

Spécial SANTÉ

Les cahiers
du **Canard Libéré**

Edition spéciale

Directeur de la publication Abdellah Chankou

Généralisation de la protection sociale

LE ROI AUX PETITS SOINS



P. 2

Hassan Boubrik

« Nous ferons tout pour être au rendez-vous » P. 5



Hassan Boubrik, directeur général de la CNSS.

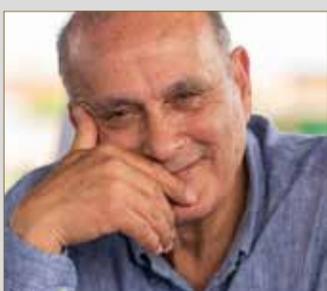
Appels d'offres en matière de santé

L'ÉPIDÉMIE DU MOINS-DISANT

P. 11

Comment la mondialisation des compétences fait saigner le Maroc

P. 14



Saâd Taoujni.

Généralisation de la couverture médicale

Des défis et des handicaps

P. 8

Adéquation offre et demande de soins

Pour un partenariat public-privé revisité

P. 10



Pr. Jaâfar Heikel.

EDITO

par Abdellah
Chankou

Le Roi aux petits soins

Le souverain était le premier à prendre la pleine mesure du déficit à la fois social et sanitaire dont souffre le pays. Le révélateur en aura été la crise pandémique qui a frappé dans des proportions sans précédent le Maroc au même titre que le reste du monde. Dès lors, la décision royale, annoncée dans le discours de la fête du Trône du 29 juillet 2020, est prise et elle est historique: la généralisation de la protection sociale à l'ensemble de la population. Quelques mois plus tard, à l'occasion de l'ouverture de la session d'automne du parlement le 9 octobre, le Roi Mohammed VI revient à la charge pour révéler le nombre de citoyens sans couverture maladie de base et qu'il faudra intégrer dans le système : quelque 22 millions de personnes entre indépendants et titulaires de la carte Ramed qui devront être couverts d'ici à la fin de l'année. Un chantier colossal à 51 milliards de DH, étalé sur quatre ans, comme le Royaume sait mettre en route, en sonnant la mobilisation générale qui a propulsé la CNSS en première ligne (en sa qualité d'assureur des salariés du secteur privé). A réforme nouvelle et d'envergure, sang neuf et expertise reconnue. La nomination

teurs aux intérêts parfois antagonistes. Dans le cas du Maroc, celle-ci est loin d'être en bonne santé et de son état chaotique, qui tue toute velléité de planification des stratégies de santé, découle la majorité des maux qui rongent le système de soins, essentiellement dans le public.

La généralisation de la couverture médicale, conjuguée aux meilleures installations sanitaires, n'est pas suffisante - loin s'en faut - pour faire accéder les assurés à des soins de qualité notamment en matière de prise en charge hospitalière. A quoi ça sert d'avoir une mutuelle en bonne et due forme si l'hôpital n'est pas organisé pour soigner comme il se doit les flux de malades ? Le problème est encore plus critique pour les malades du Maroc profond qui n'ont même pas accès aux soins en raison des fameux déserts médicaux...

C'est dans les traitements en milieu hospitalier en rapport avec la médecine d'urgence et de catastrophe notamment que les structures publiques sont passablement démunies et affichent un degré assez élevé d'improvisation due à une absence de moyens matériels, surtout humains. Sur ces aspects où il s'agit de sauver des vies sans perdre de temps, l'urgence est absolue contrairement aux affections longue durée (ALD) qui du fait de leur traitement prolongé arrivent à être plus ou moins gérées.

En revanche, la quadrature du cercle pour la crise de l'hôpital au Maroc a pour nom la pénurie du personnel soignant, cible privilégiée d'opérations de débauchage continues de la part de la concurrence étrangère. Comment dès lors soigner les patients dans un pays qui offre seulement 7 médecins contre 65 en France pour 10.000 habitants ? L'hémorragie à ce niveau-là, qui crée une pénurie sérieuse en médecins, est aggravée par un problème de formation des futurs praticiens en raison de l'insuffisance des étudiants en médecine et des bassins de stage disponibles, sachant qu'on ne forme pas un médecin dans un amphithéâtre. L'importation des médecins étrangers, autorisée par une loi adoptée en 2021, n'a pas non plus permis de créer le moindre effet compensatoire. Un véritable bide.

L'engouement escompté n'a pas eu lieu pour la simple raison que le mal réside dans le défaut d'attractivité de l'exercice de la profession au Maroc. Dernier signe d'un véritable malaise, les futurs médecins ont organisé mardi 5 juillet un sit aux abords du Parlement pour protester notamment contre la dégradation du niveau de formation dispensée par les facultés de médecine et de pharmacie. Voilà une autre alerte rouge que le ministère de l'Enseignement supérieur doit entendre et agir en conséquence.

Sur plusieurs fronts sanitaires, l'heure n'est plus au diagnostic mais à l'action et le remède ne réside pas seulement dans la prescription d'une augmentation du budget de la santé mais bel et bien dans un pilotage stratégique fort, adossé à une bonne gouvernance où la motivation et l'évaluation, la récompense et la sanction doivent couler comme le sang dans les veines. Une mission fondamentale qui s'inscrit dans les attributions de la Haute autorité de la régulation intégrée de la santé (HARIS). Entité indépendante, dont la création a été annoncée récemment par le Premier ministre Aziz Akhannouch, elle a aussi pour rôle de garantir la continuité d'un service public de qualité dans les domaines de santé. ●

L'heure n'est plus au diagnostic mais à l'action et le remède ne réside pas seulement dans la prescription d'une augmentation du budget de la santé mais bel et bien dans un pilotage stratégique fort.

de Hassan Boubrik en février 2021 à la tête de la Caisse répond à cette exigence nationale.

Mais qui dit généralisation de la couverture maladie, dit offre de soins qui suit en termes de qualité et de consistance. Pour cela, l'État a débloqué en 2022 une enveloppe de 6 milliards de DH, destinée à lancer des investissements dans une nouvelle infrastructure hospitalière (nouveaux CHU de Laâyoune et Rabat) et à initier la restructuration de l'existant (Centres hospitaliers provinciaux et régionaux ainsi que les établissements de santé de soins primaires). Une nouvelle organisation territoriale de la Santé aurait été imaginée pour mieux répondre aux besoins des populations dans les régions dont il convient par ailleurs d'impliquer les élus, plus enclins à se préoccuper de leur santé financière que de celle des citoyens. Étant entendu que la santé est une responsabilité collective qui doit impliquer un certain nombre d'acteurs (les professionnels de santé mais aussi les gestionnaires) si l'on veut améliorer la prévention et la prise en charge des malades. C'est à ce prix que les bénéfices en matière de santé publique deviennent quantifiables et tangibles. Mais le grand défi, qui constitue un prérequis fondamental, reste sans conteste la refonte de la gouvernance. Le salut à ce niveau-là ne peut venir que d'un partenariat public-privé aux contours précis. Pour arriver à concrétiser cet objectif, il faudrait d'abord dépasser les craintes suscitées par l'association d'ac-



AKDITAL

Des soins et des liens

1^{er} groupe privé de santé au Maroc

AMO

Mode d'emploi

L'assurance maladie obligatoire garantit aux assurés et aux membres de leur famille qui sont à leur charge, la couverture des risques et des frais de santé inhérents à la maladie ou à l'accident, à la maternité et à la réhabilitation fonctionnelle.

Les assurés ont droit au remboursement et éventuellement à la prise en charge directe des coûts relatifs aux soins curatifs, préventifs et de réhabilitation médicalement nécessaires à l'état de santé du bénéficiaire. L'AMO est valable pour toutes les catégories professionnelles. Outre les personnes exerçant une activité professionnelle et les retraités, tous les membres de la famille, à savoir le/la conjoint(e) et les enfants, bénéficient de la panoplie des prestations de l'AMO.

Les enfants restent couverts jusqu'à l'âge de 21 ans, avec la possibilité de prolonger la couverture jusqu'à l'âge de 26 ans si les enfants poursuivent encore leurs études. Cette prolongation est conditionnée par la présentation de documents justificatifs. Les enfants handicapés, quant à eux, bénéficient de l'AMO à vie.

S'agissant du taux de cotisation, il se situe en moyenne autour de 6,37 % pour les actifs, applicable à une assiette forfaitaire indexée au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG). Ce taux forfaitaire est fixé par décret, spécifiquement pour chaque catégorie socioprofessionnelle. Pour les retraités, ce taux est de 4,52 % applicable au montant de la retraite. Les travailleurs non-salariés et leurs ayants droit bénéficieront, eux, du même panier de soins garanti aux salariés du secteur privé, pour une cotisation mensuelle ne dépassant pas 175 DH par mois.

Les prestations couvertes par l'AMO

L'AMO assure le remboursement ou la prise en charge directe des frais de soins relevant des prestations suivantes :

- Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales.
- Soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites.
- Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales, y compris les actes de chirurgie réparatrice.
- Analyses de biologie médicale, radiologie et imagerie médicale, et explorations fonctionnelles.
- Médicaments admis au remboursement, poches de sang humain et dérivés sanguins.
- Dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents soins.
- Appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement, lunetterie médicale, soins bucco-dentaires, orthodontie pour les enfants.



- Actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie et actes paramédicaux.
 - Suivi de la maternité et de l'enfant de moins de 12 ans.
 - Hospitalisations médicales et chirurgicales.
 - Suivi des Affections de longue durée (ALD) (par exemple : asthme chronique modéré ou sévère, diabète insulino-dépendant et diabète non insulino-dépendant, accident vasculaire cérébral de tous types, insuffisance rénale aiguë, hypertension artérielle sévère, etc.) et des Affections longues et coûteuses (ALC) (51 pathologies prises en charge).
 - Toutes les prestations de soins ambulatoires, y compris les prestations dentaires (soins conservateurs, soins chirurgicaux, prothèses dentaires et orthopédie dento-faciale pour les enfants de moins de 16 ans).
- Les prestations relevant de la médecine dite douce ou alternative, comme la chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, la mésothérapie, la thalassothérapie et l'homéopathie, sont hors du champ de couverture de l'AMO. En cas de soins dispensés à l'étranger, le remboursement des frais

engagés est possible si l'assuré ou l'une des personnes à sa charge tombe subitement malade lors d'un séjour hors du pays. Le remboursement est effectué dans ce cas sur la base du tarif national de référence appliqué au Maroc. Il en est de même si l'assuré ne peut recevoir les soins appropriés à son état au Maroc. La prise en charge lui est accordée dans un établissement de soins étranger.

Le taux de remboursement

Le taux de remboursement s'établit à 70 % de la Tarification nationale de référence. Pour les maladies graves ou invalidantes, ce taux varie entre 77% et 100%.

Le taux de prise en charge atteint 90 % à 100 % pour les maladies nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, quand les soins sont dispensés dans les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'État. Si, par contre, ils sont assurés par des structures privées, ce taux varie entre 77% et 100%. ●

Hassan Boubrik

« Nous ferons tout pour être au rendez-vous »

Dans cet entretien, le directeur général de la CNSS Hassan Boubrik explique comment la généralisation de la couverture maladie aux travailleurs non-salariés a induit une grande transformation de la Caisse aussi bien en termes de systèmes d'information que de ressources humaines.

Propos recueillis par Jamil Manar

Le Canard Libéré : Dans quelles conditions se déroule l'opération de généralisation de l'AMO pour les travailleurs non-salariés et les ramedistes ? Le délai fixé à fin 2022 du bouclage du processus d'immatriculation de ces catégories sera-t-il respecté ?

Hassan Boubrik : Depuis le lancement de ce chantier Royal, nous travaillons d'arrache-pied et en étroite coordination avec les différents départements ministériels afin d'atteindre les objectifs dans les délais fixés. L'opération a connu une véritable accélération depuis décembre dernier, avec la publication de plusieurs décrets concernant différentes catégories de TNS. Aujourd'hui la quasi-totalité des décrets a été publiée et nous avons d'ores et déjà immatriculé plus de 2 millions de TNS, dont 900 000 agriculteurs. Les estimations initiales faisaient état d'un total de 3,5 millions de travailleurs TNS. C'est un chiffre très important et l'intégration de toute cette population demande beaucoup d'efforts de la part de l'ensemble des parties prenantes. Nous ferons tout pour être au rendez-vous.

S'agissant des Ramedistes, leur nombre s'élève à 4 millions de personnes si on compte uniquement les assurés principaux et à 11 millions si on prend en considération également les ayants droit. Leur intégration se fera après celle des TNS et après l'adoption des amendements nécessaires à la loi 65-00 relative à l'AMO. Nous travaillons sur les aspects techniques et opérationnels de cette intégration pour être prêts et boucler la généralisation de l'AMO, conformément au calendrier fixé par la loi-cadre.

Le chantier de la généralisation de la protection sociale lancé par le souverain fait passer le nombre d'assurés de la CNSS de 3,5 millions à 11 millions de Marocains. Comment la CNSS s'est-elle organisée pour gérer ce surplus d'activité en termes d'organisation générale et de charge de travail pour le traitement des dossiers ?

La CNSS a été appelée à jouer un rôle central dans ce grand chantier, ayant été désignée pour gérer le régime de couverture maladie des travailleurs non-salariés et des populations vulnérables. En 22 mois seulement, l'activité de la caisse devrait connaître une progression sans précédent. Le nombre d'assurés qui doit passer de 3,5 à 11 millions. En comptant les ayants droits, les bénéficiaires passeraient de 7 à 29 millions. Le nombre de dossiers traités évoluerait de 20 000 à près de 90 000 dossiers par jour. Tout ceci implique une transformation de taille de notre établissement.



Hassan Boubrik, directeur général de la CNSS.

Cette transformation a commencé par les systèmes d'information. Ils ont été adaptés pour prendre en charge une population totalement différente des salariés aussi bien en matière d'adhésion de déclaration ou de recouvrement des cotisations. Ces systèmes ont été significativement améliorés pour s'assurer de leur robustesse, de leur performance, de leur sécurité et de leur capacité à traiter un flux de données et de transactions beaucoup plus important que ce qui se fait actuellement.

Nous avons renforcé nos capacités par le recrutement de nouvelles ressources humaines. Nous avons également augmenté la taille de notre réseau et établi plusieurs partenariats avec les réseaux de proximité. Grâce à ces partenariats, des milliers de points de contact ont été mis à la disposition de nos assurés pour le dépôt des dossiers de remboursement et pour assurer d'autres services.

Par ailleurs, nous avons adapté notre organisation en renforçant les structures en charge de la relation clientèle et de la qualité de service, ainsi que celles en charge des prestations, notamment le pôle AMO. Enfin, un accent particulier a été mis sur la transformation digitale de la Caisse.

La CNSS, basée sur un régime solidaire, a-t-elle les moyens au-delà de la branche maladie de financer dans des conditions optimales les dépenses sociales de l'ensemble de la population couverte ?

La CNSS gère des régimes de protection sociale contributifs. L'équilibre financier doit être assuré entre, d'une part les ressources constituées essentiellement des cotisations et des revenus des placements des réserves, et d'autre part les dépenses constituées des prestations et des charges de gestion.

Ces régimes, en particulier ceux de l'assurance maladie et des pensions, feront certainement face à des défis énormes induits par le vieillissement de la population. Notre devoir est d'anticiper bien à l'avance ces évolutions et c'est pourquoi nous procédons régulièrement à des études actuarielles pour projeter les données financières sur le moyen et long terme. Ainsi et dans le cas où ces projections indiqueraient un déficit probable, les réformes nécessaires pourraient être prises suffisamment à temps. ●

AMO : Ce qu'ils en pensent

Jilani Nahli

Commerçant dans le secteur de la boucherie et acteur associatif

Le chantier de la généralisation de la protection sociale est une bonne idée en soi. J'ai déjà commencé le paiement de mes cotisations et ma charge annuelle peut atteindre jusqu'à 4 000 DH. Toutefois j'ai constaté que le niveau des remboursements reste en dessous de mes attentes, avis partagé par plusieurs professionnels dans la même situation que moi. J'ai fait l'expérience avec un dossier d'analyses d'un montant de 900 DH. Le montant de remboursement n'a pas dépassé les 250 DH, ce qui est vraiment dérisoire. On veut un taux de prise en charge des frais de santé du même niveau que la CNOPS. Toutefois, l'effort fourni au niveau de la sensibilisation a permis aux travailleurs indépendants de comprendre l'importance de la protection sociale. Dans mon cas, et vu que je paie un montant important annuellement, je préfère souscrire une assurance privée. Elle coûtera certainement beaucoup plus cher que ce que je cotise actuellement mais elle me permettra de percevoir un remboursement d'environ 80 % sur mes dossiers de maladie..



Ali Benali

Travailleur indépendant

En tant qu'ancien employé, j'ai été déclaré à la CNSS. Mais une fois que je me suis installé pour mon propre compte, j'ai perdu l'accès aux prestations sociales.

La généralisation de la protection sociale à toute la population m'a permis d'adhérer de nouveau à la CNSS en tant qu'indépendant et je paie mes cotisations depuis 5 mois déjà. Toutefois, j'ai constaté plusieurs lacunes dans la mise en œuvre de ce chantier. Je peux vous donner l'exemple des cotisations qui sont fixées à 135 DH pour notre catégorie. Cette cotisation grimpe rapidement à 150 DH, voire à 160 dans certains cas pour les versements effectués chez les partenaires de la CNSS. Ces prestataires touchent une commission allant de 15 à 30 DH pour chaque paiement. Une somme que je trouve assez élevée surtout pour des travailleurs dont les conditions sont difficiles. J'ai été également surpris d'avoir été immatriculé à la CNSS sans que j'en sois informé au préalable. J'ai alors reçu un message m'informant que je suis redevable à la CNSS de trois mois de cotisations alors que l'adhésion s'est faite en quelque sorte à mon insu. A part ces remarques, je pense que l'AMO est globalement satisfaisant et les travailleurs en sont demandeurs car les frais médicaux sont considérables et pèsent lourd dans les budgets des familles.

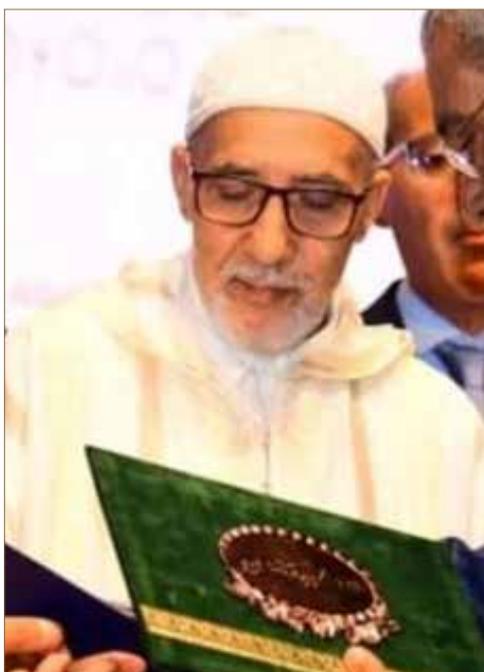


Driss Mouden

Commerçant dans le textile

Je suis le premier Marocain à bénéficier de la généralisation de la protection sociale. J'ai été reçu par le ministre de la Santé et de la Protection sociale et j'ai reçu ma carte de l'AMO en tant que premier bénéficiaire de cette opération avec ma femme. Je suis globalement satisfait du rendement de cette couverture. Les réponses aux dossiers de maladie se font dans un délai que je trouve raisonnable allant entre 15 et 20 jours. J'ai aussi subi une opération chirurgicale dernièrement et j'ai été pris en charge conformément à ce qui est prévu par l'AMO.

En tant qu'assuré AMO, j'appelle mes collègues commerçants et tous les travailleurs indépendants à adhérer à l'AMO. On ne mesure l'importance et la valeur d'être couvert qu'une fois frappé par la maladie.



Meriem Idhsein

Artisane à Kenitra

En tant que travailleuse dans le secteur de l'artisanat depuis plus de 30 ans, je trouve que le chantier de la généralisation de la protection sociale est une initiative louable qui vient répondre à une immense attente. Considéré comme le deuxième employeur du pays après l'agriculture, le secteur de l'artisanat emploie des centaines de milliers de personnes qui ne bénéficiaient jusqu'ici d'aucune assurance maladie. Toutefois, la mise en place de l'AMO pour les artisans s'est accompagnée de certains petits problèmes liés au fait que le recensement des artisans et leur immatriculation sur les registres de la CNSS s'est fait directement à travers le registre national de l'artisanat qui regroupe tous les travailleurs du secteur. Ce n'est pas la bonne approche à adopter car celle-ci a pu provoquer une double immatriculation du fait de l'adhésion déjà effective d'un



des conjoints à l'une des caisses de protection sociale. Je connais des artisanes qui ont préféré se faire radier du registre national de l'artisanat de peur de ne plus bénéficier des prestations de la mutuelle qui est plus avantageuse de leurs maris fonctionnaires. ●

Le groupe Akdital se dote d'une Fondation

Émanation du groupe de santé privé éponyme, la Fondation AKDITAL est née. Après avoir obtenu les autorisations nécessaires des pouvoirs publics, cette structure va pouvoir s'atteler à sa mission précisée dans un communiqué rendu public mardi 5 juillet : « assister et accompagner les personnes vulnérables bénéficiant valablement du Ramed » et qui sont en incapacité financière de régler leurs frais de soins. L'examen des dossiers des patients démunis est dévolu à une Commission composée de médecins siégeant au Conseil d'Administration. Cette Commission statue en fonction d'un certain nombre de paramètres comme l'urgence médicale, la lourdeur de la pathologie, l'âge du patient et la réversibilité du cas mais également en fonction des capacités financières et des ressources budgétaires dont dispose la Fondation.

Les patients dont le dossier médical aura été retenu par une commission dédiée pourront alors se faire soigner à titre gracieux dans les établissements de santé du groupe AKDITAL. Les prises en charge accordées concernent la chirurgie cardiaque, les pathologies cancéreuses et la chirurgie de la cataracte.

Présidee par le docteur Fatima Akdim, médecin spécialiste en radiodiagnostic et imagerie médicale et militante dynamique dans le tissu associatif, la Fondation, qui a d'ores et déjà noué des partenariats avec plusieurs associations, est dirigée par un conseil d'administration comprenant 13 membres élus par l'assemblée générale pour un mandat de



AKDITAL
FONDATION

7 ans. Les associations présentant des dossiers de malades éligibles et préalablement sélectionnés par leurs soins, sont appelés à prendre en charge les dépenses en matière de consommables, pharmacie et autres prestations de laboratoire et de radiologie lorsque le cas médical est agréé par la commission.

Leader de la santé privée au Maroc, le Groupe AKDITAL fait de l'accessibilité aux soins une priorité dans sa mission. Le groupe AKDITAL se fixe comme objec-

ectif de développer à travers le Maroc un réseau d'établissements de santé dispensant des soins de qualité et une prise en charge globale aux standards internationaux.

Le Groupe compte actuellement un réseau de 9 établissements de santé multidisciplinaires et spécialisés : A Casablanca la Clinique Jerada à (Oasis), la Clinique Ain Borja, le Centre International d'Oncologie (Oasis), la Clinique Longchamps, l'Hôpital Privé Ain Sebaa, la Clinique Da Vinci, la Clinique Atfal. A El Jadida la Holding AKTIDAL compte l'Hôpital Privé et le Centre International d'Oncologie.

D'ici à fin 2022, 5 nouvelles infrastructures de santé (Agadir, Casa-Sidi Maarouf, Safi, Casa-Bouskoura, Salé) seront opérationnelles, ce qui fera passer la capacité litière du Groupe à 1.500 lits.

Six nouvelles unités en cours d'achèvement porteront le parc d'infrastructures de santé opérées par le Groupe à 20 établissements de haut niveau à travers le territoire national à l'horizon 2023. ●

Les futurs médecins tirent la sonnette d'alarme

Le grand malaise

Un groupe d'étudiants en médecine ont organisé mardi 5 juillet un sit-in aux abords du parlement pour attirer l'attention des responsables sur la dégradation de leur formation.

La formation en médecine, en médecine dentaire et en pharmacie dans les facultés publiques accuse de nombreux déficits. La volonté des pouvoirs publics d'augmenter le nombre de médecins pour se rapprocher des normes internationales, soit 15,3 médecins pour 10 000 habitants (au lieu des 7,3% pour 10 000 habitants actuellement), se heurte à l'absence d'une infrastructure hospitalo-universitaire où les futurs médecins peuvent se faire encadrer dans des conditions convenables par des professeurs expérimentés au cours de leurs stages de formation sur site. De même, la majorité des étudiants restent financièrement dépendants de leur famille faute de bourses et indemnités conséquentes. Dans cet état des lieux peu reluisants, les conditions qui sont réunies sont celles de l'exaspération propre à pousser ces étudiants à envisager un départ à l'étranger après l'obtention de leur diplôme.

Insuffisance de structures permettant de réaliser des stages et des formations pratiques

Les étudiants en médecine, en médecine dentaire et en pharmacie dénoncent depuis longtemps le surpeuplement des facultés, le manque de moyens matériels et financiers, le faible taux d'encadrement et l'insuffisance de sites pour effectuer stages et formations sur le terrain. La situation est telle que les premières promotions issues des facultés de médecine de Tanger et d'Agadir risquent de finir leur cursus sans avoir effectué le

moindre stage dans un hôpital universitaire en raison du retard pris dans la construction des CHU de ces deux villes. Ce qui a poussé la Commission nationale des étudiants en médecine (CNEM), à boycotter, mardi 5 juillet, les stages, les gardes et cours de Travaux pratiques (TP) et Travaux dirigés (TD), et à organiser le même jour un sit-in devant le Parlement. Pour la CNEM, qui milite ardemment contre l'intégration dans le circuit universitaire national des étudiants en médecine marocains d'Ukraine, le choix d'augmenter les effectifs de médecins ne peut se faire au détriment de la qualité de la formation.

Selon une étude récente réalisée par le CNEM, la majorité des étudiants en médecine dépendent financièrement de leurs familles. Une enquête qui révèle aussi que les apprenants en dentaire et en pharmacie ne bénéficient d'aucune bourse ou aide systématique pouvant leur permettre de couvrir une partie de leurs frais d'études. Seuls 18% (un échantillon de 5.000 étudiants sondés) perçoivent la bourse « Minhaty ». Quant aux deux autres bourses disponibles, destinées aux enfants des adhérents des Fondations Mohammed VI pour les œuvres sociales des enseignants et Hassan II pour la santé, 16% d'entre eux bénéficient d'une bourse accordée par la première Fondation et 4% par la seconde. S'agissant des étudiants externes de 3ème année, ils sont rétribués 630 DH par mois pour leurs activités hospi-

talières et ambulatoires, soit 21 dirhams par jour ! La dèche. Dur, dur la vie des futurs médecins...

La rémunération pour les missions autorisées par le ministère de la Santé au profit des étudiants de la septième année de médecine et qui a été élargie au profit des étudiants de la sixième année de médecine dentaire et de pharmacie est passée, quant à elle, de 1500 à 2000 DH par mois. Au mal-être de l'hôpital répond le malaise des futurs médecins. C'est grave docteur ? ●



Généralisation de la couverture médicale

Des défis et des handicaps

Dans cet entretien, Saâd Taoujni, du haut de son expertise reconnue dans le domaine de santé, aborde les enjeux de la généralisation de l'assurance maladie et les obstacles susceptibles de se dresser devant la mise en point d'une offre de soins de qualité.*

Propos recueillis par Jamil Manar

Le Canard Libéré : Le ministre délégué au Budget Fouzi Lekjaa a annoncé récemment la fin du RAMED et l'accès des démunis aux mêmes droits que les salariés et les fonctionnaires. Qu'en pensez-vous ?

Saâd Taoujni : Les chiffres avancés le 26 mai 2022 sont impressionnants et contradictoires : sur une population de 35 millions d'habitants d'après Fouzi Lekjaa (Selon le Fonds des Nations Unies pour la Population, la population marocaine compte 37,7 millions d'âmes), dont les 2/3 vivent dans la précarité, soit entre 23 et 25 millions de personnes. Cependant, selon le ministre délégué, les démunis seraient toujours 11 millions. Ce chiffre est resté invariable depuis plus d'une décennie ! Or, les dégâts des deux grandes crises récentes, essentiellement le covid et le taux élevé d'inflation provoqué par la guerre en Ukraine, sur les populations en situation de précarité et de pauvreté sont colossaux. L'impact sur leur revenu déjà maigre doit être considérable. Les données officielles avancées sont reprises dans tous les discours tandis que les cartes du RAMED ne sont plus délivrées et que le Registre Social Unifié n'a toujours pas vu le jour malgré les recommandations de la Banque Mondiale depuis 2014.

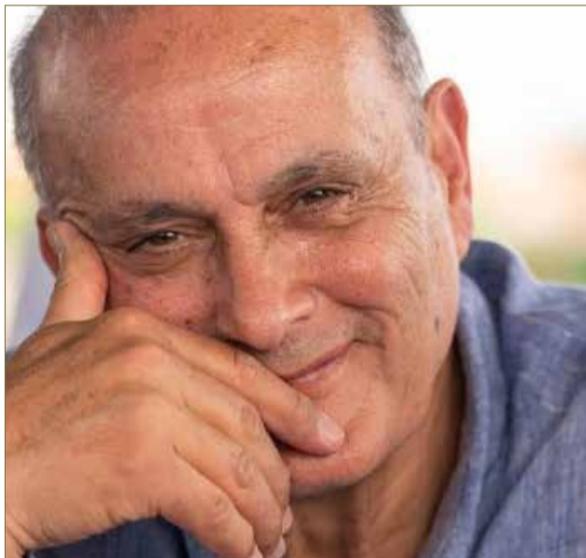
Donc, selon vous, les chiffres livrés par M. Lekjaa sont en-deçà de la réalité ?

Affirmer que les démunis bénéficieront des mêmes droits et prestations que les salariés interpelle à plus d'un titre, quand les rapports officiels signalent que quatre salariés sur cinq ne déposent aucun dossier de remboursement à la CNSS, les soins externes n'étant pas pris en charge et nécessitant le paiement direct et la présentation avant deux mois du dossier de remboursement. D'autre part, les salariés cotisent plus que les fonctionnaires et sont moins bien remboursés alors qu'ils sont régis par la même loi. Le restant à payer pour les deux catégories dépasse les 50% des frais réellement engagés. Par ailleurs, les démunis n'étant pas bancarisés, comment pourraient-ils être admis dans les cliniques privées, (concentrées dans 4 grandes régions) sans présenter un chèque de garantie et attendre la délivrance de la prise en charge définitive ? Sans oublier que parfois elle est refusée ou acceptée partiellement par la CNSS.

Qu'en est-il du problème de la tarification ?

Le problème de la tarification pour un nombre limité d'actes est posé dans les mêmes termes depuis 2009. Pourtant certains actes et produits pharmaceutiques sont plus chers au Maroc que dans des pays européens. Le ministre du Budget a par ailleurs annoncé que l'enveloppe consacrée au RAMED s'élève à 9 milliards de DH, chiffre repris depuis la présentation de la Loi-Cadre sur la réforme de la protection sociale en mars 2021, alors que les budgets 2021 et 2022 n'ont accordé que 4,2 milliards de DH par an au RAMED. Le montant des allocations familiales (14,5 MMDH) débloqués au profit de 7 millions d'enfants est supérieur à celui de 22 millions de ramédistes et de travailleurs non-salariés. Si ces deux catégories sont constituées chacune de 11 millions de bénéficiaires, est-ce que cela signifie que le nombre des travailleurs salariés est de 14,6 millions (Base HCP : 36,6 millions d'habitants en juin 2022), soit 40%, tandis qu'ils n'étaient que 31% en 2016 ? La protection de plusieurs catégories comme les Aides familiales et les chômeurs, est encore occultée. Les chiffres contradictoires concernant la population et le financement sont déroutants.

Selon les chiffres officiels, la couverture des indépendants et des travailleurs non-salariés (TNS) a atteint 8 millions de bénéficiaires. Qu'en est-il réellement ?



Saâd Taoujni*.

M. Lakjaa affirmé que 22 décrets fixant le revenu forfaitaire mensuel de cette catégorie ont été signés et publiés et que 70 % de l'objectif a été atteint. Or, la réalité est tout autre : 2 millions de TNS ont été déclarés par les organismes de liaison et non pas assurés et réglés leurs cotisations. D'ailleurs, le chef de gouvernement a affirmé que seuls 10% d'entre eux ont payé leurs adhésions.

Ne pensez-vous pas que la généralisation de l'AMO risque d'être handicapée par la pénurie du personnel soignant qui frappe le Maroc du fait du départ d'un nombre croissant de praticiens vers l'étranger ?

Effectivement, la généralisation de la couverture médicale (AMO) et l'augmentation potentielle de la demande risquent de se heurter fortement à l'absence d'une offre de soins conséquente due principalement à un manque inédit et grave de ressources humaines sanitaires (RHS) qui sont au demeurant très mal réparties entre les régions et les provinces. La carence en personnel soignant n'épargne pas non plus le secteur privé, appelé à pallier les insuffisances endémiques de l'État dans le domaine de la santé. Savez-vous que des provinces entières du Maroc profond n'ont pas de réanimateurs, de psychiatres, de gynécologues, de traumatologues, etc. alors que l'OMS a alerté dès 2006 les pouvoirs publics sur un manque aigu de RHS. Le Maroc s'est engagé alors à former 3300 médecins par an. Mais au final, il n'en a formé que 1500 dont un tiers préfèrent s'expatrier.

Récemment, ce manque a été qualifié pudiquement de chronique, en réalité la situation est beaucoup plus dramatique et alarmante. Le manque de candidats aux concours de résidanats et d'internat en médecine conjugué à la rareté des candidats aux postes de médecins généralistes à pourvoir devraient donner des insomnies aux responsables du secteur. De même, les médecins étrangers, pour lesquels la loi adoptée en juillet 2021 a ouvert l'exercice de la profession au Maroc, ne se bousculent pas à la porte (moins de 50 candidats jusqu'à ce jour). Les raisons de cette absence d'engouement résident dans le fait que la demande de RHS est mondialisée et que le Maroc ne jouit pas de beaucoup d'atouts pour rivaliser avec des pays offrant de bien meilleures conditions en termes de revenus, de confort de vie et de formation (Rappelons que les médecins marocains se sont plaints à maintes reprises de la qualité de la formation reçue dans leur pays).

Pensez-vous que les maux de la santé publique au Maroc proviennent d'une insuffisance des moyens alloués ?

Les pouvoirs publics parlent d'un budget d'investissement de 7 mil-

liards de DH pour 2022, alors que le budget de fonctionnement et surtout la masse salariale ne varient pas suffisamment pour régler le problème de la faible rémunération offerte aux RHS du public qui souffrent d'une absence de motivation alors que leurs conditions de travail sont pour le moins difficiles. Le nouveau modèle de développement manque d'ambition en la matière, il n'a prévu que 45 professionnels de santé pour 10 000 habitants en 2035, contre 15 actuellement. The Lancet estime en 2022 le besoin à 108,9. Le Maroc aurait besoin de 150 000 à 200 000 professionnels de la santé mais l'État ne réserve chaque année que 5500 postes budgétaires.

Le Maroc sera-t-il prêt à la généralisation de l'AMO d'ici fin 2022 ?

Étant donné les difficultés évoquées ci-dessus et la conjoncture géopolitique actuelle qui accroissent les charges de la compensation, augmentent l'inflation et réduisent le taux de croissance ainsi que les effets de la crise sanitaire qui perdurent, il serait très difficile d'affirmer la généralisation de l'AMO sera effective dans un délai de 6 mois. En tout cas, la question est posée alors même que l'on continue à affirmer le contraire de manière quasi unanime. ●

Saâd Taoujni, un parcours au service de la santé

- Consultant en politique et management de la santé et de la protection sociale. 37 ans d'expérience dont 30 ans à la CNSS ;
- Enseignant associé à l'Université Mohamed VI Polytechnique de Benguerir et Sciences Po Paris 2017/2018 et à la Faculté des Lettres de Ben M'sik de Casa-blanca depuis 2017 ;
- Consultant et auteur de plusieurs études des systèmes de santé en Afrique Subsaharienne pour le compte de la Fondation Mohammed VI de Développement Durable présidée par Mostafa Terrab (OCP) ;
- Réalisation d'études stratégiques des unités médicales: études juridique et institutionnelle, (Partenariat Public Privé, gestion déléguée,...) ;
- * Élaboration de la stratégie médicale, business plan, budgets, plan d'action, système d'information, tarification médicale, responsabilité médicale, ... ;
- Conférencier et modérateur de panels sur les politiques publiques ;
- Membre de la Fédération des Ligues des Droits des Femmes ;
- Membre de Transparency-Maroc ;
- Membre de l'Institut Marocain des Relations Internationales (IMRI) ;
- Diplômé en sciences politiques, en droit public (administration et gestion des entreprises publiques) Grenoble 1979 et en droit international du développement à l'Université de Paris V en 1981 ;
- Doctorant de 1981 à 1986 à Paris V. Administration agricole et développement rural au Maroc ;
- Auteur de plusieurs articles portant sur le droit et l'économie de la santé, et la généralisation de la protection sociale. ●



الضمان الإجتماعي
+الطبيقي+ +العلمي+
CNSP
ملتزمون بحمايتكم

كولشي كاي تسنى،
إلا الصحة ماكتسناش،
هادشي علاش درت 'AMO

عبد السلام بنيس
صيدلي

تسجيل على
macnss.ma
أو فمكاتب القرب المعتمدة



التسجيل ف 'AMO إجباري

Adéquation offre et demande de soins

Pour un partenariat public-privé revisité

Les défis qui attendent le système de santé national sont liés au financement de la santé certes mais surtout à l'adéquation besoin-demande-offre et à une gouvernance efficiente où le PPP pourrait jouer un rôle de premier plan.

Pr. Jaâfar Heikel *

L'adéquation entre besoin, demande et offre devrait être optimale mais ce n'est pas le cas car ce triumvirat est débalancé avec plus ou moins d'acuité selon les régions. Depuis la mise en place de l'AMO et particulièrement sa composante RAMED, l'État n'a pas réussi à adapter l'offre à la nouvelle demande de soins. Une des raisons à cela réside dans la non compréhension (ou analyse opérationnelle) du parcours de soins du patient marocain (parcours de soins « stochastique »). Les modélisations mathématiques et la réalité

est-elle par essence une responsabilité strictement étatique ? Je ne le pense pas et je reste persuadé qu'avec un canevas et des besoins définis, des gardes fous et des contrôles a posteriori nous pourrions faire mieux. Évidemment, il y a d'autres déterminants de l'atteinte des objectifs santé qui sont essentiellement sociaux et économiques dont le rôle est décisif dans l'utilisation des services de santé. La capacité de paiement des ménages, ce qu'on appelle le « out of Pocket », détermine l'utilisation des services de santé de façon importante mais pas uniquement. La preuve en est que les principaux clients des cliniques privées sont les personnes possédant l'AMO et non pas une assurance privée. Par ailleurs 26% de « Ramedistes » (qui deviendront des « AMOISTES »), c'est-à-dire les populations les plus vulnérables, utilisent quand même les services d'une clinique privée alors qu'ils n'en ont pas les moyens, ce qui les pousse vers l'emprunt familial ou l'endettement. En fait, on s'est rendu compte qu'au niveau des différents territoires ou régions il y a des effets paradoxaux de la couverture sanitaire universelle qui est fondamentale pour notre pays. Les plus pauvres utilisent les services de santé publique et appauvrissent les hôpitaux non préparés en termes de ressources pour faire face à cet afflux massif de patientèle vulnérable (75% de la patientèle des hôpitaux publics). La classe moyenne et aisée orientent dans 90% des cas les frais de santé vers le secteur privé et cela dans la majorité des régions du pays. La situation étant plus critique lorsque le secteur privé est peu développé dans les régions initialement défavorisées. Au total, les défis qui attendent le système de santé national sont liés au financement de la santé certes mais surtout à l'adéquation besoin-demande-offre et à une gouvernance efficiente où le PPP pourrait être une des réponses majeures. Il faut repenser cette couverture sanitaire universelle à la lumière d'une offre qui soit en adéquation avec les besoins et la demande mais au niveau des régions, en tenant compte des disparités considérables intra et interrégionales. Il faut également tenir compte des déterminants épidémiologiques et de la compréhension de l'utilisation des services de santé au Maroc. On ne peut pas copier le modèle français ou le modèle allemand ou le modèle canadien. Il



La qualité des soins doit être la même pour tous les Marocains...

faut créer un modèle de financement de la CSU (Couverture sanitaire universelle) où la contribution des ménages soit capée à 25% des DTS.

Mission complexe

Il faut absolument que le secteur privé soit intégré dans cette mission de service public. Une mission de service public assurée en partie par l'État mais qui peut également être assumée par le secteur privé. Sa Majesté le Roi Mohammed VI a demandé une refonte du système de santé mais pas une réforme. Cette refonte passe également par un changement de paradigme. Un des leaders de l'économie de la santé en France disait qu'il ne faut plus parler de gouvernance mais de « gouvernementalité ». Ce qui implique la nécessité de changer de gouvernance mais aussi de mentalité et ne pas voir dans le secteur privé un adversaire mais comme un partenaire dans une mission complexe et difficile à gérer par l'État seul ou le privé seul. Pour cela, il faudra avoir sans doute le courage de changer certaines choses dans la définition du rôle du ministère de la Santé qui doit rester, bien sûr, dans son rôle régalié mais sans être un prestataire de services à part entière. Dans ce cadre, il me paraît primordial de repenser l'unification des caisses d'assurance-maladie car nous avons probablement trop d'intervenants en matière de prévoyance sociale au Maroc avec une insuffisance de coordination, des prérogatives qui se chevauchent et une régulation peu optimale. Dans cette optique, la Haute autorité de la régulation intégrée de la santé (HARIS) pourrait jouer un rôle crucial si elle est bien pensée, structurée, organisée et indépendante. En conclusion, il faut aussi beaucoup de courage politique parce que changer un système de santé nécessite du

courage politique. Je suis pour que l'État reste fort dans son rôle de régulateur, de concepteur, de garant du droit à la santé qu'assure la Constitution mais avec plus d'équité sanitaire et plus d'accès aux soins. Changer de paradigme veut dire que la voie de la couverture sanitaire universelle marocaine n'est pas spécialement la voie de la couverture sanitaire en France, n'est pas la voie de la couverture sanitaire en Allemagne, ou dans d'autres pays. Cette voie qu'il faut absolument revoir dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, tenant compte des besoins locaux et des capacités socio-économiques et sanitaires de chaque région où le secteur privé, tout en étant tenu par l'obligation de résultats économiques, est mis à contribution pour une mission de service public. Le Maroc a besoin d'une couverture sanitaire universelle réelle. Mais il faut revoir sa mise en œuvre en termes d'accès total aux services de santé de qualité, efficaces et abordables économiquement. On a paupérisé les structures étatiques hospitalières, on a aggravé dans certaines situations l'insatisfaction des patients par rapport au système sanitaire et on n'a pas amélioré de façon substantielle les dépenses catastrophiques de santé des ménages. Il faut penser région, PPP, évaluation, reddition des comptes et surtout, encore une fois, il faut penser à cette adéquation besoins-demande-offre si nous voulons arriver à un système de santé efficace. Parce qu'aujourd'hui, dans le contexte marocain, malgré tous les efforts qui ont été déployés, on ne peut pas accepter que le citoyen paye autant pour sa santé. La santé est un droit fondamental. Il est vrai qu'elle a un coût. Mais elle n'a pas de prix. ●

* Professeur de Médecine et Docteur en Économie



Pr. Jaâfar Heikel

du terrain montrent que l'on explique la réalité, que dans 49% des cas, voire 50%. En fait, une bonne partie du comportement d'utilisation des services de santé n'est pas modélisable parce que il y a beaucoup de choses qui ne s'expliquent pas rationnellement. Pourquoi les indicateurs de productivité, de performance et de qualité des soins sont aussi différents entre les secteurs public et privés ? Pourquoi le partenariat public-privé qui a été expérimenté avec la dialyse, la tuberculose n'a pas été renforcé, optimisé et généralisé sur le plan organisationnel, de gouvernance ou de partage des responsabilités ? Pourquoi une médecine à plusieurs vitesses alors que nous pourrions avoir un paquet minimum de services de santé pour tous, accessibles, de qualité et évaluables ? La mission de service public

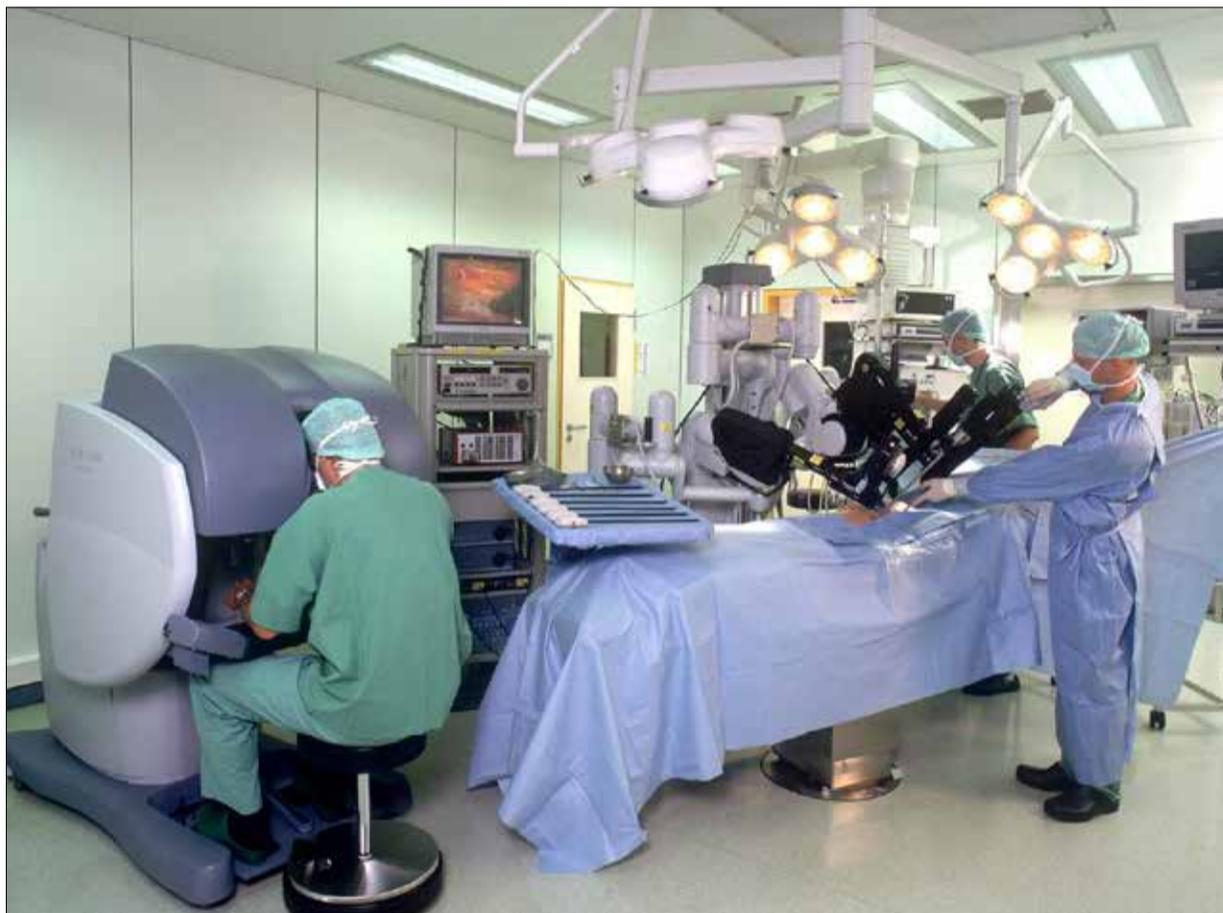
Appels d'offres en matière de santé

L'épidémie du moins-disant

Pour combattre en amont la fraude et la corruption qui sévissent dans la commande publique, il est nécessaire de faire évoluer le code des marchés publics vers la notion du mieux-disant. Explications.

Ahmed Zoubair

Le scandale qui a ébranlé le ministère de la santé dont un certain nombre de cadres avec leurs supposés complices dans le secteur biomédical ont été interpellés en mars dernier et mis sous écrou dit un certain nombre de dysfonctionnements de taille. A commencer par le code des marchés publics et sa sacro-sainte règle du moins disant qui fait attribuer le marché à l'entreprise qui propose le meilleur prix. Pour remporter la transaction, il suffit simplement de tirer les coûts au plus bas et c'est cette notion de moins disant qui favorise de manière intrinsèque fraude, corruption, surfacturations et ententes illicites, surtout lorsque l'offre est anormalement basse. Ce qui est déjà douteux. Prenons par exemple une offre cassant les prix pour la fourniture de scanners. Pour un appareil de référence identique, la fourchette des prix est évidemment énorme, l'écart étant déterminé par un certain nombre de critères, essentiellement la qualité technique de l'appareil, sa fiabilité et sa valeur ajoutée technologique. Le soumissionnaire malintentionné, de mèche avec l'acheteur public du ministère de la Santé, sera tenté de fournir des scanners de moindre qualité avec un prix sensiblement moins élevé que son concurrent qui propose, lui, des scanners performants et fiables avec garantie et maintenance à la clé. Dans cette vision du moins disant, c'est l'État qui perd sur toute la ligne, puisque les scanners bon marché ne tarderont pas à tomber en panne au bout de 6 mois ou 1 an, et donc seront jetés au rebut pour en commander d'autres (un nouvel appel d'offres doit être lancé) alors que la situation aurait été meilleure pour les finances publiques mais aussi les services de santé si le choix s'était porté dès le début sur le dispositif médical de la deuxième entreprise dont les produits ont une durée de vie beaucoup plus longue. Curieusement, les faiseurs des appels à la concurrence de la santé n'ont pas fait de la maintenance technique du matériel, qui est une prestation fondamentale, un



Les appels d'offres de la santé, une opacité chronique...

critère d'attribution des marchés, mais préféré la sous-traiter à d'autres sociétés... Autrement dit, le vendeur de l'appareil n'est pas celui qui en assure le suivi et l'entretien. Cherchez l'entourloupe !

Dérives

Moralité : le code des marchés publics, tel qu'il est dévoyé, est profitable surtout aux enseignes qui produisent, avec la complicité des acheteurs publics, non pas une offre digne de ce nom mais juste des bas prix bas pour des prestations à la qualité souvent médiocre. Dans l'objectif inavoué de siphonner l'argent public en usant de diverses pratiques malhonnêtes.

Ce sont ces dernières que s'est vue reprocher la trentaine de cadres, ingénieurs et employés des services centraux et régionaux du département de la Santé, ainsi que la brochette de chefs d'entreprise du biomédical, interpellés récemment. Agissant en bande organisée, les mis en cause, accusés d'avoir détourné l'argent public à des fins d'enrichissement illicite, n'ont fait que s'introduire dans la brèche des dérives permises par la notion du moins disant telle qu'elle peut être appliquée.

Seule solution pour combattre en amont ce qui res-

semble à une véritable épidémie de fraude qui ronge la commande publique en général ? Faire évoluer la passation des marchés publics vers la notion du mieux-disant, fondée sur la technique de pondération des critères de prix et de valeur technique. Savez-vous que le ministère de la Santé a affaire à quelque 2.000 entreprises spécialisées dans l'importation des dispositifs médicaux ? C'est un chiffre excessif pour un pays de 35 millions d'habitants. Cela veut dire que la commande publique en matière de santé manque de cohérence et ressemble plutôt à un grand bazar. Dans le lot, on trouve de tout, les représentants des géants mondiaux du secteur, des opportunistes de l'importation sans expertise reconnue ni personnel compétent ou de simples enseignes dépourvues de la moindre référence technique, spécialisées juste dans l'achat et la revente. Ces 2.000 sociétés d'inégale valeur se disputent un gâteau d'environ 3 milliards de DH. Pour mettre de l'ordre dans ce foutoir et introduire une bonne dose de transparence dans les appels d'offres, le bon sens gestionnaire commanderait une autre démarche : recourir à des achats groupés du matériel pour l'ensemble des structures de soins publiques en mettant en concurrence les professionnels du biomédical qui ont pignon sur rue. ●

Le diagnostic de Redouane Semlali

Le président de l'Association nationale des cliniques privées (ANCP), Redouane Semlali, explique dans cet entretien les préalables d'une relation de confiance entre les patients et les cliniciens tout en abordant les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la qualité de l'offre de soins.

Propos recueillis par Saliha Toumi

Le Canard Libéré : Comment les cliniciens nationaux ont-ils accueilli la décision royale de généraliser l'AMO à l'ensemble de la population ?

Redouane Semlali : Nous pensons que la décision royale est d'abord une chance pour le citoyen marocain qui a le droit comme tout citoyen respecté par son pays d'avoir une assurance et une couverture médicale digne de ce nom. Bien entendu, les cliniciens sont heureux d'apprendre cette nouvelle parce que la généralisation de l'AMO permettra à beaucoup de patients d'accéder aux soins en réglant certains problèmes d'ordre financier qui des fois rendent difficile la relation médecin-malade. En somme, ça mettra les praticiens dans une position plus confortable. Ceci dit, bien sûr, il y a des points qui restent à éclaircir et sur lesquels on pourrait revenir.

Qui dit généralisation de l'assurance maladie dit possibilité pour les malades quelle que soit leur situation financière d'aller se soigner dans les hôpitaux ou les cliniques. Un patient démuné et non bancarisé qui se présente dans une clinique avec une assurance basique pour une opération urgente sera-t-il pris en charge ?

A travers le monde, il existe un système d'assurance maladie universelle où le restant à charge (RAC) pour le patient est pratiquement nul. En France, quand le patient possède une carte Vitale, il accède gratuitement à la presque totalité des soins et ne paie de sa poche que les soins dispensés par des médecins qui prennent des suppléments d'honoraires ou qui ne sont pas conventionnés. Ceci étant dit, il est vrai, qu'il existe des patients qui sont en incapacité de s'acquitter du montant restant à charge qui n'est pas uniquement dû à des suppléments d'honoraires mais à certains traitements qui ne se sont pas remboursables et qui ne figurent pas dans le panier des soins. Il s'agit par exemple d'actes en relation avec certaines nouvelles technologies ou certaines nouvelles acquisitions thérapeutiques. En somme, le système assurantiel parfait n'existe pas. Je pense que nous devons apprendre, nous investisseurs et praticiens, à opter pour des investissements adaptés à notre contexte social et à la volonté de l'équilibre financier de l'assurance-maladie. Chez les Américains cela s'appelle « le minimum requis ». Il va falloir donc que dans nos standards thérapeutiques que l'on mette en place un minimum requis qui permettra, sans recourir à des frais superflus pouvant devenir un obstacle à l'accès aux soins pour les patients indigents, de les soigner sans diminuer leurs chances de guérison.

Les cliniques sont souvent pointées du doigt par la population pour les raisons que vous connaissez. Ces critiques procèdent sans doute d'une méconnaissance de la réalité des cliniques qui agissent dans une logique d'entreprise commandée par les impératifs de rentabilité, compte tenu de l'importance des investissements engagés. Quelles sont les contraintes et les difficultés rencontrées en tant qu'investisseurs et comment sinon les faire supprimer du moins en atténuer le poids ?

Certes, on ne peut pas nier l'existence de pratiques inacceptables dans certaines cliniques. L'association nationale des cliniques privées (ANCP) que j'ai l'honneur de présider les condamne fermement. Fort heureusement, il s'agit d'une minorité. Dans la vision et les objectifs de notre association figure une charte éthique qui conditionne l'intégration de notre communauté. S'agissant de la perception des cliniques par la population, nous n'en sommes pas entièrement responsables aujourd'hui. Sincèrement, comment vou-



Redouane Semlali, président de l'Association nationale des cliniques privées (ANCP).

lez-vous être accepté par une communauté de patients quand seulement trois malades sur 10 bénéficient d'une couverture médicale? Comment voulez-vous être apprécié par la population alors que la tarification nationale de référence (TNR) est qualitativement et quantitativement insuffisante ? Le panier de soins mis en 2006 n'a pas changé, des soins qui ne sont pas dans l'arsenal thérapeutique y figurent alors que nombre de stratégies de traitement n'y figurent pas bien qu'elles soient indispensables pour le malade ! La vérité vraie est que le panier de soins toujours en vigueur est devenu insuffisant. La TNR de l'assurance-maladie devait normalement être révisée 3 ans plus tard. Ce qui n'a pas été fait jusqu'à aujourd'hui malgré nos multiples revendications.

Cela dit, le restant à charge du patient avoisine les 60 %, et sincèrement je serais mécontent lorsque je vais dans un établissement de santé et que je paye 60 % des frais alors que je suis censé être pris en charge à hauteur de 80 % ou 90 %. C'est ce qui crée parfois des situations conflictuelles.

Quelles sont de votre point de vue les préalables ou les prérequis pour que les cliniciens exercent leur noble mission dans la sérénité loin de toute pression susceptible de s'exercer au détriment de la première vocation d'un centre de soins qui est de soigner d'abord les malades sans essayer de savoir sur le moment s'ils sont solvables ou non ?

Les cliniques soignent dans l'urgence les patients sans se soucier de leur solvabilité. Nous mettons au défi quiconque de prouver qu'un malade est décédé ou qu'une femme a accouché devant la porte d'une clinique.

Aujourd'hui, sur ce point-là, nous assumons nos responsabilités. En dehors de ce climat de tensions, pour régler ces relations d'argent entre soignant et soigné, je pense primo que nous avons besoin d'une assurance maladie universelle pour tous les Marocains, qualitativement, quantitativement et raisonnablement acceptable. Deuxio, il faut favoriser une fluidité et une célérité dans les flux administratifs que nous avons avec le gestionnaire de santé ; parce que des fois tout n'est pas clair. Des dossiers qui parfois mettent plus d'un mois pour que la réponse revienne et des dossiers lourds de réanimation et de soins très coûteux qui mettent plus du temps qu'il ne faut pour être finalisés. Pour nous, cliniciens, la fluidité à ce niveau-là est importante et une dématérialisation des processus administratifs peut contribuer à une célérité dans l'obtention des réponses à nos demandes de prise en charge. De même, pour lever

ces blocages, il faudrait mettre en place un secteur 2 [accord entre les médecins conventionnés et l'assurance maladie autorisant des dépassements d'honoraires encadrés : NDLR] qui permette à certains médecins de percevoir des suppléments d'honoraires pour des raisons diverses, liées au fait qu'ils disposent de techniques particulières ou de compétences au-dessus de la normale, ce qui représente une pratique parfaitement légale sous d'autres cieux.

Bien entendu, cela relève du choix du patient et ces suppléments doivent être limités dans leurs pourcentages pour qu'ils soient perçus avec tact et mesure.

Je suis convaincu que si on met en place toutes ces mesures, une très grande partie des conflits liés à la solvabilité des patients vis-à-vis des cliniques pourra être réglée.

Les médecins dans toute leur diversité méritent le respect et la considération de tous. Ce qui ne se vérifie pas toujours. Quel levier actionner pour normaliser les relations entre les praticiens et la population ?

Dans toutes les professions, il existe des brebis galeuses et notre métier ne fait pas exception. La relation entre le médecin et le patient doit être régie dans le cadre de l'éthique et d'un code de déontologie actualisé. Celui-ci existe déjà mais l'application de ses dispositions demeure problématique.

Le Conseil national de l'ordre des médecins et ses conseils régionaux doivent aujourd'hui activer l'application stricte de ce code de déontologie. Comme je l'avais dit, les principales causes du discours critique des médecins proviennent des honoraires dont notre code éthique stipule qu'ils doivent être demandés avec tact et mesure. Les suppléments d'honoraires sont fixés dans le cadre d'une entente entre le médecin et le patient mais il faut qu'ils soient encadrés par la loi. L'idée d'un secteur 2 qui plafonne ces suppléments d'honoraires est une idée que nous avons proposée aux gestionnaires de la santé mais qui n'a pas recueilli leur approbation. Par ailleurs, la médecine moderne exige aujourd'hui un certain niveau d'expertise et de performance et il est de notre responsabilité d'offrir aux Marocains une médecine compétitive comparable à celle des pays développés. Celle-ci exige évidemment une mise à niveau permanente des ressources humaines de la santé qui ne doivent s'ouvrir sur des formations post-universitaires. Une médecine de qualité adaptée à son époque, tournée vers l'intérêt de la santé des patients, est à ce prix.

Il est de plus en plus évident que l'État n'a pas les capacités, surtout gestionnaires, pour sortir l'hôpital de ses mille et un maux. Pensez-vous qu'un partenariat public-privé peut être une solution à envisager pour améliorer son fonctionnement avec une offre de soins digne de ce nom ?

Tous les systèmes de santé à travers le monde ont réussi grâce à un excellent partenariat public-privé (PPP), et tous les systèmes de santé à travers le monde s'ils sont performants c'est parce que l'hôpital est performant. Ce dernier devrait être la vitrine de la qualité de l'offre des soins d'un pays. Pour notre part, nous n'avons cessé de demander la mise en place d'un PPP ambitieux qui de notre point de vue doit pour remplir efficacement son rôle être régionalisé, bidirectionnel (dans les deux sens, de l'hôpital vers la clinique et vice-versa). Le PPP n'est pas seulement une affaire du ministère de la santé et des médecins : les collectivités locales, les régions et les autorités territoriales doivent être impliqués dans ce partenariat. Le PPP, dont la mise en place dépend de l'autorité gouvernementale, est un excellent outil pour mutualiser le coût des soins et rehausser le niveau des soins apportés à la population. ●



L'OPTICIEN QUI SUBLIME VOTRE **REGARD**

DES PRIX TENDRES À VOUS
CHATOUILLER **LES YEUX**

SOYEZ LES PREMIERS À EN PROFITER

LUNETTES TENDANCE DES GRANDES MARQUES ET DES CRÉATEURS

Comment la mondialisation des compétences fait saigner le Maroc

Sans frontières ni restrictions, elle fonctionne à plein régime, déshabillant Mohamed pour habiller Pierre...

Le débauchage bat son plein dans le secteur de la santé. Confrontés à une pénurie de médecins et d'infirmiers, de nombreux pays occidentaux (France, Belgique, Allemagne, Autriche, Belgique, Canada...) rivalisent d'offres alléchantes pour attirer des soignants.

La cible de choix habituelle : les pays en voie de développement comme le Maroc, la Tunisie ou le Liban. Au Maroc, les opérations de charme en direction des soignants se déroulent à visage découvert avec des annonces publiées sur Internet par des agences de recrutement spécialisées qui offrent des conditions professionnelles et financières très avantageuses que le Maroc est très loin de pouvoir assurer. La tentation est alors de plus en plus grande dans les rangs des praticiens et des infirmiers de s'expatrier pour aller soigner les malades des pays industrialisés. Résultat : le Maroc, dont le système de santé croule sous des maux structurels, est à la peine pour garder ses propres ressources humaines... Non seulement le Royaume ne forme pas assez de médecins (1900 par an alors que les engagements portent sur 3300) mais il se fait piquer en plus ses propres praticiens ! Bonjour la mondialisation des compétences ! Elle fonctionne à plein régime, déshabillant Mohamed pour habiller Pierre... Pas de restrictions ni de

frontières à ce niveau-là ! Bien au contraire. Les chasseurs de têtes s'occupent de toutes les formalités d'expatriation, le candidat au départ choisi, voire séduit n'ayant qu'à donner son assentiment.

Dans le domaine de la santé comme bien d'autres, le Maroc a le défaut rédhibitoire de ne pas être compétitif. Alors, il assiste, impuissant, à l'expatriation de son capital humain qu'il a mis des années à former à grand renfort de budgets mais qu'il ne sait pas retenir faute de lui offrir des conditions de travail motivantes dans un contexte de rareté des compétences. Vivement un mercato international des professionnels du bistouri ! Pour compenser cette hémorragie des cadres de la santé, le gouvernement a modifié la loi en 2021 pour permettre aux médecins étrangers de venir travailler au Maroc. Mais la parade n'a pas eu les résultats escomptés puisque les médecins des autres ne se sont pas vraiment bousculés au portillon. Un cautère sur une jambe de bois, les responsables du secteur devant agir en priorité sur les principales raisons qui sont à l'origine du défaut d'attractivité de l'exercice de la médecine au Maroc. ●

A.C

SAHAM Assurance devient



Sanlam

Vivez en toute
confiance

Pour vivre en toute confiance, s'épanouir et grandir, nous devons constamment réinventer notre rapport à la vie et agir au quotidien pour que cette confiance s'enracine, grandisse et rayonne. C'est pour cela que depuis toutes ces années, nous avons été à vos côtés pour vous accompagner et vous soutenir. Aujourd'hui, c'est avec vous que nous entamons un nouveau chapitre : SAHAM Assurance devient Sanlam, le leader africain des métiers de l'Assurance Vie et Non Vie, présent dans 33 pays en Afrique.

www.sanlam.ma

UN MONDE DE PRIVILÈGES INÉDITS S'OFFRE À VOUS

CARTE RESPIRE PRIVILÈGES OFFERTE *

**RÉDUCTIONS INSTANTANÉES
AUPRÈS DE PLUSIEURS ENSEIGNES**

**GAIN DE POINTS BONUS
POUR VOTRE CRÉDIT HABITAT !**

OPTION CASH BACK À LA DEMANDE !

* Offre promotionnelle gratuite réservée aux 25 000 premiers clients

AirPack
#RESPIRE

CREDIT AGRICOLE DU MAROC



**CREDIT
AGRICOLE
DU MAROC**



www.cam.respire.ma