'elles ne dépasse les cinq ou les six véhicules. Le Maroc compte moins de 1000 ambulances aménagées et ordinaires alors qu'une seule entreprise française de transport médicalisé peut compter au-delà de 200 unités. « Le prix d'un véhicule de transport médicalisé dont la moyenne d'âge est de cinq ans coûte très cher, puisqu'il tourne autour de 400.000 dhs. Les voitures les mieux aménagées pour le transport sanitaire sont importées de l'étranger. Aucune société ne les commercialise



Le Maroc compte moins de 1000 ambulances aménagées et ordinaires, alors qu'en France une entreprise de transport médicalisé peut avoir un parc de 200 véhicules.

au Maroc. En plus de toutes ces difficultés, la douane ne nous accorde aucune facilité. Et comme un malheur ne vient jamais seul, le transport médicalisé qui relève du domaine social, vient de voir sa TVA passer de 7% à 14%», souligne le docteur Ali Safar. Tous les ingrédients sont donc réunis pour pousser les autres entreprises de transport sanitaire que compte le Maroc, une cinquantaine à Casablanca, à opérer dans l'informel. Selon un intervenant dans le transport médicalisé : « le secteur est désorganisé de telle façon qu'on a l'impression que l'offre dépasse de loin la demande ». Pourtant, à y voir de près, la réalité est tout autre. Si les sociétés spécialisées dans ce système de transport sanitaire pullulent sur le marché, le service rendu au patient, s'il n'est pas tout simplement médiocre, est loin de répondre aux normes exigées. Il arrive même que la vie du malade transporté soit en danger. Pour le Directeur général de AMA, cela s'explique d'abord par l'insuffisance d'un nombre de médecins transporteurs au Maroc. Pour faire face à cette pénurie, on fait appel aux jeunes médecins non habilités sur un plan légal à accomplir une telle mission. Ensuite, c'est le volet formation même qui laisse à désirer, puis-

«...le transport médicalisé qui relève du domaine social, vient de voir sa TVA passer de 7% à 14%».

que les brancardiers sont recrutés sur le tas. Ils ne sont lauréats d'aucune école, donc n'ont bénéficié aucune formation digne de ce nom. Enfin, le matériel utilisé est aussi sujet à caution. A cet égard, on indique que généralement les bouteilles à oxygène ne sont pas conformes aux normes requises. Ce manquement aux règles élémentaires de sécurité s'expliquerait par la cherté de la bonbonne à oxygène. En effet, une bouteille de 1 m³ d'oxygène homologuée répondant aux normes les plus rigoureuses, achetée à Air Liquide, coûte 430 dirhams. A Berrechid, ce prix ne dépasse guère les 300 dirhams. Le docteur Ali Safar explique cette différence de prix par au moins deux raisons : la qualité du gaz est différente (le risque est élevé pour le malade quand l'oxygène devient toxique), la certification (beaucoup de sociétés utilisent des bouteilles non normées). A ces raisons objectives, il faut ajouter d'autres d'une même gravité qui empêchent la profession du transport médicalisé de gagner en efficacité. Le parc du transport sanitaire au Maroc est constitué de véhicules dont l'âge est compris entre cinq et quinze ans. Ce qui prouve qu'il n'est pas rare de voir des ambulances tomber en panne en plein service.

Gaz à usage médical, Air Liquide Santé

Une nouvelle réglementation

- La réglementation évolue en matière de santé pour la sécurité de tous. Les industriels s'adaptent aux nouvelles normes : témoignage d'un opérateur



L'adoption en 2006 de la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie marque un véritable tournant en terme de réglementation des gaz médicaux, dans la mesure où celle-ci assimile les gaz à des médicaments. Selon ces dispositions, les gaz à usage médical (oxygène, protoxyde d'azote, mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote, monoxyde d'azote, air médical, dioxyde de carbone, azote...) sont soit des médicaments soit des dispositifs médicaux.

La fabrication et la distribution des gaz médicaments doivent dorénavant être réalisées par un établissement pharmaceutique, au sein d'un périmètre placé sous la responsabilité d'un pharmacien-responsable.

Cette évolution progressive du cadre réglementaire a été entamée, dès 2005, par l'homologation de la nor-

me marocaine NM 03-2-191 relative aux Bonnes Pratiques de Fabrication des gaz médicaux. Ce 1^{er} référentiel national précise les spécifications des gaz médicaux ainsi que les exigences liées à leur production et au contrôle de qualité.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes engagés à Air Liquide Maroc

dans la mise en place d'un système qualité des gaz médicaux et que nous avons adapté et étoffé notre catalogue. Cette étape décisive nous laisse entrevoir de nouvelles perspectives de développement, à travers la mise sur le marché marocain de nouveaux gaz médicaments répondant aux besoins des utilisateurs.

Hasnaa Moutahir
Directeur de l'Activité Santé.

La fabrication et la distribution des gaz médicaments doivent dorénavant être réalisées par un établissement pharmaceutique, au sein d'un périmètre placé sous la responsabilité d'un pharmacien-responsable.

Entretien avec Nadia Eddaoudi, pharmacien responsable

En quoi consiste le système qualité des gaz médicaux à Air Liquide Maroc?

La mise en place d'un système qualité des gaz médicaux au sein d'Air Liquide Maroc a été lancée en 2005. Ce système a pour objectif d'assurer la mise sur le marché marocain de gaz médicaments efficaces et d'une qualité conforme aux normes nationales et internationales afin de garantir la sécurité du patient.

Notre système qualité est basé sur des référentiels nationaux et internationaux (norme marocaine sur les Bonnes Pratiques de Fabrication, Pharmacopée Européenne...)

Comment garantisiez-vous la qualité des gaz médicaments ?

La qualité de nos produits est contrôlée conformément aux monographies de la Pharmacopée Européenne en vigueur. Pour cela, nous avons mis en place un laboratoire de contrôle de qualité, équipé d'un matériel de contrôle de pointe et des baies d'analyse de haute technologie selon les standards du groupe Air Liquide Santé International.

En application des procédures appropriées, les produits sont lotis, contrôlés, libérés puis stockés dans des zones dédiées sous ma responsabilité.

Quelles sont les implications de ce changement de statut des gaz médicaux pour les utilisateurs ?

Cela procure une plus grande sécurité pour les patients mais aussi pour les hôpitaux et cliniques car la fabrication et la distribution des gaz médicaments ne peut se faire qu'au sein d'un établissement pharmaceutique autorisé et contrôlé par le Ministère de la Santé Publique.