

FDT
6^e Congrès National

Systeme de santé Marocain

Réalité et perspectives

A. Belghiti Alaoui

Directeur des hôpitaux et des soins ambulatoires

Réalité du SNS :

Une analyse selon 2 approches complémentaires

➤ Analyse de l'évolution du SS

*« Quand tu ne sais pas où aller,
demande-toi d'où tu viens »*

➤ Analyse du fonctionnement du SS

*« Il n'y a pas de vent favorable pour
celui qui ne sait où aller »*

1. Transition démographique

Indicateurs démogr.	1960	2004
ISF	7	2.5
Accroissement démogr.	2.5 %	1.5 %
TMI	160 %°	40 %°
TMM	359 10 ⁻⁵ (1979)	227 10 ⁻⁵

2. Transition épidémiologique

Principales causes de mortalité	2004
Appareil circulatoire	18.1 %
Affections périnatales	8.1 %
Tumeurs	07.1 %
Mdies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	05.8 %

2. Transition épidémiologique

Charge de morbidité

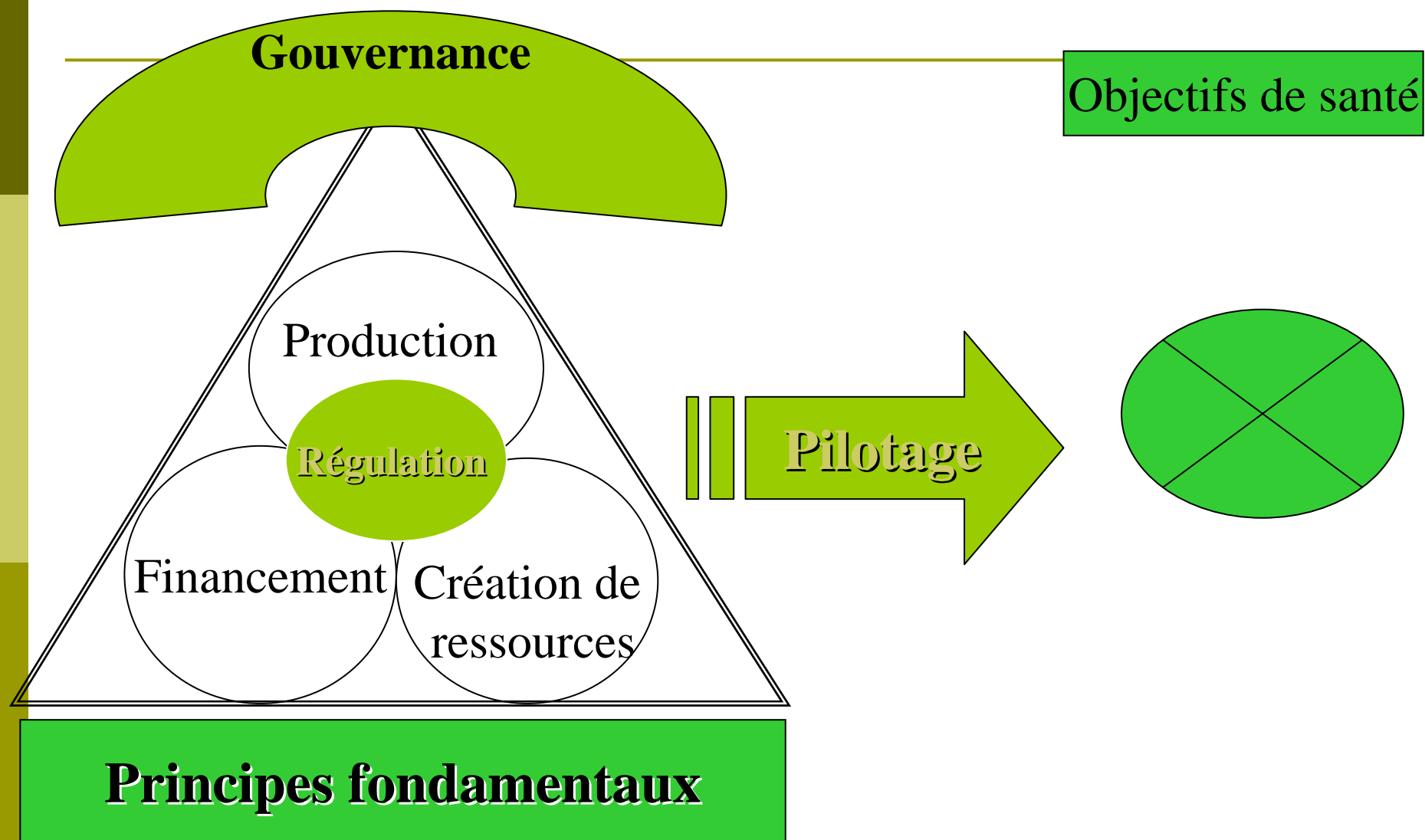
Groupe CIM 10	Décès prématurés AVDP	%	Incapacité AVVI	%	Charge de morbidité AVCI	%
Gr. I	1 370 777	46.4	205 253	11.7	1 576 030	33.4
Gr. II	1 217 437	41.2	1 412 837	80.2	2 630 273	55.8
Gr. III	367 779	12.4	142 570	08.1	510 349	10.8
Total	2 955 993	100	1 760 660	100	4 716 652	100

3. Évolution de l'offre de soins

Infrastructure

- 1/12 000 hab. en 2005
 - contre 1/17 000 hab. en 1980
- 25% population > 10 km en 2002
 - contre 43 % en 1987
- + 8 100 lits entre 1960 et 2002
 - (50 % des hôp. créés après 1960)
- Près de 6000 lits privés

II. Analyse du fonctionnement du SS Marocain



1. Production des soins

□ Capacité de production des soins

- Offre hospitalière faible
- Faible démographie médicale et paramédicale

□ Niveau de production

- Performance acceptable en soins préventifs
- Faible utilisation des soins curatifs
 - SSB: 0,5 C/hab/an
 - REH: 2,85 % de Tx d'hospitalisation
- Promotion de la santé non organisée

2. Le financement de la santé

- i. Financement insuffisant
- ii. Financement peu solidaire
- iii. Flux financier mal distribué

(i) Financement insuffisant

Les dépenses globales de santé (DGS) au Maroc sont estimées à:

- 19 Milliards de DH en 2001
- Soit 5 % du PIB et 199 \$ ppa/hab./an

Source : CNS 2001

Comparaison avec des pays à développement économique similaire

Pays	PIB per capita (2002)	Dép. santé per capita	Dép. santé / PIB	Espérance de vie en bonne santé	Tx. mortal. Inf.-juv. (2002)
Maroc	1.218	59 US\$	5,0%	55,4	43,0
Jordanie	1.799	136 US\$	9,5%	58,5	33,0
Iran	1.652	350 US\$	6,4%	56,7	42,0
Tunisie	2.149	134 US\$	6,5%	61,3	26,0
Liban	3.894	500 US\$	12,2%	59,4	32,0

(ii) Financement peu solidaire

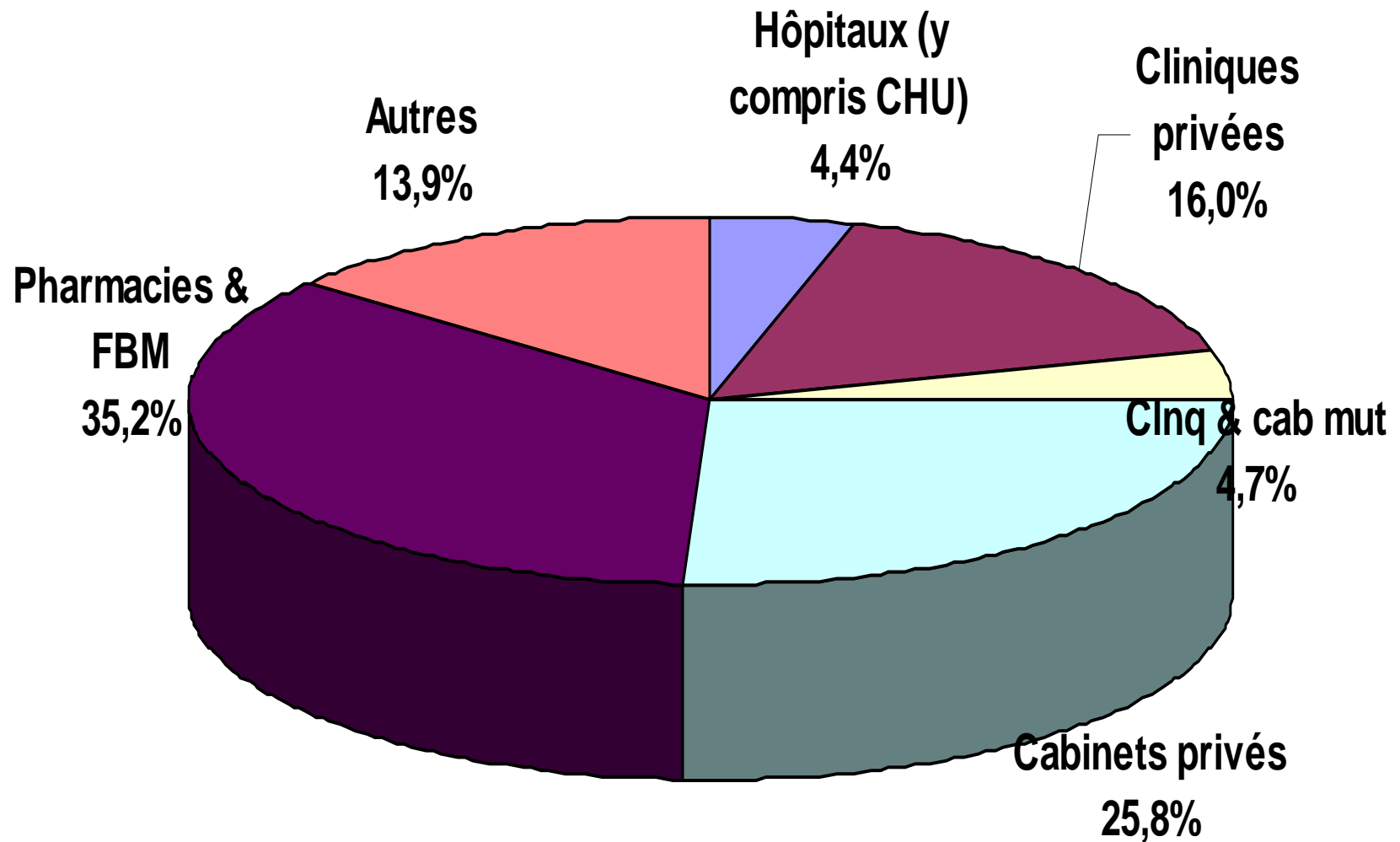
Financeurs (en % de la DGS):

■ Ménages (pay. direct):	51.6 %
■ Fisc	26.7 %
■ Couverture médicale	16,5 %
■ Collectivités locales	1.2 %
■ Employeurs (hors CM)	2.9 %
■ Coopération intern.	0.7 %
■ Autres	0.4 %

44.4 %

Source : CNS 2001

(iii) Flux financier de l'AMO mal réparti



3. Génération de ressources

Médecins

	Densité médicale (pour 100 000 habitants)	Année
Maroc	57	2005
Tunisie	81	2002
Jordanie	226	2003
Egypte	222	2003
Liban	281	2002
France	335	2002
Italie	580	2001
USA	279	2001
OCDE	280	2001

**Nombre d'étudiants inscrits
aux six premières années de médecine
pour 10 000 habitants en 1998**

Pays	Étudiants/10 000 habitants
Autriche	22,3
Allemagne	10,2
Norvège	5,7
France	5,1
Royaume-Uni	3,3
Belgique	3,2
Maroc	2,0
Danemark	1,9



Les questions d'inquiétude

Problèmes traditionnels non encore résolus

1. Insuffisance d'accès aux soins
2. Forte Disparité dans l'état de santé entre milieux et entre régions
3. Organisation pyramidale peu intégrée
4. Insuffisance des ressources humaines (seuil critique)

(quantité de soins insuffisante et mal répartie)

Problèmes émergents

1. Transition démographique et épidémiologique

- Nouveaux milieux : Le Périurbain ou urbain ruralisé
- Charge de morbidité : Triple fardeau

2. Sécurité sanitaire

- Maladies à dimension internationale
- Situation de catastrophes
- Vigilance sanitaire
- Sécurité du patients

Problèmes émergents (2)

3. Insuffisance de financement du secteur

- Eu égard aux besoins (utilisation)
- Eu égard au niveau de l'état de santé

4. Les ressources humaines (seuil critique)

- Suffisance
- compétence
- Motivation

5. Absence d'un système organisé de régulation (Gouvernance)

Perspectives

□ Réformes

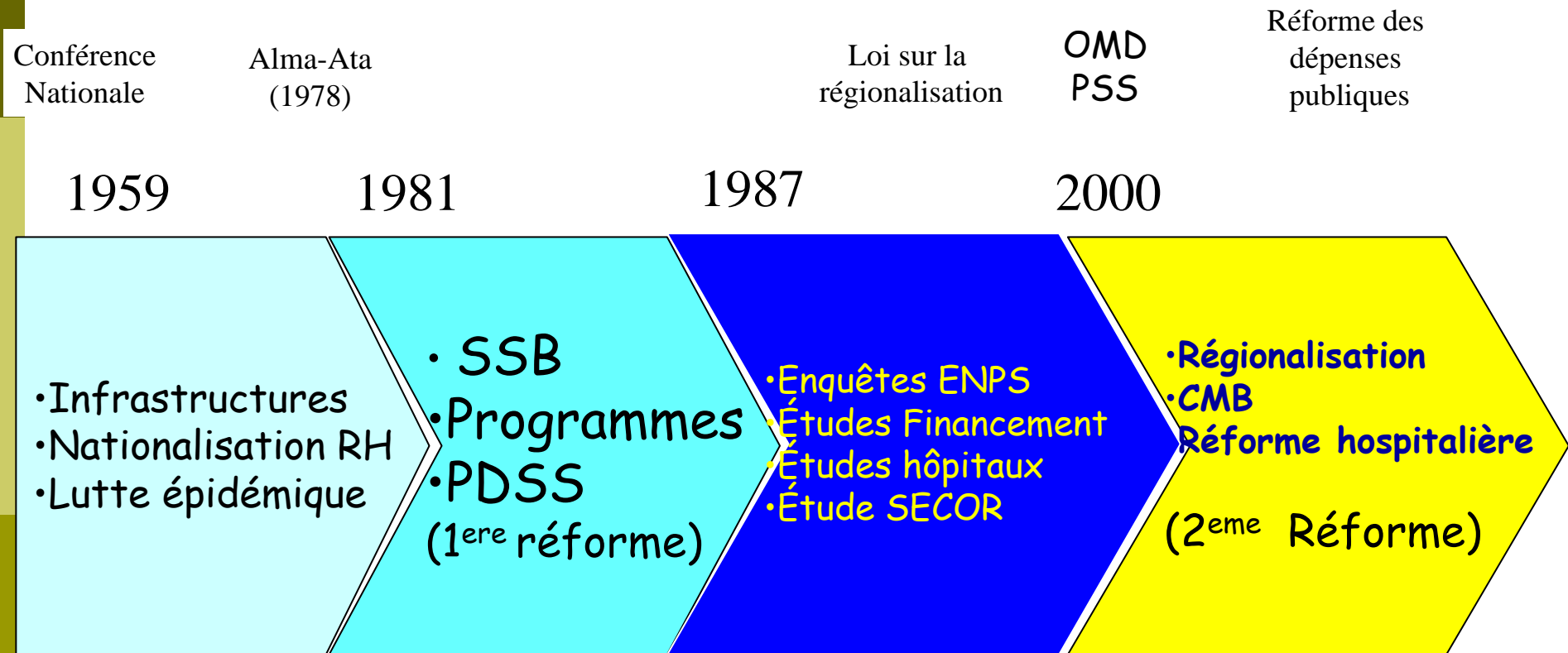
Les courants de réforme (SDM 2000)

- 1^{ère} génération de réformes: Années 40 et 50
 - Volonté d'accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité
 - Volonté d'accroître la justice sociale
 - Développement de l'offre de soins

- 2^{ème} Génération de réformes: Fin années 60
 - Équité dans l'accès au soins: SSP, Accès universel à un coûts abordable

- 3^{ème} Génération de réformes: Fin années 80
 - Maîtrise des coûts
 - Équité (couverture sociale)
 - Rôle de l'Etat

Mise en perspective des réformes de santé au Maroc



Les principaux chantiers de réforme de santé

1. La régionalisation

2. La Réforme
Hospitalière

3. L'Assurance
Maladie

4. Réforme
juridique

1. La régionalisation

Justifications

1. Accompagner la politique de Décentralisation/Déconcentration;
2. Renforcer l'organisation régionale des services de santé (ORE, SONU...);
3. Renforcer la planification régionale (SROS, Allocation de ressources, contractualisation);
4. Renforcer l'intégration du système de santé

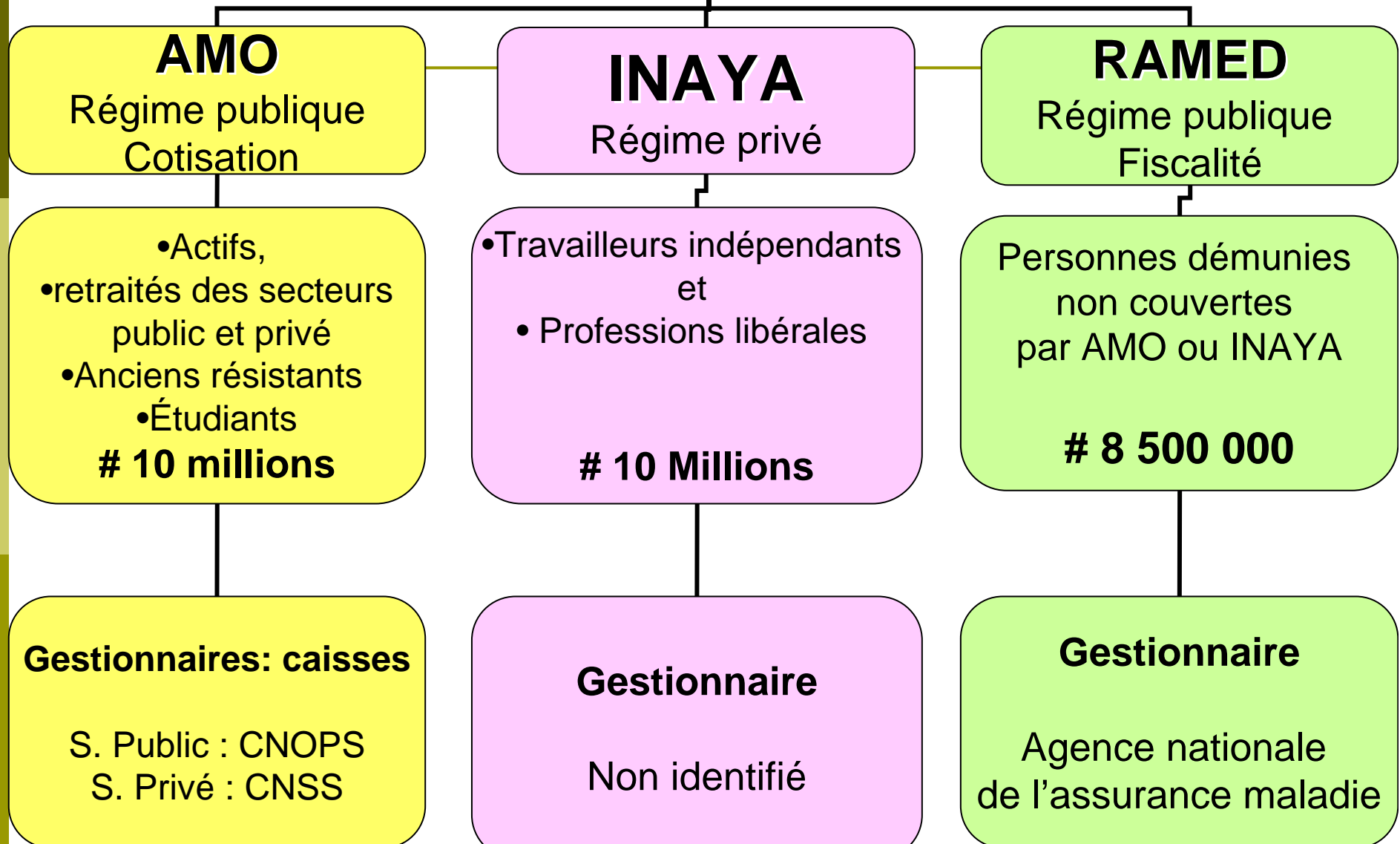
2. Réforme hospitalière

Objectifs

- **Améliorer le management hospitalier**
 1. Renforcement des capacités de planification hosp.
 2. Mise en place de nouveaux outils de GFC et GRH
 3. Maîtriser les processus gestionnaires (SIG-Ho, Coûts, ...)

- **Rehausser la qualité des soins**
 4. Modernisation des bâtiments et des équipements
 5. Instauration de mécanismes d'Assurance Qualité
(Audit clinique, Accréditation, Concours Qualité, Sécurité des Patients)

3. Couverture médicale: 3 régimes



Menaces

- Pauvreté
- Lenteur