

La régionalisation, nouveau mode de gouvernance du système de santé : état des lieux pour le cas du Maroc

Abdelkader El Khider,

Enseignant chercheur, Directeur Adjoint du Laboratoire de Recherche en Economie Sociale et Solidaire, Gouvernance et Développement (LARESSGD). Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales. Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Hanaa Imichoui,

Doctorante en sciences économiques, Laboratoire de Recherche en Economie Sociale et Solidaire, Gouvernance et Développement (LARESSGD). Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales. Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Doi:10.19044/esj.2020.v16n16p154 [URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n16p154](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n16p154)

Résumé

L'impératif de l'articulation des procédés du développement humain nous mène à mettre en relief les différentes visions de la gouvernance de santé au Maroc. La régionalisation de la santé constitue une opportunité pour le pays de promouvoir le développement humain. Dans cet article, l'intérêt sera porté tout d'abord sur la notion de la régionalisation des systèmes de santé. En se focalisant sur le cas marocain, il s'agira de présenter ensuite l'évolution de ce processus ainsi qu'un bilan régional en termes de performance sanitaire. Pour conclure, le papier s'interroge sur les perspectives et les conditions nécessaires pour que ce mécanisme de gouvernance puisse être un levier de l'amélioration de la santé des populations dans les différentes régions du pays.

Mots clés : Gouvernance, Système de santé, Régionalisation, Maroc

Regionalization, a New Model of Health System Governance: Case of Morocco

Abdelkader El Khider,

Enseignant chercheur, Directeur Adjoint du Laboratoire de Recherche en
Economie Sociale et Solidaire, Gouvernance et Développement
(LARESSGD). Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales.
Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Hanaa Imichoui,

Doctorante en sciences économiques, Laboratoire de Recherche en
Economie Sociale et Solidaire, Gouvernance et Développement
(LARESSGD). Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales.
Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Abstract

The imperative of articulating human development processes leads us to highlight the different visions of health governance in Morocco. The regionalization of the Moroccan health system is an opportunity for the country to promote human development. In this article, interest will first be focused on the notion of regionalisation of health systems. Focusing on the Moroccan case, the evolution of this process is presented as well as a regional assessment in terms of health performance. To conclude, the paper questioned the necessary perspectives and conditions for this governance mechanism to be a lever for improving the health of populations in the different regions of the country.

Keywords: Governance, Health system, Regionalization, Morocco

Introduction

Au Maroc, la régionalisation avancée est un outil indispensable pour parvenir à une gouvernance territoriale, d'où le passage d'une gestion bureaucratique et centralisée à une gestion participative axée sur la prise de décision des élites locales, ce qui leur confère un rôle stratégique dans le développement économique et social.

La santé, en tant que secteur extrêmement important pour tous les domaines de développement et du progrès humain, et comme étant un producteur de valeur ajoutée immatérielle (en valorisant le capital humain national) ; constitue un levier du développement économique et social. Le rôle

primordial du système de santé marocain comme dans tous les pays du monde ; a été mis en évidence au cours de la pandémie du COVID-SARS 19.

La gouvernance du système de santé national a fortement changé sur la longue durée. Le royaume a opté depuis des années pour l'intégration de l'échelon régional dans la gestion de son système de santé. La décentralisation au profit des régions est désormais un élément central de toutes les réformes sanitaires. C'est une opportunité pour le pays pour dynamiser le secteur de la santé et faire face aux maux d'un système centralisé souffrant de tarissement et de défaillances dans l'allocation des ressources et des disparités qu'il génère sur le territoire national.

En effet, la régionalisation est un choix stratégique qui répond à une double exigence de démocratisation et de rationalisation administrative. Elle est également un instrument politique pour mobiliser la participation des collectivités locales dans la planification et le financement des soins ; et un moyen d'allocation des ressources humaines et financières.

Ce choix est motivé par plusieurs raisons. D'un côté, les systèmes de santé centralisés ont montré plusieurs inconvénients : efficacité médiocre, lenteur aux changements et à l'innovation, réponse mal adaptée aux besoins³. De l'autre côté, les chercheurs dans le domaine mettent l'accent sur l'importance de ce mode de gouvernance dans l'amélioration de la performance des systèmes sanitaires. Le processus fournit des mécanismes permettant de mieux coordonner et intégrer la prestation sanitaire, de rationaliser les coûts, de lutter contre les inégalités de l'offre sur le territoire et d'assurer une prestation plus efficace des services de santé.

Cependant, ce processus n'a pas pu aboutir à des résultats tangibles ou du moins ; n'a pas pu parvenir aux espérances attendues. Les preuves de son efficacité sont encore limitées. Le système de santé marocain recèle une forte iniquité territoriale en termes de contribution au financement, d'accès aux soins et des résultats sanitaires. En effet, l'organisation mondiale de la santé indique que le pays manque d'affrètement de personnels de santé, et que le secteur de la santé souffre de la mauvaise répartition en termes de géographie et de combinaison de compétences et de spécialités de ces professionnels. Les dépenses totales du gouvernement allouées à la santé demeurent également inférieures à celles des pays ayant un niveau de développement similaire que le Maroc. Des écarts régionaux sont également observés en termes d'espérance de vie, de mortalité maternelle et infantile.

³ Duriez, M., Lequet-Slama, D. (1999). Régionalisation et systèmes de santé en Europe. Adsp n° 29, p. 29-32, p29.

Méthode :

Cet article décrit et analyse la mise en place du processus de régionalisation du système de santé marocain ainsi que les disparités régionales en termes d'offre de santé. Dans cette démarche les données et les rapports publiés par le ministère de la santé marocain sur son site web seront exploités. Par ailleurs, les publications de l'organisation mondiale de la santé portant sur le Maroc et sur son système de santé ont été examinées.

1. La régionalisation du système de santé : Eclairage théorique

La définition de la régionalisation d'un système de santé ne fait pas l'unanimité. La régionalisation –en général- désigne une forme de décentralisation d'un pays centralisé qui transfère des pouvoirs à ses régions. Ces pouvoirs peuvent être administratifs, économiques ou politiques. La décentralisation recouvre plusieurs approches et peut prendre plusieurs formes (la délégation de compétences, la privatisation, la déconcentration, la dévolution des responsabilités.). Dans le contexte du secteur public, la décentralisation est la dispersion des pouvoirs ou le transfert d'autorité administrative et de la responsabilité de la planification, de la prise de décision, de la production et de l'affectation des ressources d'un niveau national à un niveau infranational⁴. Ce glissement de pouvoirs se fait du gouvernement central vers les unités hors siège du gouvernement central, les ministères, les autorités publiques semi-autonomes, les autorités fonctionnelles régionales ou vers les organisations non gouvernementales privées ou bénévoles. La décentralisation est un outil politique servant à améliorer les politiques publiques dans différents secteurs comme celui des soins de santé.

La régionalisation de la santé peut renvoyer vers une organisation intégrée des ressources sanitaires et une prestation de soins de santé appropriés aux besoins de l'ensemble de la population dans une région géographiquement définie afin d'obtenir des résultats efficaces⁵. C'est la décentralisation du système de santé appliquée au niveau régional.

La décentralisation peut prendre plusieurs formes. Rondinelli (1983)⁶, en optant pour une typologie institutionnelle, distingue : la déconcentration, la délégation, la dévolution et la privatisation. Selon Saltman (2004)⁷, qui

⁴ Mills, A. et al. (1990). *Health system decentralization: concept, issues and country experience*. Organisation Mondiale de la santé, Genève, ISBN 9241561378, 152 pages, p 11.

⁵ Van Aerde, J. (2016). *Has regionalization of the Canadian health system contributed to better health?*. *Canadian Journal of Physician Leadership*, VOL. 2, N.3, p.65-70, p 65.

⁶ Rondinelli, D. et al. (1983). *Decentralization in developing countries: a review of recent experiences*. Dans Polton, D. (2004). *Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international*. *Revue française des affaires sociales*, N.4, P. 267-299, p 268.

⁷ Saltman, R., Bankauskaite, V. (2004). *Implementing decentralization in European health care systems: searching for policy lessons*. Dans Polton, D. (2004). *Décentralisation des systèmes*

poursuit une approche fonctionnelle, la décentralisation est politique, administrative ou fiscale. La décentralisation politique ou encore appelée la dévolution, consiste en la définition des politiques à un niveau infranational. La décentralisation administrative est une réforme qui porte sur le management du secteur public et ses établissements. La décentralisation fiscale est le glissement des compétences de dépense et de prélèvement de l'impôt aux entités infranationales. En pratique, cette dernière est généralement associée à la décentralisation politique. Polton (2004)⁸, en se basant sur les travaux de Saltman et sur les expériences de plusieurs pays, a produit la classification suivante :

- La décentralisation politique : consiste en la délégation du pouvoir de décision du niveau central aux niveaux locaux.
- La décentralisation administrative : il s'agit d'un transfert du pouvoir décisionnel, des ressources et de la responsabilité technique d'un certain nombre de services publics du centre à des échelons inférieurs d'administration, des institutions ou représentations locales des agences centrales. A ce niveau, on distingue deux types de décentralisation administrative selon le degré d'autonomie : (i) La déconcentration : les agents ou les organismes locaux dotés de certains pouvoirs décisionnels restent soumis à l'autorité de l'Etat, et (ii) La Délégation : redistribution de pouvoirs ou de tâches vers les unités locales du gouvernement devant rendre des comptes à ce dernier.
- La Décentralisation budgétaire : elle vise une redistribution des ressources afin d'assurer le bon fonctionnement des collectivités locales.
- Le Désengagement ou la décentralisation par le recours au marché : par ce processus la puissance publique transfère des responsabilités et des fonctions à des organisations privées.

Mills et al., (1990), qui ont transposé ces notions au domaine de la santé, décrivent quatre approches générales de la décentralisation⁹ :

- Déconcentration : Transférer certains pouvoirs notamment administratifs ; aux autorités locales du ministère de la santé. Elle implique la mise en place d'une gestion locale avec des tâches administratives clairement définies et avec un degré d'autonomie qui permettrait aux fonctionnaires locaux d'exercer ces tâches sans se

de santé : un éclairage international. *Revue française des affaires sociales*, N.4, P.267-299, p 270.

⁸ Polton, D. (2004). *Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international. Revue française des affaires sociales*, N.4, p. 267-299, p 268.

⁹ Mills, A. et al. (1990). *health system decentralization: concept, issues and country experience. Organisation Mondiale de la santé, Genève*, ISBN 9241561378, 152pages, p 16-24.

référer constamment au centre (Ministère de la Santé). Elle est considérée comme une décentralisation territoriale.

- Dévolution : le transfert du pouvoir se fait vers des organes politiques élus au niveau local. Ces organes ne sont pas complètement autonomes mais ils sont largement indépendants du gouvernement dans leur fonctionnement par rapport à un ensemble bien défini de fonctions. Par exemple l'autorité régionale de la santé a la responsabilité de collecter les recettes et nommer le personnel, mais l'élaboration des politiques de santé est une fonction du centre (direction centrale).

La déconcentration se distingue de la dévolution (appelée aussi décentralisation politique) dans la mesure où il s'agit d'un système de délégation vers des échelons inférieurs internes au gouvernement ou au ministère ; ne possédant pas de personnalité morale propre. Quant à la dévolution, il s'agit de déléguer des responsabilités vers des collectivités territoriales possédant une personnalité morale propre. La déconcentration a pour objectif de faire rapprocher l'administration publique des administrés, tandis que la dévolution vise à faire participer les citoyens, à travers leurs représentants élus, à la gestion des affaires locales.

- Délégation : la gestion de fonctions bien définies est transférer à des organisations qui n'appartiennent pas à la structure du gouvernement central (pas de lien hiérarchique) et qui ne sont contrôlées qu'indirectement par le Ministère de la Santé (tutelle administrative).
- Privatisation : Il s'agit du transfert des fonctions gouvernementales à des organisations bénévoles ou à des entreprises privées à but lucratif ou non lucratif. Les agents du secteur privé pourraient mobiliser des ressources que le gouvernement n'est pas en mesure de mobiliser et de fournir certains services, en particulier les services curatifs de manière efficiente. Le secteur privé investit aussi dans des domaines que le secteur public délaisse (ex. la gériatrie, soins palliatifs).

Cette classification qui demeure une référence dans le domaine, fait l'objet de nombreuses critiques. Empiriquement, les pays ne se conforment pas à une seule catégorie de décentralisation, mais manifestent simultanément plusieurs éléments empruntés aux différentes formes. Par exemple, certaines fonctions peuvent être dévolues à l'administration locale (élue), tandis que d'autres seront déconcentrées aux administrations du ministère au niveau périphérique.

Cette distinction entre les formes de décentralisation prend en considération essentiellement le statut juridique ; et omet d'autres

caractéristiques importantes dans la classification comme l'autorité financière ou les moyens de représentation de la communauté locale¹⁰.

De plus, pour certains auteurs, la déconcentration et la privatisation ne sont pas réellement des formes de la décentralisation. D'une part, la déconcentration est simplement un type d'administration « hors siège » qui ne consiste à aucun transfert d'autorité aux niveaux périphériques. D'autre part, la privatisation implique que le secteur public décide de céder totalement la prestation de services, plutôt que de décentraliser les pouvoirs à un niveau de gestion qui est plus proche des utilisateurs. Cette démarche est de plus en plus répondue dans les pays en voie de développement, c'est devenu une question d'idéologie¹¹. Toutefois, il est primordial de l'accompagner d'une autorité réglementaire forte pour surveiller l'offre et la qualité des services ainsi que les industries d'approvisionnement, comme les produits pharmaceutiques, et pour assurer la coordination des services.

Le transfert des compétences au niveau régional permettrait une prise en compte des réalités locales pour une meilleure identification des besoins ; aboutissant à une meilleure prise en charge et à l'élaboration de plans sanitaires adaptés. Il donne aussi la possibilité d'une organisation plus rationnelle de l'offre de soins. De plus, la région est considérée, dans certains modèles, plus apte à intégrer les mécanismes de marché entre fournisseurs de services et financeurs. La régionalisation permet de réduire les coûts et limiter les doubles emplois¹². Elle est en mesure de réduire les inégalités sanitaires inter et intra régionales, et d'améliorer la coordination intersectorielle. Aussi, le partage des compétences décisionnelles avec les régions contribue à une meilleure efficacité (résultant de la compétition entre territoires et de la responsabilisation des acteurs locaux), favorise les partenariats avec la société civile et la participation communautaire et renforce la démocratie locale.

Toutefois, la gestion décentralisée des systèmes de santé peut avoir des inconvénients ou s'accompagner de dysfonctionnements. Le processus risque de générer, entre autres, une iniquité territoriale en matière d'offre de soins, la non maîtrise des coûts, la fragmentation des services, la corruption, la manipulation politique et le recul du secteur public. A partir de l'analyse des expériences de certains pays, plusieurs défaillances des différents processus de décentralisation¹³ sont démontrées. La question de la répartition des

¹⁰ Mills, A. et al. (1990). *health system decentralization: concept, issues and country experience*. Organisation Mondiale de la santé, Genève, ISBN 9241561378, 152pages, p 24.

¹¹ Mills, A. et al. (1990). *health system decentralization: concept, issues and country experience*. Organisation Mondiale de la santé, Genève, ISBN 9241561378, 152pages, p 23.

¹² Mills, A. et al. (1991). *La décentralisation des systèmes de santé : concepts, problèmes et expérience de quelques pays*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 174pages, p162.

¹³ Mills, A. et al. (1990). *health system decentralization: concept, issues and country experience*. Organisation Mondiale de la santé, Genève, ISBN 9241561378, 152pages, p139

pouvoirs entre les différents niveaux de gouvernement s'est avérée problématique dans de nombreux cas, générant des tensions considérables entre le centre et la périphérie, chose qui entrave la réforme. L'absence d'une délimitation claire des tâches et des structures de gestion entre les différents niveaux du système de santé et d'une décentralisation budgétaire effective ; ont également constitué un facteur de blocage dans plusieurs cas.

Malgré l'enthousiasme international pour la décentralisation et la régionalisation en particulier, son impact positif sur les systèmes de santé ou sur la santé des populations n'est pas prouvé.

2. Résultats :

2.1. Le processus de la régionalisation du système de santé au Maroc.

a. Le système national de santé marocain :

Le système national de santé marocain est organisé à la fois autour du secteur public et privé. Le secteur public comprend l'ensemble des ressources, établissements, moyens et activités visant à assurer le renforcement, la prévention, la promotion et l'amélioration de l'état de santé de la population. Cette offre de soins relève du ministère de la santé. Il comprend également les forces armées royales, les collectivités territoriales et d'autres départements ministériels. Quant au secteur privé, il est composé des établissements privés à but lucratif à savoir les cabinets de consultations, d'imagerie médicale, de biologie, de soins et de rééducation, de chirurgie dentaire, des cliniques, des pharmacies et des dépôts de médicaments...etc. Ces entités sont essentiellement implantées dans des zones urbaines où le statut socioéconomique est élevé et où réside une clientèle solvable. Ce segment délivre, à l'instar du secteur public, des soins de santé de base, des soins hospitaliers et d'autres prestations (officines, laboratoires, imagerie médicale...) ¹⁴. Le secteur privé regroupe également des établissements à caractère social à but non lucratif relevant de la caisse nationale de sécurité sociale, des mutuelles, du croissant rouge marocain, des ONG, etc. Toutefois il faut noter que ledit secteur n'intègre que timidement les différents programmes sanitaires recommandés par les départements de santé, par exemple, les programmes de lutte et de prévention de certaines maladies.

Le système national de santé suit la logique d'un système de santé mixte (ni horizontal ni vertical) ¹⁵ puisqu'à chaque étape du processus sanitaire

¹⁴ Dehbi, B. (2017). *La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie. Afrique et développement*, Vol. XLII, N. 1, p. 121-145, p 124.

¹⁵ Un système à intégration verticale est un système où différents organismes, chacun assurant les trois phases du processus, gèrent les soins de chaque sous-population, à intégration horizontale est celui où à chaque fonction correspond une seule institution qui gère les soins de l'ensemble de la population.

correspondent plusieurs institutions spécialisées, chacune assurant la couverture sanitaire d'une tranche particulière de la population.

Il est à souligner que l'organisation de l'offre de soins au Maroc obéit aux dispositions de la loi cadre n° 34.09 du 2 Juillet 2011 relative au système de santé et à l'offre de soins au Maroc, et au décret d'application n° 2-14-562 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins, qui a été adopté en conseil de gouvernement le 24 Juillet 2015. Ces deux textes juridiques régissent désormais l'organisation de soins au Maroc et énumèrent les types d'établissements de santé et les niveaux de recours.

Le ministère de la Santé est composé hiérarchiquement de trois niveaux : le niveau central, régional et provincial. La région représente l'un des enjeux à partir desquels les autorités sanitaires comptent réaliser leurs stratégies globales et leurs plans d'action. Pour l'échelon provincial, il est constitué par un réseau hospitalier et un réseau ambulatoire.

La carte sanitaire est une innovation importante en matière de planification. Elle permet aux responsables gouvernementaux de déterminer les besoins spécifiques des zones, ce qui facilite une allocation stratégique des ressources. Cet outil met en place 4 territoires sanitaires (art 10; Décret 2-14-562) : à savoir¹⁶ :

- Les circonscriptions sanitaires : ce sont les territoires de base dans le découpage sanitaire pour la planification de l'offre de soins et la mise en œuvre des stratégies, des programmes et des plans d'actions sanitaires. La circonscription peut être rurale ou urbaine.
- Les préfectures et provinces sanitaires : Chaque préfecture ou province sanitaire est découpée en deux ou plusieurs circonscriptions sanitaires. La préfecture ou la province sanitaire constitue le champ d'intervention d'une Délégation préfectorale ou provinciale relevant du Ministère de la Santé
- Les régions sanitaires : Chaque région sanitaire est composée de deux ou plusieurs préfectures et provinces sanitaires. La région sanitaire constitue le champ d'intervention de la Direction Régionale de la Santé relevant du ministère de la santé
- Les territoires de santé inter-régionaux : Il correspond au bassin de desserte des installations de santé rendant des prestations à caractère interrégional, notamment les prestations hospitalières du troisième niveau et les prestations fournies par les pôles d'excellence ou des centres de référence interrégionale.

¹⁶ http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/about_2019.html / consulté le 15/10/2019.

Les actions de toutes les politiques sanitaires vont dans une logique de consolider les pôles régionaux. Le projet est ambitieux, le ministère vise le renforcement des capacités des directions régionales de santé, la mise en place des budgets-programmes régionaux et mise en place de mécanismes d'incitations à la performance régionale, l'élargissement du pouvoir des directions régionales à travers la déconcentration, au niveau régional, de nouveaux actes administratifs et l'introduction de nouveaux mécanismes de renforcement de la coordination entre les régions et l'administration centrale.

b. Mise en œuvre de la régionalisation dans le domaine de la Santé au Maroc :

L'organisation des services de santé dans chaque pays reflète la tendance générale de l'organisation de ses services gouvernementaux. Les politiques de décentralisation sont généralement initiées par les gouvernements centraux et ne sont adoptées par le secteur de la santé que par la suite. Le gouvernement central définit une politique nationale en promulguant un décret ou en adoptant des modifications constitutionnelles qui définissent le modèle des réformes à adopter par les différents ministères. La forme de décentralisation d'un système de santé dépend en grande partie de l'évolution historique du pays, de l'idéologie, de la politique du gouvernement et des moyens adoptés pour financer les services de santé.

Au Maroc, à l'instar de la plupart des pays à faible et moyen revenu, les expériences de décentralisation ont commencé à la fin des années 70 et se sont poursuivies tout au long des années 80. Au début des années 90, la majorité des pays africains mettaient en œuvre une politique de décentralisation, la plupart d'entre eux ont été impulsés dans ce choix par les donateurs externes. La décentralisation a d'abord été considérée comme ayant une valeur politique importante. Le Maroc adopte la réforme, son objectif est de renforcer le processus démocratique par la mise en place d'une démocratie locale et l'assurance de la gestion de proximité en impliquant les acteurs locaux dans la gestion autonome de leurs affaires de façon adaptée à leurs spécificités et aux potentialités de leurs régions dans la perspective de réaliser un développement endogène.

La régionalisation du système de santé marocain est un choix stratégique confirmé depuis de nombreuses années. Pourtant, sa mise en place reste lente, le processus est encore à ses débuts et la marge de manœuvre des régions en matière de santé reste limitée.

Selon le Dahir de 1959 le territoire national est réparti en 16 provinces et 2 préfectures. Le Dahir de 1960 vient compléter le précédent et est relatif à l'organisation communale. La constitution de 1962 renforce cette orientation en accordant aux provinces, préfectures et communes le qualificatif de collectivités territoriales. La constitution de 1992 et la loi sur la région en 1996

ont de leur côté fait de la région une collectivité territoriale et unité administrative doté d'un certain degré d'autonomie administrative et financière. Cette période coïncide avec la mise en place du programme PAGSS (entre 1996 et 2006) financé par la commission européenne, qui a comme objectif d'accompagner la décentralisation et la gestion des services de santé. En 1997, les régions sont dotées d'un conseil régional élu démocratiquement, celui-ci détient une certaine autorité dans le domaine de la santé, de l'hygiène et de la rénovation des hôpitaux. Toutefois, et malgré la création de la fonction de coordinateur régional de la santé, ses rôles, ses missions et les ressources à mettre en place, n'ont pas été définies.

En application du décret n° 2-97-2461 du 12 Rabia II 1418 (17/08/97), relatif à la régionalisation, la première direction régionale de la santé a vu le jour à l'Oriental en 2005. La mission, les attributions et l'organisation de la direction régionale de la santé sont alors définies.

Ensuite, deux autres directions régionales ont été créées à Casablanca et à la région Taza Al Hoceima Taounate avant que cette organisation ne soit généralisée à l'ensemble des régions.

Dans le cadre du Programme d'appui sectoriel à la réforme de système de santé au Maroc (PASS I) mis en œuvre de 2009 à 2015, la Promulgation de la loi cadre sur le système de santé et de l'offre de soins décrit les responsabilités respectives de l'État et des citoyens au niveau du système de santé, l'offre de soins aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, établit le principe de carte sanitaire et de schéma régional d'organisation des soins. Même si le cadrage réglementaire a été assuré, l'impact attendu de la régionalisation ne peut être atteint sans un investissement réel dans le renforcement des capacités des directions régionales de santé qui constituent un relais stratégique de toute politique sanitaire.

La régionalisation vise à renforcer la déconcentration, à travers un nouveau partage de rôle entre le centre et les régions.

Dans ce cadre, plusieurs réformes ont été réalisées, par exemple : la restructuration des directions régionales de la santé et la nomination des directeurs régionaux de la santé dans les différentes régions, l'élargissement des compétences des responsables régionaux et provinciaux, le renforcement de la déconcentration budgétaire (augmenter la part des crédits délégués aux responsables régionaux) et la publication de l'Arrêté du ministre de la santé 003-16 relatif aux attributions et à l'organisation des services déconcentrés du ministère de la santé. Les directions régionales seront amenées à établir des plans régionaux de développement sanitaire qui prennent en considération les dispositions de la carte sanitaire et la dynamique de partenariat avec le secteur privé, les conseils régionaux, les collectivités territoriales et les composantes de la société civile.

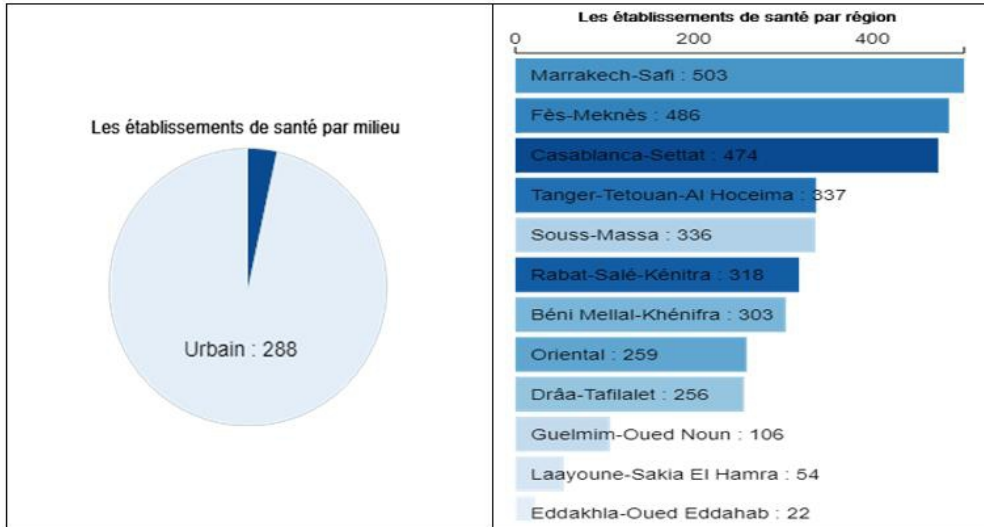
Les actions de toutes les politiques sanitaires vont désormais dans une logique de consolider les pôles régionaux et l'élargissement du pouvoir et des capacités des directions régionales de santé à travers la déconcentration de nouveaux actes administratifs, la mise en place des budgets-programmes régionaux, la mise en place de mécanismes d'incitations à la performance régionale et l'introduction de nouveaux mécanismes de renforcement de la coordination entre les régions et l'administration centrale.

2.2. Bilan interrégional de l'offre de soins de santé:

La politique sanitaire au Maroc s'est articulée, ces dernières années, autour de trois objectifs essentiels : la réduction des disparités régionales en matière de soins primaires, la réduction des inégalités d'accès entre le milieu urbain et rural et, enfin, l'accompagnement des flux migratoires.

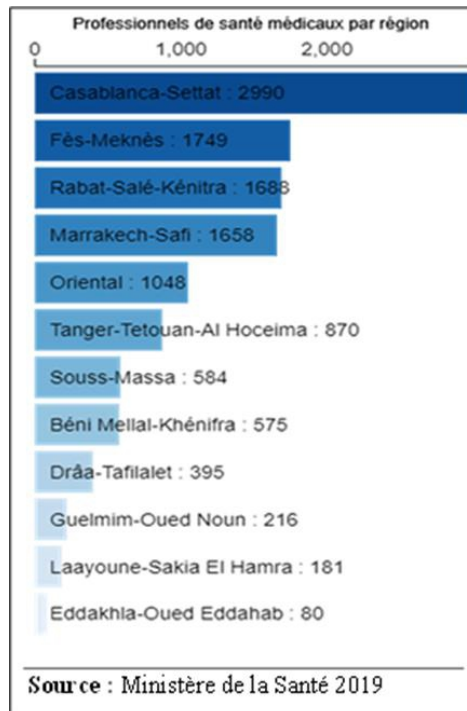
Au niveau national, des évolutions positives ont été enregistrées, entre autre : la réduction de la mortalité maternelle, la baisse considérable de la mortalité infantile et l'éradication de plusieurs maladies pandémiques. De même, selon les données du ministère de la santé, le nombre d'hôpitaux publics a connu une évolution significative. Cependant, la capacité d'accueil exprimée en nombre de lits d'hôpital pour 1000 personnes est de 1.1 ; le nombre de médecins pour 1000 habitants a atteint seulement 0.62 ; les dépenses de santé par rapport au PIB est de 5.5% et les dépenses globales de santé par rapport au budget de l'Etat est de 7.7%. Ces indicateurs sont les plus bas par rapport à un ensemble de pays comme l'Algérie (1.9 lits pour 1000 hab. ; 1.19 médecins/hab. ; 7.1% du PIB et 10.7% du BGE) et la Tunisie (2.9 lits pour 1000 hab. ; 1.65 médecins/1000hab ; 6.7% du PIB ; 13.6% du BGE).

D'après l'analyse des données statistiques du secteur national de la santé on trouve que la plupart des hôpitaux se centralisent fortement en milieu urbain. Aussi, ces établissements se concentrent au niveau régional et provincial alors que les niveaux locaux manquent d'un nombre suffisant des hôpitaux.



Source : Ministère de la Santé 2019

Les hôpitaux spécialisés se concentrent dans 4 grandes régions à savoir Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kenitra, Marrakech-Safi et Fès-Meknès. Chose qui montre l'insuffisance des prestations de services et le grave déficit qualitatif et quantitatif en professionnels de santé ainsi que les inégalités d'accès aux services sanitaires entre les régions et entre le milieu rural et urbain.

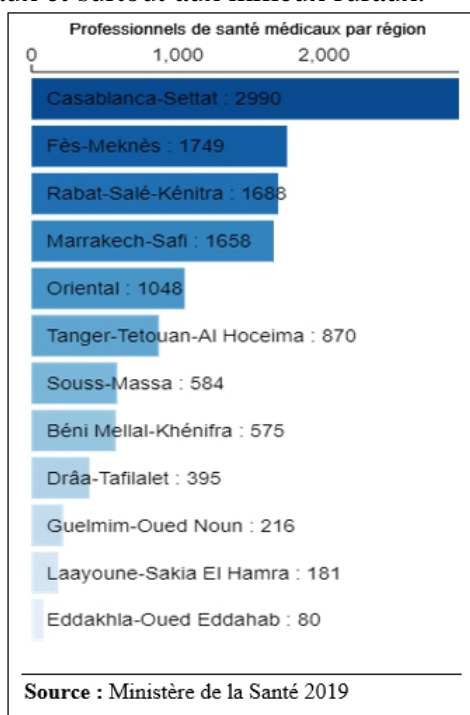


Source : Ministère de la Santé 2019

Le nombre des médecins (médecins généraliste et spécialiste) est insuffisant par rapport au nombre de la population régionale, le nombre des médecins le plus élevé est enregistré dans les régions de Casablanca-Settat avec 2990 médecins, de Fès-Meknès avec 1749 médecins et la région de Rabat-Salé-Kenitra avec 1688 médecins.

Le nombre des médecins généralistes dans le secteur public est de 3 857 généralistes et 7 559 spécialistes. Le grand nombre des médecins spécialistes est enregistré dans les régions de Casablanca-Settat et celle de Rabat-Salé-Kenitra.

La répartition du personnel médical montre que seulement 9.57% du personnel médical est accaparé par les milieux ruraux contre 90.43 % dans les milieux urbains. Chose qui reconferme la carence du systèmes de la santé national en termes des équipements, des infrastructures , services et personnel et leurs répartition spatiale inéquitable entre les régions et entre le milieu rural et urbain , qui ne prend pas en comptes les besoins de chaque région. L’offre de soins se caractérise par la difficulté d’accessibilité, sa faible disponibilité aux niveaux régionaux et surtout aux milieux ruraux.



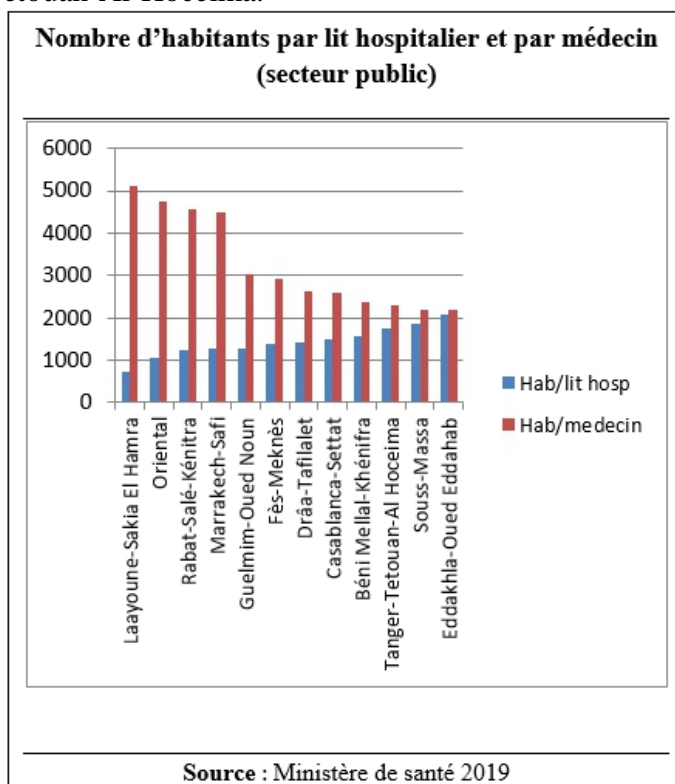
Cette situation ne concerne pas uniquement les médecins, mais elle est analogue pour les infirmiers et les autres catégories des professionnels de santé. Cette répartition inégalitaire surtout à l’échelon primaire, doublée par une pénurie en ressources humaines générale, ainsi que d’autres facteurs (comme la pauvreté et les difficultés d’accès géographiques) limite l’accès de

la population aux services de santé chose qui retentit négativement sur le développement socioéconomique du pays.

Notons qu'une polarisation se fait autour de deux régions Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra ne manque pas d'exercer une pression additionnelle et d'engendrer des coûts supplémentaires pour les populations vulnérables et à faibles revenus.

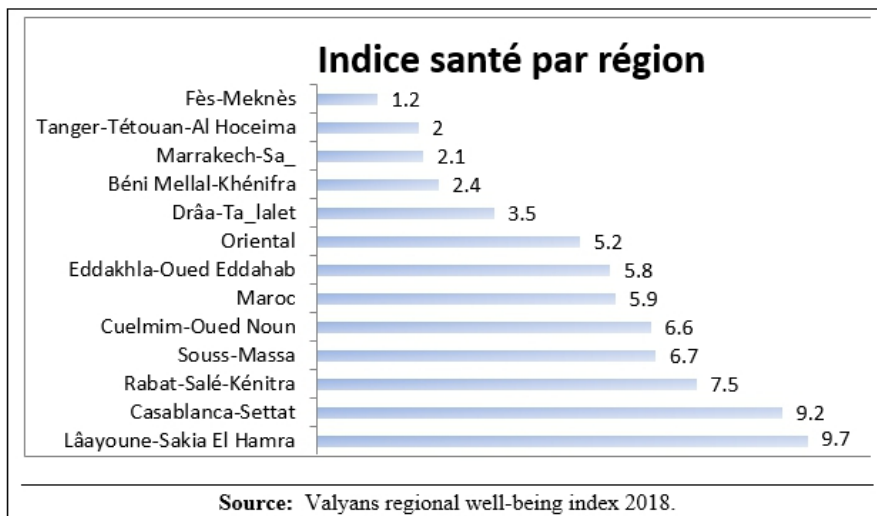
La déconcentration n'a réussi que faiblement à réduire les affluences traditionnelles des populations sur ces deux régions pour se soigner faute de moyens locaux ou en recherche d'une meilleure qualité.

Les disparités apparaissent aussi en termes de nombre d'habitants par lit hospitalier et par médecin du secteur public : le nombre d'habitants par lit hospitalier est élevé dans les régions Ed Dakhla-Oued Eddahab, Souss-Massa et Tanger-Tétouan-Al-Hoceima.



Ceci pourrait être expliqué par des facteurs sociodémographiques liés aux migrations inter régions.

La distribution régionale des médecins du secteur public favorise largement les régions du centre. En effet, plus de 50% du personnel médical, est concentré dans les régions de Casablanca-Settat, Fès-Méknes et Rabat-Salé-Kénitra ; c'est aussi dans ces trois régions que sont installés 66.14% des médecins exerçant dans le secteur libéral.



En calculant un Indice santé qui se compose du Taux de mortalité néonatale, de la Part de la population bénéficiant de l'accès à l'AMO et de l'Espérance de vie pour chaque région du royaume, ces dernières affichent une disparité importante.

La région de Lâayoune-Sakia El Hamra affiche une espérance de vie parmi les plus élevées du royaume (77.2 ans) et le taux de mortalité néonatale le plus faible (1.1% contre 1.7% au niveau national). La région de Casablanca-Settat arrive en 2ème position, grâce à ses performances aussi bien en termes d'espérance de vie que de mortalité néonatale. La région de Rabat-Salé-Kénitra classée en 3ème position, affiche le meilleur taux de couverture de la population par l'AMO. Cependant, Fès-Meknès, arrive en dernière position. La région affiche la plus faible espérance de vie (71.4 ans) et un taux de mortalité néonatale élevé.

Discussion

Le système de santé marocain souffre d'une offre de soins, notamment en termes de l'allocation des ressources et de la répartition du personnel, insuffisante, inégalement répartie sur le territoire et qui ne satisfait pas la demande des populations régionales.

Bien que la constitution de 2011 ait tenté d'aller vers une plus grande décentralisation du pouvoir politique et administratif, déléguant des pouvoirs aux 12 régions du pays, l'objectif n'a pas encore été atteint dans le secteur de la santé. Les régions ne disposent pas d'autonomie réelle en termes de production et de couverture sanitaire, de gestion des ressources financières ni d'autonomie réglementaire. Le processus de régionalisation ne parvient pas à conférer à chaque région son autonomie en termes de production et de couverture sanitaires, d'où la persistance des inégalités de santé intra et

interrégionales. De plus, la faible autonomie décisionnelle des régions impacte la prise en charge sanitaire. En effet, les régions ne disposent pas d'autonomie de gestion des ressources financières ni d'autonomie réglementaire effectives ; et encore moins la participation réelle à l'élaboration des politiques de santé. La plupart des décisions clés sont encore prises au niveau central.

Le processus de décentralisation du système de santé au Maroc est encore à ces débuts et tente de passer d'une déconcentration à une réelle dévotion. Pour atteindre les objectifs prévus et pour opérationnaliser le processus, il est nécessaire d'opérer une déconcentration systémique et un réel transfert progressif des pouvoirs de décision et des ressources et moyens correspondant aux échelons territoriaux appropriés. Il est nécessaire de doter les conseils régionaux de marges d'initiatives et de pouvoir. Une réelle dévotion au niveau régional serait une étape importante pour redynamiser le système de santé. Cependant, il faudra l'accompagner par des outils de suivi, d'évaluation et de contrôle performants. Il est nécessaire de renforcer le savoir-faire de la région. La planification régionale doit se faire selon une approche multidisciplinaire (multisectorielle : santé, éducation, agriculture, transport...). La région est appelée à être en mesure de générer des recettes, et le centre doit avoir la capacité de les mettre en commun. Les élus régionaux sont incités à entreprendre une relation interactive avec les professionnels locaux de santé. La direction centrale quant à elle doit être capable de veiller à ce que la collecte de données à l'échelle locale soit effectuée en temps opportun et de façon exacte, et assurer le suivi et le traitement de ces données.

En parallèle, un personnel qualifié doit être mis à la disposition des régions pour mener à bien les nombreuses tâches qui leur ont été dévolues. Aussi, le problème épineux des ressources humaines de santé est à régler en termes de quantité, qualité et répartition géographique.

Conclusion

La régionalisation avancée est un instrument optimal permettant de réduire les inégalités de santé inter-régionales, et améliorer l'état de santé des citoyens. Toutefois, au Maroc et malgré les avantages allégués, ce processus (de longue date) présente d'importants défis. Les inégalités en matière de santé intra et inter-régionales persistent encore. L'impact positif de La régionalisation du système de santé comme structure de bonne gouvernance dépend du contexte socio-économique et organisationnel préexistant, de la forme de décentralisation mise en œuvre et des mécanismes complémentaires mis en œuvre parallèlement.

Notons aussi qu'avant qu'un pays ne suive la forme de décentralisation d'un autre pays, il est important qu'il ait une vision claire sur les raisons et les objectifs de sa volonté de décentralisation. Si ce n'est pas le cas, le risque d'un transfert inapproprié de l'expérience peut avoir des conséquences négatives.

Chaque pays a sa propre expérience en matière de régionalisation, et sa pertinence pour les autres pays est probablement assez limitée¹⁷.

La régionalisation d'un système de santé est un processus de changement progressif et peu transposable. Sa mise en place est un processus de longue haleine qui exige un développement et une adaptation continus afin d'améliorer la couverture, l'efficacité et l'efficacités de l'offre de soins. Les résultats finals ne sont pas toujours clairs au début. Selon les expériences mondiales, il a souvent fallu une longue période (plus de 10 ans)¹⁸ pour que le système décentralisé fonctionne. Un engagement politique à long terme est donc nécessaire pour faire réussir régionalisation.

References :

1. Dehbi, B. (2017). La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie. *Afrique et développement*, Vol. XLII, N. 1, p. 121-145.
2. Duriez, M., Lequet-Slama, D. (1999). Régionalisation et systèmes de santé en Europe. *Adsp n° 29*, p. 29-32.
3. Mills, A. et al., (1991). La décentralisation des systèmes de santé : concepts, problèmes et expérience de quelques pays. *Organisation Mondiale de la Santé, Genève*, 174 pages.
4. Mills, A. et al., (1990). *Health system decentralization: concept, issues and country experience*. *Organisation Mondiale de la santé, Genève*, ISBN 9241561378, 152 pages.
5. Polton, D. (2004). Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international. *Revue française des affaires sociales*, N.4, p. 267-299.
6. Rondinelli, D., Nellis, J.R., Cheema, S. (1983). *Decentralization in developing countries: a review of recent experiences*. *World Bank Staff Working Paper, N 581, World Bank*.
7. Saltman, R., Bankauskaite, V. (2004). *Implementing decentralization in European health care systems: searching for policy lessons*. 5th European conference of health economists, *European Health Policy Group session, London School of Economics*.
8. Van Aerde, J. (2016). *Has regionalization of the Canadian health system contributed to better health?*. *Canadian Journal of Physician Leadership*, VOL. 2, N.3, p.65-70.
9. http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/about_2019.html
10. http://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en

¹⁷ Mills, A. et al. (1990). *health system decentralization: concept, issues and country experience*. *Organisation Mondiale de la santé, Genève*, ISBN 9241561378, 152pages, p139.

¹⁸ Mills, A. et al. (1990). *health system decentralization: concept, issues and country experience*. *Organisation Mondiale de la santé, Genève*, ISBN 9241561378, 152pages, p 141.