

Cliniques Privées

Le capital à l'assaut de la santé publique

La tendance actuelle de positionnement des investisseurs intentionnels dans le secteur de la santé devra s'accélérer avec la nouvelle loi sur les cliniques. Les enjeux financiers semblent l'avoir remporté sur le souci de santé publique. Analyse.

Par Ghassan Waïl El Karmouni

capital à Casablanca, Tanger, Fès, Marrakech, Mohammédia, etc. Les enjeux financiers sont pour le moins juteux.

Un business prometteur

En effet, sur les 47,8 milliards de dirhams dépensés pour la santé en 2010 (selon les derniers comptes nationaux de la santé, publiés en 2013), les cliniques et les cabinets privés ont en capté près du tiers, soit plus de 15 milliards de dirhams. Une manne pour des investisseurs intégrés désireux d'atteindre une taille industrielle en créant des chaînes nationales. Cette tendance devra se confirmer davantage au fil des différentes transitions par lesquelles passe le Maroc, comme l'explique le professeur Jaafar Heikel, président du collège national des médecins gestionnaires. *«Le Maroc connaît une triple transition, démographique le vieillissement de la population (en 2030, 15% de la population aura plus de 60 ans); épidémiologique puisque 57% de la morbi-mortalité est due aux maladies non transmissibles chroniques et dégénératives, comme le diabète, le cancer, l'hyper tension, l'obé-*

152

Le montage juridique du rachat par Saham Santé de cliniques privées semble faire des émules. Après la médiatisation de l'acquisition du groupe de Moulay Hafid Elalamy de cinq cliniques dans différentes villes, les annonces et les rumeurs s'accroissent autour d'opérations similaires. Ainsi, plusieurs acteurs ont d'ores et déjà annoncé qu'ils ont réalisé des investissements dans les infrastructures de santé comme c'est le cas de Mohamed Elmanjra qui est devenu propriétaire de la clinique d'oncologie Al Kindy via son fonds Blue Mango Cap. Mais, en fait, selon nos sources, «il ne serait que la façade politiquement correcte du vrai propriétaire qui n'est autre que le fonds émirati Abraj Capital». «Il aurait été ainsi choisi pour son expérience dans le domaine de la biomédecine», précise notre source. En tout cas, Elmanjra confirme à Economie&Entreprises l'existence d'*«une stratégie pour développer un réseau de cliniques privées sur tout le pays»*. A son instar, d'autres acteurs cherchent aussi à se positionner. D'autres opérations sont, en effet, soit en cours ou à l'étude, que ce soit de la part de fonds d'investissement, ou d'assurances ou encore de grands groupes intégrés. Une vingtaine de cliniques sont ainsi dans le radar du



sité, etc. et surtout la transition dans les modes de vie tant nutritionnel qu'en termes d'activité physique (32% des Marocains sont en surpoids et 78% ne pratiquent pas une activité physique régulière), plus de stress et une cellule familiale de plus en plus nucléaire. Des données qui vont accentuer la tendance à une augmentation de l'incidence des maladies chroniques et donc une augmentation de l'utilisation des services de santé et une aggravation de la charge économique des soins de santé», analyse-t-il. En clair, la société sera composée de plus en plus de personnes vivant plus longtemps, avec des maladies demandant de longues phases de prise en charge médicale. Un marché exponentiel qui fait saliver tous les opérateurs. «Aujourd'hui, les besoins sont tels que l'on doit soutenir l'émergence d'une offre de santé privée», conclut, dans ce sens, Olivier Luc, représentant de Proparco en Afrique du Nord. L'institution de financement du secteur privé dépendant de l'Agence française de développement (AFD) a d'ores et déjà inscrit la santé, tout comme l'éducation, parmi ses priorités stratégiques dans le plan d'action 2014-2019.

«Pour nous, c'est un secteur stratégique, au niveau monde, nous voulons atteindre 7% de notre portefeuille d'ici 2019, contre 4% actuellement. Au niveau de l'Afrique du Nord, on est déjà à 7% et ça ne nous dérange pas d'aller jusqu'à 10%», poursuit Luc. Cela représente plus de 10 millions d'euros à investir en prise de participation dans la région, dont une bonne partie échoira probablement au Maroc, puisque des projets dans d'autres pays, notamment en Egypte, ont déjà été financés.

Une loi en faveur des investisseurs

C'est dans le contexte d'une très forte demande des acteurs et une accélération du positionnement des acteurs qu'intervient la loi 131-13 sur l'exercice privé de la médecine. Une loi arrivée en catastrophe, car elle ne figurerait pas parmi les priorités du gouvernement dans la déclaration gouvernementale, encore moins dans la stratégie 2012-2016 mise en place et présentée par le ministre de la Santé El Houcine Louardi. Cette loi a été fortement contestée par les professionnels qui l'accusent d'aller à l'encontre de ses objectifs annoncés et de favoriser l'intérêt des investisseurs au détriment des malades. «On a tout fait pour rendre le secteur de la santé attractif pour l'investissement privé, ce qui n'est pas un problème en soi, car l'Etat ne peut pas tout faire, mais on ne peut pas régler les problèmes d'iniquité en santé avec une ouverture du capital des établissements de santé au secteur privé car les populations vulnérables ou enclavées n'ont accès qu'aux structures de soins publiques qui devraient au contraire se mettre à niveau et répondre aux besoins de santé de ces populations en priorité», estime ainsi Heikel. «Cette loi que tout le monde refuse, y compris l'Ordre des médecins et les divers syndicats, a fait l'objet de beaucoup de lobbying de la part des grands investisseurs pour qu'elle soit la plus accommodante possible», s'insurge de son côté Aziz Ghali, coordinateur du collectif pour le droit à la santé.

Le premier argument mis en avant pour cette résistance est le fait que cette loi va renforcer l'inégalité entre régions urbaines riches et les localités pauvres dans les zones rurales. En effet, avant cette loi contestée, il y a la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins qui met en place la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins. Celle-ci a vu la promulgation de son décret d'application en novembre 2014, qui



Louardi «Le secteur ne sera pas ouvert au capitalisme sauvage».

se limite à l'organisation de l'offre de soins publique, sans définir clairement les modalités d'installation des établissements de soins privés sur le territoire national. Or l'offre privée est constituée de 332 cliniques avec une capacité d'environ 8.400 lits, soit 23% de la capacité litière totale. Le nombre de cabinets privés de consultation et de diagnostic est passé de 2.552 en 1991 à 7.310 en 2011. «La carte sanitaire définit les obligations d'investissement dans la santé sur tout le territoire. Le fait de ne pas faire figurer les cliniques privées dans le décret d'application de la loi 34-09 est venu juste avant la proposition de la loi sur les cliniques et la prépare», décrypte Ghali. «Elle permet de la sorte d'ouvrir sans contrôle tout le territoire à l'investissement privé, mêmes les régions les mieux dotées en cliniques et en hôpitaux», tone-t-il. Selon le CESE, la répartition de l'offre de soins privée sur l'ensemble du territoire accuse un important déséquilibre entre milieu rural et urbain et entre les régions et reste concentrée dans les grandes agglomérations urbaines: 52% des cliniques se trouvent dans les grandes villes. Le fait de ne pas encadrer l'installation de l'investissement privé est en contradiction avec l'un des principaux objectifs de la loi Louardi: favoriser l'accès aux soins de santé de tous les Marocains.

La rentabilité avant tout?

Le deuxième argument concerne la tendance à favoriser la rentabilité au détriment de l'intérêt de malades. «Rien ne garantit que l'acte médical ne soit influé par la recherche de la rentabilité recherchée légitimement par tout ---

Aubaine après Saham, d'autres opérateurs s'engouffrent dans la brèche est se positionnent avant la loi.





Elmanjra «Nous ambitionnons de construire un réseau de centres de traitement dans les principales villes».



Heykal «Rien ne garantit que l'acte médical ne soit influé par la recherche de la rentabilité».

054

--- investisseur», affirme Heikel. En effet, la crainte majeure est de voir la pression des investisseurs privés pour plus de rentabilité favoriser la multiplication des actes sans réel besoin ou bien encore en prévoir moins pour optimiser les coûts d'exploitation. «Il n'y a aucune garantie apportée par la loi pour limiter des dérives surtout que les protocoles thérapeutiques ne sont pas précis au Maroc, ce qui laisse la porte ouvertes aux abus», appuie de son côté Ghali. Pour exemple, ce dernier avance l'argument selon lequel 70% des femmes qui ont une couverture médicale réalisent des accouchements par césarienne qui coûtent quatre à six fois plus cher qu'un accouchement normal. «Pour rentabiliser des investissements importants, les médecins seront poussés à réaliser plus d'actes inutiles. Pour rentabiliser un pet-scaner coûtant 17 millions de dirhams, on devra en faire sept par jour durant sept ans qui est la durée des leasings...», explique un médecin requérant l'anonymat.

Patrick Larrivé, avocat et consultant juridique n'est pas tout à fait d'accord avec cette opinion. Pour lui, «l'une des principales avancées de la loi est la distinction entre l'investissement et le monopole médical puisque la loi oblige les investisseurs à confier à des médecins la responsabilité médicale. En outre, elle interdit aux non-médecins de s'immiscer dans la fonction médicale comme ordonner des actes affectant l'activité médicale ou le salariat des médecins. Autant de garde-fous qui posent tous les principes pour protéger l'activité médicale du financier». Un argument asséné par le ministre à tous

ses détracteurs. «Le secteur ne sera pas ouvert au capitalisme sauvage», a d'ailleurs déclaré récemment Louardi au quotidien L'Economiste. Un argument qui ne convainc ni les praticiens de l'Ordre national ni le CESE. Un membre de ce dernier s'en prend ainsi violemment au texte de Louardi affirmant que «le texte de loi et sa note de présentation cite 11 fois «l'indépendance professionnelle» des médecins sans pour autant la définir clairement. En milieu privé, l'indépendance du médecin est directement confrontée à des pressions financières de nature à porter atteinte à l'autonomie des médecins avec des risques de sélection abusive, dont le choix des pathologies à traiter, en raison de leur coût. Les risques de dérives pour raison de rentabilité persistent malgré les dispositions inscrites dans le projet de loi». Cette assertion peut, à elle seule, résumer tous les risques liés à l'ouverture envisagée ou en cours de la médecine au grand capital.

Faiblesse des garde-fous

Le secteur est-il condamné avec les dernières évolutions à devenir une sorte de Far-

«Il n'y a aucune garantie apportée par la loi pour limiter des dérives, ce qui laisse la porte ouvertes aux abus»

— Aziz Ghali

Quest économique où ne survivront que les plus forts et les mieux intégrés? C'est en tout cas ce que semble professer Heikel. «On risque d'assister à une sorte de «dumping» ou de capacité de mutualisation que réaliseront des structures hyper intégrée (prévoyance sociale, médicaments et consommables médicaux en passant par les structures de soins et les capacités financières) mais qui, à terme, finira par «étouffer» toutes les petites structures indépendantes sans parler des hôpitaux publics qui ne pourront pas avoir la même performance et cela sans pour autant garantir une meilleure qualité des soins et une réduction des coûts de la prise en charge des patients», prédit le professeur. Les garde-fous pour éviter ce genre de scénario sont en effet très faibles. Un point d'ailleurs souligné par l'avis émis par le CESE qui souligne que «la qualité des soins ne peut résulter que de la conformité à des normes de plusieurs processus dans un établissement. Son évaluation doit être continue en interne et être soumise à une évaluation externe régulière qui conduit à l'accréditation de l'établissement. Cela suppose la mise en place d'une démarche qualité au sein de chaque établissement et l'existence d'instances indépendantes d'évaluation. Le projet de loi ne contient aucune disposition dans ce sens et ne garantit, par conséquent, ni la qualité ni la sécurité des soins». Et d'ajouter plus loin: «L'ensemble des dispositions d'évaluation et de contrôle renvoient à des dispositifs et instances de contrôle qui se sont avérés défectueux à ce jour (inspection du ministère de la Santé et de l'Ordre des médecins) et les missions de contrôle sont confiées à des instances définies de manière imprécise dans le texte des représentants de l'administration ou l'autorité gouvernementale». Une ouverture sans réel contre-pouvoir au final qui fait craindre aux opérateurs un scénario semblable à ce qui s'est passé avec le secteur de l'enseignement où l'on assiste à l'installation d'un système éducatif à plusieurs vitesses. Le pire c'est que sa marchandisation non maîtrisée a permis des situations de rente aux acteurs privés dues à une inflation des prix et une «élitisation» du secteur au point que pour certaines écoles des concours d'accès sont aujourd'hui instaurés pour des enfants de trois ans. Visiblement, de l'école à l'hôpital, la vie du Marocain se décidera désormais en fonction de ses moyens de départ. C'est ce que certains philosophes appellent la loi de la jungle. ■

gelkarmouni@sp.ma