

**RAPPORT DE SYNTHÈSE
DES JOURNÉES DE RÉFLEXION PROSPECTIVE
DE L'IRES SUR LE THÈME**

**"QUEL SYSTÈME DE SANTÉ AU MAROC,
À L'AUNE DE LA SOUVERAINETÉ
NATIONALE ET DE LA GÉNÉRALISATION DE LA
COUVERTURE SOCIALE ?"**

**VERS UNE NOUVELLE TRAJECTOIRE
SANITAIRE DU ROYAUME**

Mai 2022



Table des matières

Préambule	5
1. Eléments de diagnostic du système de santé	7
1.1. Acquis historiques et réalisations du système de santé.....	8
1.2. Points faibles du système de santé : les barrières au développement de l'offre de soins.....	9
2. Enjeux actuels et nœuds du futur.....	12
2.1. Enjeux structurants du système de santé	12
2.1.1. Enjeux institutionnels et organisationnels	14
2.1.2. Enjeux liés au capital humain	15
2.1.3. Enjeux du financement : alléger la pression sur les ménages en termes de dépenses de santé.....	17
2.1.4. Enjeux de souveraineté médicale et sanitaire : créer des chaînes de valeur locales et régionales.....	18
2.1.5. Enjeux technologiques et d'innovation : les promesses de l'e-santé	19
3. Quel modèle sanitaire pour le Maroc ? Les enseignements à tirer des expériences étrangères réussies	20
3.1. L'exemple de Cuba	20
3.2. L'exemple allemand : décentralisation, contractualisation et démocratie sanitaire.....	22
3.3. L'exemple de la Turquie: la santé érigée en levier de développement industriel et touristique	23
3.4. Enseignements pour le Maroc : gratuité des soins, proximité et développement économique.....	24
4. Jeter les bases d'un système de santé souverain, inclusif et durable	27



Préambule

L'ampleur des répercussions socioéconomiques de la pandémie de la COVID-19 incite à repenser en profondeur le système de santé national. A cet effet, plusieurs facteurs préfigurent le contexte sanitaire à venir. Le chantier de la généralisation de la protection sociale, qui prévoit d'élargir le champ de la couverture médicale à terme à plus de 22 millions de citoyens supplémentaires, en constitue un jalon essentiel.

La pandémie de la COVID-19 a fait resurgir à l'échelle planétaire le spectre des menaces sanitaires à caractère global. En effet, les probabilités d'apparition de crises sanitaires du fait d'évènements climatiques extrêmes et de maladies émergentes ne sont plus du domaine théorique. La pandémie qui sévit encore depuis 2019 le rappelle avec la force de l'évidence à toute l'humanité.

Au plus fort de la crise sanitaire (2019-2020), la coopération entre les nations a fait défaut, notamment, pour l'accès des pays du Sud aux traitements et aux vaccins produits dans les pays riches. Une situation aggravée par les pénuries et les ruptures constatées dans les chaînes d'approvisionnement en produits de santé. Une situation qui a marqué les esprits des populations probablement plus que les perturbations mondiales enregistrées dans les autres secteurs (industrie, agriculture, tourisme, ...). Il n'est, donc, pas étonnant dans le contexte post-COVID-19 actuel de constater, à travers le monde, un retour aux valeurs prônant la souveraineté nationale, en particulier dans le domaine de la santé.

Au niveau national, cela a conduit à imaginer des solutions sanitaires endogènes. Dès le début de la pandémie, le Maroc a fait preuve d'anticipation grâce à la Clairvoyance Royale. Une mobilisation nationale sans précédent a été impulsée, sous le Leadership de Sa Majesté Le Roi Mohammed VI, pour renforcer le système de santé en capacités litières, en capacités de diagnostic, en production locale de médicaments et d'équipements médicaux. Une série de mesures destinées à protéger les populations contre l'épidémie a été entreprise.

La médecine militaire, dotée de hautes compétences en médecine d'urgence et de catastrophe, a également été sollicitée. Elle a fortement contribué à atténuer les impacts de la crise sanitaire, complétant la mobilisation du secteur public et privé pour renforcer les capacités de résilience du système de santé.

Dans ce contexte, des collaborations ont été initiées entre les acteurs de la recherche & développement, de l'industrie pharmaceutique, de l'industrie textile et des industries d'équipements (électronique, matériel médical...). Cette synergie a permis de mettre à la disposition des populations des moyens de protection locaux : masques, médicaments, matériel de réanimation, respirateurs artificiels, tests antigéniques, ...Tous ces produits ont été fabriqués dans un élan de solidarité et d'intelligence économique pour répondre à l'urgence de la situation pandémique.

Les Orientations Royales réitérées dans les Discours Royaux, appelant à la refonte du système de santé national, invitent à anticiper sur les enjeux d'avenir pour opérer les changements nécessaires. A cette fin, il convient, en premier lieu, de tirer les enseignements de la crise sanitaire actuelle en tenant compte des nombreux enjeux structurants pour le système de santé à court, à moyen et à long terme.

La journée prospective organisée par l'IRES, le 20 avril 2022, destinée à faire éclore des idées nouvelles, a permis d'identifier parmi les sujets soulevés des pistes destinées à promouvoir une **vision sociale et inclusive** (accès équitable pour tous à une santé de qualité), articulée à **une vision économique souveraine et durable** du système de santé (durabilité économique et financière).

A cette occasion, des questions de fond ont été débattues telles que : les transitions épidémiologiques, la gouvernance du système de santé au regard des objectifs de généralisation de la protection sanitaire parallèlement aux problématiques liées au capital humain, au financement, à l'équité sociale, à la souveraineté sanitaire nationale, à l'innovation industrielle et technologique, ...

L'examen de ces questions a permis de faire ressortir des propositions de réformes nécessaires à opérer dans le secteur de la santé. Ces propositions, qui ont été débattues et finalisées lors de la séance de brainstorming, tenue le 21 juin 2022, s'inspirent aussi bien des acquis nationaux, incluant la campagne de vaccination conduite au Maroc, que des expériences étrangères réussies (à l'instar du système de santé allemand, turc ou encore cubain). Les modèles sanitaires de ces pays permettent d'offrir une santé de qualité aux populations et, en même temps, s'érigent, dans le cadre d'une stratégie volontariste, en levier du développement économique et de l'excellence industrielle.

1. Eléments de diagnostic du système de santé

Le développement du système national de santé a porté dès le lendemain de l'indépendance sur la mise en place des infrastructures de base en s'appuyant essentiellement sur le secteur public. Plusieurs étapes, marquées par des phases évolutives différentes, ont été franchies depuis cette date :

- 1956 : adhésion du Maroc à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- 1959 : première conférence nationale sur la santé posant les principes et les bases d'un système de santé national.
- 1960 : mise en œuvre des principes de l'OMS, imputant à l'Etat la responsabilité de la santé des citoyens et développement du système de santé national (élargissement du réseau hospitalier et centres de santé, formation des premières générations de personnel médical et paramédical, premières mesures pour encourager l'émergence d'une industrie pharmaceutique locale, ...).
- 1981 : développement de l'offre de soins et du réseau de santé national à travers ses principales composantes : secteur public, secteur privé non lucratif et secteur privé lucratif.
- 1995 : conduite de réformes hospitalières et conception d'une nouvelle architecture financière fondée sur la gestion autonome des hôpitaux et l'organisation régionale des services de santé (Directions régionales de la santé).
- 2000 : mise en place de nouvelles stratégies sectorielles de la santé axées sur la régionalisation du système de santé, la réforme hospitalière, l'amélioration de la gestion des ressources financières et montée en puissance d'un secteur privé (lucratif et non lucratif) aux côtés du secteur public.
- 2019 : lutte contre la pandémie de la COVID-19 et projet de refonte du système de santé à l'aune de la généralisation de la protection sociale.

Durant ses différentes phases de développement, le système de santé national a enregistré des réalisations considérables, mais il a, également, révélé des faiblesses structurelles dont il faut tenir compte dorénavant.

1.1. Acquis historiques et réalisations du système de santé

Amélioration de la santé et du bien-être des populations

Historiquement, plusieurs défis de santé publique ont été relevés, qui ont permis des améliorations significatives concernant la santé et le bien-être des populations. Cela s'est traduit, notamment, par une tendance à la baisse des principaux indicateurs de la mortalité maternelle et infantile, par la généralisation de la vaccination, ainsi que par la régression de maladies endémiques et contagieuses (poliomyélite, diphtérie, rougeole...) et de virus circulants (comme la rage, la leishmaniose...). L'espérance de vie, l'indicateur synthétique le plus significatif, a connu une progression remarquable, passant de 42,9 ans en 1955 à 77ans en 2019¹.

Développement des infrastructures du système de santé

Sur le plan des infrastructures, la couverture sanitaire s'est étendue à une grande partie du territoire avec un accroissement du nombre d'hôpitaux, de centres de santé et d'établissements de santé de base. L'effectif de médecins s'est nettement amélioré grâce aux possibilités de formation au niveau national ainsi qu'à du nombre de centres hospitaliers universitaires.

A titre d'illustration, au lendemain de l'indépendance, les chiffres disponibles indiquent un nombre de 80 médecins marocains sur l'ensemble du territoire aux côtés de plusieurs autres dizaines de médecins étrangers (français et autres nationalités). En 1956, le Maroc avait en moyenne 3,6 médecins pour 100.000 habitants.

En 2020, la carte sanitaire recense un peu plus de 26.000 médecins répartis entre le secteur public et privé, marocains pour la quasi-totalité, soit 71 médecins pour 100.000 habitants. La progression est nette mais elle reste insuffisante par rapport à la population actuelle.

En ce qui concerne les infrastructures, l'évolution n'est pas aussi favorable. En 1956, le système de santé comportait 91 hôpitaux publics pour une population de près de 10 millions d'habitants. En 2020, le nombre d'hôpitaux a atteint le chiffre de 151 pour une population qui avoisine les 40 millions. Il est aisé de voir qu'au moment où la population s'est multipliée par 4, l'infrastructure hospitalière publique ne s'est développée qu'au taux de 1,65. L'apport du secteur de santé privé ne peut en aucun cas avoir résorbé totalement le déficit de l'infrastructure publique.

¹ Ministère de la santé, Plan santé 2021-2025 / enquête panel 2019, ONDH

Parallèlement à ces évolutions, il y a eu le développement adéquat d'une industrie pharmaceutique locale. Selon le Ministère de l'industrie, l'industrie pharmaceutique occupe la seconde place des activités chimiques du Maroc après les phosphates, générant 34 % de la valeur ajoutée locale.

Le développement du secteur médical privé

Lors des dernières décennies, le secteur médical privé a connu une croissance rapide. Il s'est développé aux côtés d'un secteur public sujet à de nombreuses difficultés de développement face à la hausse des besoins de santé et ce, malgré les efforts déployés en matière d'augmentation des budgets.

A l'issue de cette évolution, selon les données de la carte sanitaire en 2020, le secteur privé concentre plus de la moitié des médecins du Royaume, soit 13.625 médecins contre 12.454 pour le secteur public. Le développement des cliniques privées et des cabinets médicaux connaît, également, une forte dynamique. En 2020, le secteur de santé privé regroupait 10.562 lits en comparaison avec les 25.442 lits comptabilisés dans le secteur public, soit près de 30% de la capacité litière nationale².

L'importance de la médecine militaire dans l'architecture du système de santé

Les secteurs public et privé forment l'ossature principale du système de santé au Maroc, laquelle est complétée par la médecine militaire. Cette dernière joue un rôle de locomotive dans les domaines particuliers de la médecine d'urgence et de catastrophe. Les hôpitaux et les ressources médicales militaires ont été sollicités dès le début de la crise sanitaire de la COVID-19 et ont permis, au plus fort de la pandémie (2020-2021), de contribuer à la résilience du système de santé dans son ensemble. La médecine militaire joue, par ailleurs, un rôle moteur dans les opérations de diplomatie et de solidarité sanitaires à l'échelle internationale (Moyen-Orient, Afrique, ...).

1.2. Points faibles du système de santé : les barrières au développement de l'offre de soins

Malgré les acquis importants réalisés et les progrès enregistrés par le système de santé, des fragilités structurelles se sont amplifiées durant les différentes phases d'évolution de ce système. Elles se traduisent essentiellement par des inégalités d'accès à l'offre de santé et des indicateurs de santé défavorables pour certaines couches vulnérables de la population. Une situation qui contribue largement au retard du Maroc en termes de développement humain selon les classements produits par les Nations unies.

²Ministère de la santé. Carte sanitaire 2020.

Les inégalités sociales de santé

Les disparités d'accès à l'offre de santé constituent un des points faibles à caractère structurel du système de santé actuel. Elles sont généralement liées aux écarts de revenus, au lieu de résidence (milieu rural/milieu urbain/centre/ périphérie urbaine), au niveau d'éducation, aux différences de modes de vie et des modes nutritionnels (fortement corrélés aux niveaux de revenus), à l'accès aux équipements de base (eau potable, assainissement, infrastructures routières, transport, ...).

Cette situation réduit fortement la progression nationale de certains indicateurs de santé qui restent non seulement en deçà des standards internationaux (nombre de médecins par habitant, nombre d'habitants par lit d'hôpital...) mais aussi en deçà des performances réalisées par les pays émergents.

Les inégalités de santé se creusent, également, du fait d'un développement déséquilibré entre le secteur privé et le secteur public. La carte sanitaire du Royaume en 2020 indique par exemple que parmi les 13.625 médecins relevant du secteur privé, seule une minorité exerce en milieu rural (381 médecins).

De même, les chiffres révèlent une moyenne de 1 médecin pour 835 habitants dans la Région de Rabat-Salé-Kenitra (la mieux classée et la mieux dotée) et un médecin pour 3073 habitants à Draa-Tafilalt (la moins bien dotée). Une différence selon un rapport de 1 à 4. En moyenne nationale, on compte 7,1 médecins pour 10.000 habitants, chiffre qui demeure éloigné de la norme de l'OMS, fixée à au moins 25 médecins pour 10.000 habitants³.

Les risques du dualisme sanitaire : le creusement des fractures sociales

Il existe un dualisme sanitaire au sein du système de santé. Le secteur public a tendance à être fréquenté en majorité par les citoyens les plus défavorisés, en particulier ceux bénéficiant du Régime d'assistance médicale (RAMED). Tandis que le secteur privé, de mieux en mieux doté en ressources humaines, attire les catégories sociales bénéficiant de la couverture médicale et ceux de la classe moyenne et aisée.

Malgré l'existence d'un secteur privé non lucratif (secteur mutualiste), cette situation de dualisme sanitaire aggrave les fractures sociales et pose la problématique des « droits humains à la santé garantis pour tous » sous l'angle de la justice sociale.

³Ministère de la santé. Carte sanitaire 2020 et HCP-indicateurs sociaux

La santé : une charge financière de plus en plus lourde pour les ménages

Le coût d'accès à l'offre de santé représente l'une des barrières aux soins les plus contraignantes pour les citoyens. Au Maroc, ce coût repose, en grande partie, sur la contribution directe des ménages soit en paiements directs, soit en reste à charge.

Les parts respectives entre les différents intervenants (Etat, partenaires sociaux (AMO, RAMED, CNSS, Mutuelles) et collectivités locales) montrent que la part des ménages, dans le financement du système de santé, dépasse les 50%. A titre de comparaison, cette part ne dépasse pas 18 % dans les pays de l'OCDE.

Par ailleurs, selon le Ministère de la santé, 10% des Marocains consacrent 30% de leurs revenus en dépenses de santé et 3% atteignent les « dépenses dites catastrophiques » qui, selon la définition de l'OMS, sont des dépenses aggravantes de la pauvreté des ménages.

La faiblesse de la productivité du système de santé

L'un des indicateurs couramment utilisé pour approcher la productivité du système de santé est le nombre d'actes médicaux (incluant les actes chirurgicaux) effectués par un médecin. Au niveau national, il est estimé que le nombre d'actes médicaux effectué par un médecin exerçant dans le secteur public est de moitié inférieure par rapport au médecin du secteur privé. Cette réalité interpelle sur la performance globale du système de santé dont le potentiel n'est pas pleinement utilisé. Cependant, il convient d'insister sur le besoin de clarifier la relation ambiguë entre les systèmes de santé public et privé. Le recours par le secteur privé aux médecins du public réduit la pertinence de la comparaison de rendement entre les deux systèmes.

Par conséquent, au regard des fragilités telles que résumées dans ce qui précède, la refonte du système de santé apparaît non seulement comme une urgence sanitaire mais également comme une urgence sociale et démocratique. Les solutions aux problématiques sanitaires posées doivent contribuer, en effet, à lutter simultanément contre les inégalités sociales et à améliorer les indicateurs de développement humain.

2. Enjeux actuels et nœuds du futur

2.1. Enjeux structurants du système de santé

Les principaux paramètres de la transition du profil épidémiologique du Maroc sont tributaires des mutations socio-économiques, démographiques et climatiques. Elles impactent les besoins de santé sous diverses formes.

L'augmentation des maladies non transmissibles

De nouvelles formes de pathologies émergent parallèlement à l'évolution des modes de vie, des conditions d'habitat et de logement, du niveau d'éducation, du lieu de résidence (urbain/rural), ...

Selon les données du Ministère de la santé (carte sanitaire 2020), ces évolutions se traduisent par une augmentation des maladies non transmissibles qui représentent actuellement près de 74% de tous les décès dans le pays (maladies cardiovasculaires 34%, diabète 12%, cancers 11%, traumatismes 7%) à côté de 18% des décès imputables aux maladies transmissibles et aux affections maternelles périnatales et nutritionnelles.

Impacts de la démographie sur l'évolution du système de santé

Sur le plan démographique, la tendance au vieillissement de la population est considérée comme un enjeu à fort impact sanitaire. La part de la population de plus de 60 ans est passée de 7,2% en 1960 à 10,8% en 2019. A ce rythme de croissance, en 2050, selon le Haut-Commissariat au Plan⁴, plus de 20% de la population serait âgée de plus de 60 ans.

D'un point de vue sanitaire, le vieillissement de la population, associé à la transition épidémiologique, peut entraîner une augmentation de la vulnérabilité sanitaire de la population. Par exemple, d'un point de vue médical, la gravité de la pandémie de la COVID-19 est fortement corrélée à la présence d'autres pathologies (comorbidités) chez les patients. Par conséquent, la combinaison de l'épidémie virologique avec la présence de maladies chroniques (cancers, diabète, Alzheimer, ...) chez les populations âgées est un facteur aggravant de l'épidémie de la COVID-19.

⁴HCP : indicateurs sociaux, année 2020.

La proportion des personnes atteintes d'au moins une maladie chronique a augmenté de 13% entre 2011 et 2018. Pendant la même période, les affections de longue durée, associées mobilisaient plus de 73% des dépenses publiques de santé⁵. La problématique gériatrique va se poser, donc, avec acuité du fait des changements démographiques, mais aussi du fait des progrès médicaux attendus dans la prise en charge des pathologies lourdes.

Impacts du changement climatique

Les effets négatifs du changement climatique (sécheresse, pénuries d'eau, changements des modes nutritionnels et alimentaires, ...), qui sont assez bien documentés depuis l'Accord de Paris en 2015, incitent à se préparer non seulement à la montée des besoins en prise en charge rapide des victimes climatiques, mais aussi à l'émergence de pathologies probablement inédites. La crise sanitaire de la COVID-19 a illustré, au regard du monde entier, l'impact potentiel en termes d'ampleur et de dangerosité des menaces sanitaires à caractère global et systémique. Le système de santé futur est tenu d'en anticiper l'occurrence et de développer des mécanismes spécifiques de gestion des risques liés aux catastrophes sanitaires.

La lutte contre les inégalités sociales de santé : les enjeux d'équité sociale, territoriale et financière

L'accès équitable à la santé a été, en 2011, érigé en principe constitutionnel (Article 31 de la Constitution). Il représente, depuis le début des années 2000, un objectif primordial des politiques de santé publique, notamment, pour contribuer à rattraper les retards enregistrés à ce niveau par le Maroc en matière de développement humain. La perspective, par ailleurs, de respecter l'agenda des Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030 incite le Maroc à accélérer la cadence sur cet enjeu.

Les études réalisées par plusieurs organismes nationaux et internationaux (CESE, PNUD, Ministère de la santé, ONDH) sur les inégalités d'accès à la santé au Maroc mettent en avant le rôle de plusieurs déterminants sociaux qui affectent l'accès à la santé. Les écarts de revenu, le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle, le genre (homme/femme), le lieu de résidence (urbain/rural), la couverture médicale, la distribution spatiale de l'offre de soins...interagissent pour faciliter ou restreindre l'accès à l'offre de soins.

⁵Unicef « premières assises sur la protection sociale », Rabat-Skhirat, 12 et 13 novembre 2018

Par conséquent, l'équité de l'accès à la santé représente un enjeu socio-économique particulièrement important en raison notamment de l'entrecroisement des problématiques qu'implique le traitement de cette question. La Décision Royale de généraliser la protection sociale, incluant celle de la couverture médicale universelle, représente un pas décisif vers sa prise en compte parmi les enjeux essentiels du modèle sanitaire futur.

La généralisation de la couverture médicale universelle : une réforme structurante pour le système de santé

La généralisation de la protection sociale représente à la fois un défi historique et un facteur d'évolution structurant du système de santé. Le chantier de la couverture médicale universelle prévoit en effet dès 2021-2022 l'intégration de certaines strates de populations non couvertes jusqu'à une période récente.

2.1.1. Enjeux institutionnels et organisationnels

Un cadre institutionnel à opérationnaliser

L'offre de santé au Maroc est structurée autour de trois pôles principaux composés du secteur public, du secteur privé non lucratif et du secteur privé lucratif. Le cadre juridique et organisationnel confère une centralité au secteur public. La loi-cadre dite 34.09, publiée en Juillet 2011, a fixé les principes et les objectifs fondamentaux de l'action de l'Etat en matière de la santé, ainsi que l'organisation du système de santé. Mais depuis sa publication, des retards d'application sont enregistrés au niveau institutionnel.

Par exemple, la loi-cadre 34.09 prévoit, dans son article 30, la création d'instances de régulation du système de santé qui, à ce jour, n'ont pas encore été concrétisées, faute de décrets d'application. Il s'agit des organes suivants :

- Le conseil national consultatif de la santé.
- Le comité national d'éthique.
- La commission nationale de coordination entre secteur public et privé.
- La commission nationale et les commissions régionales de l'offre de soins.
- Le comité national de veille et de sécurité sanitaire.
- Le comité national d'évaluation et d'accompagnement.

L'absence de ces espaces de concertation et de régulation retarde, selon les acteurs du secteur, la mise en œuvre des réformes dans des domaines importants, soulignés ci-après.

Des domaines de régulation à compléter

Le contexte sanitaire et médical, étant en évolution accélérée, l'opérationnalisation effective de la loi-cadre 34.09 serait une avancée importante pour rattraper le retard, actualiser et compléter le cadre institutionnel. Celui-ci est particulièrement attendu dans le secteur de la santé pour :

- encadrer l'industrie émergente du vaccin,
- encourager l'importation des médicaments au moindre coût,
- élaborer un cadre juridique spécifique au partenariat public-privé dans le secteur de la santé,
- promouvoir la recherche & développement,
- créer une agence du médicament,
- créer une agence de la santé digitale,
- définir des normes nationales dans les domaines de la bioéthique, la biomédecine, les biotechnologies, ...
- réviser en profondeur les prérogatives des instances de professionnelles existantes : Agence Nationale de l'Assurance Maladie, corps intermédiaires des médecins et pharmaciens, ...

Par conséquent, l'opérationnalisation effective de la loi-cadre 34.09 serait un pas en avant important pour rattraper le retard, actualiser et compléter le cadre institutionnel.

2.1.2. Enjeux liés au capital humain

Un déficit important en ressources humaines dans le secteur de la santé : des chiffres alarmants qui interpellent et qui provoquent le débat

Selon les normes de l'OMS, le déficit en médecins au Maroc est estimé à 10.000 médecins et à 70.000 infirmiers. Ce chiffre serait plus élevé selon les déclarations récentes du Ministre de la Santé (janvier 2022) au cours desquelles il a évoqué un besoin de plus de 32.000 médecins et de 65.000 infirmiers. Le Conseil National du Développement Humain (CNDH), quant à lui, a énoncé, dans son rapport daté du mois d'avril 2021, un besoin de plus de 32.000 médecins.

La réalité du déficit en volume de l'encadrement médical préoccupe les professionnels de la santé. Il ne concerne pas seulement l'insuffisance du nombre de médecins mais également celui des infirmiers, des aides-soignants, du personnel du secteur paramédical, ...

A titre illustratif, un rapport parlementaire, présenté en commission à la première chambre, a mis en exergue ces questions en relevant, en outre, la migration du capital humain à l'étranger. Selon les chiffres avancés, 603 médecins auraient quitté le Maroc en 2018. Le rapport souligne, de surcroît, le décalage entre des objectifs de formation fixés à 3.300 pour les écoles de médecine contre seulement 2.000 médecins formés par année.

Ce constat est corroboré par une étude scientifique, datée de l'année 2021 et intitulée « Migration intention of final year medical students », publiée dans la revue indexée « Oxford University Press ». Cette revue présente aussi les résultats d'une enquête qui a mis en relief le risque de migration croissant des médecins formés au Maroc. En effet, 70% des futurs médecins en formation déclarent vouloir quitter le Maroc. Les données sur le déficit en volume suscitent, par conséquent, un débat plus large sur la question du capital humain, en particulier en ce qui concerne le statut et la valorisation salariale.

Par ailleurs, l'encadrement académique lors de la formation est un gage de qualité. Or, dans ce domaine, le déficit est important. Il est dû, comme cela a été évoqué ci-dessus, aux effectifs insuffisants des médecins du secteur public. Il est, de plus, aggravé par la mesure du Temps Plein Aménagé (TPA) qui autorise les professeurs de médecine de pratiquer dans le secteur privé parallèlement à leur charge d'enseignement, d'encadrement et de soins.

Débats et questions liées au capital humain

Le déficit en volume des ressources humaines est une donnée importante pour mesurer le taux d'encadrement médical moyen de la population. Mais les informations quantitatives doivent être complétées et affinées par des données qualitatives concernant, par exemple, les aspects suivants :

- L'efficacité du système de santé : rendement de la pratique médicale par secteur (public/privé).
- La qualité et la quantité des compétences médicales existantes par catégories de pathologies.
- La répartition territoriale des infrastructures et du personnel médical.

- Les apports potentiels de formations plus adaptées aux besoins de santé nationaux et aussi aux caractéristiques pathologiques régionales.
- Les améliorations attendues de la télémédecine.
- L'importance primordiale de la médecine préventive et de la médecine de famille pour réduire le recours massif à la médecine curative.
- Les apports de la para-médecine, ceux d'une mobilité accrue des médecins et de la complémentarité public-privé⁶.

L'enjeu du capital humain, conjugué aux autres enjeux résumés dans ce qui précède, interpelle le modèle sanitaire souhaitable pour le Maroc. Mais auparavant, il est proposé d'examiner quelques expériences internationales réussies susceptibles d'inspirer, par certains de leurs volets, la refonte du modèle sanitaire national.

2.1.3. Enjeux du financement : alléger la pression sur les ménages en termes de dépenses de santé

En raison de la part élevée des ménages (plus de 50%) dans les dépenses globales de santé, le financement de cette dernière représente un des nœuds du futur à fort enjeu en termes d'accessibilité et d'équité. Cette situation, en plus d'entraîner des inégalités sociales de santé, favorise les comportements de « renoncement aux soins » préjudiciables à la santé publique.

L'objectif serait de réduire la part des ménages dans les dépenses et augmenter celle de l'Etat et des partenaires sociaux. D'autant plus que l'évolution du profil épidémiologique au Maroc risque d'aggraver cette situation du fait de l'augmentation des maladies chroniques comme évoqué plus haut.

Un modèle de financement de la santé plus équitable et plus résilient doit privilégier la mutualisation des ressources financières sur des bases collectives (Etat, partenaires sociaux, fondations, ...). La participation des ménages doit se limiter à une part supportable. Dans d'autres pays réputés avoir un bon système de santé, comme Cuba et la Turquie, la santé est gratuite, prise en charge par les différentes collectivités et corporations au niveau national et régional. Dans les pays de l'OCDE, le financement relève de l'Etat, des Régions et des Municipalités, en coordination étroite avec les partenaires sociaux (assurances publiques et privées, mutuelles professionnelles, ...).

⁶Voir à ce propos, Médias 24.com/2022/04/27/pénurie des ressources humaines dans la santé, l'analyse du Pr. Jaafar Heikel

Envisager la gratuité des soins et revoir l'architecture financière du système de santé

Il ne serait pas non plus irréaliste comme ça sera examiné plus loin dans le rapport (partie benchmark) d'envisager pour le Maroc la gratuité universelle fondée sur un panier de soins de base, garantissant l'accès à une santé de qualité pour tous. La gratuité de l'accès au vaccin pendant la crise sanitaire au Maroc a illustré les bénéfices d'une telle stratégie au plan sanitaire (taux avancé de généralisation de la vaccination contre la COVID-19) et au plan de l'équité sociale (accès au vaccin facilité à toutes les catégories de population).

A cette fin, une refonte de l'architecture financière de la santé est un préalable à la refonte du système de santé. Elle tiendrait compte notamment des avantages économiques qu'un pays peut tirer des bénéfices d'une population en bonne santé en termes de productivité, de croissance et de stabilité sociale. De tels avantages conduiraient à compenser et à équilibrer dans les comptes nationaux les coûts consentis dans le domaine de la santé.

2.1.4. Enjeux de souveraineté médicale et sanitaire : créer des chaînes de valeur locales et régionales

Réduire la dépendance sanitaire envers les produits importés

Pendant la crise sanitaire, les ruptures enregistrées dans les chaînes d'approvisionnement au niveau mondial ont fragilisé la production locale des produits de santé. Elles ont impacté, à la hausse, les coûts supportés par le système de santé pour les produits importés, notamment, les médicaments et les vaccins.

Cette situation a donné lieu à un début de réflexion sur les voies et les moyens de promouvoir la souveraineté nationale dans ce secteur vital. L'industrie pharmaceutique, bien qu'assurant un taux de production locale de médicaments à hauteur de 70 % (selon le Conseil de l'ordre professionnel des pharmaciens), elle enregistre, néanmoins, un taux de dépendance encore élevé envers les intrants pour la fabrication locale de médicaments (plus de 60%).

L'enjeu étant à la fois d'approvisionner, à coûts réduits, le marché national (exemple celui des médicaments génériques) et de favoriser la création de chaînes de valeur locales de production du médicament et des produits de santé.

La souveraineté sanitaire à la portée de l'industrie locale

La gestion de la crise sanitaire au Maroc, au plus fort de la fermeture des frontières et des perturbations des chaînes de valeur mondiales, a montré les bénéfices des interactions positives entre le secteur de la recherche & développement, les secteurs industriels et les systèmes de santé. Des innovations ont été enclenchées à la faveur de ces interactions qui ont permis de monter en compétence pour la fabrication locale de médicaments, d'équipements médicaux (exemple des masques de protection), ainsi que pour la production des tests « nasopharyngés » (PCR).

Par conséquent, l'objectif de souveraineté sanitaire est à la portée de l'industrie nationale au prix d'une stratégie ciblée (en priorité dans l'industrie pharmaceutique). Les chaînes de valeur locales qui en résulteraient sont extensibles à la Région Afrique-Subsaharienne, laquelle connaît des problématiques similaires en matière de besoins sanitaires et de dépendance envers l'étranger.

La Décision Royale d'engager l'industrie pharmaceutique dans la production locale de vaccins entérine cette orientation fondamentale pour l'avenir du système de santé. Elle montre la voie vers la souveraineté industrielle. La production de vaccins, tout en approvisionnant le marché local, fera l'objet, selon les informations officielles recueillies lors de la rencontre de l'IRES du 20 avril 2022, d'actions de solidarité internationale et d'exportations vers les pays du voisinage africain et du monde arabe dans le cadre d'une souveraineté solidaire à l'échelle régionale.

2.1.5. Enjeux technologiques et d'innovation : les promesses de l'e-santé

L'e-santé, un enjeu d'innovations

Pendant la crise sanitaire, il y a eu une accélération du développement de l'e-santé à travers le monde. A l'échelle nationale, le recours à l'e-santé a joué un rôle non négligeable pour la production d'actes de soins à distance (télémédecine) au cours de la période de confinement. Cela a incité les pouvoirs publics à adopter, dès le 14 Janvier 2021, un texte assouplissant l'usage de cette solution numérique (décret n°2.20.675 modifiant et complétant le décret n°2.18.378 relatifs à la télémédecine).

L'apport de l'e-santé en matière d'accès aux soins a été plébiscité par les professionnels de la santé. L'e-santé est considérée comme un mode très utile d'accès aux patients éloignés ou en difficulté de déplacement en raison de leur état de santé. Elle facilite, également, la numérisation des processus de soins et la mobilité des données en lieu et place du mouvement physique des patients.

L'e-santé, un facteur de montée en gamme pour l'offre de santé

L'e-santé ne se limite pas à la télémédecine, elle représente une source d'opportunités et de transformations positives du système de santé dans sa globalité. L'Université Mohammed V a publié un livre blanc en 2022 où il est énuméré plusieurs avantages et bénéfices à l'e-santé. Parmi ceux-ci sont évoqués, le rôle de l'intelligence artificielle (IA) et de la chaîne de blocs (blockchain) aux fins de réaliser les cartographies sanitaires, la précision et la rapidité des actes chirurgicaux et médicaux, les bénéfices du big data pour la planification des investissements de l'offre de soins, pour les choix technologiques et la prédiction des épidémies. L'e-santé a, en outre, des impacts positifs sur la société et l'économie comme résumés ci-dessous.

L'e-santé, un facteur d'équité sanitaire et de promotion de l'économie numérique

Les auteurs du livre blanc susmentionné plaident, par ailleurs, pour la promotion de la culture du digital dans le secteur de la santé en vue de corriger les fractures numériques (entre les générations, entre les catégories sociales, entre les territoires et entre les secteurs public et privé). Le développement de l'e-santé participera ainsi, selon cet ouvrage, à la promotion de l'économie numérique, par exemple en développant des niches de compétences nationales (gestion de bases de données, sécurité des données personnelles, transfert et mobilité des données...). L'ensemble contribuerait à améliorer, par ricochet, le positionnement du Maroc dans le classement mondial des usages numériques.

3. Quel modèle sanitaire pour le Maroc ? Les enseignements à tirer des expériences étrangères réussies

Les exemples du système de santé cubain, allemand et turc ont été évoqués lors de la journée prospective organisée par l'IRES le 20 avril 2022, afin d'illustrer des bonnes pratiques sanitaires reconnues à l'échelle internationale. Chacun de ces exemples offre, en effet, des spécificités utiles à rappeler pour en tirer quelques enseignements pour le Maroc.

3.1. L'exemple de Cuba

Un modèle fondé sur la gratuité des soins et sur la médecine familiale de prévention

Le modèle cubain est cité comme étant l'un des systèmes de santé parmi les plus aboutis au niveau international. Il a permis à Cuba de se hisser aux meilleurs standards mondiaux en termes d'indicateurs de santé et ce, malgré un contexte de difficultés économiques et de sanctions internationales imposées par les Etats-Unis d'Amérique (USA).

Les taux de mortalité, de vaccination, de médecins et de lits d'hôpitaux par habitant, ainsi que les compétences cubaines en médecine d'urgence et de catastrophe propres au pays sont équivalents, voire dépassent ceux des grandes nations industrialisées qui consacrent une part importante de leur richesse nationale à la santé (Etats-Unis d'Amérique, Suisse, Autriche, Allemagne, France).

Le système de santé est fondé sur la gratuité totale des prestations de santé, fournies à l'ensemble de la population. Il est un modèle original de santé publique, centré sur la priorité accordée à la médecine préventive et familiale. Le médecin de famille est le pivot du système de proximité (à titre d'exemple, les médecins sont obligatoirement chargés d'effectuer des visites préventives auprès des familles désignées dans leur zone d'intervention). En cours de formation, tous les lauréats reçoivent une formation spécifique en médecine familiale, médecine d'urgence et médecine de catastrophe dans les cursus communs.

La répartition territoriale est basée sur des polycliniques communautaires et des centres de consultation desservis sur tout le territoire en fonction des spécificités pathologiques et biologiques des communautés ciblées. Cuba est, aussi, présenté par les organismes internationaux (OMS, PNUD...) comme un modèle exemplaire en matière de médecine maternelle et de protection de l'enfance.

Sur le plan institutionnel, le modèle cubain est décrit comme un système reposant sur « une centralisation normative » et une « décentralisation exécutive » très poussée. Autrement dit, un système où la complémentarité entre centralisation législative et réglementaire s'articule harmonieusement avec une décentralisation opérationnelle de proximité, adaptée aux besoins de santé au niveau le plus proche possible des populations (bassins de population, quartiers, familles, ...).

Un modèle intégré reliant « formation, recherche & développement et industrie du médicament »

La formation médicale à Cuba vise l'excellence. Elle s'inscrit dans une vision plus globale structurée dans un cycle complet de liaisons entre « formation, recherche & développement, production de médicaments, commercialisation et service après-vente ». Un cycle orienté en priorité vers les besoins sanitaires de la population cubaine.

Le développement de compétences médicales de haut niveau à Cuba est le résultat d'une politique volontariste qui a fait de la santé un pôle d'excellence interne et externe.

Cuba comptait en 2020, 100.000 médecins et 100.000 infirmiers pour 11 millions d'habitants. En comparaison, le Maroc comptabilisait la même année un peu plus de 26.000 médecins pour 36,6 millions d'habitants.

Dans un autre registre, l'industrie pharmaceutique est une industrie de premier plan : 27,7 % du budget public est consacré à la santé (soit 6 % du PIB).

Un modèle de diplomatie sanitaire

Le secteur de la santé à Cuba constitue une source importante de revenus à l'export grâce à une stratégie de coopération internationale appréciée au plan mondial. Les données, à ce sujet, indiquent à titre illustratif que de 1959 à 2020, 600.000 missions médicales ont été effectuées par des brigades de médecins cubains à l'étranger (dans 158 pays) dans le cadre d'accords de coopérations bilatéraux.

Lors de la crise sanitaire, les compétences médicales cubaines en médecine de catastrophe ont été sollicitées par des pays à faible revenu pour des considérations de solidarité internationale, mais aussi par des pays aux revenus plus élevés comme le Brésil et l'Italie, motivés quant à eux, plutôt par les compétences acquises par les médecins cubains en gestion de crise sanitaire.

3.2. L'exemple allemand : décentralisation, contractualisation et démocratie sanitaire

Décentralisation et contractualisation croisée : privé-public, Etat Fédéral et Régions (Länder), assureurs et associations professionnelles

Le système de santé allemand est cité pour le succès de son modèle de décentralisation sanitaire et pour le pragmatisme des réformes consenties par les acteurs du système de santé par voie de contractualisation. Les pouvoirs publics au niveau fédéral et régional, les caisses d'assurances et les opérateurs économiques interviennent de manière très coordonnée pour garantir une offre de soins de qualité dans le cadre d'une répartition des rôles, régulée et contractualisée.

Le Ministère fédéral est responsable de l'élaboration des politiques au niveau national. Ses tâches consistent, notamment, à élaborer des lois et des règles administratives. Les « Länder » disposent de leurs propres pouvoirs législatifs et sont responsables de la mise en œuvre des lois fédérales ainsi que de la planification et du financement des soins hospitaliers. Ils assurent, par ailleurs, une supervision technique et hiérarchique du service municipal de santé publique.

Les « Länder » (régions) sont, également, chargés de superviser les caisses régionales de sécurité sociale ainsi que les ordres des professions de santé (ordres des médecins, dentistes, pharmaciens et psychothérapeutes de chaque Land) ainsi que les associations de médecins et de dentistes conventionnés.

Par ailleurs, le système allemand se distingue aussi par son pragmatisme. Lors de la pandémie de la Covid-19, l'Etat fédéral a décidé, par exemple, de reprendre en main certaines prérogatives normalement déléguées aux régions dans le but d'unifier les politiques de lutte contre la pandémie.

Un financement de la santé fondé sur la responsabilisation des acteurs :

En 2020, les dépenses de santé représentaient en Allemagne 12,5% du PIB. Elles sont parmi les plus élevées des pays de l'OCDE. En France, elles représentaient, la même année, 12,4%, en Suède 11,3%, en Italie 9,7% et en Espagne 9,1%⁷.

Le financement de la santé repose sur une assurance publique à laquelle s'ajoutent les assurances privées mandatées par le gouvernement fédéral pour assurer la couverture médicale. Le régime d'assurance-maladie obligatoire couvre 90% de la population. Il est assuré par les cotisations sociales (partage de coûts entre employeurs et employés). Pour les personnes qui ne peuvent cotiser, elles bénéficient de la couverture d'une caisse sociale. La population a accès aux services de santé, fournis à la fois par les secteurs public et privé.

Le système allemand est basé sur la responsabilisation des partenaires régionaux, des caisses d'assurances maladies et du corps médical. Par exemple, les médecins généralistes sont tous regroupés au sein d'associations régionales et nationales qui fournissent des soins aux patients affiliés à des caisses d'assurance-maladie. Ces associations négocient avec les caisses d'assurance-maladie un versement forfaitaire et redistribuent ce dernier aux médecins en fonction de leurs activités et d'un barème d'honoraires négocié au niveau national. Les associations sont fondées sur l'adhésion obligatoire de leurs membres et le choix démocratique de leurs représentants (le concept de démocratie sanitaire est effectif dans la gouvernance sanitaire allemande).

Les dépenses d'exploitation des hôpitaux sont financées par les caisses et les assurances privées alors que les dépenses d'investissement, même dans les institutions privées, sont financées par les gouvernements des provinces.

3.3. L'exemple de la Turquie: la santé érigée en levier de développement industriel et touristique

Le modèle sanitaire turc se distingue par les résultats remarquables, dans le domaine social et économique, générés par des politiques publiques volontaristes de réforme du système de santé, enclenchées au début des années 2000.

⁷Source : Benchmark international, la Gouvernance du système de santé. Pistes d'évolution sur un panel de 7 Pays de l'OCDE, Janvier 2022, Ernst & Young, EY.com/fr.

L'année 2004 a connu le lancement du « programme de transformation de la santé » (Health Care Transformation Program) qui a permis à la Turquie de rattraper en 8 ans en termes d'indicateurs de santé ce que les pays de l'OCDE auraient réalisé en 30 ans. Par exemple, le nombre de consultations physiques est passé, entre 2004 et 2012, de 1,7 à 7,7 par habitant. Celui du taux de mortalité infantile a reculé de 28,5 décès pour 1000 naissances à 9,1 décès et le taux de gratuité des services de santé a augmenté, entre temps, de 67% à 97%.

Parallèlement, dans le cadre du centenaire de la République turque, qui sera célébré en 2023, une stratégie industrielle a été mise en œuvre pour faire de l'industrie pharmaceutique un moteur de l'innovation et du changement structurel dans le secteur de la santé. L'objectif de la Turquie était alors de rejoindre les nouveaux « pharmerging countries » (les pays pharmaceutiques émergents) représentés par des pays comme le Brésil, l'Inde et la Chine.

Dans cette perspective, le pays a établi une feuille de route ambitieuse « Vision 2023 », avec plusieurs projets dont des « Big City Hospitals ». Aujourd'hui, la Turquie fait partie des 20 premiers « marchés pharmaceutiques émergents ». Elle est classée au 6^{ème} rang des marchés de santé les plus importants d'Europe et au 16^{ème} rang au niveau mondial.

3.4. Enseignements pour le Maroc : gratuité des soins, proximité et développement économique

Considérant les éléments de benchmark repris, ci-haut, il est possible de tirer des leçons utiles pour le Maroc.

Les avantages de la gratuité de l'offre de soins

Les exemples cubain et turc offrent une illustration de modèles de systèmes de santé qui, tout en étant fondés sur la gratuité des soins, permettent d'avoir une offre de soins de qualité. En assurant la gratuité des soins, un verrou important d'accès à la santé est éliminé pour le patient à savoir : le paiement direct de la prestation sanitaire ou celui du reste à charge. Ces deux obstacles sont, en effet, cités dans la littérature relative aux inégalités d'accès à la santé comme étant des facteurs importants de « renoncement » aux soins de santé partout dans le monde et une source d'inégalités sociales.

Comme évoqué dans le paragraphe, ci-haut, consacré à l'enjeu financier, il y aurait lieu d'approfondir l'analyse coûts-bénéfices de la gratuité de l'offre de soins, par la prise en considération, par exemple, des bénéfices du « capital immatériel », générés par une population en bonne santé sur la productivité globale de l'économie et le progrès social. Une telle analyse pourrait justifier les coûts consentis par la société pour investir plus et mieux dans la santé.

Une organisation du système de santé fondée sur la proximité

L'exemple cubain, turc et allemand démontre tout l'intérêt d'une santé de proximité. La santé est gérée au plus près des besoins de santé des citoyens par des systèmes locaux adaptés. L'offre sanitaire est étudiée de telle sorte à être dispensée en fonction des besoins sanitaires des populations selon un découpage territorial spécifique comme dans le cas cubain, qui ne correspond pas nécessairement au découpage administratif du territoire. L'offre de santé est décentralisée en fonction de critères sociaux et sanitaires : bassins de populations et d'activités économiques, taux de pauvreté, pyramide des âges, approche genre, pathologies dominantes, ...

Le système de santé à Cuba se distingue en sus par un modèle, qui a montré son efficacité en priorisant la santé préventive et la médecine familiale (le médecin de famille est un pilier fondamental du système de santé).

Dans le cas du Maroc, en faisant référence au déroulement de la campagne de vaccination, la stratégie de proximité a, également, été très avantageuse pour la généralisation de la protection vaccinale de la population. Les centres de soins de quartier, installés selon une logique de proximité ont joué un rôle déterminant pour permettre un accès facile et généralisé à la vaccination. Les agents d'autorité se déplaçaient chez les familles pour les inciter à se faire vacciner. Une disposition qu'il conviendrait de conserver dans la réflexion sur la refonte du système de santé futur.

Une formation adaptée aux besoins de santé des populations

L'exemple de Cuba est éloquent à ce sujet. La formation médicale à Cuba illustre l'intérêt d'un modèle académique orienté vers les besoins des populations et l'efficacité des ressources (médecine familiale et préventive). La formation intègre dès le départ des spécialités telles que la médecine de famille, la médecine préventive, la médecine d'urgence, la médecine de catastrophe, les pathologies locales, ...

Dans le cas du Maroc, la formation médicale pourrait s'inspirer du modèle cubain pour gagner en compétences nationales et internationales. Des expertises adaptées au continent africain peuvent en résulter. Elles pourraient s'exporter dans le cadre d'une diplomatie sanitaire régionale bien étudiée sur le plan bilatéral, voire multilatéral, dans le cadre de l'Union Africaine. Ce qui peut être une source de fierté nationale et de valorisation des métiers de la santé au Maroc tout en générant des revenus supplémentaires au système de santé.

La santé, un levier de développement économique

Les exemples cubain et turc montrent que la santé est un secteur propice à l'investissement et un facteur de développement économique. Le cas cubain, fait valoir l'exemple d'une diplomatie sanitaire qui contribue à l'augmentation des avoirs en devises pour le pays, à l'occasion des missions de coopération des médecins cubains.

L'élargissement de l'offre de santé est accompagné du développement de la formation, de la recherche & développement et de l'industrie pharmaceutique (biotechnologies) et de celle des équipements médicaux. Ce qui a permis à Cuba de développer un pôle de compétences sanitaire de haut niveau. Le secteur de la santé à Cuba emploie, à titre illustratif, 500.000 personnes (un secteur à forte employabilité nationale).

La Turquie présente, également, l'exemple d'un modèle réussi de la santé, érigé en levier du développement. Elle est parvenue en quelques années à se hisser parmi les grands pays producteurs et exportateurs de produits de santé dans le monde. En valeur, le marché de la santé en Turquie devrait atteindre, selon la « vision 2023 », 120 Milliards de dollars, soit près de 17% du PIB. La Turquie aurait accueilli, en 2020, près de 1,2 millions de touristes médicaux qui ont rapporté 4 milliards de dollars, soit un peu plus de 0,5% du PIB.

Pour le Maroc, ces exemples illustrent le potentiel que les services de santé offrent aussi bien en termes d'opportunités économiques que de gains en qualité de soins, en équité sanitaire et en compétences pour les besoins intérieurs. Ils démontrent ainsi les possibilités de combiner une vision sociale et une vision économique pour faire de la santé un pôle de développement à haute valeur ajoutée locale.

4. Jeter les bases d'un système de santé souverain, inclusif et durable

Le nouveau modèle sanitaire devrait être fondé sur l'élaboration d'une vision prospective, innovante et ambitieuse du secteur de la santé. L'objectif étant d'enclencher une **nouvelle trajectoire au système de santé national** conciliant **vision sociale et vision économique**.

Les nœuds du futur, évoqués plus haut, qui s'articulent autour des problématiques de la gouvernance, des organes de régulation, du financement et du capital humain..., représentent autant d'opportunités de renouvellement des approches.

Pour s'engager sur cette nouvelle trajectoire, il est proposé de tenir compte des principes directeurs suivants :

❖ Faire de la santé un nouveau chantier structurant du Royaume

La santé, en s'érigeant en chantier structurant, permettrait de repenser le système de santé sur la base d'une vision globale et intersectorielle, vu les liens étroits avec d'autres secteurs (éducation, environnement, industrie, agriculture, énergie, mines, économie numérique, entrepreneuriat, ...). Elle inciterait les acteurs du système de santé à définir et à formaliser de nouvelles ambitions pour le secteur en termes de « souveraineté, d'inclusivité et de durabilité ».

Ces nouvelles ambitions pourraient, également, concerner la création de chaînes de valeur locales et régionales à l'échelle du continent africain et du monde arabe, notamment, dans l'industrie pharmaceutique et celle des équipements médicaux. Les expériences étrangères susmentionnées montrent tout l'intérêt d'ériger le secteur de la santé non seulement en secteur à haute valeur sociale mais aussi à haute valeur économique. Il peut être à la fois un secteur de transformations économiques structurelles (investissements publics et privés, tourisme sanitaire, partenariats économiques, recherche & développement, formation...), de solidarité nationale (économie sociale et solidaire) et un vecteur de diplomatie sanitaire orientée vers les autres pays du voisinage européen et du continent africain.

En termes de mesures opérationnelles, il est proposé :

❖ En premier lieu :

- de doter le secteur de la santé d'une vision stratégique, prospective et multidimensionnelle innovante (définition des nouvelles ambitions pour le système de santé conciliant vision sociale et vision économique),

- de prioriser des domaines sanitaires stratégiques : médecine de santé, médecine du futur, médecine préventive, médecine du bien-être, souveraineté médicale, durabilité financière..., selon une démarche intersectorielle.

❖ **En deuxième lieu :**

- de réactiver les structures de concertation et de gestion de crise, d'abord celles prévues par les dispositions légales existantes (loi cadre 34-09) : conseil national de la santé, commissions nationales et régionales de l'offre de santé, comité national de veille et de sécurité sanitaire...,
- de veiller à imprégner au système de santé, tous secteurs confondus, des mécanismes de gestion de crise et de l'urgence (renforcement réglementaire et législatif, formations, systèmes d'informations évoluées d'anticipation et de prévention, ...).

❖ **Inciter à l'émergence de mécanismes de gouvernance cohérents, exhaustifs et rigoureux**

Le système de santé est confronté à l'élargissement de l'offre de soins qui ne devrait pas être supportée exclusivement par le secteur public. Il est donc appelé à des partenariats publics et privés de plus en plus ambitieux. La perspective de l'ouverture au capital financier et humain étranger implique de nouveaux défis. En effet, eu égard à la vocation sociale de ce secteur, il serait nécessaire de prévoir une régulation étatique fortement orientée vers l'intérêt public.

Sur le plan opérationnel, sont proposées les mesures suivantes :

- Actualiser les lois existantes pour appliquer à la santé publique un cadre juridique et institutionnel précis définissant clairement et de manière transparente les rôles et les missions dévolues aux différents acteurs du système de santé (secteur public/secteur privé non lucratif/ secteur privé lucratif/santé communautaire...).
- favoriser la création d'une haute instance de régulation, de contrôle et d'évaluation, dotée de systèmes spécialisés d'information, d'expertise en évaluation des professionnels du secteur et en contrôle qualité (panier de soins, parcours de soins, tarification, performance ou productivité, ...),
- Encourager la régulation du partenariat public-privé en veillant à promouvoir l'implication pleine et entière du secteur privé dans des missions d'intérêt public (couverture médicale de zones sous médicalisées, développement de compétences adaptées aux pathologies locales, complémentarité avec le secteur public, ...),

- Développer un système d'ouverture au capital et aux compétences étrangères contractualisée et de manière sélective en adéquation avec les besoins de santé des régions du Royaume non couvertes par les compétences nationales ou en mesure de transférer des compétences et de la technologie non accessible aux moyens nationaux.
- Doter le secteur de la santé des mécanismes d'information, d'évaluation et de contrôle sophistiqués, fondés sur les nouvelles technologies et couvrant les champs essentiels du système de santé, notamment, pour répondre aux exigences en termes de contrôle et de qualité des systèmes de soins, qui doivent être soumis à des normes sanitaires bien établies et conformes aux meilleurs standards internationaux.
- Renforcer les prérogatives de contrôle et d'évaluation des conseils de l'ordre pour lutter contre les mauvaises pratiques,
- Encourager et renforcer les prérogatives des acteurs en matière de lutte contre la corruption, le gaspillage et l'inefficience, en particulier, dans le secteur public auquel les populations vulnérables s'adressent en priorité.

❖ **Faire de la promotion du capital humain un enjeu de souveraineté nationale**

La valorisation de la ressource humaine locale est un préalable pour conserver les compétences dans le système de santé national. Pour cela, la réflexion porte autant sur les mesures à mettre en œuvre en termes de formation, de régionalisation, de contraintes réglementaires que d'amélioration de l'attractivité des métiers de la santé. Les principaux volets d'actions opérationnelles à entreprendre se présentent comme suit :

- ❖ **Valoriser les métiers médicaux dans leur diversité par** la révision des statuts et des rémunérations à la hausse du personnel médical, en particulier, dans le secteur public, en contrepartie de meilleures performances en termes de rendement (système de primes et de promotion, cadre administratif et matériel agréable et bien organisé, ...).
- ❖ **Faire de la formation un espace de promotion des compétences orientées vers la souveraineté sanitaire :**
 - Mettre en valeur les formations médicales orientées sur les besoins de santé locaux pour conserver les compétences dans le système de santé national,
 - Revoir les cursus de formation en adéquation avec les besoins de santé nationaux et les pathologies locales (introduire de nouveaux cursus : médecine préventive, médecine familiale, médecine d'urgence et de catastrophe, ...),

- Offrir la gratuité de la formation médicale en échange d'un service civil médical de deux années au sein du système de santé publique afin de disposer en permanence d'un contingent de 2000 à 3000 médecins dans le secteur public. Le service civil compléterait la formation concrète des lauréats par l'acquisition de compétences pratiques sur les besoins de santé ancrés dans les réalités nationales, régionales et locales.

- ❖ **Promouvoir l'intégration « formation - recherche & développement-souveraineté industrielle - coopération internationale » par des mesures destinées à :**
 - encourager la recherche & développement dans les sciences de la santé au sein des universités et promouvoir la recherche et les études cliniques, en instaurant par exemple des centres d'investigations cliniques dans toutes les facultés, CHU du Royaume et institutions accréditées,
 - développer dans les cursus d'enseignement la diplomatie scientifique en impliquant la ressource humaine dans des projets de coopération internationale (coopération Sud-Sud en particulier),
 - négocier au sein des instances internationales (OMS, PNUD, OCDE...) des accords internationaux et bilatéraux limitant la fuite des ressources humaines formées au Maroc et encourager plutôt la coopération Sud-Sud,
 - faire de l'ouverture au capital financier et aux compétences étrangères un espace de coopération pour la montée en gamme en matière de formation du personnel (stages de formation réglementés dans les structures médicales de pointe, spécialisation sur des technologies innovantes, ...).
 - développer l'industrie "health tech" et en faire un pont entre la recherche académique et l'industrie, en s'appuyant notamment sur l'émergence du digital au niveau national.

❖ **Définir un modèle durable de financement du système de santé garantissant une « justice sociale et sanitaire »**

La « soutenabilité financière » du système de santé est un défi majeur et complexe à l'aune de la généralisation de la couverture sociale. Les actions à entreprendre, mises en évidence sur ce sujet, concerneraient, d'abord, la révision de l'ossature financière du système ainsi que la recherche de l'efficacité pour éviter les gaspillages et les surcoûts institutionnels liés à une gestion excessivement bureaucratique et complexe du financement de la santé.

Par ailleurs, il y aurait lieu de rechercher des solutions financières innovantes pour augmenter les espaces budgétaires de la santé et lutter contre les dérives de coûts et d'augmentation des dépenses des ménages. En particulier, il faudrait augmenter la part de l'industrie médicale et pharmaceutique locale dans les systèmes d'approvisionnement du marché national pour réduire les coûts de l'importation de médicaments et d'équipements plus coûteux. Le prix du médicament doit faire l'objet d'une politique ciblée des pouvoirs publics afin de trouver le bon équilibre entre le développement du secteur pharmaceutique et la nécessité de la solvabilité durable au profit du système de financement de la santé.

❖ **Mettre en place un nouveau système de financement, basé sur la responsabilisation des acteurs et sur leur contribution systématique aux dépenses de santé (généraliser l'accès aux soins selon un panier prédéfini) :**

- Renforcer le financement contributif à travers la généralisation de l'AMO et l'augmentation des cotisations selon la capacité de financement des assurés.
- Accroître sensiblement la part consacrée à la santé dans le budget de l'Etat : mobiliser des ressources financières publiques supplémentaires en recourant, notamment, aux instruments de financements innovants et alternatifs.
- Faire contribuer davantage les collectivités territoriales au financement de la santé (construction d'établissements de soins de santé primaire, promotion de la santé, prévention, hygiène de vie, nutrition, ...).
- Alléger la charge financière qui incombe aux ménages et qui constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins. En particulier, explorer la faisabilité d'exemption de paiement pour les programmes de santé publique au profit des populations pauvres et vulnérables identifiées sur la base du registre social unique (RSU) et de moralisation du recours aux soins spécialisés à travers la mise en place d'un ticket modérateur.

❖ **Accroître l'efficacité financière du système de santé :**

- Rationaliser les procédures de gestion et de financement et inciter au regroupement des organismes gestionnaires au sein d'une seule caisse nationale d'assurance maladie.
- Améliorer la planification financière de la santé en s'appuyant sur une meilleure gestion et analyse des données de santé (big data, DataAnalytics, ...).
- Adopter un panier de soins adapté aux besoins essentiels de la population à travers sa redéfinition sur la base de critères d'équité et de rentabilité (meilleur rapport coût/efficacité).
- Adapter l'offre à la demande de soins et optimiser le parcours de soins grâce au partage du dossier médical et à l'adoption du « gate-keeping » (médecin traitant) pour maîtriser la demande de soins. A ce niveau, l'intégration du médecin généraliste ou médecin de famille dans le parcours du patient doit être prise en compte dans toute réorganisation de l'offre des soins.
- Faciliter la mobilité des médecins marocains entre les régions pour combler les déficits et réduire l'impact des frais inhérents aux déplacements et autres charges des patients.
- Promouvoir la collaboration entre les secteurs public et privé pour l'optimisation des dépenses et des charges, à l'instar des groupements d'intérêt économique en France.
- Promouvoir le médicament générique.
- Encourager l'achat stratégique des services et soins de santé.

❖ **Prendre des mesures adéquates en faveur de l'innovation financière en incitant** à favoriser l'émergence de structures de financement innovantes (crowdfunding, fondations, fonds de solidarité nationale à l'instar du fonds COVID-19, fonds d'investissement dans le cadre de partenariat public-privé, ...).

❖ **Faire de la santé un levier du développement et de la promotion économiques par un ensemble de mesures visant à :**

- promouvoir des investissements créateurs d'emplois dans la santé au service de l'intérêt public,
- faire de l'e-santé un levier novateur de transformation et d'efficacité de la santé publique au Maroc, où le secteur public peut en être le moteur,

- développer une politique de substitution aux importations par une production locale de médicaments, de produits et d'équipements médicaux (incitations fiscales, partenariat public-privé dans l'industrie pharmaceutique, pôles de compétences en recherche & développement, commandes publiques),
- faire de la diplomatie sanitaire un espace de croissance des marchés de santé au Maroc (tourisme sanitaire, hub d'exportation de médicaments et d'équipements médicaux, notamment vers l'Afrique).

PROGRAMME DE LA JOURNEE

9.30	ACCUEIL DES PARTICIPANTS
10.00	SESSION D'OUVERTURE <ul style="list-style-type: none"> • Mot d'introduction de Monsieur Mohammed Tawfik MOULINE, Directeur Général de l'Institut Royal des Etudes Stratégiques • Monsieur Mohammed Youbi, Directeur "Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies", Ministère de la santé et de la protection sociale
MODÉRATION DES TRAVAUX DE LA JOURNÉE	
Professeur Jaâfar HEIKEL , Epidémiologiste et spécialiste en maladies infectieuses et santé publique, Enseignant-Chercheur en Economie de la Santé - Sorbonne	
10.30	SESSION 1 : ETAT DES LIEUX DU SYSTÈME DE SANTE NATIONAL <ul style="list-style-type: none"> - <i>Quels sont les principaux acquis et atouts à consolider ?</i> - <i>Quelles sont les nœuds du futur sur lesquels il faudra focaliser l'action pour résoudre les problématiques du système de santé national ?</i> <p style="text-align: center;">Professeur Youssef EL FAKIR, Vice-Président de la Fondation des Médecins Enseignants Libéraux, Expert en télémédecine</p>
11.00	SESSION 2 : COMMENT LE MAROC POURRAIT-IL GARANTIR UNE SOUVERAINETÉ ET UNE INCLUSIVITÉ SANITAIRES ? <ul style="list-style-type: none"> - <i>Quel système de gouvernance faudrait-il instaurer en faveur de la souveraineté sanitaire ?</i> Professeur Abdelmounim BELALIA, Expert en management de la santé, Directeur Général de l'Université Mundiapolis Casablanca - <i>Comment résoudre la problématique du capital humain dans le domaine de la santé ?</i> Professeur Chakib NEJJARI, Président de l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé (UM6SS) - <i>Quelle formation médicale pour une souveraineté nationale ?</i> Professeur Sidi Adil IBRAHIMI, Doyen de la Faculté de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire - Fès - <i>Quel rôle du partenariat public-privé face à l'enjeu de la souveraineté sanitaire ? Comment assurer la complémentarité des secteurs public et privé en vue de satisfaire de manière optimale la demande de soins ?</i> Docteur Saâd AGOUMI, Expert en droit de santé - <i>Quelle articulation entre l'offre sanitaire et la demande en couverture sanitaire universelle ? Comment réduire les disparités entre les régions pour garantir l'accès équitable aux soins ?</i> Docteur Abdelali ALAOUI BELGHITI, Consultant en management et développement des systèmes de santé, ancien Secrétaire Général du Ministère de la Santé - <i>La e-santé en tant que levier d'un nouveau modèle d'offre de soins au Maroc.</i> Professeur Anas DOUKKALI, ancien Ministre de la Santé - <i>Quelles industries promouvoir en faveur d'une souveraineté pharmaceutique ? Comment assurer une souveraineté relative au matériel médical essentiel (notamment de diagnostic et de soins) ?</i> <ul style="list-style-type: none"> • Madame Lamia TAZI, Président-Directeur Général de SOTHEMA, Vice-Président de la Fédération Marocaine de l'Industrie et de l'Innovation Pharmaceutiques • Monsieur Abdelmajid BELAICHE, Expert-Analyste des marchés pharmaceutiques et chercheur en économie de santé

	<p>- Quelles modalités mettre en place concernant l'ouverture du système de santé au capital et aux compétences internationales ? Professeur Najib AMGHAR, Secrétaire Général de l'Ordre National des Médecins</p>
14.00	<p>SESSION 3 : QUEL FINANCEMENT POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ EFFICIENT, DURABLE ET INCLUSIF ?</p> <p>- Comment assurer le financement du chantier de la généralisation de la couverture sociale ? Professeur Jaâfar HEIKEL, Epidémiologiste et spécialiste en maladies infectieuses et santé publique, Enseignant-Chercheur en Economie de la Santé-Sorbonne</p>
14.30	PAUSE
15.00	DEBAT GENERAL
15.45	<p>PANEL DE DISCUSSION POUR LA PROPOSITION DE LEVIERS DE CHANGEMENT ET D'ORIENTATIONS STRATÉGIQUES, VISANT UN MODÈLE DE SANTÉ RENOVÉE, SOUVERAIN ET INCLUSIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professeur Fatima Zohra ALAOUI HAFIDI, Doyenne de la Faculté de médecine et de pharmacie, Laâyoune • Professeur Raja AGHZADI, Membre de la Commission spéciale sur le modèle de développement • Monsieur Abdelhaq AMMANI, Directeur de la valorisation, Fondation MAScIR • Professeur Rajae EL AOUD, Immunologue, Spécialiste de la recherche biomédicale et en santé publique, Membre de l'Académie Hassan II des sciences et techniques • Professeur Youssef EL FAKIR, Vice-Président de la Fondation des Médecins Enseignants Libéraux, Expert en télé-médecine • Professeur Jaâfar HEIKEL, Epidémiologiste et spécialiste en maladies infectieuses et santé publique, Enseignant-Chercheur en économie de la santé UM6SS- Sorbonne • Professeur Sidi Adil IBRAHIMI, Doyen de la Faculté de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire - Fès • Professeur Chakib NEJJARI, Président de l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé (UM6SS) • Docteur Rochdi TALIB, Président-Directeur Général du Groupe AKDITAL
16.45	CLOTURE DES TRAVAUX