

Royaume du Maroc
Le Chef du Gouvernement



Etudes sur les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc

Etudes de cas

-Synthèse-

Etudes sur les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc

Etudes de cas

-Synthèse-

L'accès aux soins de santé est déterminé par une multitude de facteurs de nature très diverse. La distance peut influencer le recours aux services de santé mais reste un facteur très insuffisant pour expliquer les difficultés d'accès. Le niveau d'utilisation des services de santé tant curatifs que préventifs peut notamment être associé à la qualité des prestations offertes, aux revenus, au niveau d'éducation et au statut social en général ; les déterminants comme le genre et le lieu de résidence sont aussi étroitement liés à l'accès aux bénéfices des soins de santé. Ces dernières années, les pouvoirs publics ont opéré des investissements importants dans le domaine de la santé, mais reconnaissent que « des inégalités entre milieux urbain et rural, population aisée et pauvre, régions et provinces, persistent encore aussi bien au niveau des indicateurs relatifs à l'état de santé de la population qu'à ceux de l'accès aux soins et de la couverture par les services de santé publique... Des inégalités persistent dans un certain nombre de régions où l'écart avec le ratio national de desserte en milieu rural reste relativement élevé » (Plan d'action santé 2008-2012).

Le Groupe de travail du conseil « Disparités socio-territoriales et accessibilité aux biens et services de base » de l'ONDH a été mandaté pour assurer une veille et une prospective des politiques publiques d'accès aux biens et services et d'aider à leur évaluation qualitative, en particulier sur l'accès aux soins de santé. Il a mis en évidence l'intérêt de documenter trois catégories de questions sur cette problématique, en collaboration avec l'Institut de recherche pour le développement (IRD) : l'accès aux structures de soins, l'accès aux prestataires de soins et en particulier au médecin généraliste, et l'accès aux médicaments.

Afin d'apprécier les différents types de contraintes qui peuvent influencer sur l'accès aux soins et aux médicaments, les niveaux macro (national), meso (provincial) et micro (localités et centres de santé) ont été appréhendés. L'accent a été mis sur des études de cas qualitatives dans trois régions illustratives de difficultés spécifiques d'accès aux soins : la Préfecture de Salé, espace urbain avec une concentration de populations à besoins spécifiques, qui peuvent rencontrer de grandes difficultés d'accès aux services de santé en dépit de leur proximité géographique ; la province d'Azilal où est expérimenté le Régime d'assurance médical pour les économiquement démunis (Ramed), caractérisée par son relief montagneux ; la province de Figuig, très excentrée par rapport aux grands axes et aux grands centres, avec ses spécificités liées au contexte saharien et par la diversité des modes de vie de ses populations (sédentaires et « nomades »).

Contextes et systèmes de santé locaux

Chacun des trois contextes retenus pose des problèmes spécifiques liés non seulement à l'environnement mais aussi à l'offre de soins. La province de Figuig est très peu urbanisée, très étendue, avec une faible densité de population par ailleurs très dispersée et, de ce fait, difficile à faire bénéficier des soins de santé ; de plus, par sa situation excentrée, elle présente souvent peu d'attrait pour les personnels de santé. La province d'Azilal, est surtout caractérisée par son relief très montagneux avec des hameaux et des villages inaccessibles à certaines périodes de l'année du fait des intempéries ; plutôt berbérophone, elle apparaît relativement défavorisée en comparaison avec les deux grands pôles d'attraction de la région que sont Marrakech et Beni Mellal et entre lesquels elle est située. La Préfecture de Salé s'oppose en tout point à ces deux zones à majorité rurale et agricole : elle regroupe près d'un million d'habitants avec des concentrations très importantes de populations parfois très instables résidant entre autres dans des quartiers qualifiés « d'irréguliers », créant des conditions défavorables en termes d'hygiène et de sécurité dans certaines zones. L'offre de soins disponible, tant publique que privée est abondante, surtout si on ajoute la proximité de Rabat. Néanmoins, les conditions de travail des personnels des centres de santé publics sont parfois très difficiles, et la santé est une préoccupation qui vient loin derrière l'emploi et l'habitat, comme en témoigne, aux dires de certains responsables locaux, le peu de dynamisme du secteur associatif se consacrant aux problèmes sanitaires, ce qui constitue une autre différence importante avec les deux autres sites de l'étude.

Le manque de ressources humaines dans les centres de santé publics est chronique, situation encore parfois aggravée (notamment à Figuig et Azilal) par le peu d'empressement de certains personnels à se maintenir en permanence dans des villages très éloignés des quelques centres urbains de la zone. Si, d'une manière générale, équipements médicaux et dotation en médicaments sont à un niveau jugé relativement satisfaisant par les acteurs de santé, ce qui semble poser le plus de problème touche à l'entretien, à l'organisation des locaux, à l'hygiène, à la sécurité, de centres de santé souvent peu accueillants (surtout à Salé). Dans ces contextes l'offre de soins privée constitue une alternative, et cela dans les trois sites, mais davantage par défaut (du fait de l'indisponibilité de personnels et de la sous utilisation des équipements du secteur public) que par véritable complémentarité. L'amélioration des prestations au niveau de la première ligne (grâce à la densification du réseau des établissements de soins de santé de base mais aussi en raison des mesures spécifiques en matière de prise en charge des risques de complications de la grossesse, de certaines maladies chroniques ou de dispositifs financiers spécifiques) accroît la demande sur les structures de première référence qui manquent souvent de réactivité faute de spécialistes disponibles.

De nombreuses initiatives ont été prises par le Ministère de la santé et ses partenaires nationaux et locaux (associations) pour améliorer l'accès aux soins. Les efforts pour améliorer l'accessibilité financière, notamment par le développement de couvertures médicales, ont un effet salubre mais se heurtent à des problèmes de communication entre les différents niveaux administratifs d'une même institution et d'institutions différentes, ainsi qu'à des incompréhensions des bénéficiaires et parfois des prestataires. Pour rapprocher les soins des populations, et dans le cadre de partenariats avec le Ministère de la santé, des ambulances ont été achetées (surtout pour le milieu rural), des équipes médicales mobiles et des « caravanes médicales » sont organisées. Ces initiatives touchent souvent à des questions de gouvernance locale, avec des acteurs ayant des visions différentes de l'organisation de l'offre locale de soins, ce qui entrave parfois l'efficacité de certaines mesures et de certaines activités de cadres et de techniciens des systèmes de santé locaux.

Les problèmes d'accès vus par la population

Des entretiens réalisés dans les trois sites auprès de 127 personnes interrogées sur leurs itinéraires, les difficultés ressenties et leurs perceptions de la qualité des soins ont permis d'identifier les multiples contraintes qui influent sur les décisions de la population de recourir à un prestataire de soins.

La décision apparaît tout d'abord liée à l'estimation de la gravité du problème de santé par les patients et leur entourage. La décision de recourir à un personnel soignant se fait dans la plupart des cas lorsque des symptômes persistent, surtout pour les usagers éloignés des centres de santé. La décision de recourir à un médecin est prise collectivement ; la hiérarchie générationnelle, les rapports de genre et les relations de dépendance économique en sont des facteurs déterminants. La scolarisation croissante des filles et l'indépendance financière des jeunes femmes, notamment en milieu urbain, semblent introduire de nouvelles dynamiques dans le processus d'estimation de la gravité du problème et de décision.

Les contraintes pour accéder au centre de santé sont souvent importantes : coût du transport, difficultés de trouver un véhicule dans les zones « enclavées » (parfois y compris en milieu urbain), dépenses liées à l'hébergement et à l'alimentation des accompagnants et dépenses spécifiques associées à la prise en charge médicale (examens de laboratoire, médicaments, etc.). Ce qui est en jeu ici est la nécessité d'effectuer un choix en fonction des contraintes de transport, de temps et de coût auxquelles il faut faire face, rapportées à la gravité ressentie de la situation.

Une fois la décision prise et le trajet réalisé, les patients se heurtent fréquemment à de nouvelles barrières relatives à l'accueil et qui risquent encore d'allonger le délai de prise en charge ; ici, le bakchich et/ou l'intervention d'interconnaissances constituent les facteurs favorisant l'accès au prestataire. L'objectif affiché par les patients est de parvenir jusqu'au médecin, et de préférence au médecin spécialiste ; l'indisponibilité ou l'absence du médecin sont rapidement perçues comme un échec face à l'ensemble des efforts déployés pour accéder à des soins. Le médecin auquel on souhaite avoir accès est celui qui doit rassurer, permettre de comprendre la maladie. L'interaction avec le médecin sera d'autant plus facilitée et appréciée si celui-ci parle la langue du patient, comprend ses pratiques quotidiennes, connaît ses conditions de vie et les pathologies de son contexte ; le médecin originaire de la localité est alors présenté comme le praticien idéal. Le recours à un spécialiste (exerçant dans les grandes villes) et originaire de la région, ou encore à un spécialiste étranger (européen ou chinois) est aussi particulièrement recherché. Le médecin généraliste privé offre une alternative largement pratiquée, y compris en milieu rural, notamment du fait d'une disponibilité ressentie plus importante.

Formation, pratiques et conditions de travail de médecins généralistes

Le médecin généraliste est considéré comme la « porte d'entrée » dans le système de santé et joue un rôle primordial dans le renforcement de la performance des systèmes de santé. Le Ministère de la santé, conscient de l'importance du médecin généraliste s'est orienté ces dernières années vers la médicalisation des services de santé de base, particulièrement du monde rural, et dans une réflexion sur la valorisation de la médecine générale et le renforcement des soins de santé primaires. L'importance de la médecine générale dans le

système de santé soulignée par les responsables du Ministère contraste cependant avec la place qu'elle occupe en tant que discipline au sein des facultés de médecine. Tous les acteurs institutionnels rencontrés (Ministère de la santé et facultés de médecine) reconnaissent que la formation telle qu'elle est dispensée dans les centres hospitaliers universitaires n'est pas adaptée à la pratique de la médecine générale dans les structures de première ligne.

La majorité des jeunes diplômés en médecine jugent également la formation de base superficielle, ne permettant pas au médecin généraliste de développer les compétences nécessaires pour la pratique professionnelle, la formation de base favorisant et valorisant la pratique spécialisée. Les jeunes médecins en fin de cursus de formation ont une représentation négative de la médecine générale ; elle est très mal perçue par ces jeunes lauréats qui la considèrent dévalorisée par tous les acteurs. En écho à ces opinions de jeunes médecins, la majorité des médecins généralistes interrogés (publics et privés), exerçant dans les différents sites, déclarent qu'ils auraient voulu s'inscrire à une spécialité et regrettent le manque de reconnaissance de la médecine générale, même parmi ceux qui se disent satisfaits de leur pratique.

La médicalisation des centres de santé a amélioré l'utilisation des formations sanitaires de base. Mais elle n'a pas été suivie des mesures d'accompagnement nécessaires (en particulier : les conditions de travail, les conditions de vie, les moyens de motivation pour le médecin et le plateau technique adapté). Ces facteurs ont constitué les points faibles de la médicalisation qui s'est traduite par une instabilité du médecin et l'absence de son implication dans son environnement de travail, notamment en milieu rural. Aussi, lorsqu'un patient surmonte l'ensemble des obstacles physiques, culturels et financiers et décide de chercher des soins modernes, la garantie de trouver un médecin généraliste public disponible n'est pas toujours assurée. De plus, une fois cet obstacle dépassé, la qualité relationnelle et de la prestation médicale ne permet pas toujours de développer la relation de confiance nécessaire à des soins centrés sur le patient.

Enquête quantitative sur l'accès aux soins auprès de la population

Afin de confirmer, d'infirmier et de compléter les résultats des enquêtes par entretiens, notamment auprès de la population dans les trois sites, une enquête par questionnaire a été réalisée auprès de 1.200 personnes, dont 480 à Salé, et 360 respectivement à Azilal et à Figuig. L'accès aux soins était fréquemment jugé difficile, du fait des barrières géographiques, mais aussi des difficultés financières empêchant un accès à la consultation médicale et aux médicaments. Néanmoins, et malgré ces difficultés, le centre de santé était cité comme la structure préférée pour la consultation médicale. La majorité des participants utilisait les structures de soins disponibles mais la qualité des soins était souvent jugée non satisfaisante.

La grande majorité des personnes interrogées (82,5%) a connu au moins un épisode de maladie durant l'année écoulée. Cependant l'enquête a révélé que 30% (entre 5,4% et 44,2% selon les sites) n'ont pas consulté et lorsqu'il s'agissait d'un enfant, les familles ont attendu que l'épisode passe dans 12,9% des cas. Lorsque les personnes interrogées consultaient, elles l'ont fait chez un médecin de première ligne dans plus de 70% des cas, et de manière à peu près équivalente dans le secteur public (45,5%) et dans le secteur privé (42,9%) pour les adultes. Chez les enfants, la recherche de soins est différente et les familles consultent plus fréquemment un médecin du secteur public (56,4%) qu'un médecin privé (25,5%).

Les difficultés financières restent un obstacle important et 60% ont exprimé avoir eu des difficultés de paiement des soins avec parfois comme conséquence le renoncement à une consultation, plus fréquemment auprès d'un médecin privé (49,7%) que d'un médecin public (21,2%). Les raisons de ne pas consulter le centre de santé en cas de maladie dépendent particulièrement de l'environnement local. Le mauvais accueil est souvent la première cause en milieu urbain (30-40% des personnes interrogées l'ont évoqué) alors qu'en milieu rural c'est l'absence du médecin et/ou la perception d'une compétence insuffisante qui est le facteur exprimé (environ 30% des personnes interrogées). A part les nomades, la plupart des personnes interrogées (74%) habitaient à moins de 3km d'un centre de santé et près des deux tiers à moins d'une heure. De même l'accès physique à l'hôpital en termes de temps est de moins d'une heure pour 57% des personnes et de moins de 4h pour 91%, alors que l'éloignement est l'obstacle le plus fréquemment cité (42%), devant les problèmes financiers (17,7%) et le mauvais accueil (8,1%). Il est important de noter que si les moyennes donnent une idée des tendances générales, elles cachent des disparités importantes qui obligent à penser des solutions d'amélioration de l'accès aux soins soigneusement adaptées à l'environnement local.

L'accès aux médicaments

La possibilité d'obtenir un traitement accessible et efficace est à l'évidence une motivation importante de l'accès aux soins. Or, le prix du médicament au Maroc reste élevé comparativement à la situation d'autres pays et l'achat des médicaments représente une part très importante des dépenses de santé des ménages. La question de son accessibilité se pose dans le cadre d'une politique pharmaceutique du médicament qui englobe plusieurs éléments : les différentes dimensions de l'accessibilité que sont la disponibilité, l'abordabilité et la qualité du médicament ; les différentes étapes du circuit du médicament que sont la sélection, l'acquisition, la distribution et l'utilisation ; des modes de financement public et privé ; l'implication de divers acteurs intervenant dans le circuit du médicament et influençant une ou plusieurs dimensions de l'accessibilité.

Les services centraux du Ministère de la santé font des efforts importants pour améliorer l'accessibilité du médicament à la fois dans le secteur public et le secteur privé. L'augmentation sensible des budgets enregistrée ces dernières années et les mesures permettant une participation des CS à la définition de leurs besoins ont permis une meilleure prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle ou encore la tuberculose et l'accès à des médicaments vitaux coûteux. L'usage large des procédures d'appels d'offres a permis de tirer les prix vers le bas, de rendre le médicament plus abordable pour les finances publiques et la collectivité et d'accroître la disponibilité en prévoyant des quantités plus importantes de médicaments dans le secteur public. Des procédures d'enregistrement du médicament et de contrôle qualité, d'un côté, et de fixation des prix, de l'autre, contribuent à la disponibilité de médicaments de qualité abordables sur le territoire. Des discussions sont en cours pour améliorer grandement les procédures de fixation des prix des médicaments importés.

Au niveau national, si les efforts des acteurs privés pour améliorer l'accessibilité du médicament sont divers, leurs avis convergent globalement vers un point : l'accessibilité du médicament est un enjeu majeur qui révèle un défi de taille, celui de la couverture médicale. Ce défi dépasse de loin les efforts que pourraient consentir les acteurs privés en mettant à mal éventuellement leur viabilité. Ils voient d'un mauvais œil toute tentative de tirer les prix vers le bas dans un secteur où les coûts de production sont élevés du fait de volumes de production

faibles, d'un marché du médicament étroit et d'un pouvoir d'achat insuffisant. De même, les distributeurs rejettent toute idée de révision de leur marge faisant valoir les ressources considérables déployées pour assurer la disponibilité du médicament sur tout le territoire, y compris les zones les plus éloignées. Pour leur part, les pharmaciens d'officines, bien que soucieux de la pénétration du générique sur le marché du médicament, considèrent avec la plus grande méfiance une révision de leur marge dans un contexte davantage préoccupant de crise de la profession. Aussi, les discussions se multiplient-elles entre les acteurs pour sortir de l'impasse et prévoir des outils appropriés pour améliorer l'accès de la population au médicament, l'objectif étant également de ne pas affaiblir l'industrie locale, la distribution et l'officine.

L'analyse de l'accessibilité du médicament au niveau périphérique des centres de santé (CS) situés dans les trois zones de l'étude fait ressortir des situations contrastées. Il y a tout d'abord les CS qui affirment ne pas subir de ruptures de stock ; d'autres se plaignent au contraire de ruptures de stock pour des médicaments vitaux. Enfin, tous les CS se plaignent de ruptures de stock non négligeables pour les médicaments autres que ceux couverts par les programmes de santé publique. Il ressort que la prise en charge des patients atteints de maladie chronique est plutôt satisfaisante. Les dotations budgétaires des CS ne permettent pas autre chose que la prise en charge de ces affections, reléguant donc au secteur privé la satisfaction des besoins des patients en médicaments non vitaux. D'une manière générale, la disponibilité des médicaments dans les trois sites de l'étude est très satisfaisante dans le secteur privé, même dans les douars les plus enclavés, à condition qu'il existe une pharmacie d'officine pour servir la population. Dans le secteur public, elle varie d'un site à un autre selon l'éloignement des centres de santé du chef lieu du site, de l'existence des moyens de transport pour livrer les produits et des cas de ruptures de stock dans les pharmacies provinciales. Cependant, on peut la considérer satisfaisante surtout pour les médicaments de certains programmes de santé prioritaires (santé mère-enfant, diabète, hypertension) et reste moins satisfaisante pour d'autres produits tels les antibiotiques, les anti-inflammatoires surtout corticoïdes et les médicaments des IST dans certains sites.

Pour les populations, à partir du croisement des discours des usagers, des prestataires de soins et des données quantitatives, le médicament apparaît bien comme l'objet central du recours au prestataire de soins. Sa valeur est d'abord liée à sa fonction (amener à la guérison) mais est aussi conditionnée par les modalités de son obtention. Il est apparu que la valeur d'un médicament dépend également de la crédibilité de celui qui le délivre et cette crédibilité repose sur des caractéristiques précises : la disponibilité et l'attention.

Les conditions de l'obtention des médicaments sont évidemment liées à son coût et à sa disponibilité. La gratuité pour tous de certains médicaments est un véritable soulagement pour la plupart des usagers, mutualisés ou non. L'accès se complique pour les patients souffrant de pathologies nécessitant la prescription de spécialités, surtout en milieu rural, ou encore lorsque les traitements normalement gratuits ne sont pas immédiatement accessibles en raison de l'absentéisme des personnels soignants, du manque de consommables (seringues pour les diabétiques), du bakchich requis ou encore de la part que les personnels soignants réservent pour leur réseau d'interconnaissances. Favoriser l'accès aux médicaments pour certains devient alors une obligation économique et sociale. Les pharmaciens d'officine sont ainsi contraints d'accepter de faire crédit à leurs clients, une obligation envers la clientèle de proximité, étant donné la faiblesse du pouvoir d'achat et les défauts des couvertures médicales.