

# République du Sénégal



**Ministère de la Santé et de la Prévention**



**Direction des Etablissements de Santé**

---

## **Voyage d'étude et d'observation sur le système hospitalier Marocain et la réforme hospitalière.**

**Rabat, du 29 mars au 04 avril 2010**



**Rapport de la délégation**

**Avril 2010**

## **Plan du Rapport.**

- **Remerciements**

- **Liste des abréviations**

### **I. Contexte et justificatifs**

### **II. Objectifs de la mission**

### **III. Méthodologie**

### **IV. Déroulement**

### **V. Constats /Commentaires**

#### **5.1. Points forts**

#### **5.2. Points à améliorer**

### **VI. Recommandations pour le Sénégal**

### **VII. Prochaines étapes**

### **VIII. Annexes**

- **Echanges de correspondances**
- **Liste définitive de la délégation Sénégalaise**
- **Programme de la Visite**

## **Remerciements.**

- Son Excellence Mme Yasmina BADDOU, Ministre Marocain de la Santé,
- Dr Abdelali BELGHITI ALAOUI, Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
- Mme Malika MAZZINE, Chef de la Division de l'Assistance Sociale à la DHSA
- Mr Chakib TAZI, Directeur Général de l'Agence Nationale de l'Assurance maladie
- Mr Said AHMIDOUCH, Directeur Général de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS), et son équipe
- Pr Khaled AIT TALEB, Directeur Général du CHU Hassan II de Fès et toute son équipe,
- Mme Khadija MESHAK, Directrice de la Réglementation et du Contentieux du Ministère de la Santé du Maroc
- Mr HAZIM Jilali, Directeur de la Planification et des Ressources Financières,
- Mr Abdelaziz ADNANE, Directeur Général de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale.
- Mr le Directeur de l'hôpital Mohamed 5 de Meknès
- Mr Driss ZINE-EDDINE EL-IDRISSI, Economiste principal à la Banque Mondiale, Dakar.
- Mrs/Mmes les Représentants de la Banque Mondiale à Dakar,
- Tous ceux qui ont de près ou de loin contribué à l'organisation et à la réussite de la mission.

## **Liste des abréviations :**

ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

CA : Conseil d'Administration

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

CNOPS: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

DHSA : Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

DPRF : Direction de la Planification et des Ressources Financières

DREAT : Délégation à la Réforme de l'Etat et à l'Assistance Technique.

DRC : Direction de la Réglementation et du Contentieux

EPS : Etablissement Public de Santé

EPSH : Etablissement Public de Santé Hospitalier

UMER : Unité de Mise en Œuvre de la Réforme Hospitalière.

SAMU : Service d'Assistance Médicale et d'Urgence

SEGMA : Service de l'Etat Géré de Manière Autonome

RAMED : Régime d'Assurance Maladie des Economiquement Démunis.

## **I. Contexte et justificatifs**

L'avènement en 1998 au Sénégal de la réforme hospitalière a marqué une étape importante dans l'évolution du système de santé en général et du système hospitalier en particulier. En effet, la réforme hospitalière consacre la création des Etablissements Publics de Santé (EPS) dotés d'une autonomie administrative et financière et instaure des relations nouvelles entre ces EPS, l'administration de tutelle, les collectivités locales et les usagers. Le but ultime étant de mettre en place un nouveau style de management basé sur une logique de performance, une bonne qualité des soins, un équilibre des comptes et une vision stratégique.

Cependant, les récentes évaluations de cette réforme, tout en soulignant les acquis, ont relevé un certain nombre d'insuffisances à l'origine de résultats plutôt mitigés au niveau opérationnel après un peu plus de dix années de mise en œuvre.

C'est à ce titre, que le Ministère de la Santé et de la Prévention, avec l'appui de la Banque Mondiale, a initié cette mission d'imprégnation sur la réforme hospitalière marocaine et en gestion hospitalière dans le but de permettre à la délégation Sénégalaise de s'inspirer du modèle marocain qui a en effet une longue expérience en matière de réforme hospitalière (entreprise depuis 1998), et qui a engrangé des résultats très appréciables, qui se traduisent par une bonne performance dans l'offre de services de santé et un très bon niveau des indicateurs sanitaires.

La mission qui s'est déroulée du 28 mars au 04 avril 2010 au Maroc, entre dans le cadre d'un programme d'assistance technique de la Banque en l'endroit du MSP et de la réforme hospitalière au Sénégal. Elle a été précédée d'un autre d'étude en Tunisie et sera suivie d'un atelier national de restitution et de formulation de la « nouvelle politique nationale hospitalière »

## **II. Objectif de la mission:**

Il s'agissait globalement d'étudier les forces et les faiblesses du modèle marocain en matière de réforme hospitalière, et d'en tirer des leçons en vue d'apporter éventuellement les mesures correctives nécessaires à l'amélioration de la mise en œuvre de la réforme hospitalière au Sénégal, et en particulier de :

- Connaitre le système de santé marocain et l'expérience du pays en matière de réforme hospitalière,
- Appréhender l'organisation du système de santé et la mise en œuvre de la réforme à travers le fonctionnement des services du Ministère et les structures de santé,
- Identifier les aspects positifs (points forts) du système de santé et de la réforme hospitalière marocaine susceptibles de renforcer le secteur hospitalier et la réforme au Sénégal,
- Faire des recommandations pour le Sénégal et en vue de finaliser le document de politique nationale hospitalière.

### **III. Méthodologie**

La délégation Sénégalaise était constituée par un représentant de la Banque Mondiale, des représentants du Ministère de la santé et de la prévention et des Etablissements Publics de Santé nationaux et régionaux. (La composition de la délégation et l'agenda de la visite sont en annexe).

Le Programme global consistait en des sessions d'orientation sur le système marocain de santé, la réforme hospitalière et le financement de la santé etc., de visites de services du Ministère ( Direction des Hôpitaux et des Soins ambulatoires, SAMU de Grand CASA, Direction de la Réglementation et du Contentieux, Direction de la Planification et des Ressources Financières) , de structures de santé, d'hôpitaux et d'EPS (CHU de Fès, Hôpital Mouhamed V de Meknès, Polyclinique DERB GHALLEB de la CNSS , SAMU de Grand CASA) Des réunions de synthèse et débriefing de l'équipe ont été tenues tous les soirs.

### **IV. Déroulement de la Mission.**

La mission s'est déroulée du **29 mars au 04 avril 2010** et a consisté à participer à des séances de travail avec les autorités du Ministère de la Santé et les différents responsables des structures sanitaires suivies de visites de sites préalablement sélectionnés par le pays hôte.

#### **1°) Lundi 29 mars 2010**

Le matin, arrivé à CASA et aussitôt mise en route pour Rabat et installation de la délégation à l'hôtel Sofitel DIWAN, sis au quartier Hassan, à place de l'Unité Africaine.

Dans l'après-midi, Visite de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA) en présence de Mr le Directeur et de toute l'équipe de la direction. Après les discours d'usage, partage et validation du programme de la mission. Trois présentations ont été faites:

- La 1<sup>ière</sup> sur le réseau des Etablissements Hospitaliers du Maroc
- La 2<sup>nde</sup> sur la réforme hospitalière au Maroc par le Directeur des hôpitaux et des soins ambulatoires, Dr A. B. ALOUI,
- Et la dernière sur la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires.

Ces présentations ont été suivies de longues discussions. On peut retenir de celles-ci les éléments suivants:

- Organisation du MSP en 08 directions dont la DHSA
- La DHSA comprend elle-même 04 divisions, une UMER (Unité de mise en œuvre de la réforme, qui a tendance à disparaître après l'achèvement de la 1<sup>ière</sup> phase de la réforme)

La DHSA a sous sa tutelle toutes les structures de soins, qui sont elles mêmes constituées de deux réseaux

- Le réseau des soins de santé primaires
- Le réseau des soins hospitaliers

En ce qui concerne la réforme hospitalière, elle a démarrée en 2000 suivant une approche méthodologique progressive. D'abord une phase test avec une étape de développement des pôles d'expérimentation des composantes de la réforme et au niveau central la mise en place d'une unité de mise en œuvre de la Réforme Hospitalière. Les pôles sont constitués de pôles de soutien (à Rabat et de pôles hospitaliers (dans les délégations). Ce sont:

- Pôles de Rabat : Appui à l'UMER, Système d'information et d'informatisation, Formation, stratégies d'immobilisations et d'équipements
- Pôle de Meknès : Amélioration de la Qualité et de la performance des hôpitaux
- Pôle de Seoutta : Procédures et Outils de gestion, gestion comptable et financière,

- Pôle de Béni Mellal : Ressources Humaines
- Pôle de Agadir : Système d'information (estimation des coûts et facturation des actes)

Deux types de structures impliquées dans cette réforme : Les CHU (au nombre de 04 regroupant 18 hôpitaux) qui sont des EPS dotés de personnalité morale et d'autonomie de gestion et les SEGMA, hôpitaux relevant toujours de l'Etat avec cependant une autonomie de gestion financière.

La 1<sup>ière</sup> phase (pilote) de la mise en œuvre de la réforme est terminée et évaluée.

## **2°) Mardi 30 mars 2010**

A Rabat le matin, nous avons visité l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM). Cette structure a été créée en août 2005. C'est l'institution publique qui est chargée de la régulation du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO qui couvre 34 % de la population marocaine soit environ 10 millions de bénéficiaires). L'AMO est, pour l'instant, un régime bipolaire qui couvre les employés du secteur public et les salariés du secteur privé formel.

Elle est chargée également de la mise en place d'un régime dédié aux personnes indigentes (à la place du régime actuel de certificats d'indigence). Ce nouveau programme (RAMED- Régime d'Assistance Médicale) a été testé avec succès dans la région de Tadla Azilal. Il sera étendu à tout le pays en 2010 et couvrira près de 30% de la population.

A 11 heures, départ pour Casablanca où nous arrivons vers 14h. A 14 h30, nous arrivons à la polyclinique DERB GHALLEF qui est une des 13 Polycliniques de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS). Cette Caisse gère le régime AMO des salariés et pensionnés du secteur privé ainsi que leurs ayants droits.

La Polyclinique DERB GHALLEF est la première structure de référence et a été créée pour répondre à l'époque au déficit de l'offre de soins. Cette Polyclinique est concentrée sur les soins en sous-traitant presque la totalité des prestations d'appui au fonctionnement de l'hôpital.

Cette double fonction (assurance et prestation de soins) de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale devient incompatible, d'où le projet de concession en cours.

A 16 heures, c'était autour du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) de d'être visité. Il est constitué de trois unités :

- Centre de régulation des appels qui ne concerne que les hôpitaux ;
- Centre de simulation, qui est une grande innovation par son investissement et le volet formation ;
- Parc automobile avec des ambulances médicalisées et des ambulances simples.

### **3°) Mercredi 31 mars 2010**

Départ pour Fès à 8 heures par l'autoroute, et arrivée à 10h 30. Nous avons visité le Centre Hospitalier Universitaire Hassan II ou après une longue présentation et de riches discussions, l'équipe a visité les différentes parties de complexe de dernière génération.

Ce CHU est composé de 5 hôpitaux avec des Directeurs et un Directeur Général. Le complexe hospitalier de Fès est composé d'un hôpital des spécialistes et d'un hôpital Mère-Enfant, d'une capacité de 1000 lits

Son financement est assuré à plus de 90 % par l'Etat Marocain. C'est un EPS géré par un CA qui à sa tête Mr le Ministre de la Santé, lui-même délégué par Mr le Ministre qui en est le PCA. De ce CA émane un conseil de gestion qui a en charge des activités techniques et opérationnelles du CHU

Après sa construction, l'Etat marocain a mis un équipement ultra moderne qui a réduit les évacuations vers l'étranger. Le CHU a mis l'accent sur les soins en externalisant toutes les prestations d'appui (la buanderie, la cuisine, le nettoyage, le gardiennage, la maintenance spécialisée).

La fin de l'après-midi a été consacrée à la visite de la médina et au retour à Rabat.

Dans l'après-midi, la délégation a visité le Mausolée de Cheikh Ahmed Tidiane Cheriff à la Médina de Fès.

#### **4°) Jeudi 1<sup>er</sup> avril 2010**

La journée du Jeudi 1<sup>er</sup> avril a été consacrée à la Visite de l'hôpital Mouhamed V de Meknès et la Direction de la Réglementation et du Contentieux du MSP à Rabat

La matinée a été ponctuée par une présentation du CHR (Structures, activités et du mode de fonctionnement), suivie d'un film retraçant les étapes de la réfection et de l'inauguration du nouveau hôpital. Ce CHR était le champ d'expérience de la réforme hospitalière, particulièrement le pôle qualité.

Ensuite, nous avons bénéficié de visites des différents services.

Le CHR Mohamed V de Meknès est un hôpital SEGMA financièrement autonome (il faut préciser que cette « autonomie » veut dire simplement qu'il peut utiliser toutes ses recettes) mais dépourvu de personnalité morale. La Direction est appuyée par une Administration, un Conseil des Médecins et un Conseil des infirmiers.

Retour à Rabat et dans l'après-midi à 17 heures, où nous avons bénéficié d'une visite à la Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC), l'une des 08 directions du MSP.

C'est une structure transversale à toutes les Directions du ministère de la Santé. Elle est dirigée par Mme Khadija MESHAK. Cette structure a été érigée en Direction en 1990. Elle a 04 missions essentielles :

- Volet réglementaire : conseiller du Ministre, confection de textes réglementaires, assises juridiques, etc.
- Volet des professions de santé : autorisation des professions de santé délivrée par le Secrétariat Général du Gouvernement sur avis du Ministre de la santé, autorisation de l'acte privé pour les étrangers, dentistes, pharmaciens;
- Volet contentieux dans lequel le ministère de la Santé est impliqué ;
- Volet partenariat public-privé qui vient d'être créé.

#### **5°) Vendredi 02 avril 2010**

A 9 heures, visite de la Direction de la planification et des Ressources Financières (DPRF). Elle est dirigée par Mr Jilali HAZIM. C'est une Direction horizontale avec 4 missions.

- Planification (stratégique, études et enquêtes, carte sanitaire, etc.);
- Mobilisation des ressources financières pour la santé, et leur répartition aux hôpitaux selon des critères définis;
- Mise en œuvre du RAMED en coordination avec l'ANAM ;
- Pilotage de la Coopération bilatérale et multilatérale.

Le DG de cette Direction est le principal ordonnateur de crédits au niveau central. Les Responsables des Provinces Sanitaires sont des ordonnateurs délégués (sous-ordonnateurs).

D'après le DG, il y a un bon climat de confiance entre le ministère de l'Economie et des Finances, la DPRF et la DHSA. Cela a permis à la DHSA d'être à l'aise dans son fonctionnement et son investissement.

A 11 heures, c'était le tour de la Caisse Nationale des organismes de Prévoyance Sociales (CNOPS) d'être visitée.

La présentation a été faite par son Directeur Mr Abdelaziz ADNANE. La CNOPS gère le régime AMO des fonctionnaires de l'Etat et assimilés, les pensionnés du secteur public ; ainsi que les ayant droits.

La CNOPS travaille avec 8 mutuelles de santé (qui assurent par ailleurs une couverture complémentaire)

A 15 heures, une dernière rencontre de débriefing s'est tenue entre la délégation sénégalaise et le staff de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires. Cette séance de travail a marqué la fin de la mission au Maroc.

Nous avons procédé à la remise de cadeaux par la Délégation Sénégalaise aux différents responsables des directions et services qui nous ont fait l'honneur de nous recevoir et d'organiser la mission.



Le Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA) et son équipe faisant un exposé sur la réforme hospitalière au Maroc.

## **V. Constats et commentaires .**

### **1) Contexte économique et social**

Le Maroc, officiellement le Royaume du Maroc est un pays situé dans le nord-ouest de l'Afrique et faisant partie du Maghreb. Sa capitale politique est Rabat alors que la capitale économique et la plus grande ville du pays est Casablanca. Le pays est bordé par l'océan Atlantique à l'ouest, par l'Espagne, le détroit de Gibraltar et la mer Méditerranée au nord, par l'Algérie à l'est, et au sud par la Mauritanie.

Le Maroc s'étend sur une superficie de 710.850 Km<sup>2</sup> et compte une population de plus de 30 millions d'habitants.

Au cours des 30 dernières années, le Maroc s'est investi dans un programme de développement humain et de libéralisation politique. Depuis les années 1970, le PIB per capita a quadruplé, passant ainsi de 550 \$ à 2770 \$.

L'espérance de vie moyenne est passée de 55 ans en 1970, à 72,5 ans en 2007. Au cours de cette même période, le taux de fécondité a très sensiblement diminué, passant de 6,3 à 2,3, tandis que le taux de mortalité infantile a considérablement diminué, de 115 à 38 (pour 100 000).

Les améliorations substantielles réalisées dans le domaine de l'éducation au cours des 30 dernières années se sont traduites par une augmentation du taux de scolarisation, de 47 à 93.5 % en 2007. L'accès à l'eau potable s'est généralisé de manière particulièrement rapide, l'accès à l'eau potable étant quasiment universel dans les zones urbaines où 83 % des foyers sont raccordés à un réseau fiable tandis que le reste s'approvisionne auprès de stations de pompage et de vendeurs.

Le Maroc a réalisé aussi d'importants progrès économique depuis 2001, caractérisés par un taux de croissance moyen d'environ 5%, une diversification progressive de l'économie, et une gestion macro-économique robuste. Ces progrès lui ont permis de réduire le taux de pauvreté de 15.3 % en 2000/2001 à 9% en 2006/2007.

Le Maroc bénéficie d'une société civile et d'un secteur privé dynamique, et d'un Gouvernement doté d'aptitudes et d'une vision claire. Celui-ci est déterminé à réaliser une plus grande intégration, en particulier avec l'Europe où le Maroc jouit d'un statut d'Association Avancée avec l'Union Européenne. Le taux de chômage est en baisse constante et est maintenant au plus bas depuis 30 ans, bien qu'il demeure élevé (environ 9%).

En dépit des progrès réalisés, le Maroc doit toujours faire face à des défis de très grande envergure, qui tiennent notamment à sa vulnérabilité aux chocs (naturels et économiques) ; à l'utilisation d'indicateurs sociaux de mesure du niveau de revenus du pays inadaptés ; à un niveau élevé de chômage, plus particulièrement parmi les jeunes ; et à la pression croissante sur les ressources naturelles, plus particulièrement l'eau, laquelle est exacerbée par le changement climatique.

Des segments importants de la population demeurent marginalisés sur le plan social et économique, et en dépit de la réduction considérable de la pauvreté, une large part de la population reste économiquement vulnérable.

Les indicateurs de santé – plus particulièrement ceux relatifs aux femmes et aux enfants – sont très en deçà de ce qu'ils devraient être, avec une incidence particulièrement élevée sur le taux de mortalité maternelle (227 pour 100,000

naissances en 2003) et la malnutrition infantile (qui touche environ un enfant sur cinq).

La vitesse à laquelle l'éducation primaire s'est généralisée ne s'est pas doublée de progrès similaires en termes d'achèvement de cycles d'éducation. (Tirée de la Note de Présentation de la Banque Mondiale, 2010).

## **2) L'organisation du système de santé.**

L'analyse du système de santé Marocain permet de dégager trois grandes périodes de son développement :

Une période allant de 1959 à 1980, correspondant à la mise en place du système de santé, concrétisée par cinq plans de développement concernant les infrastructures de base, la rationalisation des ressources et la lutte contre les épidémies.

La deuxième période allant de 1981 à 1995 correspond au renforcement du système national de santé concrétisé par trois plans ayant trait au développement de l'offre et des programmes sanitaires plus particulièrement le renforcement du Réseau de Soins de Santé de Base.

La dernière période va de 1995 à 2000 et ouvre véritablement le débat sur la réforme du système de santé et la quête de changement avec l'intérêt accordé à la restructuration des services centraux du Ministère et à la maîtrise des structures de financement.

Entre 2000 et 2005, la quête de changement s'est poursuivie avec le début de la mise en œuvre de plusieurs réformes (loi sur la régionalisation, réforme hospitalière, amélioration de la gestion des ressources financières).

Le Maroc s'est enfin doté d'un système de santé à deux composantes :

- Un secteur public prédominant quand à l'offre de soins et constitué par les structures sanitaires publiques : Dispensaires, Centres de Santé, Hôpitaux et Instituts Spécialisés.
- Un secteur privé constitué par les cliniques, les cabinets médicaux, les officines, les laboratoires, les centres d'hémodialyse etc.,

A côté de ces deux composantes, il y a le secteur « para étatique » constitué par les polycliniques de la CNSS et les hôpitaux et Infirmeries militaires.

L'organisation du système de santé qui présente des similitudes avec celui du Sénégal est du type pyramidal à 3 niveaux :

- Un 1<sup>er</sup> niveau (périphérique) constitué par les Dispensaires ruraux (682), les Centres de santé communaux (867), les Centres de santé communaux avec module d'accouchement (369) ;
- Un 2<sup>ème</sup> niveau (intermédiaire) constitué des Hôpitaux Segma qui jouissent d'une certaine autonomie financière (101) et les Hôpitaux en régie (14) ;
- Un 3<sup>ème</sup> niveau (central) constitué par les Etablissements Publics Hospitaliers ou CHU (18) et les Instituts et Centres spécialisés.

Il faut noter que :

Au niveau périphérique les centres de santé communaux avec module d'accouchement et les centres de santé urbains offrent des soins de santé de base à titre ambulatoire mais également des hospitalisations pour des accouchements, des urgences obstétricales et des traitements de médecine générale ou de pédiatrie.

Au niveau intermédiaire, les hôpitaux segma et les hôpitaux en régie offrent des soins ambulatoires et d'hospitalisation spécialisés tant au niveau de la médecine que de la chirurgie et de la gynécologie obstétrique et l'hémodialyse.

Le niveau central est constitué par les CHU qui peuvent être généraux, polyvalents ou spécialisés selon une pathologie ou une spécialité médicale (Instituts).

En ce qui concerne le secteur privé il n'existe pas encore d'hôpitaux privés (même si la réglementation en a prévu la création) mais il y a des cliniques privées (20-40 lits) surtout dans les régions à fort pouvoir d'achat. Une action vigoureuse de contrôle de l'exercice est effectuée par l'Etat via la Direction de la Réglementation et du Contentieux.

**Le secteur pharmaceutique marocain** se classe en troisième position en Afrique après l'Afrique du Sud et l'Egypte. Il est passé de 8 unités de fabrication en 1965 à 35 sites en 2009. Son chiffre d'affaires annuel dépasse 1

Milliard d'Euros. Il couvre plus de 70% des besoins du pays et exporte 10% de sa production. La puissance de ce secteur crée un fort lobby industriel et commercial, avec une certaine connivence avec les institutions de régulation, au détriment de la population qui paie des prix des médicaments très élevés. Ce constat a été fait par un rapport du Parlement en 2009.

### **3) Le système de gestion des urgences :**

Le ministère de la santé a adopté une stratégie en matière de gestion des urgences qui concerne deux domaines d'intervention, la gestion des urgences médicales et la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes.

La gestion des urgences médicales traite de l'organisation et la régulation des urgences médicales pré hospitalières et hospitalières, publiques et privées, ambulatoires.

La gestion des risques sanitaires porte sur le volet médical des risques sanitaires liés aux catastrophes.

La stratégie vise à :

- contribuer à la diminution de la mortalité, de la morbidité et des invalidités liées aux situations d'urgence médicales et médico-chirurgicales,
- améliorer au quotidien la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients requérant des soins d'urgence,
- rationaliser et optimiser l'utilisation des ressources,
- améliorer l'équité et l'accès aux soins d'urgence à l'ensemble de la population.

La mise en œuvre du système national de soins d'urgence repose sur un système intégré des soins d'urgence, cadre général de l'organisation de l'urgence médicale, basé sur des principes d'intégration et de décentralisation, regroupant tous les services concernés.

Ce système est représenté au niveau régional par le réseau intégré de soins d'urgence médicale (RISUM) qui comporte un service d'assistance médicale d'urgence (SAMU avec son centre de régulation médicale), des structures d'offres de soins et des unités mobiles hospitalières assurant le transport sanitaire.

Le volet enseignement de la médecine d'urgence et la formation des personnels de santé aux gestes et techniques d'urgence occupe une large place dans les missions du SAMU.

#### **4) Les structures sanitaires de référence.**

Le Maroc dispose de centres de référence de très haut niveau, pour la prise en charge médicale de certaines affections médicales tels que les cancers, les insuffisances rénales, cardiopathies etc.: le CHU de Fès qui dispose d'équipements de pointe pour le diagnostic précis et les différentes formes de thérapie, de transplantation d'organes (cœur, foie, rein etc.).

Ces centres spécialisés sont des CHU qui exercent leur mission de référence (offres de prestations, supervision et formation) sur les formations hospitalières régionales.

#### **4.1/ Organisation des hôpitaux selon les types**

Il existe trois critères pour la catégorisation des hôpitaux publics au Maroc : l'offre de soins, le mode de gestion et le niveau de recours :

Selon le paquet de soins offert et le plateau technique, on distingue :

- les hôpitaux généraux (HG) qui sont des organisations publiques de production de soins et services (OPPS) ou polycliniques et qui sont au nombre de 96,
- les hôpitaux spécialisés (HS) qui s'occupent essentiellement des personnes souffrant d'une maladie déterminée et qui sont au nombre de 32,

Selon l'aire de desserte et le paquet d'activité offert, on distingue quatre types d'établissement hospitalier :

- L'hôpital local ou la polyclinique de santé publique (HL ou PSP), qui constitue le premier niveau de référence, 26 en 2006,
- le centre hospitalier provincial, préfectoral, 48 en 2006 (CHP),
- le centre hospitalier régional, 4 en 2006 (CHR),
- le centre hospitalier universitaire (CHU) qui comprend un ensemble d'établissements avec une gamme complète de services hautement spécialisés, 4 en 2006.

Selon le statut ou mode de gestion, il existe trois types d'hôpitaux :

- les hôpitaux gérés en régie qui n'ont ni personnalité morale ni autonomie financière, 18 en 2006,
- les hôpitaux SEGMA (services d'état gérés de manière autonome) qui n'ont pas de personnalité morale mais disposent d'une certaine autonomie financière. Ils ont un contrôle sur les recettes mais pas sur le personnel et continuent à bénéficier de subventions de l'état, 92 en 2006,
- et les établissements publics autonomes qui ont une personnalité morale et une autonomie financière, ils correspondent aux CHU, ils étaient au nombre de 18 en 2006.

Le secteur militaire compte 5 hôpitaux, (1668 lits), le secteur privé compte 269 cliniques privées (6838 lits), la fondation Cheikh Zayed compte un hôpital (220 lits), en plus de deux hôpitaux espagnols et d'un hôpital italien.

### **5) La réforme hospitalière.**

Le Ministère de la Santé a engagé depuis 2001 une réforme hospitalière visant à

- Accroître l'efficacité des hôpitaux en renforçant leurs capacités de planification d'ensemble et en introduisant de nouveaux instruments et procédures de gestion et d'organisation pour soutenir les processus de décision, de maîtrise des coûts et de déploiement des ressources humaines.
- Rehausser la qualité des soins dispensés, en définissant, puis en appliquant un cadre normatif pour la modernisation des bâtiments et des équipements et en instaurant des mécanismes d'audit interne et externe de la qualité.

Les structures hospitalières ont connu alors des modifications institutionnelles et organisationnelles notamment les établissements publics administratifs (EPA) ont été transformés en établissements publics de santé (EPS). Ces EPS sont devenus des entités autonomes au point de vue de leur gestion et soumises à la tutelle du Ministère de la Santé.

La réforme hospitalière consiste en une série de mesures, à caractère organisationnel, managérial et financier, à même d'améliorer l'image de marque du secteur hospitalier public et de le rendre plus compétitif. Deux grands projets soutiennent la réforme au Maroc.

Il s'agit du projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS) financé par un prêt de la BIRD de 72 millions \$ et qui prend en charge la réforme du financement et la réforme hospitalière, et le projet d'appui à la gestion du secteur de la santé (PAGSS) financé par un don de l'Union Européenne de l'ordre de 20 millions d'Ecus et qui prend en charge les aspects de la réforme liés à la régionalisation et à l'équilibrage de la filière de soins.

La réforme hospitalière s'inscrit dans le cadre de la réforme globale du système de santé qui s'articule autour de l'amélioration de la couverture sanitaire ; la création de directions régionales des services de santé ; la réforme du financement ; la réforme institutionnelle qui consiste à restructurer le ministère de la santé dans le cadre de la régionalisation et redéfinir les nouveaux rôles du ministère (régulation, planification, normalisation et définition de la politique sanitaire) ; la réforme hospitalière dans le cadre d'un système de soins intégré et d'un schéma d'organisation sanitaire national et régional.

Cette réforme s'appuie sur trois composantes principales, la modernisation des hôpitaux, l'amélioration du management des hôpitaux et le développement de l'assurance qualité.

Le processus de mise en œuvre de la réforme hospitalière au Maroc s'est déroulé en deux phases.

La phase de lancement qui s'est déroulée de 1998 à 2006 a concerné Cinq Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) composés de 18 hôpitaux.

Elle a mobilisé plus de huit cent millions de DHS financés par un don de la Commission Européenne et un prêt de la Banque Mondiale. Chaque structure a eu à développer une composante de la réforme, ce qui a causé un problème de pilotage. Ainsi L'UMER a été créée pour accompagner la mise en œuvre de cette réforme à côté d'une Direction de l'Hospitalisation et des Soins Ambulatoires.

Deux groupes de pôles ont été constitués pour le développement des outils de gestion :

- Des pôles de soutien à Rabat avec l'appui de l'UMER pour le développement des outils des systèmes d'information et de l'informatisation, de la formation et des stratégies d'investissements.

- Des pôles hospitaliers, avec des délégations régionales :
  - un pôle d'amélioration des performances et de l'assurance qualité à Meknès,
  - un pôle pour l'estimation des coûts et la facturation des actes à Agadir,
  - un pôle chargé de mettre en œuvre l'application des ressources humaines à Béni Mellal,
  - un pôle Gestion Comptable et Financière à Settat,
  - un pôle réorganisation administrative et technique à Safi.

La phase 2 d'extension a commencé depuis l'année 2007 et va concerner 21 hôpitaux. Son coût est estimé à 1,5 milliards de DHS financé par l'Etat marocain et un prêt de la Banque Européenne d'investissement.

## **6. Le financement de la santé au Maroc.**

Le Maroc dépense près de 110 \$US per capita. Soit 5,3% du PIB. Selon les Comptes Nationaux de la Santé en 2006, trois sources principales assurent le financement du système la santé :

- L'Etat : 23%
- L'AMO : 17%
- Les ménages : 57%
- Autres sources : 3%

Ces résultats ont montré que l'AMO, durant sa 1ere année de mise en œuvre, n'a pas contribué à baisser la part des ménages dans le financement de la santé en raison des périodes de stage des premiers 6 mois (cotisations sans bénéfices), de la lenteur de mise en œuvre et de l'absence des soins ambulatoires dans le régime AMO géré par la CNSS en 2006. Les comptes nationaux de la santé (CNS) ultérieurs montreront l'impact de l'AMO et du RAMED une fois qu'ils ont atteint « leurs vitesses de croisière ».

## **7) Les points forts :**

### **Organisation du système de santé:**

- Forte volonté politique et grande priorité accordée au secteur de la santé publique en particulier au financement des infrastructures publiques, aux équipements lourds et à la formation

- Organigramme cohérent du Ministère de la Santé Publique avec une Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires en charge de l'ensemble des structures hospitalières de différents niveaux (meilleure organisation des soins)
- Existence d'une direction de la Réglementation et du Contentieux
- Offre de soins médicaux au niveau des structures de santé les plus périphériques (les centres de santé de base)
- Plateau technique (équipements) de très haut niveau et suffisant et relativement bien réparti, notamment dans les instituts spécialisés,
- Système de référence et de contre référence efficace avec un SAMU pour organiser la médecine pré hospitalière et régulation des transports sanitaires
- Accessibilité géographique aux services de santé (bonne couverture géographique en structures sanitaires,
- Très bonne qualité globale des soins,
- Volonté d'aller vers des processus de certification qualité des services de santé et des structures ;
- Existence d'une Pharmacie centrale responsable de l'approvisionnement de l'ensemble des structures du pays y compris les grossistes privés et d'Unités locales de production de médicaments
- Existence de centres de référence dans beaucoup de spécialités, avec un très haut niveau de technicité et une bonne qualité de services. Ces structures sont des EPS à part entière avec notamment une autonomie de gestion,

### **Gestion hospitalière et réforme hospitalière**

- Fort accompagnement des acteurs dans l'élaboration des outils de gestion et la formation,
- Organisation en pôle d'activités pour le développement des outils de gestion,
- Manuels et procédures de gestion administrative financière et comptable disponibles,
- Mise en œuvre graduelle de la réforme hospitalière, phase test dans cinq CHU avec suivi et évaluation,
- Système adéquat de régulation du secteur hospitalier (activités, équipements, financements, etc.),
- Bonne politique de contractualisation (contrats programmes),
- Mise en place d'une bonne politique de maintenance des équipements dans les EPS.

- La réforme hospitalière n'est pas dissociée de celle du financement de la santé.

Cette réforme s'appuie sur les outils de changement (en gestion et en assurance qualité) et sur le développement des capacités institutionnelles.

### **Gestion des ressources humaines :**

- Existence de quatre facultés de Médecine, d'un institut national de l'administration sanitaire, et de plusieurs institutions de formation aux carrières de santé.
- Disponibilité de Personnels qualifiés, au niveau des formations hospitalières
- Système de motivation du personnel (salaires convenables en plus d'une rémunération de la garde et de l'astreinte)

### **Financement de la santé:**

- Développement des mécanismes de protection sociale (AMO et RAMED)
- Existence d'autres formes complémentaires de financement de la santé (mutuelles de santé en particulier)
- Existence d'une Loi sur la couverture universelle (qui serait atteinte progressivement)
- Existence de partenaires qui appuient fortement certains programmes,

### **Partenariat public-privé et public-public intersectoriel:**

- Ouverture du public vers l'offre du secteur privé par des systèmes de conventionnement (EX. Partenariat Hôpitaux Publics - Prestataires Privés et ANAM pour la prise en charge des hémodialysés) ;
- Réglementation stricte du secteur de l'hospitalisation privée et supervision par la Direction de la Réglementation et du Contentieux ;
- Activités privées complémentaires (Temps Plein Aménagé) des professeurs d'universités relativement bien encadrées ;
- Excellente collaboration intra sectorielle (santé) et multisectorielle
- Existence d'un système de convention avec ouverture possible de l'offre de soins du Maroc aux pays de l'Afrique de l'Ouest dans le cadre de la coopération Sud-Sud.

### **Marketing social pour le changement de comportement :**

- Volonté de s'inscrire dans un processus continu d'amélioration du management du secteur de la santé (programme de mise à niveau),
- Existence d'activités de dialogue social avec les partenaires, et implication de ces derniers dans les processus de gestion du secteur,
- Organisation régulière de journées hospitalières et de rencontres scientifiques d'échanges d'expériences et de bonnes pratiques.
- Organisation des concours nationaux de la Qualité (très médiatisés dans le pays)

### **8°) Points à améliorer :**

- L'ouverture de structures de formation en gestion hospitalière, et l'adaptation des formations aux profils souhaités,
- Le peu de vulgarisation et de l'utilisation des différents outils de gestion,
- L'organisation des EPS dans le sens de revoir l'organigramme des hôpitaux surtout sur le plan administratif, financier et comptable pour une meilleure répartition des tâches,
- Le statut des EPS : le peu d'autonomie donnée aux EPS surtout en matière de recrutement et de politique d'investissement,
- Peu d'autonomie donnée aux Hôpitaux SEGMA surtout en matière de recrutement et de politique d'investissement ;
- Faible Implication des collectivités locales et peu de décentralisation du pouvoir central (administration sanitaire encore très centralisée) ;
- Développement de standards et de normes encore modeste ;
- Partenariat public-privé encore à développer.
- Coûts très élevés des médicaments
- Une réforme du système de financement de la santé qui n'a pas eu encore un impact significatif.

## **VI. Recommandations pour le Sénégal :**

- Développer la coopération avec le Maroc dans des domaines variés du développement socio sanitaire,
- Réforme de l'organisation du Ministère pour la mise en place d'une direction des hôpitaux forte (qui a sous sa tutelle toutes les structures du secteur hospitalier, de l'hospitalisation et des soins médicaux ambulatoires) : Il ya déjà un projet de la réorganisation du Ministère à la Délégation à la Réforme et à l'Assistance Technique (DREAT) de la Primature,
- Donner à la Direction des Etablissements de santé des pouvoirs nécessaires et leviers efficaces de pilotage du secteur hospitalier (mécanismes de régulation technique et financière des hôpitaux),
- Travailler davantage sur les outils de management et d'assurance qualité.
- Se concentrer sur le développement institutionnel.
- Avancer dans le projet du Chef de l'Etat sur la couverture sanitaire universelle (se rapprocher de la CAFSP pour avoir le niveau d'avancement du projet)
- Compléter dans notre carte sanitaire les aspects qui manquent (recensement exhaustif du secteur privé, prévisions de création et d'extension d'activités selon les zones géographiques, régulation des équipements lourds aussi bien dans le public que dans le privé etc.)
- Développer le système d'information hospitalier et travailler à avoir un même système d'information harmonisé pour tout le système de santé publique,
- Développer le système de gestion des urgences,
- Développer d'autres stratégies pour la mise en place d'une bonne politique des médicaments et consommables,
- Développer le partenariat public privé pour le relèvement des plateaux techniques des structures sanitaires,
- Mettre en œuvre les recommandations des différentes évaluations de la réforme hospitalière.

## **VII. Prochaines étapes.**

- Restitution de la mission à chaud aux membres du Cabinet de Monsieur le Ministre de la santé au cours d'une réunion de coordination du cabinet ;
- Restitution aux Directeurs des EPS et hôpitaux du Sénégal au cours de la réunion décentralisée de coordination ;
- Rédaction du rapport de mission et diffusion aux principaux destinataires,
- Mise en place d'un groupe de travail pour élaborer les termes de référence de l'atelier national de restitution des résultats de la mission ;
- Programmer la prochaine mission au Maroc (au besoin identifier les aspects non couverts par la visite de la Tunisie s'il y a lieu) ;
- Programmer l'atelier national de validation du document de politique nationale hospitalière.

## **VIII. Annexes**

### **A. Echanges de correspondances.**

- Lettre de la Banque à Mr le Ministre de l'Economie et des Finances
- Lettre de Mme le Ministre de la Santé à Directeur des opérations de la Banque Mondiale
- Demande d'autorisation de la mission d'imprégnation en gestion hospitalières adressées aux Ministres Tunisien et Marocain de la Santé.

### **B. Liste définitive de la délégation Sénégalaise**

1. Dr Balla Mbacké MBOUP, Médecin de santé publique, Directeur des Etablissement de Santé au Ministère de la Santé et de la Prévention
2. Mr Khalifa Ababacar SENE, Administrateur hospitalier, Conseiller Technique chargé des Hôpitaux et de la Réforme Hospitalière au Ministère de la Santé et de la Prévention
3. Mme Aissatou SY NDIAYE, cadre de gestion, Chef de la Division des EPSH à la Direction des Etablissements de Santé, Ministère de la Santé et de la Prévention

4. Dr Diamé BOP, Administrateur hospitalier, Directeur du CHR de Ziguinchor
5. Dr Jean Baptiste NDIONE, Médecin de santé publique, Directeur de l'hôpital privé St Jean de DIEU de Thiès.
6. Mme Annette Seck NDIAYE, Pharmacienne, Présidente du Conseil d'Administration du CHU de FANN,
7. Mr Ibra WANE, Administrateur hospitalier, Conseiller technique Réforme hospitalière à la Direction des Etablissements de Santé, Ministère de la Santé et de la Prévention
8. Mr Abdou NDONGO, Technicien Supérieur en Ophtalmologie, Représentant du personnel au Conseil d'Administration du CHR de St Louis
9. Mr Driss ZINE-EDDINE EL-IDRISSI, Economiste principal à la Banque Mondiale, Dakar.

**C. Programme de la Visite. (voir annexe)**