



INSTITUT SUPERIEUR DE COMMERCE ET D'ADMINISTRATION DES  
ENTREPRISES

CYCLE SUPERIEUR DE GESTION - RABAT -

**Quelle Approche Stratégique pour la mise en œuvre de  
l'Assurance Maladie Obligatoire à la Caisse Nationale des  
Organismes de Prévoyance Sociale »**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme  
du Cycle Supérieur de Gestion**

**Par :**

**Mme Kaoutar BOULEJIOUCH**

**M. Mahjoub LAHRACHE**

**Jury :**

**Président :**

**M. Hassan CHAGAR**

**Professeur à l'ISCAE.**

**Suffragants :**

**M. Abdelaziz ADNANE**

**Directeur de la CNOPS.**

**Le Colonel Major Sidi Med MAJID  
IDRISSI**

**Chef de Direction de la  
Fondation Hassan II.**

**M. Driss ABBADI**

**Professeur à l'université Hassan  
II de Mohamédia.**

**M. ABDELHAY BENABDELHADI**

**Professeur à l'ISCAE.**

**Mars 2006**

# Table des matières

INTRODUCTION GENERALE .....	8
1. L'INTERET DU METIER « L'AMO » : .....	9
2. L'INTERET DU DOMAINE DE RECHERCHE : .....	12
3. L'INTERET DU PERIMETRE DE RECHERCHE : .....	14
4. LES HYPOTHESES DE LA RECHERCHE : .....	16
5. QUESTIONS ET PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE : .....	17
6. LA PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE : .....	19
7. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET METHODOLOGIE D'APPROCHE : .....	20
PREMIERE PARTIE : .....	24
L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE.....	24
LE CADRE CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE .....	25
SECTION 1 : CONCEPTS CLES DE LA RECHERCHE .....	25
1. LE CONCEPT DE LA STRATEGIE : .....	25
2. LE CONCEPT DE LA VISION STRATEGIQUE : .....	29
3. LES PRINCIPES DE LA VISION : .....	30
SECTION 2 : LE DIAGNOSTIC STRATEGIQUE .....	31
1. LE DIAGNOSTIC EXTERNE : .....	36
2. DIAGNOSTIC DES RESSOURCES .....	43
SECTION 3 : LE DEPLOIEMENT DE LA STRATEGIE .....	45
LES AXES DU DEPLOIEMENT DE LA STRATEGIE .....	50
1. LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE .....	51
2. LA STRUCTURE HUMAINE .....	53
3. LE SYSTEME D'INFORMATION .....	58
4. LA COMMUNICATION .....	60
5. LE STYLE DE MANAGEMENT : .....	62
CONCLUSION.....	63
CHAPITRE 2 : L'ANALYSE CONTEXTUELLE DE L'AMO .....	64
SECTION 1 : L'ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE MAROCAIN:.....	64
1. LE NIVEAU DE SANTE.....	67
2. L'OFFRE DE SANTE .....	68
3. LE FINANCEMENT DE LA SANTE .....	70

SECTION 2 : L'ANALYSE CONTEXTUELLE DE L'AMO .....	73
1. L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU MAROC .....	75
2. L'AMO GEREE PAR LA CNOPS .....	85
REPERAGE : COMMENT L'ASSURANCE MALADIE EST-ELLE GEREE DANS D'AUTRES PAYS ? .....	109
SECTION 1 : L'ASSURANCE MALADIE EN TUNISIE : .....	109
SECTION 2 : L'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE : .....	116
SECTION 3 : LE SYSTEME DE SANTE ET D'ASSURANCE MALADIE EN ALLEMAGNE .....	129
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE .....	147
DEUXIEME PARTIE : .....	148
INVESTIGATION SUR LE TERRAIN .....	148
SECTION 1 : DEMARCHE D'INVESTIGATION : .....	149
1. CHOIX DE LA CIBLE .....	149
2. CIBLE DE LA RECHERCHE : .....	150
3. OUTIL D'INVESTIGATION : GUIDE D'ENTRETIEN .....	150
SECTION 2 : LE DIAGNOSTIC INTERNE DE LA CNOPS : .....	151
1. LE DIAGNOSTIC DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE : .....	153
2. L'ANALYSE STRATEGIQUE DES RESSOURCES HUMAINES : .....	160
3. L'ANALYSE DU SYSTEME D'INFORMATION ET DE PILOTAGE : .....	163
4. DIAGNOSTIC DES RESSOURCES FINANCIERES : .....	164
5. L'ANALYSE DU SYSTEME DE CONTROLE MEDICAL: .....	171
SECTION 3 : LE DIAGNOSTIC EXTERNE DE LA CNOPS: .....	172
1. L'ANALYSE DU MACRO ENVIRONNEMENT : .....	172
2. L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT PESTEL DE LA CNOPS : .....	180
SECTION 4 : SYNTHESE DU DIAGNOSTIC ( LA MATRICE SWOT ) : .....	182
1. POINTS FAIBLES DE LA CNOPS : .....	183
2. LES POINTS FORTS DE LA CNOPS : .....	185
3. LES OPPORTUNITES : .....	186
4. LES MENACES : .....	186
LE DEVELOPPEMENT STRATEGIQUE DE LA CNOPS : .....	189
SECTION 1 : LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA CNOPS : .....	190
1. LA VISION STRATEGIQUE : .....	190
2. LE CHOIX STRATEGIQUE : .....	191
SECTION 2 : LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME FINANCIERE : .....	195

SECTION 3 : DEVELOPPEMENT DE PARTENARIATS ET ALLIANCES STRATEGIQUES :	197
1. DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT AVEC LES MUTUELLES :	198
2. DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT AVEC LE MINISTERE DE LA SANTE :	199
3. DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION AVEC D'AUTRES ORGANISMES PUBLIQUES:	199
4. COOPERATION AVEC LES ORGANISMES MILITAIRES :	199
5. DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION AVEC L'ANAM :	200
6. DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT AVEC LA CNSS :	200
7. DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION INTERNATIONALE :	200
LE DEPLOIEMENT STRATEGIQUE :	202
SECTION 1:REMANIEMENT DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET HUMAINE DE LA CNOPS :	202
1. AU NIVEAU DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE :	202
2. MISE A NIVEAU DE LA STRUCTURE HUMAINE :	204
SECTION 2 : LES SYSTEMES INFORMATIQUES ET MARKETING :	216
1. MISE A NIVEAU DU SYSTEME D'INFORMATION :	216
2. L'INSTAURATION D'UNE POLITIQUE MARKETING ORIENTEE VERS L'ASSURE:	219
SECTION 3 : LE DEVELOPPEMENT D'UN STYLE DE MANAGEMENT :	226
1. L'APPLICATION D'UN MANAGEMENT PARTICIPATIF :	227
2. L'ELABORATION D'UN DIAGNOSTIC PERMANENT :	227
3. PREPARATION DE TABLEAUX DE BORD :	227
4. LA CONDUITE DU CHANGEMENT :	227
5. MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE :	227
CONCLUSION DEUXIEME PARTIE.....	229
CONCLUSION GENERALE .....	230
ANNEXES.....	238
BIBLIOGRAPHIE .....	244

## Liste des Abréviations

---

AMIP	Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
RAMED	Régime d'Aide Médicale
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COPFR	Conseil de l'Ordre des Pharmaciens et Fabricants répartiteurs
FAR	Forces Armées Royales
PIB	Organisation Mondiale de la Santé
MFP	Ministère des Finances et de la Privatisation
SWOT	Strengths, weaknesses, opportunities, and threats

## Liste des figures

FIGURE 1 : CADRE LOGIQUE DE LA RECHERCHE .....	22
FIGURE 2: DEVELOPPEMENT STRATEGIQUE .....	23
FIGURE 3 : LES DEUX DIMENSIONS TRADITIONNELLES DU DIAGNOSTIC STRATEGIQUE.....	35
FIGURE 4 : LES CINQ FORCES DE PORTER.....	41
FIGURE 5 : LES 7S DE MCKINSEY .....	44
FIGURE 6 : LE PROCESSUS STRATEGIQUE .....	46
FIGURE 7 :L'ARCHITECTURE GLOBALE DU CODE DE COUVERTURE DE BASE.....	79
FIGURE 8 : LES MUTUELLES FEDEREES A CNOPS .....	86
FIGURE 9 : ARCHITECTURE DU SYSTEME MUTUALISTE PUBLIC GERE PAR LA CNOPS .....	87
FIGURE 10 : ACTEURS INTERVENANT DANS LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE.....	94
FIGURE 11 : SCHEMA DU DIAGNOSTIC STRATEGIQUE INTERNE DES RESSOURCES .....	152
FIGURE 12 : CADRE LOGIQUE DU DIAGNOSTIC MENE A LA CNOPS .....	153
FIGURE 13 : ORGANIGRAMME DE LA CNOPS .....	155
FIGURE 14 : DIAGNOSTIC DES RESSOURCES HUMAINES .....	160
FIGURE 15 : LE MACRO ENVIRONNEMENT DE LA CNOPS .....	173
FIGURE 16 : L'INTERDEPENDANCE DES DIMENSIONS DU DESIGN ORGANISATIONNEL .....	194
FIGURE 17 : LES CINQ AXES STRATEGIQUES PROPOSES POUR .....	195
FIGURE 18 : POSSIBILITES DE PARTENARIATS POUR LA CNOPS .....	198
FIGURE 19 : L'INTERDEPENDANCE STRATEGIE STRUCTURE.....	202
FIGURE 20 : FLUX DE COMMUNICATION ET CIRCUITS DE DISTRIBUTION DE LA CNOPS .....	221
FIGURE 21 : ROLE DU TOP MANAGEMENT .....	228
FIGURE 22 : SEGMENTATIONS STRATEGIQUE: AMO/CNOPS.....	232
FIGURE 23 : LES CHANGEMENTS INDUITS PAR LA LOI 65-00.....	233

## Liste des Graphiques

GRAPHE 1 : PART DU FINANCEMENT PAR RAPPORT AU PRODUIT INTERIEUR BRUT .....	70
GRAPHE 2 : CONFIGURATION DU FINANCEMENT DE LA SANTE .....	71
GRAPHE 3 : REPARTITION DE CES RESSOURCES VERS LES PRESTATAIRES DE SOINS .....	72
GRAPHE 4: DEPENSES PAR CATEGORIE EN 2001 .....	121
GRAPHE 5 : REPARTITION DE LA CONSOMMATION EN VALEUR DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX EN 2002 .....	126
GRAPHE 6 : STRUCTURE DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE.....	128
GRAPHE 7: EVOLUTION DES TAUX DE COTISATION .....	167
GRAPHE 8 : EVOLUTION DES REMBOURSEMENTS EFFECTUES PAR LA CNOPS .....	169
GRAPHE 9 : REPARTITION DES RECETTES DE LA CNOPS .....	170
GRAPHE 10 : % POPULATION COUVERTE PAR L'ASSURANCE MALADIE .....	230

## Liste des Tableaux

TABLEAU 1 : TAILLE DE LA POPULATION COUVERTE PAR REGIMES D'ASSURANCE MALADIE.....	13
TABLEAU 2 : REPARTITION DES NOMBRES DES MEDECINS DANS L'AXE RABAT-CASABLANCA .....	16
TABLEAU 3 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE AU MAROC .....	68
TABLEAU 4 : FINANCEMENT DES DEPENSES TOTALES DE SANTE (1999).....	110
TABLEAU 5 : REPARTITION DE LA DEPENSE COURANTE DE SANTE EN 2001 .....	120
TABLEAU 6 : EVOLUTION DE LA POPULATION COUVERTE .....	122
TABLEAU 7 : LE NOMBRE D'ASSURES EN FRANCE SELON LES REGIMES .....	123
TABLEAU 8 : STRUCTURE DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE.....	127
TABLEAU 9 : EFFECTIF ET NIVEAU D'INSTRUCTION DU PERSONNEL DE LA CNOPS .....	161
TABLEAU 10 : STRUCTURE DES RESSOURCES ET DEPENSES DE LA CNOPS .....	165
TABLEAU 11 : EVOLUTION DES TAUX DE COTISATION .....	166

## INTRODUCTION GENERALE

Notre travail de recherche prend essence dans l'intérêt que représente l'assurance maladie obligatoire « l'AMO » tant dans le domaine de santé, que dans le domaine économique.

Suscitant beaucoup d'intérêt du fait qu'elle est centrée sur le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins qui est non seulement une condition sine qua non de l'efficacité du système de santé, mais aussi un facteur majeur de la cohésion sociale, l'AMO est un sujet **APTE** du fait de :

- **son actualité** : avec la signature de la charte le 4 janvier 2005; sous la présidence de Sa Majesté le Roi Mohamed VI et la publication des décrets d'application de la loi 65-00 le 18/08/2005 ;
- **sa pertinence** : impliquant du changement et visant à répondre à l'attente de la population dans son combat pour institutionnaliser une culture d'entraide et de solidarité, l'assurance maladie obligatoire a suscité des craintes du fait de son caractère techniciste et une vive polémique sur son montage institutionnel ;
- **sa ténacité** : de par sa connotation sociale et ses apports d'ordre :
  - ✓ **Sanitaire** : volonté de modernisation du système de santé et de sa rationalisation ;
  - ✓ **Économique** : cette réforme vise un meilleur contrôle et une régulation au niveau du marché national de santé,
  - ✓ **Technique** : projet restructurant les organismes gestionnaires et une institutionnalisation de la couverture médicale ;



- **son enthousiasme** : c'est un projet qui suscite un intérêt Royal particulier car c'est une réforme qui concerne tous les Marocains , ainsi le Gouvernement de Sa Majesté le Roi Mohammed VI a choisi le slogan " la santé pour tous " comme devise et objectif de la politique de proximité optée par le Gouvernement.

#### 1. L'INTERET DU METIER « L'AMO » :

L'ambition de la loi n° 65.00 portant code de la couverture médicale de base obligatoire, à défaut d'être universelle, est de permettre à neuf millions de Marocains voire dix de bénéficier, sans délai, de la protection d'un régime de couverture d'assurance maladie et de charges de maternité, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent puisque plus de 85%<sup>1</sup> de la population n'avaient pas accès à un régime obligatoire à partir de critères traditionnels d'affiliation (activité professionnelle, retraite, perception de certaines prestations à caractère social).

Désormais, seuls les agents de l'Etat et les agents du secteur commercial et industriel, assujettis au régime de la CNSS, peuvent bénéficier de l'AMO mais avec cette différence que le fonctionnement de celle-ci se fera à trois vitesses chacune correspondant à un mécanisme:

➤ **Un premier mécanisme**, concernant les fonctionnaires et agents de l'administration et services publics, les magistrats, le personnel des forces auxiliaires, les retraités et les veuves, prendra la forme d'une assurance dont la gestion est confiée à la CNOPS, gérée suivant les règles de remboursement appliquées par le secteur public de la

---

<sup>1</sup> Abdellatif ZOUAQ, *Quelle réforme pour l'assurance maladie maternité, mai 2005*

mutualité et sous réserve des dispositions de la loi portant code de la couverture médicale de base;

➤ **Un second mécanisme**, appelé aussi assurance maladie obligatoire, concerne les salariés du secteur privé dont la gestion est confiée à la CNSS, mais dont le fonctionnement est limité dans un premier temps, à la couverture de 41 maladies les plus répandues semble-t-il au pays, à l'exception des soins ambulatoires;

➤ **Un troisième** appelé régime d'assistance médicale RAMED qui était au centre du débat, institué pourtant par la loi 65.00, concernant les agents dits économiquement faibles, semble avoir été différé ou remplacé par la formule de la prise en charge gratuite par le budget général de l'Etat.

Autrement dit, plus de 20 millions de nationaux pourrait accéder, s'ils ne relèvent pas d'un régime de l'assurance maladie obligatoire, à des soins de santé à titre gratuit. Une circulaire ou un texte réglementaire de la primature déterminera les modalités pratiques de la mise en œuvre de ce principe.

Toutefois, l'assurance maladie l'une des composantes de financement du secteur de la santé ne participe que dans une proportion de 16%<sup>2</sup> de la dépense courante. Le Gouvernement œuvre donc à chercher d'autres revenus pour pallier aux insuffisances de financement du secteur de la santé. Dans ce sens, la gérance compte sur les revenus

---

<sup>2</sup> Alami Graft Abdeljalil, *L'Assurance Maladie Obligatoire au coeur du débat au Maroc, Conférence Internationale de l'AIM à Marrakech, 2002.*

qui seront générés par l'application graduelle de l'assurance maladie obligatoire pour renforcer les outils de ce service public<sup>3</sup>.

Dans cet objectif, la loi 65-00<sup>4</sup> promulguée par dahir en 2002 vient confirmer que l'une des priorités de l'Etat en matière de santé est d'assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins.

Cette assurance serait progressivement étendue à l'ensemble des citoyens, toutes catégories sociales confondues<sup>5</sup>.

Trois ans après la promulgation de la loi 65-00, la charte de mise en œuvre du code de couverture médicale a été signée sous la présidence de Sa Majesté le Roi Mohamed VI. Cette charte prévoyant notamment la mise en place de l'assurance maladie obligatoire qui permettrait dans un premier temps de faire passer de 17% à 35%<sup>6</sup> la proportion des Marocains couverts par une assurance maladie.

Cependant, l'AMO évolue dans un contexte qui est le système de santé marocain. Sa réussite ou son avortement dépend étroitement de l'évolution de ce dernier. Pour une meilleure visibilité, une analyse du domaine s'exige.

---

<sup>3</sup> *Programme du gouvernement présenté par le Premier ministre, M. Driss Jettou, devant la Chambre des Représentants, le 21/11/02 à Rabat*

<sup>4</sup> *Dahir n° 1-02-296 du 25 rejev 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.*

<sup>5</sup> *Extrait du préambule introduisant la loi 65-00*

<sup>6</sup> *Mohammed Biadillah, ministre de la Santé Publique, déclaration suite à la signature de la charte de mise en œuvre du code de couverture médicale de base. janvier 2005.*

## 2. L'INTERET DU DOMAINE DE RECHERCHE :

«Le bien le plus précieux d'une nation n'est cependant pas sa réserve d'or ou de devises, considérable qu'elle soit, ce n'est pas davantage la richesse de son sous-sol ou la puissance de son industrie, c'est la santé de son peuple» « Dans le livre le défi (1976) de Feu SM le Roi Hassan II »

C'est autant dire l'importance que revêt la préservation de la santé de la population d'un pays en tant que facteur inducteur de développement économique (créativité et performances de la population active) et révélateur de la pertinence des politiques de développement menées par les pays.

A l'instar de tous les Etats membres de l'OMS, le Maroc a officiellement adopté l'objectif de la santé pour tous. L'effort fait pour la réalisation de cet objectif a permis de constater une certaine amélioration de l'état sanitaire de la population marocaine. Cependant, avant l'entrée en vigueur de la loi 65-00, le système était facultatif et volontaire. Il ne concernait que 17% de la population dont la quasi-totalité est citadine.

Les agents de l'Etat et du secteur Public ainsi que leurs ayants droit constituent plus des deux tiers de la population couverte. Le critère d'adhésion est le revenu salarial ou plus rarement la pension de retraite.

Les personnes économiquement faibles sont exclues de ce système. Elles sont prises en charge de façon quasi gratuite dans les structures publiques de soins (systématiquement pour les soins de santé primaires et moyennant la production d'un certificat d'indigence pour les soins hospitaliers). Le reste de la population (ni assurée, ni indigente)

acquitte ses dépenses de soins au moyen de paiements directs auprès des professionnels.

La taille de la population couverte, avant l'entrée en vigueur de la loi 65-00, par les divers régimes d'Assurance Maladie se présentait comme suit<sup>7</sup> :

Institutions	Adhérents	Ayant-droit	Bénéficiaires	Parts
CNOPS	996 000	2 099 900	3 095 900	68,6%
Compagnies d'assurances	234 300	580 800	815 100	18,1%
Régimes internes	120 000	424 000	544 000	12,0%
CMIM	18 800	41 200	60 000	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>1 369 100</b>	<b>3 145 900</b>	<b>4 515 000</b>	<b>100%</b>

*Tableau 1 : Taille de la population couverte par régimes d'Assurance Maladie*

Les ressources globales de ce système sont de l'ordre de 2,5 Milliards de Dhs pour des dépenses légèrement supérieures. La quasi-totalité des débours des assureurs actuels va aux médicaments et aux producteurs de soins privés, les hôpitaux ne recevant que 6,2% de ces débours.<sup>8</sup>

D'une manière générale, les mutuelles assurent une prise en charge très consistante du gros risque (souvent à 100%) et une prise en charge plus modérée des petits risques (70 à 80% de façon nominale mais le plus souvent proche de 50% du fait des tarifs de responsabilité).<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Alami Graft Abdeljalil, *L'AMO au coeur du débat au Maroc, Conférence Internationale de l'AIM à Marrakech, 2002.*

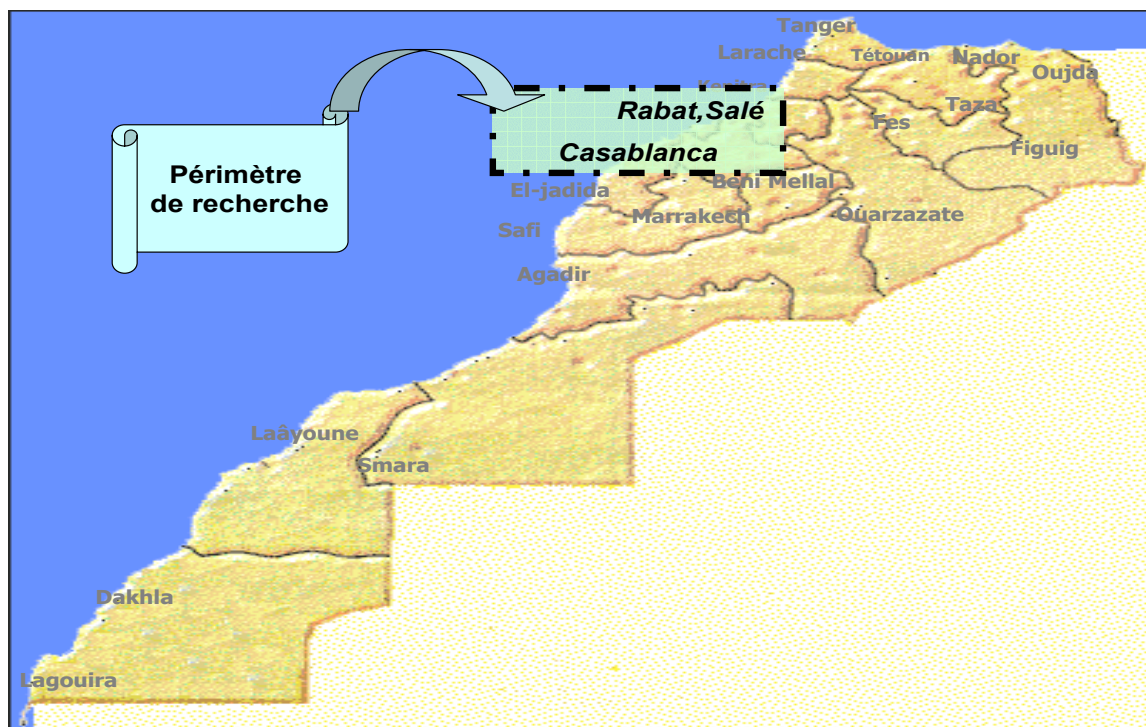
<sup>8</sup> Alami Graft Abdeljalil, *Op cit.*

<sup>9</sup> Alami Graft Abdeljalil, *Op. cit.*

Tandis que les compagnies d'assurance font exactement l'inverse : 70% à 80% des petits risques étant remboursés sur la base du tarif exposé et une couverture modérée voire nulle du gros risque, en vertu de la pratique des plafonds annuels par bénéficiaire et par maladie, et grâce à la sélection des risques en fonction de l'âge et de l'état de santé initial.

### 3. L'INTERET DU PERIMETRE DE RECHERCHE :

Pour permettre une analyse ciblée de l'AMO nous permettant de répondre aux multiples questions soulevées, il a été jugé nécessaire de délimiter notre champ de recherche. En conséquence, nous avons opté pour l'axe Rabat- Casa (capitale administrative et autre économique) et ceux pour les raisons suivantes :



- Concentration et localisation des organismes gestionnaires et de régulation de l'AMO sur cet axe ,à savoir: la CNSS à Casablanca , la CNOPS et l'ANAM à Rabat;

- Les Centrales Syndicales sont localisées à Rabat et Casablanca, telle que l'UMT, la CDT, la FDT, l'UGTM et l'UNMT ;
- La concentration importante pour ne pas dire frappante du nombre de médecins (public et privé), de pharmaciens et de structures hospitalières. <sup>10</sup>
- Le nombre élevés d'assurés : qu'ils s'agissent des fonctionnaires de l'Etat pour Rabat ou les employés du secteur privé pour Casablanca.
- Concentration des cliniques privées qui représentent 40% du nombre total <sup>11</sup>
- La répartition des nombres des médecins, selon le secteur public et privé et la spécialisation ou non montre une concentration dans l'axe Rabat/ Casablanca :<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> *Abdelkrim BENNIS, LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ AU MAROC- QUELQUES ÉLÉMENTS D'ANALYSE DE SES ATOUTS ET FAIBLESSES-*

<sup>11</sup> *Abdelkrim BENNIS, LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ AU MAROC- QUELQUES ÉLÉMENTS D'ANALYSE DE SES ATOUTS ET FAIBLESSES-*

<sup>12</sup> *Ministère de la santé, la santé en chiffres 1999*

	<b>Casablanca</b>	<b>Rabat-Salé</b>	<b>Total</b>	<b>pourcentage</b>
Nombre d'habitants (en milliers)	3359	2227		
Urbain	3242	1825		
Rural	117	402		
Médecins du Min, de la santé	903	1151	5476	<b>37,51</b>
Généralistes. Total	282	386	3019	<b>22,13</b>
Spécialistes. Total	621	765	2457	<b>56,41</b>
Généralistes. Réseau ambulatoire	202	224	2082	<b>20,46</b>
Spécialistes. Réseau ambulatoire	52	57	175	<b>62,29</b>
Médecins du secteur privé	2226	912	6431	<b>48,79</b>
Généralistes	1118	385	3407	<b>44,12</b>
Spécialistes	1108	527	3024	<b>54,07</b>
Total Médecins du MS et privés	3129	2063	11907	<b>43,60</b>
Généralistes	1400	771	6426	<b>33,78</b>
Spécialistes	1729	1292	5481	<b>55,12</b>
Nombre habitants par médecin*	1074	1079	2372	-
Nombre d'habitants par méd. public	3720	1935	5157	-
Nombre d'habitants par méd. Privé	1509	2442	4391	-
Nombre d'habitants par généraliste*	2 399	2 888	4394	-
Nombre d'habitants par spécialiste*	1943	1724	5152	-

**Tableau 2 : Répartition des nombres des médecins dans l'axe RABAT-CASABLANCA**

#### **4. LES HYPOTHESES DE LA RECHERCHE :**

L'entrée en vigueur de la loi 65-00 portant sur la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire , comme toute réforme, implique un changement tant au niveau organisationnel, fonctionnel ,structurel que de gestion. Ceci nous amènera à émettre les hypothèses de recherche suivantes :



- Le management participatif basé sur la cohésion sociale et la culture citoyenne serait un facteur de développement et de réussite de cette réforme sociale;<sup>13</sup>
- Le code de Couverture Médicale de base impliquerait une efficience du système de santé bâti sur des structures rénovées en mesure de conduire le changement;<sup>14</sup>
- L’assainissement de la situation financière et la consolidation des acquis seraient un levier d’amélioration et de modernisation de la CNOPS;<sup>15</sup>
- L’adoption d’une approche stratégique fondée sur la conduite du changement et orientée vers l’assuré et le partenariat, serait un levier de performance pour la mise en œuvre et la réussite de l’AMO au niveau de la CNOPS.<sup>16</sup>

## 5. QUESTIONS ET PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE :

La lecture approfondie aussi bien du code de couverture médicale de base que de la littérature puisée des diverses références bibliographiques et articles parus dans les quotidiens et hebdomadaires nationaux concernant l’AMO, raffermie par l’approche des acteurs dans ce domaine, nous ont conduit à formuler les questions de la recherche suivantes auxquelles nous allons tenter d’apporter des éléments de réponse.

- Pourquoi l’Etat a-t-il pu officialiser une médecine à deux vitesses ? N’a-t-il pas ainsi institutionnaliser la pauvreté avec le RAMED pour les

---

<sup>13</sup> *Les outils la régulation des dépenses de soins, repérage Allemagne*

<sup>14</sup> *Conclusions tirées du repérage*

<sup>15</sup> *Commission chargée de mise à niveau de la CNOPS, 2004*

<sup>16</sup> *Conclusion cadre conceptuel & Commission chargée de mise à niveau de la CNOPS, 2004*

économiquement faibles « les indigents » et l'AMO pour les assurés à revenus fixes ?

- Le principe d'obligation confirme-t-il le caractère techniciste de la réforme ou bien justifie-t-il le souci d'instaurer une solidarité socioprofessionnelle ?

- Le législateur marocain à travers l'AMO viserait la généralisation, alors pourquoi l'exemption pour certains établissements publics ? (L'OCP, la BRPM...).

- Les textes juridiques relatifs à l'AMO répondent-ils parfaitement aux attentes et aux objectifs de cette réforme ?

- Le système de santé marocain est-il en mesure de permettre la mise en œuvre de l'AMO ? Et quelles sont les mesures d'accompagnement mises en place pour la réussir ?

- A-t-on préparé des campagnes de sensibilisation du citoyen afin d'éviter toute approche techniciste ?

- Comment s'y prend la CNOPS pour déployer sa stratégie face aux différents changements qu'implique la loi 65-00 ?

- Quelle conception a son « Top Management » par rapport au rôle de la stratégie comme levier de performance de son organisation ?

- Y a-t-il une adhésion et une volonté participative de la part de l'ensemble des collaborateurs au sein de la CNOPS, pour bien gérer ce changement ?

☞ Toutefois, la principale question qui guide ce travail s'articule comme suit : « Tout l'art de la stratégie réside dans sa concrétisation, alors quelles sont les mesures adoptées par la CNOPS en vue d'entreprendre une approche stratégique rationnelle et dynamique lui permettant de mener à bien sa nouvelle mission à savoir, la mise en œuvre et la gestion réussie de l'AMO ?

## 6. LA PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE :

L'AMO ne peut être qu'un travail de longue haleine, sa réussite repose inéluctablement sur une réforme du système sanitaire marocain, une restructuration et un assainissement de la situation des organismes de gestion.

La CNOPS en tant qu'organisme gestionnaire de l'AMO, se trouve confrontée à <sup>17</sup>:

- une insuffisance de moyens humains au niveau de la CNOPS ;
- un vieillissement de la population et une limitation du recrutement dans la fonction publique ;
- un système de production de soins ne favorisant pas la maîtrise des coûts (hausse des coûts des soins par rapport à l'accroissement des ressources de la CNOPS) ;
- une absence de mécanismes de régulation et une inefficacité de la fonction de contrôle médical.

---

<sup>17</sup> Rapport de la commission chargée de la mise à niveau de la CNOPS, Novembre 2004

Ceci dit, la problématique centrale de ce travail peut être énoncée comme suit :

Occupant une place de choix dans l'échiquier social de notre pays de par son rôle et son expérience, la CNOPS se voit aujourd'hui confiée la gestion d'un nouveau métier « L'AMO » qui interpelle son contexte environnemental et ses acteurs, d'où la nécessité d'un soubassement financier, organisationnel et structurel solide.

☞ Alors la CNOPS serait-elle en mesure d'adopter une approche stratégique réfléchie et inexorable lui permettant de réussir la gestion de l'AMO en dépit de ses diverses contraintes suscitées?

## 7. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET METHODOLOGIE D'APPROCHE :

Les principaux objectifs que nous souhaiterions atteindre à travers notre travail de recherche pourraient être articulés comme suit :

- **A priori**, comprendre l'intérêt de notre sujet de recherche et les motivations de son choix ce qui va nous amener à avancer quelques hypothèses de recherche suivies de questions qui nous ont interpellées et par conséquent formuler notre problématique, ceci a été étalé en partie introductive.
- **Ensuite** définir au cours de la première partie un cadre conceptuel de la recherche adéquat fondé sur la définition de concepts théoriques en rapport avec la mise en œuvre de la stratégie (chapitre 1), tout en relatant la réalité du système de santé et de l'assurance maladie au

Maroc (chapitre 2). Quant au troisième chapitre de cette partie, il nous permettra d'avoir un repérage exhaustif grâce à un benchmarking basé sur des expériences pratiques réalisées dans des pays magrébins et européens dans le domaine de la gestion de l'assurance maladie obligatoire .

▪ **In fine**, procéder au cours de la deuxième partie à un diagnostic stratégique au sein de la CNOPS permettant de mettre en pratique les concepts clés de la recherche (chapitre 1) et faisant ressortir d'une part (les points forts/points faibles) et d'autre part, les (menaces/opportunités) de la CNOPS nous permettant ainsi de formuler quelques recommandations orientées vers une approche stratégique axée sur l'assuré tout en ciblant le développement de partenariats et d'alliances stratégiques .

Pour ce qui est de notre démarche méthodologique, elle est itérative et de type qualitatif, articulée comme suit :

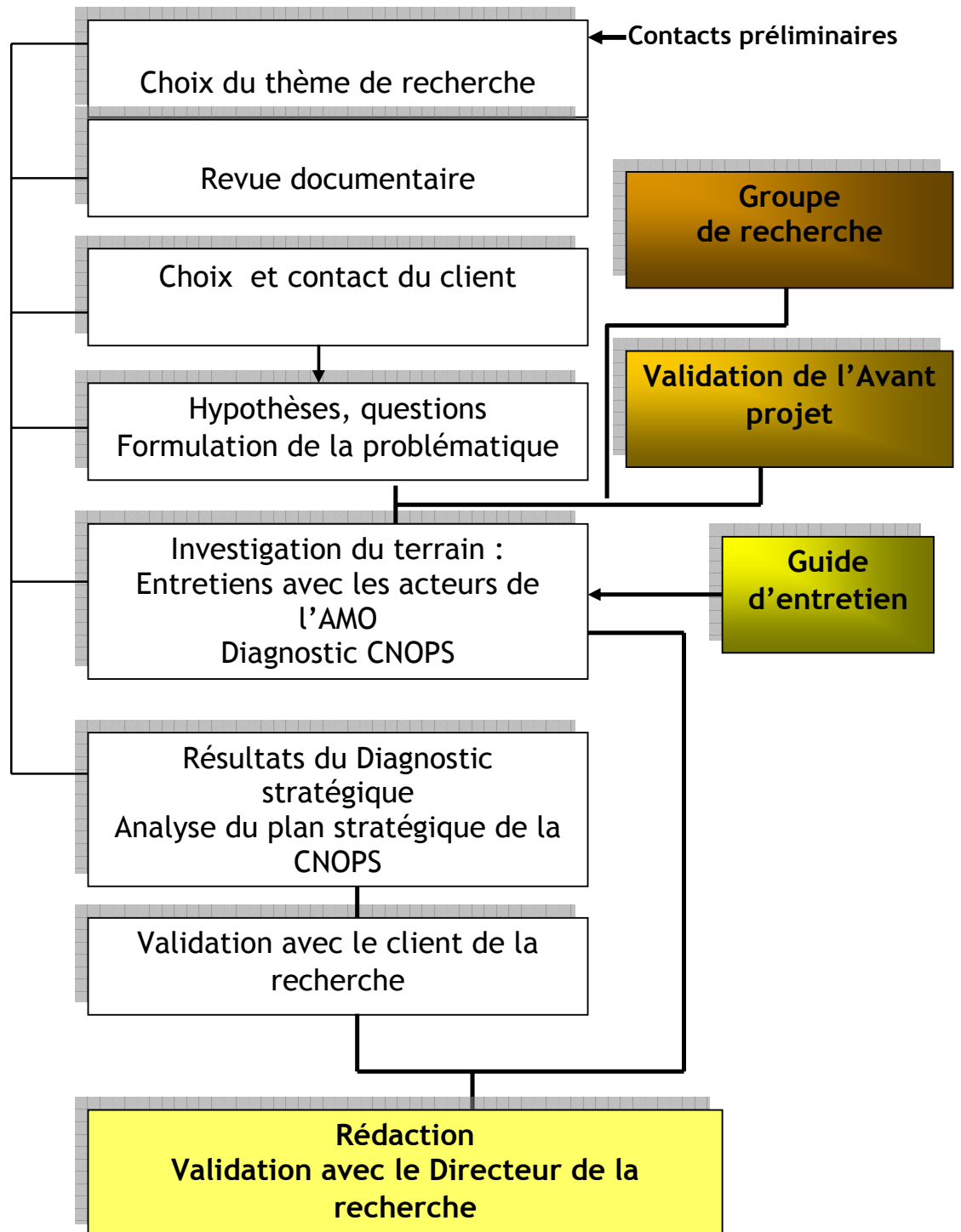


Figure 1 : Cadre logique de la recherche<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Conception Chercheurs

Par ailleurs, nous avons accordé au développement stratégique une attention particulière et ce en lui conférant une démarche pragmatique et dynamique à même de nous faciliter l'analyse stratégique. Cette approche qui se veut d'être itérative, s'est amorcée dans la synthèse du diagnostic et puis l'analyse des éléments du diagnostic pour enfin aboutir à des idées saillantes. C'est à ce niveau que nous avons attesté de la viabilité de notre problématique eu égard aux premières conclusions tirées.

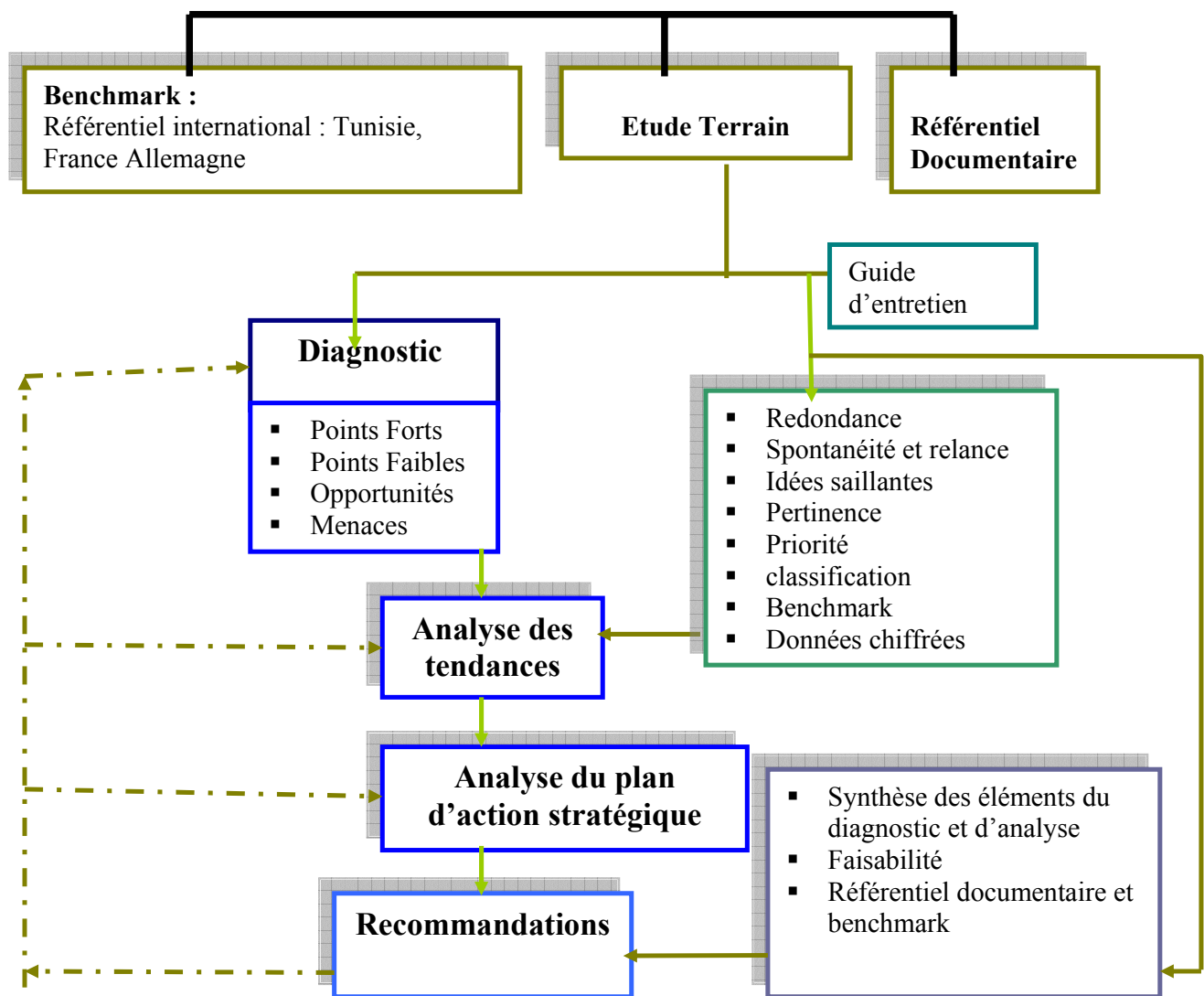


Figure 2: Développement stratégique

**PREMIERE PARTIE :**  
**L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**  
**ET SON ENVIRONNEMENT**

---



## CHAPITRE 1 : LE CADRE CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE

Le présent chapitre constitue une synthèse de la quintessence des différents concepts managériaux qui intéressent notre recherche plus précisément la stratégie, la vision, la structure, les systèmes et le style de management.

Cette analyse conceptuelle nous permettra de donner un habillage et un soubassement managérial solide à notre travail de recherche nous permettant ainsi de comprendre l'intérêt du sujet, l'importance de la problématique soulevée et la finalité des actions stratégiques à entreprendre.

### SECTION 1 : CONCEPTS CLES DE LA RECHERCHE

#### 1. LE CONCEPT DE LA STRATEGIE :

Le mot " stratégie " est apparu dans la littérature dans les années 50 (Williams<sup>19</sup> , 1954). Il est issu du vocabulaire militaire, où il signifie, pour reprendre la formule de Clausewitz<sup>20</sup>, " l'art d'employer les forces militaires pour atteindre les résultats fixés par la politique ". Ce terme n'a pas aujourd'hui de définition universellement acceptée et on trouve dans la littérature managériale un grand nombre de définitions différentes de la stratégie. Pour Ansoff <sup>21</sup>, une stratégie est un fil conducteur servant à guider l'entreprise dans ses choix de domaine d'activités (produits-marchés), qui doit être plus discriminant que les traditionnels objectifs de croissance du chiffre d'affaires ou de rendement des investissements.

---

<sup>19</sup> Williams, 1954 cité par STRATEGOR- Politique générale de l'entreprise- 3ème édition, 2004- Dunod

<sup>20</sup> Clausewitz, cité dans STRATEGOR- Politique générale de l'entreprise- 3ème édition, 2004- Dunod

<sup>21</sup> Ansoff, I. Corporate Strategy, New York: McGraw Hill, 1965.

Thiétart<sup>22</sup> quant à lui définit la **stratégie** comme étant « l'ensemble des décisions et des actions relatives au choix des moyens et à l'articulation des ressources en vue d'atteindre un objectif ». Elle traduit la conception que la firme se fait de ses activités, spécifiant le taux de progression, le champ de l'expansion et ses directions, les forces majeures à exploiter et le profit à réaliser.

On peut définir la stratégie comme une suite de décisions et d'actions au service d'une politique. Elle se définit au niveau global (corporate strategy) mais aussi au niveau fonctionnel (business strategy ou stratégie de domaine : stratégie commerciale, financière...). Elle vise à rechercher et à obtenir une compétence distinctive (on parle parfois de savoir-faire différentiel), source d'avantage compétitif et à garantir ainsi la compétitivité et la rentabilité de l'entreprise sur le long terme. Cela implique de comprendre l'environnement pour modifier l'équilibre concurrentiel à son avantage. Elle englobe la conception et le pilotage d'actions dans le but de saisir des opportunités tant internes qu'externes.

En outre, l'un des plus anciens documents de l'histoire de la guerre « The Art of War » du chinois Sun Tzu est toujours cité comme référence dans le monde de la stratégie d'entreprise d'aujourd'hui. Il est aussi l'un des livres les mieux vendus sous le thème du management<sup>23</sup>. « Sun Tzu advocated that when countries prepare for warfare, they must consider many things, such as the weapons, the armies, the terrain, the logistic supports, and more. In the business world, we must also check many factors in competition, such as the

---

<sup>22</sup> Thiétart R. A., *la stratégie d'entreprise*, Mc Graw Hill, 1984

<sup>23</sup> Site internet: [www.amazone.com](http://www.amazone.com)

culture, the stakeholders, the resource owned, the policies, and forth»<sup>24</sup>

Les décisions stratégiques sont essentiellement externes, alors que les décisions opérationnelles sont plutôt de nature interne, traitant spécifiquement de problèmes d'allocation de ressources et du contrôle de leur utilisation. Les décisions administratives concernent l'allocation et l'organisation des ressources en fonction des objectifs fixés.

Devant la diversité conceptuelle qui prolifère autour de la notion de « stratégie », nous retenons l'apport de Johnson et Scholes<sup>25</sup> qui définissent la stratégie comme étant « l'orientation des activités d'une organisation à long terme ». Elle consiste à obtenir un avantage concurrentiel grâce à la reconfiguration des ressources de l'organisation dans un environnement changeant, afin de répondre aux besoins du marché et aux attentes des différentes parties prenantes (propriétaires, employés, financeurs, etc.)

### **Les différentes approches de la stratégie :**

Le concept de la stratégie a beaucoup évolué dans le temps et surtout avec la montée et le déclin des différents courants et écoles de pensée, donnant lieu ainsi aux praticiens diverses recettes de réussite et de survie dans le monde de la concurrence.

L'on pourrait alors distinguer deux grands courants de pensée en stratégie: le courant du design, rationnel ou délibéré et le courant de l'apprentissage ou émergent. L'école rationnelle estime que la stratégie devrait être planifiée à l'avance puis implémentée par la suite, alors que l'école de l'incrémentation pense que la stratégie ne peut être

---

<sup>24</sup> *A study of strategy implementation, Wann-Yih Wu, Chih Hsiung Chou and Ya-Jung Wu, Industrial Management & Data Systems, Vol. 104. n° 5 / 2004*

<sup>25</sup> *G. Johnson & K. Scholes, Stratégique, 2e éd., Pearson Education, Paris, 2002, 718 p.*

développée que dans le cadre d'un changement.

Les différentes approches et interprétations de l'environnement de l'entreprise par les divers courants ont donné naissance à une multitude d'approches du champ de la stratégie.

Cependant, Whittington<sup>26</sup> divise les conceptions de la stratégie en quatre approches:

**L'approche classique:** Des auteurs tels qu'Igor Ansoff, Chandler et Michael Porter soutiennent cette approche de la stratégie, réclamant que celle-ci désigne un processus rationnel de calculs et d'analyse délibérés, conçu pour maximiser l'avantage à long terme. Une planification bien étudiée constitue la clef pour maîtriser l'environnement externe et pour faire face à la concurrence. L'analyse raisonnable et les décisions objectives font la différence entre le succès et l'échec à long terme.

**L'approche évolutionnaire :** elle est fondée sur les principes biologiques du marché, qui choisit naturellement la voie la plus convenable pour survivre. Les décisions stratégiques des dirigeants ne sont pas importantes, leurs rôles se résumant à réduire au maximum les coûts des transactions, et c'est l'environnement qui prendra soin de la structure en interagissant avec la stratégie.

**L'approche processuelle :** cette approche reflète le scepticisme en évolution vis-à-vis de la rationalité de la stratégie. Les organisations et les marchés sont des phénomènes très compliqués desquels émerge la

---

<sup>26</sup> *What is strategy - and does it matter*, R. Whittington / 2001 cité par H. Ikävalka dans *Strategy process in practice: practices and logics of action of middle managers in strategy implementation*, Helsinki University of Technology / 2005

stratégie en petites étapes. L'aspect émergent de la stratégie est souligné.

L'individu ne peut pas prendre en considération plusieurs facteurs en même temps, il ne peut, donc, pas être aussi rationnel comme cela est évoqué dans l'approche de planification classique.

**L'approche systémique:** considère la stratégie dans son contexte sociologique et prenant en considération les systèmes économiques et sociaux. Cette approche met en exergue le milieu social et culturel de l'entreprise qui peut aussi faire dévier la stratégie cherchant un intérêt autre que le bénéfice. Les organisations peuvent, également, se distinguer selon les systèmes économiques et sociaux auxquels elles sont reliées.

## **2. LE CONCEPT DE LA VISION STRATEGIQUE :**

La vision constitue un concept fondamental pour la stratégie d'entreprise, largement développé ces dernières années. Il représente l'une des réponses les plus intéressantes au pourquoi du changement organisationnel. En effet, le changement et l'apprentissage organisationnels sont souvent abordés sous l'angle de leurs processus, mécanismes et freins. Cependant, le problème de savoir pourquoi un ensemble d'individus accepte, à un moment donné, de se mobiliser et de changer collectivement derrière des objectifs communs l'est moins fréquemment. La vision permet d'éclairer de manière intéressante ce problème. La définition de ce concept ne va toutefois pas sans poser de problèmes. En effet, il peut se voir assimilé ou apparenté à de nombreuses autres notions, telles que le leadership ou encore la culture d'entreprise.

### 3. LES PRINCIPES DE LA VISION :

Le principe fondamental de la vision consiste, pour une entreprise, à se fixer des ambitions démesurées pour le futur par rapport à l'état actuel de ses ressources (Hamel & Prahalad<sup>27</sup>, 1994). La vision est donc un point de repère que l'entreprise se fixe dans l'avenir, en dehors de toute contingence liée à son passé et son présent. L'idée de rupture est importante dans ce cadre, en ce qu'elle permet de s'extraire de l'inertie des conditions présentes. La vision revêt en fait une dimension "onirique" évidente. Le rêve constitue en effet l'un des fondements majeurs de l'ambition.

Par opposition à toutes les théories associées à l'adéquation à l'environnement concurrentiel (Porter, 1985)<sup>28</sup>, les approches fondées sur la vision supposent une volonté délibérée de s'émanciper de ces conditions environnementales actuelles, afin d'être en mesure des les influencer. L'entreprise doit en effet réfléchir, au-delà d'une simple démarche prospective, à ce qu'elle pense que son environnement sera demain, voir à ce qu'elle souhaite qu'il devienne (Hamel & Prahalad, 1994)<sup>29</sup>.

La vision n'est pas une simple ambition prétentieuse, mais doit contenir la véritable raison d'être de l'organisation pour le long terme. Il s'agit en fait de définir un nouvel environnement concurrentiel et des moyens d'actions pour parvenir à suivre la voie ainsi tracée. L'ambition consiste souvent en la redéfinition de "l'interface client" (Hamel & Prahalad, 1994) c'est-à-dire en une conception radicalement différente du

---

<sup>27</sup> PRAHALAD, C.K, HAMEL, G. (1994). *Strategy as a Field of Study : Why Search of a New Paradigm ?*, *Strategic Management Journal*, Special Issue, Summer.

<sup>28</sup> PORTER, M.E., *Competitive Advantage*, NY, Free Press. 1985

<sup>29</sup> PRAHALAD, C.K, HAMEL, Op. Cit.

rapport que le client entretient au produit ou au service. D'autre part, elle guide le développement des compétences fondamentales de l'entreprise, qui lui permettront de s'imposer dans la redéfinition de l'interface client.

## SECTION 2 : LE DIAGNOSTIC STRATEGIQUE

Dans cette section nous allons présenter les outils de diagnostic interne et externe de l'entreprise. En effet, le diagnostic stratégique constitue l'étape cruciale du processus de formulation de la stratégie, en fait, c'est de l'évaluation des capacités stratégiques de l'entreprise et des caractéristiques de l'environnement concurrentiel que des orientations stratégiques vont être définies par la direction générale.<sup>30</sup>

Etymologiquement, diagnostic vient du grec diagnosis : connaissance. A l'origine utilisé dans le domaine médical, ce terme signifie : « identification d'une maladie par ses symptômes ». Plus généralement, on peut le définir comme « un jugement porté sur une situation, sur un état ».

De la définition de la stratégie : « La stratégie est la détermination des buts et objectifs à long terme de l'entreprise, l'adoption de politiques déterminées et l'allocation de ressources pour atteindre ces buts. » A.D. Chandler<sup>31</sup>.

On en déduit qu'il est du domaine du diagnostic stratégique de prendre en compte l'allocation des ressources qui peut se comprendre en terme de ressources financières, humaines, techniques...

---

<sup>30</sup> Benabdehadi Abdelhay, *Cours de management stratégique, 2ème année CSG, ISCAE*

<sup>31</sup> Chandler (D), *Stratégies et structures de l'entreprise, Editions d'Organisation, 1990.*

Actuellement la démarche du diagnostic est utilisée dans de nombreux domaines et notamment dans celui de la gestion des entreprises. Ainsi, le diagnostic stratégique est l'une des étapes les plus importantes du processus de formulation de la stratégie ; il permet de choisir les orientations stratégiques.

Le diagnostic ou analyse stratégique « consiste à comprendre la situation stratégique de l'organisation en termes d'environnement externe, de ressources et compétences internes et d'attentes et influences des parties prenantes » G. JOHNSON & K. SCHOLLES<sup>32</sup>.

On peut assimiler le diagnostic à un instrument de direction, dans la mesure où il permet de comprendre le passé et le présent, et d'agir immédiatement et dans l'avenir. Le diagnostic s'appuie sur l'analyse mais s'en distingue nettement. Il suppose appréciation, verdict, et en définitive prise de responsabilité de celui qui le pose. Dans la mesure où il est efficace, il n'est jamais neutre. En effet d'une part, il modifie les idées et les estimations de l'équipe dirigeante, d'autre part, il fait apparaître les forces et les faiblesses de l'organisation, remettant ainsi en cause la répartition du pouvoir et des activités.

Les premiers modèles d'analyse stratégique sont apparus aux Etats-Unis dans les années soixante. Le plus connu est celui proposé par quatre professeurs (Learned, Christensen, Andrews et Guth) de la Harvard Business Review. Egalement connu sous l'acronyme SWOT, le modèle LCAG confronte l'entreprise à son environnement concurrentiel en évaluant la plus ou moins grande adaptation des compétences et

---

<sup>32</sup> G. Johnson & K. Scholes, *Stratégique*, 2e éd., Pearson Education, Paris, 2002, 718 p.



ressources propres de l'entreprise aux contraintes qui lui imposent cet environnement (dans Strategor<sup>33</sup>).

Les développements ultérieurs de la réflexion sur la stratégie sont venus se greffer sur ce modèle pour proposer une formalisation plus poussée des méthodes d'analyse externe et interne ainsi que des liens entre les conclusions tirées de ces analyses et l'éventail des choix stratégiques possibles.

Le domaine de la stratégie s'est enrichi de nombreux modèles, méthodes et concepts dont les approches peuvent être structurées en 5 grandes étapes:

- a) la segmentation stratégique (identification au sein de l'activité globale de l'entreprise des ensembles pertinents du point de vue de la formulation de la stratégie, et donc de l'allocation de ressources à partir desquels construire la réflexion stratégique),
- b) l'analyse concurrentielle (analyse des caractéristiques intrinsèques des domaines d'activité, détermination des forces qui s'y exercent et identification des ressorts de la concurrence),
- c) la construction d'un avantage compétitif durable,
- d) les voies et modes de développement stratégique (ex : intégration, diversification géographique ou globalisation, diversification liée ou diversification conglomerale),
- e) le management d'un portefeuille diversifié d'activités (utilisation de modèles de portefeuille d'activités pour formaliser et faciliter une gestion globale).

Le diagnostic stratégique permet de répondre à ces questions:

---

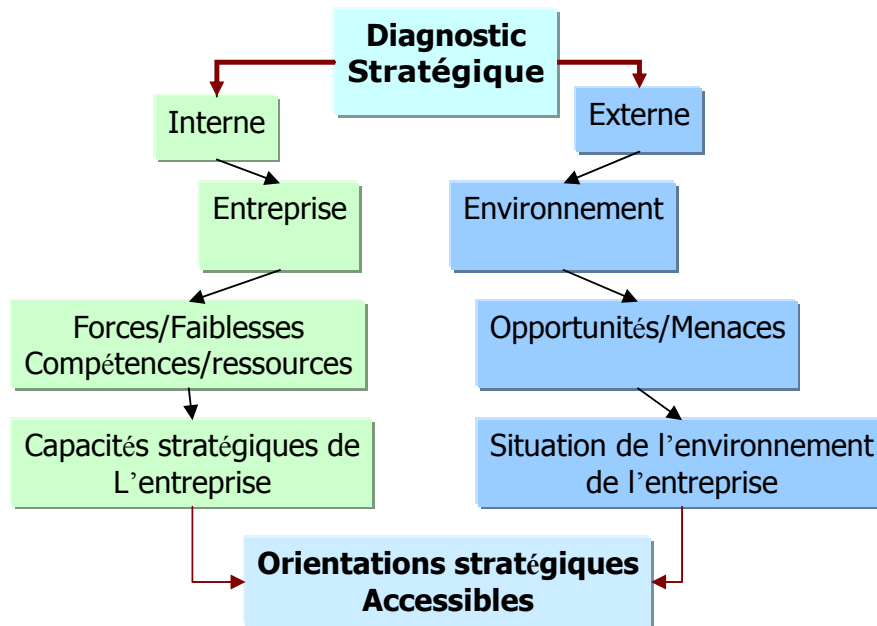
<sup>33</sup> STRATEGOR- Politique générale de l'entreprise- 3ème édition, 2004- Dunod

- ✓ Quel est le métier de l'entreprise, sa mission, sa vision, ses valeurs?
- ✓ Quelle est sa position actuelle par rapport à son marché et à ses concurrents?

C'est l'analyse de l'environnement dans lequel évolue l'entreprise (son marché, ses concurrents, réglementation...) ainsi que ses caractéristiques propres (son métier, cycle de produits...).

Le diagnostic permet d'éclairer sur les évolutions de l'environnement de l'entreprise, sur la compréhension des phénomènes majeurs, sur les causes éventuelles de dysfonctionnements structurels ou sur l'organisation à mettre en œuvre pour engager globalement l'entreprise à court et moyen terme dans un processus de développement global, sectoriel ou technologique.

Le diagnostic s'attachera d'abord à l'analyse stratégique de l'entreprise. Il devra, pour cela, commencer par diviser, si besoin, l'entreprise en unités stratégiques, chacune présente sur un segment de marché. Les analyses sont alors menées séparément pour chaque segment.



*Figure 3 : Les deux dimensions traditionnelles du diagnostic stratégique*

### L'identité de l'entreprise :

Comprendre l'identité de l'entreprise revient à étudier et analyser l'entreprise dans son unité et sa globalité, afin de déceler sa mission, son but ou sa finalité, sa vision et ses valeurs ainsi que sa stratégie actuelle.

Quelquefois, les missions, buts, visions, valeurs ou stratégies peuvent être clairement explicités et d'autres fois rester implicites. Une observation du comportement de l'organisation pourra dans ce cas permettre une compréhension globale et fine de l'identité de l'entreprise.

La mission d'une entreprise peut être expliquée comme étant « l'expression du but général de l'organisation » G. JOHNSON & K. SCHOLLES<sup>34</sup>. Elle définit généralement le périmètre d'activité et les

<sup>34</sup> G. JOHNSON & K. SCHOLLES, *Op. Cit.*

frontières de l'organisation en fournissant la réponse à la question du métier de l'entreprise.

Selon G. JOHNSON & K. SCHOLLES<sup>35</sup>, La vision est « l'état futur souhaité pour l'organisation ». Elle constitue généralement l'aspiration vers laquelle tendent les efforts du manager et autour de laquelle il cherche à fédérer des membres de son entreprise.

Par rapport à la mission et la vision d'une entreprise, on décèle également son but, en d'autres termes, une intention cohérente avec la mission, de manière qualitative. Les différents objectifs qui sont fixés par l'entreprise déclinent ce but en termes plus précis et le plus souvent quantitatifs.

Etudier l'identité de l'entreprise revient également à déterminer ses valeurs et normes comportementales. On mettra en exergue les traits culturels dominants au niveau de l'organisation, le style de management qui y est développé, ainsi que les normes de comportement auxquelles la majorité des membres adhèrent.

## **1. LE DIAGNOSTIC EXTERNE :**

### **1.1. L'analyse de l'environnement :**

La difficulté de compréhension de l'environnement réside dans sa complexité. D'une part, l'existence d'une multitude d'éléments pouvant influencer l'organisation ou l'entreprises, rend l'identification de ceux qui ont un réel impact, un exercice difficile. D'autre part, l'augmentation du degré d'incertitude par rapport aux évolutions futures des conditions environnementales ainsi que la rapidité du rythme des changements, rend l'appréciation de cet environnement

---

<sup>35</sup> G. JOHNSON & K. SCHOLLES, *Op. Cit.*

plus délicate. De plus, les managers, en tant qu'êtres humains, ont tendance à simplifier la complexité de cet environnement en se basant sur des « à priori ». L'analyse de l'environnement permet donc, avec un objectif d'identification des problèmes clés, de développer la capacité des managers à appréhender la complexité et à mettre en doute leurs « à priori ».

La définition de la nature de l'environnement aide à focaliser la suite de l'analyse dans la mesure où elle permet d'appréhender le degré d'incertitude de cet environnement.

Dans une seconde étape, l'identification des facteurs macro environnementaux susceptibles d'affecter le développement et la performance de l'entreprise permet de dégager les facteurs clés d'évolution.

Troisièmement, l'analyse de l'environnement immédiat de l'entreprise permet d'identifier et hiérarchiser les facteurs clés de succès de l'environnement concurrentiel immédiat.

Conjuguée aux conclusions des premières étapes, l'identification de la force de la concurrence sert à dégager une représentation globale des évolutions importantes de l'environnement.

L'analyse de l'environnement sera complétée par l'identification de la position concurrentielle de l'organisation, c'est à dire, la manière dont elle se comporte par rapport aux autres organisations.

L'ensemble de ces étapes sera parcouru dans l'objectif d'identifier et de comprendre les opportunités et menaces existantes au niveau de l'environnement de l'organisation. Cette compréhension devrait être

mise en relation avec les ressources et compétences détenues par l'entreprise et devrait contribuer aux choix stratégiques.

### **1.2 L'évaluation de la nature de l'environnement :**

Analyser la nature de l'environnement revient à déterminer son niveau ou degré d'incertitude en étudiant sa stabilité et sa complexité.

En effet, plus les conditions de l'environnement sont simples et stables, plus il sera aisé d'étudier l'évolution de cet environnement d'un point de vue historique afin de pouvoir extrapoler les conditions futures les plus probables : le degré d'incertitude dans ces conditions est faible.

A l'inverse, quand l'organisation est confrontée à des conditions dynamiques et complexes, il devient difficile d'appréhender les conditions futures de son environnement.

### **1.3 L'évaluation des influences environnementales :**

Les facteurs environnementaux pouvant influencer l'organisation sont d'origine multiples et de natures diverses. Toutefois, il convient de signaler que la nature de cette influence varie d'une organisation à l'autre : les forces environnementales essentielles à une organisation donnée peuvent n'être que secondaires pour une autre. En outre, ces forces ne sont pas immuables : elle évoluent avec le temps.

Une analyse de ces influences débutera par une étude de leur impact par le passé afin de définir dans quelle mesure cet impact évoluera dans le futur, en grandissant ou encore en s'amenuisant.

Pour ce faire on utilisera généralement l'approche PESTEL. Cette dernière consiste à identifier les facteurs Politiques, Economiques,

Sociaux, Technologiques, Ecologiques et Légaux qui influent sur l'organisation.

L'approche PESTEL servira donc à inventorier l'ensemble des facteurs influents afin de les analyser. A ce stade, deux questions devront être posées :

- Quels sont les facteurs clés d'évolution environnementale ? Il s'agit d'identifier les facteurs susceptibles d'affecter significativement la structure du marché dans le futur.
- Quel est l'impact des influences environnementales déterminantes ? L'identification des principales influences des facteurs clés d'évolution pourra être utilisée afin de construire différents scénarios. Une planification qui reposera donc sur la « représentation plausible des différents futurs envisageable à partir de l'influence de facteurs clés environnementaux dont l'évolution est très incertaine » G. JOHNSON & K. SCHOLES, Stratégique. <sup>36</sup>

#### **1.4 L'analyse concurrentielle :**

L'analyse concurrentielle aura pour objectif d'identifier les facteurs environnementaux qui influencent la capacité de l'entreprise à se procurer un avantage concurrentiel. Afin de mieux cerner cette notion, on utilisera le modèle développé par M. PORTER<sup>37</sup> : l'analyse des 5 forces de la concurrence. Le modèle de PORTER consiste à déterminer les forces qui structurent la dynamique concurrentiel dans une industrie (ou secteur) donnée. Le postulat de départ du modèle est que

---

<sup>36</sup> G. JOHNSON & K. SCHOLES, *Op. Cit.*

<sup>37</sup> Michael PORTER, *l'avantage concurrentiel : comment devancer ses concurrents et maintenir son avance*, InterEditions, 1996.

« l'objectif fondamental de toute organisation est d'obtenir un avantage concurrentiel qui se mesure par sa capacité à générer du profit ». Il en découle donc que la définition d'un concurrent sera élargie à tous les acteurs capables de réduire la capacité d'une entreprise à générer du profit (l'empêcher de constituer un avantage concurrentiel). M. PORTER<sup>38</sup> a ainsi identifié cinq types d'intervenants qui possèdent cette capacité : Les concurrents : entreprises proposant des biens semblables à ceux de l'entreprise. On analysera à ce propos «l'intensité concurrentielle ». Le pouvoir de négociation des clients et distributeurs de l'entreprise. Le pouvoir de négociation des fournisseurs. La menace des substituts. La menace des entrants potentiels.

Même si PORTER ne l'a pas incluse dans son modèle original, une 6ème force convient d'être ajoutée : le rôle de l'Etat, qui par son pouvoir de réglementation, de subvention ou de taxation, est capable de réduire ou d'accroître l'avantage concurrentiel d'une organisation.

---

<sup>38</sup> *Michael PORTER, l'avantage concurrentiel : comment devancer ses concurrents et maintenir son avance, InterEditions, 1996.*



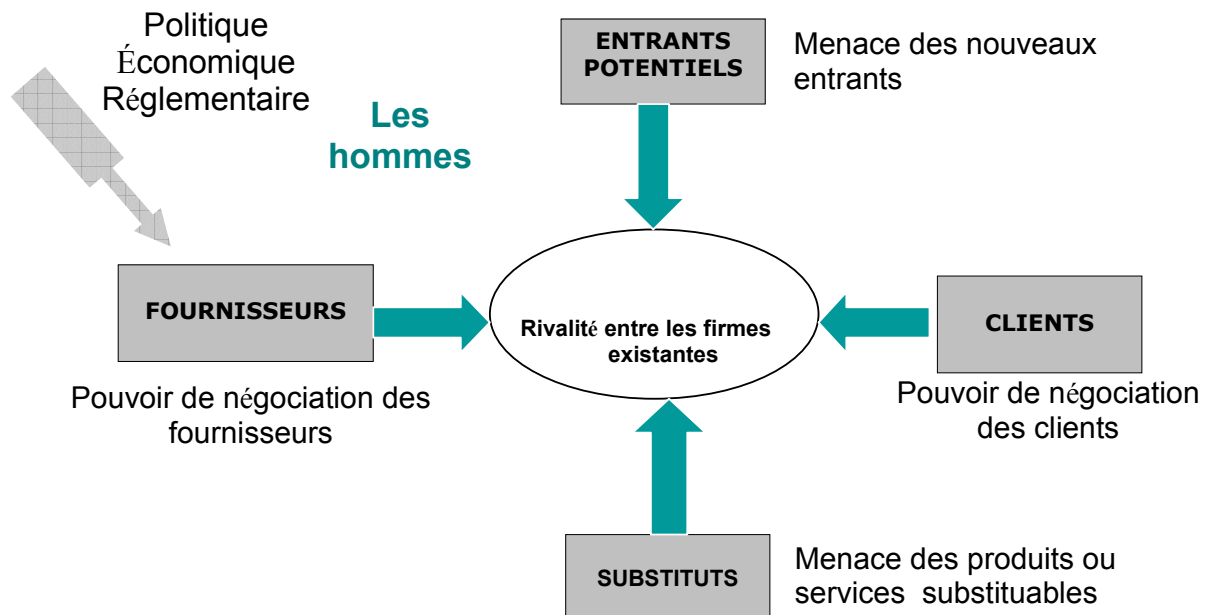


Figure 4 : les cinq forces de PORTER<sup>39</sup>

### 1.5 La position concurrentielle :

Afin de mieux cerner la position concurrentielle de l'organisation, les conclusions dégagées au niveau de l'évaluation des influences environnementales ainsi que de l'analyse concurrentielle peuvent être appréhendées à l'aide d'une analyse des groupes stratégiques, une segmentation des marchés ou encore une matrice d'attraits/atouts.

En effet, la détermination de groupes stratégiques pallie au manque de pertinence de l'analyse de la concurrence au niveau d'un secteur ou d'une industrie dans sa globalité. On déterminera alors des groupes, ce qui consistera à réunir les organisations concurrentes dont les caractéristiques stratégiques sont similaires, qui suivent des stratégies comparables ou bien qui s'appuient sur les mêmes facteurs de compétitivité. Cette identification permettra de désigner les

<sup>39</sup> Michael PORTER, *l'avantage concurrentiel : comment devancer ses concurrents et maintenir son avance*, InterEditions, 1996.

concurrents directs, de préciser les différences entre les différents groupes stratégiques et de définir sur quelles bases la concurrence est-elle susceptible d'évoluer.

A un second niveau, la détermination des segments de marché consistera à identifier des similarités ou des différences entre des clients ou consommateurs. En second lieu, l'exercice consiste à identifier les organisations intervenant sur chacun des segments.

Une segmentation des marchés permettra, dans une autre optique, d'évaluer l'attrait des différents segments ainsi que de favoriser le choix stratégique de l'organisation d'opter pour un ou plusieurs segments ou encore le marché dans sa totalité et ce notamment, via une matrice attraits/atouts.

Il est à noter que l'évaluation de la position concurrentielle d'une entreprise peut être faite également via l'analyse de la part de marché relative de l'entreprise dans chacun de ses domaines d'activité stratégiques.

### **1.6 La position stratégique :**

Comme mentionné plus haut, la matrice attraits/atouts est un outil permettant de représenter la position concurrentielle d'une entreprise sur chacun de ses DAS. Elle positionne chacun des ces derniers en fonction des attraits des marchés et des atouts de l'entreprise sur l'activité considérée.

Une telle analyse permettrait d'évaluer la pertinence de la stratégie actuelle de l'organisation dans chaque DAS, ainsi que d'estimer l'équilibre global du portefeuille de DAS de l'entreprise.

L'analyse du portefeuille des DAS se fait dans un objectif d'optimisation des allocations des ressources et d'évaluer les différentes stratégies de diversification possibles.

## **2. DIAGNOSTIC DES RESSOURCES :**

Le potentiel compétitif d'une entreprise résulte de l'articulation entre son positionnement stratégique, ses ressources et la qualité de leur mise en œuvre.

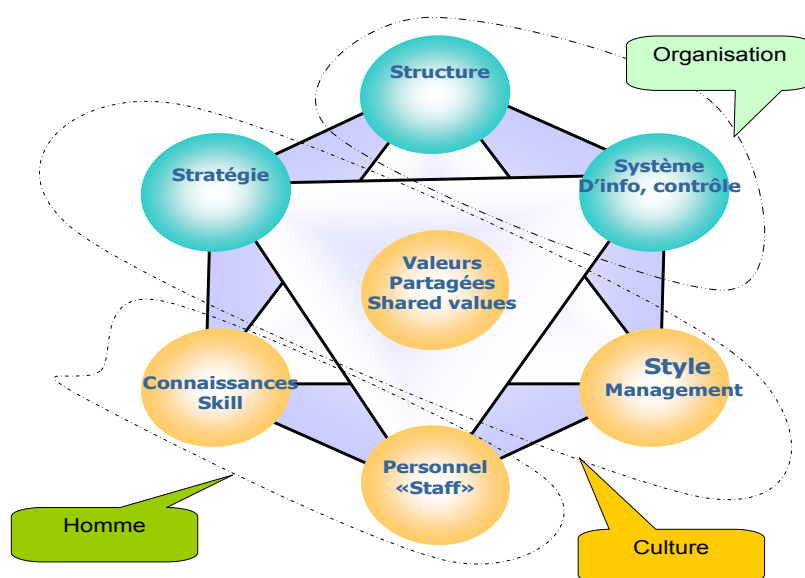
Pourquoi diagnostiquer les ressources ?

- Quelle entreprise peut prétendre que ses compétences établies à ce jour seront maintenues si elle change de stratégies ?
- Jusqu'où les forces et les compétences centrales d'une entreprise sont-elles transférables et adaptables à de nouvelles activités ?
- Comment une entreprise peut-elle savoir si elle occupe une position de leader dans son industrie ?
- Comment déterminer ses chances de conserver une telle position dans le futur ?

Trop souvent les problèmes d'organisation sont abordés uniquement en terme de structure (d'organigramme) et les changements de structure sont privilégiés pour améliorer leur efficacité.

Le modèle des 7S, développé par le Cabinet Mc Kinsey, met en évidence la diversité des leviers qui déterminent l'efficacité d'une organisation et la nécessaire harmonie qui doit exister entre eux.<sup>40</sup>

Les leviers identifiés sont au nombre de sept : la stratégie (strategy), la structure (structure), les systèmes (systems), le style de management (style), les ressources humaines (staff), les savoir-faire (skills), les finalités et valeurs partagées (shared values)



**Figure 5 : les 7S de Mckinsey**

Tout diagnostic ou analyse stratégique ne saurait être utilisée de manière optimale si les différentes conclusions qui s'en dégagent ne sont pas clairement cernées et formulées.

L'approche qui va être utilisée pour le diagnostic est la méthode SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, and threats) : elle inventorie les conclusions essentielles de l'analyse de l'environnement et de l'analyse des ressources et compétences afin de donner une vue d'ensemble de la situation stratégique de l'entreprise.

<sup>40</sup> H. Waterman, J.R. Thomas, J. Peters, R. Philips - Structure is not organization - Mc Kinsey Quarterly, Summer 1980

L'approche SWOT consiste à déterminer si la combinaison des forces et faiblesses de l'organisation est à même de faire face aux évolutions de l'environnement ou s'il est possible d'identifier ou de créer d'éventuelles opportunités qui permettraient de mieux tirer profit des ressources ou compétences, ces fondamentales de l'organisation.

Cette vision globale permet de dégager des propositions stratégiques à partir des différentes combinaisons possibles de menaces, d'opportunités, de forces et de faiblesses.

### **SECTION 3 : LE DEPLOIEMENT DE LA STRATEGIE**

L'analyse et les choix stratégiques ont peu d'importance pour une organisation tant que les stratégies ne sont pas effectivement déployées. Il ne suffit pas de souhaiter le changement stratégique pour qu'il se traduise dans les faits. Ce sont les membres qui le définissent et le mettent en œuvre.

Le schéma ci-après donne une présentation basique du processus stratégique telle que représentée dans plusieurs manuels de la littérature. L'analyse stratégique commence, globalement, par l'analyse des forces et des faiblesses internes suivie d'une analyse des opportunités et des menaces externes selon l'approche EMOFF. Sur la base du diagnostic détaillé des environnements internes et externes de l'entreprise, une stratégie est formulée pour atteindre les objectifs fixés. Plusieurs suggestions de stratégies appropriées existent en fonction des conditions de l'entreprise: différenciation, diversification, avantage par les coûts, etc. Une fois l'étape de la formulation achevée, les stratégies sont ensuite déclinées en actions dans la phase de déploiement.



*Figure 6 : Le processus stratégique*

Par ailleurs, il existe peu d'écrits sur la façon dont les stratégies devraient être mises en application. En effet, la littérature relative à la stratégie s'est beaucoup plus focalisée sur les phases d'analyse et de formulation de la stratégie, la phase de déploiement n'ayant pas eu le même engouement. Ceci est peut être dû au fait que les théoriciens considèrent le déploiement stratégique comme une discipline tactique et opérationnelle; ou simplement que l'ingérence des autres disciplines du management dans cette phase, l'ont mise en dehors du champ de la stratégie.

Il est important, d'ailleurs, de reconnaître que le déploiement de la stratégie n'existe pas dans toutes les écoles et courants de la stratégie. Une autre raison pour laquelle le déploiement de la stratégie a suscité moins d'attention que la formulation ou l'analyse stratégique, peut être liée à son caractère éclectique.

Selon Alexander<sup>41</sup> le déploiement de la stratégie consiste à prendre la stratégie telle que formulée et tenter d'aborder simplement la façon de la rendre effective. «It is simply the process of carrying out a firm's strategy that is usually formulated by others.» Nutt<sup>42</sup> définit, quant à

<sup>41</sup> *Strategy Implementation: Nature of the Problem. International, L. D. Alexander, Review of Strategic Management / 1991.*

<sup>42</sup> *Tactics of Implementation, P. C. Nutt, Academy of Management Journal 29, 2 / 1986 cité par H. Ikävalko.*

lui, le déploiement de la stratégie comme étant la procédure par laquelle le dirigeant va mettre en place le changement planifié dans l'entreprise. « A procedure directed by a manager to install planned change in an organization »

Noble<sup>43</sup> est l'un des rares auteurs à s'aventurer sur ce terrain et qui a essayé d'étudier cette phase en profondeur. A l'issue de son étude, Noble a découvert que le déploiement de la stratégie possède une double vision: une vision structurelle qui se concentre sur la structure organisationnelle et les mécanismes de contrôle et une vision interpersonnelle qui relate le consensus stratégique, les comportements stratégiques autonomes, les perspectives de diffusion, le leadership et le style de déploiement ainsi que les processus de communication et d'interaction.

Beer et Eisenstat<sup>44</sup> proposent trois facteurs essentiels pour un déploiement efficace de la stratégie:

- Le processus de changement devrait être systémique: Un point jugé très important par les auteurs et qui signifie que les aspects humains et systémiques de l'organisation devraient s'adapter les uns avec les autres dans l'organisation;
- Le processus de changement devrait favoriser une discussion ouverte autour des problèmes qui gêneraient l'adaptation et le déploiement efficace de la stratégie. En effet, pour un déploiement efficace, il est primordial d'impliquer le plus grand nombre possible de collaborateurs afin de détecter toutes les entraves pouvant survenir

---

<sup>43</sup> *The Eclectic Roots of Strategy Implementation Research*, Noble C. H., 45, *Journal of Business Research* / 1999

<sup>44</sup> *Developing an Organization Capable of Implementing strategy and Learning*, M. Beer Et R. A. Eisenstat, *Human Relations* 49, 5/ 1996 cité par Mantere S., *Sensemaking in Strategy Implementation*, Helsinki University of Technology / 2000.

et tenter ainsi de les dissiper;

- Le processus de changement devrait également impliquer tous les intervenants et partenaires concernés.

Les deux auteurs ont également essayé de cataloguer un ensemble de facteurs empêchant le bon déploiement de la stratégie:

- un style de management top-down ;
- une stratégie peu claire avec des priorités contradictoires;
- une équipe de direction inefficace ;
- une pauvre communication verticale;
- une faible coordination inter-fonctions;
- de faibles compétences de leadership.

Alexander<sup>45</sup> confirme également ces problèmes entravant le déploiement efficace de la stratégie en évoquant: le déploiement prenant plus de temps que ce qui est programmé, les imprévus, l'apparition de problèmes majeurs pendant le déploiement, la pauvre coordination, le manque de compétences, pauvre communication dans les deux sens, etc. Il propose d'ailleurs cinq directives pour surmonter ces problèmes:

- communication;
- commencer avec de bons concepts;
- mobiliser des ressources suffisantes;
- susciter l'engagement des employés;
- développer un plan de déploiement.

---

<sup>45</sup> *Strategy Implementation: Nature of the Problem. International, L. D. Alexander, Review of Strategic Management / 1991.*



Noble<sup>46</sup> estime que le déploiement de la stratégie échoue souvent en résultat de l'incapacité des managers à identifier et dépasser les problèmes liés au déploiement. Il confirme donc l'existence, globalement, de huit barrières qu'il est possible de diviser en deux catégories: internes et externes.

Barrières internes:

1. communication inadéquate;
2. déploiement dépassant les estimations de départ;
3. compétences insuffisantes;
4. orientations globales de la stratégie pas bien comprise par les collaborateurs;
5. coordination du déploiement pas assez efficace

Et des barrières externes:

6. apparition de crises détournant l'attention du déploiement;
7. apparition de problèmes externes imprévus;
8. influence des facteurs externes sur le déploiement.

Thomson et Strickland<sup>47</sup> se sont spécialement intéressés au rôle des managers dans le processus de déploiement de la stratégie. Ils déclarent que les changements organisationnel et culturel doivent être la première priorité du dirigeant. Les deux auteurs notent que si les managers accordaient une grande priorité et allouaient le temps nécessaire à tout changement jugé nécessaire, l'organisation changerait sûrement.

---

<sup>46</sup> *Building the strategy implementation network*, C.H. Noble, *Business Horizons*, Vol. 42 No. 6 / 1999 cité par N.O'Regan et A. Ghobadian dans *Effective strategic planning in small and medium sized firm*; *Management Decision*; 2002

<sup>47</sup> *Crafting and implementing strategy: text and readings*, A.A. Thomson, A.J. Jr. Strickland, Iwring McGraw-Hill / 1998 cité par M. S. Harlem dans *Using the Balanced ScoreCard to overcome barriers in strategy implementation*, *School of Economics and Commercial Law, Göteborg University / 2002*

Thomson note, en outre, que dans tous les organismes et à tous les niveaux, il existe une résistance naturelle au changement. Les rapports sociaux pesant plus dans ces cas que les facteurs économiques. Les employés se sentant menacés par les changements et l'inconnu; craignant aussi pour leur emploi et leur statut. Peu d'organisations ont pu manœuvrer l'élaboration de la stratégie de la situation actuelle et en même temps essayer de créer un climat favorable au changement. Si le leader n'est pas impliqué dans le changement, il croit alors que le changement n'est pas important.

Kaplan et Norton<sup>48</sup>, ayant créé la célèbre méthode de pilotage stratégique par l'usage des tableaux de bord prospectifs ou «The Balanced Scorecard », ont pu identifier dans leurs travaux quatre barrières gênant le déploiement efficace de la stratégie:

1. Des visions et des stratégies qui ne sont pas « actionnables » ;
2. Des stratégies qui ne sont pas liées aux objectifs de l'organisation, de l'équipe et de l'individu;
3. Des stratégies qui ne sont pas liées aux ressources allouées à court et long terme;
4. La réaction qui est tactique et non stratégique.

#### LES AXES DU DEPLOIEMENT DE LA STRATEGIE :

Les différents concepts interpellés, pour le déploiement de la stratégie, qui vont nous servir pour la formulation des axes stratégiques concernent la structure [structure formelle : l'organigramme, structure humaine,...], les systèmes [système d'information, communication] et le style de management.

---

<sup>48</sup> Comment utiliser le tableau de bord prospectif, R. S. Kaplan, D. P. Norton / 2001

## 1. La Structure organisationnelle

Une structure est définie comme étant l'ensemble des fonctions et des relations déterminant formellement les missions que chaque unité de l'organisation doit accomplir, et les modes de collaboration entre ces unités.<sup>49</sup>

Pailot (1999)<sup>50</sup> montre que les entreprises doivent tenir compte de multiples éléments, à la fois internes et externes, pour se structurer efficacement.

La principale contribution de Chandler à la théorie du management à été d'expliquer les relations qui existent, dans les organisations, entre stratégie et structure. Il en a tiré son livre le plus célèbre<sup>51</sup> dans lequel il démontre comment les deux principes forment un tout indissociable, définissant la stratégie comme la détermination des buts et des objectifs à long terme, des moyens d'action et de l'allocation des ressources, et la structure comme la manière dont l'organisation est assemblée pour appliquer la stratégie choisie, avec toutes les hiérarchies et les relations d'autorité que cela implique. Aussi pour lui, est-il évident que la structure suive la stratégie.

Chandler a initié les études portant sur l'alignement de la stratégie et de la structure, en adoptant le positionnement voulant que la structure de l'entreprise suive la stratégie, c'est-à-dire que **les changements de stratégie déterminent les modifications de structure.**

---

<sup>49</sup> STRATEGOR Politique générale de l'entreprise, Edition Dunod, Paris, 1997

<sup>50</sup> Pailot P. (1999), « Configuration organisationnelle », Encyclopédie de la gestion et du management, ouvrage coordonné par Le Duff R., Dalloz - Sirey, Pp.173-174

<sup>51</sup> Chandler A.D. (1962), *Strategy and structure : Chapters in the history of the industrial enterprise*, Cambridge, MA, MIT Press

Desreumaux (1996)<sup>52</sup> précise qu'une nouvelle forme organisationnelle se caractérise comme une forme qui s'adapte aux contraintes d'un nouvel environnement, à travers un changement stratégique, structurel et technologique, mais aussi par un changement profond du management et un renversement complet de l'organisation du travail.

Les principales lignes de différenciation fonctionnelle et hiérarchique du travail qui se trouvent au fondement des caractéristiques de la division du travail, que se porte l'attention de Mintzberg<sup>53</sup> lorsqu'il distingue ainsi cinq éléments communs aux cinq structures organisationnelles de base :

- **le sommet stratégique**, constitué par les cadres supérieurs (particulièrement marqué dans la structure simple).
- **la technostucture** composée de personnages clés dans les domaines des finances, de la formation, du personnel, de la planification et de la production (évident dans la bureaucratie mécaniste).
- **le noyau actif**, c'est-à-dire ceux qui travaillent en première ligne pour l'organisation.
- **l'axe médian**, composé par les cadres dirigeants dont la vocation est de relier le « sommet » au « noyau » (élément le plus important dans la structure en départements).
- **le personnel de soutien**, qui concerne notamment le service du personnel, le département Recherche et Développement, les relations publiques...(bien qu'important dans une entreprise industrielle, son rôle est encore plus essentiel dans une structure du type adhocratie).

---

<sup>52</sup> Desreumaux A. (1996), « Nouvelles formes d'organisation et évolution de l'entreprise », *Revue Française de Gestion*, n° 107, janvier - février, Pp.86-108

<sup>53</sup> H. MINTZBERG, *Structure et dynamique des organisations*, les éditions d'organisation 1982

## 2. La structure humaine :

Gestion des ressources humaines est l'ensemble des actions conduites par la fonction ressources humaines pour mener à bien les objectifs fixés. Tout comme les changements de structure, un changement majeur au niveau des politiques de GRH est à l'oeuvre. Tous les domaines de la GRH sont potentiellement concernés et les changements escomptés apparaissent comme « radicaux ». Ceci peut apparaître logique si on raisonne en termes de cohérence entre structures et politiques de GRH (Pichault, 1996)<sup>54</sup>. Il est clair que cela amplifie encore la complexité du changement et surtout les risques qui lui sont associés.

Le modèle de Nizet et Pichault<sup>55</sup> s'inscrit dans la recherche d'une cohérence entre forme organisationnelle et GRH, en accordant une place prépondérante aux acteurs prenant en charge les missions qui lui sont allouées. Cette cohérence est nécessaire dans le sens où la GRH est un sous-système impliqué dans un système d'ensemble, avec plus ou moins de cohérence (ou de dispersion) et plus ou moins d'autonomie (ou de dépendance).

Les rôles assignés à la gestion des ressources humaines concernent la formation du personnel et l'élaboration d'un plan de formation répondant aux besoins des missions de l'organisation. En outre, la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences anticipe toute insuffisance en matières de potentiel humain de l'organisation.

---

<sup>54</sup> Pichault F. (1996), *Ressources humaines et changement stratégique. Vers un management politique*, De Boeck

<sup>55</sup> Nizet J., Pichault F. (1998) in *Ressources humaines une gestion éclatée - Allouche et Sire (éd.)*.

## 2.1. La formation :

La formation est l'un des premiers leviers mobilisé dans les projets de changement car il faut dispenser aux acteurs le savoir et les connaissances indispensables à la réalisation des nouvelles tâches qui leur seront confiées. Le besoin de formation doit être identifié à partir de l'écart entre les connaissances attendues et les connaissances réelles.

### Typologie de formation <sup>56</sup>

- La formation-impôt: l'entreprise cherche à se mettre en conformité avec la loi en s'acquittant de la taxe sur la formation.
- La formation pactole: l'entreprise souhaite bénéficier de financements publics externes pour mener à bien des opérations de reconversion devenues urgentes du fait d'un changement brusque intervenant dans le secteur professionnel ou du fait de leur faible anticipation en matière de qualifications et de compétences.
- La formation-sécurité: au service de la paix sociale. Elle fait l'objet de concertation avec les partenaires sociaux et est utilisée comme moyen de réponse à des demandes individuelles, voire de récompenses.
- La formation-développement: Investissement susceptible d'apporter une contribution décisive à l'efficacité organisationnelle. Elle est au service de la stratégie de l'entreprise.

Le contenu de la formation à délivrer peut alors être proposé : la formation sera conceptuelle, méthodologique ou fonctionnelle, Le support de formation reste alors à définir (e-learning ou présentiel) ainsi

---

<sup>56</sup> Alain Meignant, cité par Rentabiliser la formation, 47 fiches outils, F. MINGOTAUD, F. MINET, les éd. D'organisation 1994

que le lieux (interne ou externe). Toutes les réponses apportées constituent le plan de formation.<sup>57</sup>

## 2.2. Plan de formation<sup>58</sup> :

### ■ A court terme:

La formation permet de consolider l'existant en visant le développement individuel et collectif dans un but d'amélioration des performances ainsi que d'assurer l'insertion de nouveaux embauchés.

### ■ A moyen terme:

La formation permet d'accompagner et de faciliter les changements par sa contribution à la réussite d'un investissement ou d'un changement organisationnel, à l'optimisation des flux promotionnels, à l'évolution des métiers, au développement des potentiels, à la gestion des carrières ainsi qu'à la réalisation de projets professionnels individuels.

### ■ A long terme:

La formation vise à préparer l'avenir en accompagnant le changement de culture en développant l'adaptabilité des salariés et en prévenant les risques d'inadaptation.

## 2.3. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences :

La GPEC est un mode de gestion qui s'impose de plus en plus au sein de l'ensemble des Organisations tenant à leur pérennité. En effet, l'accentuation de la concurrence pousse les Organisations à optimiser toutes leurs ressources critiques et à faire preuve davantage de

---

<sup>57</sup> B. Grouard et F. Meston - *L'entreprise en mouvement* - Dunod, 3ème édition

<sup>58</sup> *Rentabiliser la formation, 47 fiches outils*, F. MINGOTAUD, F. MINET, les éd. D'organisation 1994

créativité. Les Ressources Humaines deviennent des partenaires décisifs dans le processus de la création de la valeur. Elles sont passées d'un rôle de ressources à celui d'actif stratégique pour l'Organisation.

Vu cette donne, de nouveaux rôles ont été assignés à la fonction RH dont celui de **Mobilisateur des collaborateurs** qui vise le développement de l'implication des Hommes par la mobilisation de leurs compétences et leur motivation.

Pour répondre à cette exigence, les Organisations structurées développent davantage, une GRH basée sur **l'anticipation et l'individualisation** qui permet de **doter ces Organisations en permanence et au bon endroit, en nombre suffisant d' Hommes qualifiés.**

Ce mode de gestion consiste à développer des mécanismes permettant de connaître en permanence :

- les exigences évolutives des emplois métiers de l'Organisation,
- les forces et faiblesses de sa structure Humaine,
- les mesures à prendre pour adapter qualitativement et quantitativement les salariés aux exigences du marché interne et externe de l'emploi.

Derrière la mise en œuvre de ce mode de gestion des Ressources Humaines, l'objectif est de rendre l'organisation à tout moment **lisible et visible** pour les quatre principaux intervenants dans le processus de création de la valeur à travers le Capital Humain, à savoir :

La Direction Générale qui après analyse des outils d'aide à la décision mis à sa disposition par la DRH, peut construire en connaissance de cause de nouvelles orientations voire politiques en la matière,

- **La Hiérarchie** qui dotée également de bilans et outils spécifiques de la DRH, peut être aidée pour jouer son rôle RH qui consiste à :



- identifier et motiver le potentiel humain ;
  - anticiper les changements et les besoins ;
  - maintenir une cohérence entre la stratégie de développement et le niveau des compétences disponibles.
- **Les Salariés** qui dotés, à travers tous ce construit, d'itinéraire claire de carrières, doivent se prendre en charge pour maintenir leur employabilité et pour développer leurs compétences ce qui leur permettra de sécuriser leur emploi et d'évoluer dans l'Organisation,
  - **Les Responsables RH** qui peuvent à travers cette nouvelle prestation de service en faveur de la clientèle interne, confirmer la légitimité des rôles qui leurs sont attribués au sein de l'environnement socio-économique actuelle<sup>59</sup> .

En effet, la G.P.E.C.<sup>60</sup> est le mode de gestion adéquat pour faire un usage réfléchi des Ressources Humaines évitant ainsi tout gaspillage coûteux. Elle permet à cet effet :

- de mettre en place des procédés managériaux garantissant une meilleure adéquation, intégration, mobilisation et attribution des ressources aux différents éléments de la structure,
- de promouvoir des outils de diagnostic et d'analyse qui aident à apprécier à terme, toutes les incidences, afin de faciliter le choix de mesures appropriées à la régulation des effectifs,
- de réconcilier en permanence les besoins et les ressources afin de disposer de l'ensemble des informations utiles, pour conduire de véritables plans de carrières,

---

<sup>59</sup> *Rôle de Partenaire stratégique à travers lequel la fonction R. H. est appelée à participer à la définition de la stratégie et à assurer le succès de sa mise en œuvre;*

*Rôle d'Acteur du changement ayant pour finalité de favoriser le changement de comportements des collaborateurs et de promouvoir une culture de transformation et de changement.*

<sup>60</sup> *DALIL FOUAD, la gestion prévisionnelle des emplois et des carrières de la théorie à la pratique*

- d'accroître le professionnalisme des hommes et de confirmer leur rôle stratégique dans l'Organisation.

### 3. Le système d'information :

L'expression « système d'information » date des années soixante. Elle désigne les applications de l'informatique à la gestion... Ce sont des applications collectives de l'informatique, internes à l'entreprise, éventuellement reliées à l'extérieur. Elles sont caractérisées par la mise en œuvre de procédures selon des règles formelles. On y trouve toutes les caractéristiques du fonctionnement bureautique des organisations, c'est-à-dire l'application de règlements. »<sup>61</sup>

Selon Eric SUTTER<sup>62</sup>, le système d'information de l'entreprise est constitué des sous-systèmes suivants :

- Sous-système « **information stratégique** »: il aide la direction dans la conduite et le pilotage de l'entreprise.
- Sous-système « **information sociale** »: il couvre toutes les données relatives au personnel de l'entreprise et permet une gestion optimale des ressources humaines.
- Sous-système « **information technique** »: ce sous-système regroupe tous les éléments qui concourent à gérer, traiter et échanger les données techniques liées aux projets et aux produits de l'entreprise.
- Sous-système « **information documentaire** »: il englobe tous les types d'information (scientifique, technique, juridique, etc. ).
- Sous-système « **information de gestion** » : Ce système d'information fonctionnelle traite essentiellement des données chiffrées ou

---

<sup>61</sup> PEAUCELLE, Jean-Louis, « Systèmes d'information : le point de vue des gestionnaires », Paris, Economica, 1999. p5.

<sup>62</sup> SUTTER, E. « maîtriser l'information pour garantir la qualité », Paris, AFNOR, 1993.P.34.

factuelles : gestion des commandes, gestion des approvisionnements, etc.

- Sous-système « **convivialité** » : c'est un Sous-système qui coordonne l'activité des autres sous-systèmes d'information de l'entreprise.

La réalisation des objectifs de l'entreprise est tributaire de la parfaite maîtrise de ces sous-systèmes.

La prise de décision est une part importante dans l'activité des managers. Le système d'information intervient pour alerter les décideurs et leur fournir des éléments d'information nécessaires à une prise de décision efficace.

Selon Francis Jauréguiberry sociologue chercheur au CNRS « le problème est non plus de recevoir de l'information, mais de trouver le temps de la traiter ». <sup>63</sup>

Par ailleurs et comme le souligne Simon : « Les systèmes de traitement de l'information de notre monde contemporain baignent dans une abondance excessive d'information et de symboles. Dans un tel monde, la ressource rare n'est pas l'information, mais la capacité de traitement pour s'occuper de cette information » <sup>64</sup>

L'amélioration de la qualité du traitement de l'information procure aux décideurs une plus grande liberté de décider. Ainsi, l'un des objectifs du management stratégique de l'information est de concevoir des systèmes de traitement de l'information efficaces et conciliables avec la prise de décision dans l'entreprise. <sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> VIDALIE, A. « Le travail c'est déjà demain », *L'Express*, 22 juin 2000.

<sup>64</sup> PATEYRON, Emmanuel-Arnaud, « Le management stratégique de l'information », Paris, *Economica*, 1994.p60

<sup>65</sup> PATEYRON, Emmanuel-Arnaud, « Le management stratégique de l'information », Paris, *Economica*, 1994.p45

Ainsi, le modèle de base de Simon<sup>66</sup> distingue 4 phases dans le processus de décision :

- **La phase d'intelligence** ou d'identification des problèmes ;

« Un problème bien posé est à moitié résolu ». Le décideur doit procéder à une analyse détaillée du problème, reconnaître les conditions dans lesquelles il se pose, observer l'environnement pour mettre en évidence les opportunités de décisions.

- **La phase de modélisation** ou de conception des solutions ;

Elle consiste à concevoir et à formuler les voies possibles offertes à la résolution du problème. Le décideur recense les différentes alternatives potentielles, leurs avantages et leurs inconvénients.

- **La phase de choix** ou de sélection de la meilleure solution ;

Elle vise à sélectionner la meilleure opportunité de solution, en tenant compte des contraintes concrètes ou abstraites.

- **La phase d'évaluation.**

Elle vient confirmer le choix effectué ou remettre en question le processus de décision en réactivant l'une des trois précédentes phases.

En conclusion, « la préparation d'une décision est un pari dont seule l'information apparaît apte à réduire le risque »<sup>67</sup>. L'intelligence économique est un outil de management qui sert à prendre des décisions dans un environnement concurrentiel caractérisé par la complexité et l'instabilité.

#### **4. La Communication :**

La communication interne est étroitement imbriquée avec le management: c'est une pratique quotidienne de relations organisées

---

<sup>66</sup> SIMON, Herbert A. « Administration et processus de prise de décision ». *Economica*. 1983.

<sup>24</sup> ALLAIN-DUPRE, P. et DUHARD, N. « les armes secrètes de la décision », Paris, Guiliano E d., 1996.

entre individus, des équipes de travail et des niveaux hiérarchiques différents. Avec un management efficace de type participatif orienté vers une démarche qualité de service, la communication interne doit être harmonieusement descendante, ascendante et transversale.

La communication interne peut être ainsi un véritable levier permettant de déployer plus efficacement les stratégies managériales.

En facilitant la compréhension des objectifs et les échanges pour les atteindre, elle contribue à "mettre en commun" (=communiquer) les informations nécessaires pour donner un sens intelligent aux actions des individus et des équipes tout en améliorant l'efficacité de l'organisation.

S'inscrivant dans une démarche participative, la communication interne peut développer la mobilisation des ressources humaines et l'adhésion consciente et volontaire des membres aux objectifs de développement et d'amélioration de l'organisation (fonctionnement, rendement, qualité de prestation des services, professionnalisme...).

Cela suppose bien entendu qu'on déploie une politique volontariste pour développer des dispositifs organisationnels formalisés de façons cohérentes afin de susciter l'expression des intelligences et des compétences de tous les membres constituant le collectif de travail. Ceci doit se décliner progressivement sur le plan du comportement organisationnel et professionnel par des pratiques d'écoute, de concertation et de négociation interne (type gagnant/gagnant) et des valeurs éthiques de respect mutuel, de considération d'autrui, de transparence, et d'équité, en commençant d'abord par le top management ou la hiérarchie supérieure jusqu'à l'ensemble des instances et membres de l'organisation.

Pour assurer l'efficacité d'une démarche de management participatif, conduire le changement et améliorer la qualité des prestations dans les

services, la communication doit être en permanence pensée et organisée de façon adaptée et cohérente pour atteindre progressivement les objectifs visés.<sup>68</sup>

## 5. Le Style de management :

Diriger c'est avoir une vision que l'on communique à autrui, c'est également posséder le pouvoir de la rendre réelle et de l'imposer.

Le style de management est un élément structurant du profil managérial d'une entreprise. C'est une des principales réponses aux sollicitations de l'environnement. Le style souhaité dans la gestion managériale de l'entreprise est le « style Soft » c'est aussi une composante clé de déploiement de la stratégie d'entreprise.

Les études ont mis en exergue 5 traits d'un bon style de management :<sup>69</sup>

- se tenir bien informer
- concentrer son énergie et son temps
- jouer le jeu du pouvoir
- débrouiller une affaire

Les traits du manager :

- Savoir donner du sens à l'action au quotidien.
- Savoir rendre ses collaborateurs des auteurs -acteurs (*knowledge worker*).
- Savoir fédérer les énergies et favoriser l'émergence des réseaux.
- Savoir gérer et dynamiser les contradictions.
- Savoir utiliser les échecs et le temps

---

<sup>68</sup> AUVINET, BOYER, BUREAU, CHAPPAZ, De VULPIAN, *La communication interne au cœur du management*, Les éditions d'organisation, 1990

<sup>69</sup> H. CHAGAR, séminaire management des organisations CSG, ISCAE

- Accepter la remise en cause : veiller à la survie et croissance de son entreprise
- Chercher la prise de risque et favoriser la prise d'initiative qui est la seule voie vers l'épanouissement.

## CONCLUSION

Ce chapitre a été consacré à la revue de l'ensemble des éléments clés se rapportant à notre thème de recherche nous permettant ainsi de mieux comprendre la notion de la stratégie, de la vision stratégique et du diagnostic stratégique.

Subséquentement, Nous retenons la stratégie comme étant une suite de décisions et d'actions au service d'une politique.

De ce fait, l'application de ses concepts au niveau de la CNOPS nous permettra d'établir une analyse exhaustive de son fonctionnement interne et de son environnement externe nous permettant d'aboutir à des conclusions permettant la formulations de quelques recommandations.

## CHAPITRE 2 : L'ANALYSE CONTEXTUELLE DE L'AMO

Il va sans dire qu'assurance maladie et système de santé sont deux préceptes indissociables. C'est pourquoi nous allons présenter dans un premier temps l'état des lieux du secteur de la santé au Maroc. Pour enchaîner au cours du deuxième volet avec une analyse exhaustive de l'AMO, son contenu, ses acteurs et le rôle important que joue notre client la CNOPS dans la l'échiquier social.

### SECTION 1 : L'ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE MAROCAIN:

Un système de santé moderne a au moins quatre objectifs à atteindre: En premier lieu, assurer la garantie de soins à la population. L'accès à des soins appropriés doit être assuré à l'ensemble de la population. Cette garantie de soins présuppose donc une structure adéquate, aussi bien en ce qui concerne les prestations que les prestataires, mais aussi une égalité de chances pour tous les habitants du pays. En second lieu, il s'agit de garantir l'efficacité du système de santé publique. Troisièmement, la santé publique doit répondre aux besoins et rester maîtrisable. Enfin, les moyens financiers engagés dans la santé publique doivent l'être de façon économique.

Concernant le Maroc, la santé occupe depuis une trentaine d'années le devant de la scène. La demande de la santé a été rendue premièrement légitime. En atteste la déclaration universelle des droits de l'homme de 1947.

Au lendemain de l'indépendance, le Maroc a opté pour un modèle de système de santé où l'Etat était responsable des principales fonctions suivantes<sup>70</sup> : la production des soins et services, le financement des

---

<sup>70</sup> A. BELGHITI ALAOUI, *La réforme de santé au Maroc, pertinence et opportunités.*



soins, le management des établissements (administration et gestion) et la régulation du secteur.

En résumé, l'analyse de l'évolution du système de santé marocain, selon Belghiti Alaoui<sup>71</sup>, permet d'identifier trois grandes périodes dans son développement depuis sa mise en place au lendemain de l'indépendance.

### **Première période (1959-1981) : Mise en place et développement du système national de santé:**

La naissance du système national de santé au Maroc remonte à la première conférence nationale sur la santé organisée en Avril 1959 sous la présidence effective de feu S.M. Mohamed V qui a énoncé les principes qui constituent les pierres angulaires de la politique sanitaire au Maroc depuis plus de 40 ans. Deux déclarations de cette conférence illustrent l'orientation générale de cette politique:

☀ *"La santé de la nation incombe à l'Etat"*

☀ *"Le Ministère de la santé publique doit en assurer la conception et la réalisation"*

Ces déclarations traduisent la responsabilité de l'Etat sur la santé et le choix d'une politique de santé publique.

La Charte communale (1976) était une occasion pour responsabiliser les collectivités locales sur certains aspects de santé (hygiène et assainissement), les indicateurs de santé liés à ces aspects n'ont d'ailleurs plus figuré parmi les indicateurs de suivi de l'état de santé.

### **Deuxième période (1981-1995) : Développement de l'offre et des programmes sanitaires.**

Cette période vient après la souscription du Maroc à la déclaration d'Alma-Ata (Kazakhstan) en 1978 qui est considérée comme la

---

<sup>71</sup> A. BELGHITI ALAOUÏ, *La réforme de santé au Maroc, pertinence et opportunités*

deuxième grande réalisation de l'OMS après l'éradication de la variole. Cette déclaration a souligné la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

L'engagement du Maroc en faveur de cette déclaration et de la politique des soins de santé primaires fût décliné à travers le plan quinquennal 1981-1985. Durant cette période on assista à un grand renforcement des structures sanitaires de base et au développement des programmes sanitaires.

En 1989, a été réalisée la première étude sur le financement des soins, ce qui annonça le souci des autorités sanitaires marocaines pour le financement des soins.

### **Troisième période (1995-2000) : Quête de changement et annonce de la réforme**

Le débat sur la réforme de santé au Maroc a commencé en 1993. Néanmoins, sa première concrétisation n'a vu le jour que vers l'année 1995 avec la restructuration des services centraux du Ministère de la santé. Bien qu'elle ne soit pas la première en son genre, cette restructuration est particulière parce qu'elle traduit une tendance annonciatrice de la réforme.

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>72</sup> de l'an 2000, rappelle que la majorité des populations est affectée par une réelle précarité sanitaire. Les préjudices apportés à la qualité de la vie sont par ailleurs relatés de tous, y compris par la minorité des "privilégiés".

---

<sup>72</sup> Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, pour un système de santé plus performant, 2002*

Les prévisions sont encore plus alarmantes. La tendance à l'aggravation des disparités géographiques et socio-économiques se vérifie en effet régulièrement. Selon les pays, les écarts entre les revenus sont passés de 1 à 30 à 1 à 75 de 1960 à 1999 pour la Banque Mondiale. La sacralisation de la compétitivité dans la nouvelle normalisation de l'économie ne fait que renforcer la tendance. Elle rend les menaces croissantes pour les ressources et les réceptacles de vie presque légitimes. Les impacts sur la santé ont de plus comme corollaire l'agonie de l'état providence et la flambée des coûts des soins.

L'histoire récente des systèmes de santé a été marquée par des réformes qui ont suscité à leur tour d'autres réformes. À chaque fois, de nouveaux moyens ont été mobilisés et des indicateurs surtout d'iniquité et de manque d'efficacité ont été enregistrés. De nouvelles vérités tiennent de plus à l'épuisement des moyens et à la genèse de nouveaux besoins de santé.

L'état des lieux du système de santé marocain. Il peut-être détaillé comme suit :

#### **1. LE NIVEAU DE SANTE :**

Le niveau de santé marocain a connu beaucoup de progrès réels. Toutefois, il existe au sein de la population marocaine d'importantes différences au niveau de l'état de santé et du statut de morbidité qui sont liées à des inégalités socio-économiques et au mode d'habitat (urbain, rural). L'exclusion sociale en matière de travail, d'éducation et de logement favorise l'exclusion des services de santé.

Ces facteurs d'exclusion, le retard de développement du monde rural notamment en infrastructures de base, ainsi que le mode de financement actuel de la santé, régressif et inégalitaire, sont

directement responsables de la répartition inégale du niveau de santé au Maroc.

Et ce malgré l'effort du Maroc en matière de développement des actions à caractère social. En effet, l'action multidimensionnelle (santé, éducation, formation, logement social, développement rural, programmes sociaux d'assistance, protection sociale, solidarité, appui aux associations) consomme plus de 50% du budget de l'Etat.

Indicateurs	Urbain	Rural	National
Espérance de vie à la naissance	72, 2	65, 9	68, 8
Indice synthétique de fécondité	2, 3	4, 1	3, 1
Taux de natalité	20,7	26, 9	23, 6
Taux de mortalité	5,1	8,1	6,5
Taux d'accroissement naturel	1, 6	1, 9	1, 7
Quotient de mortalité infantile	23, 8	46, 1	36, 6
Quotient de mortalité juvénile	6, 1	15, 1	9, 8
Quotient de mortalité infanto-juvénile	29, 9	61, 1	45, 8
Quotient de mortalité néonatale	15, 1	22, 1	19,7
Taux de mortalité maternelle	12,5	30,7	22,8

*Tableau 3 : Principaux indicateurs de santé au Maroc* <sup>73</sup>

On remarquera que ces indicateurs sont constamment plus défavorables en milieu rural, et que les chiffres de mortalité infantile et maternelle demeurent à des niveaux inacceptables pour un pays comme le Maroc.

## 2. L'OFFRE DE SANTE :

L'offre de soins est assez consistante et assez diversifiée. Le système de production de soins est organisé en 3 secteurs :

### 2.1. Le secteur Public de santé

C'est de loin le plus important et le seul à être distribué sur tout le territoire. Il déploie des structures de santé de base où l'essentiel des

<sup>73</sup> Alami Greft Abdeljalil, Op. Cit.

programmes prioritaires de santé publique est délivré à la population, notamment les actions de prévention et de lutte contre les principaux facteurs de morbidité.

Il déploie aussi un réseau hospitalier qui a eu une expansion forte dans les années 60 et 70 et qui représente 85% de la capacité litière du pays. Il consiste enfin en un réseau de laboratoires nationaux et d'instituts d'appui à la mission de santé publique. Le secteur public de santé est le principal employeur des professionnels de santé au Maroc. Il a le mérite de prendre en charge les problèmes de santé de la population pauvre, notamment en milieu rural, là où le secteur privé est absent.

## **2.2. Le secteur Privé à but lucratif**

Il a connu un essor remarquable depuis les années 80, surtout dans les grandes villes et surtout en direction des soins ambulatoires ou de haute technologie.

## **2.3. Le secteur privé à but non lucratif**

Il est représenté par les établissements de soins des mutuelles, de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), et de quelques fondations. Il intervient essentiellement dans le domaine de l'hospitalisation. Les 3 secteurs fonctionnent selon une certaine autarcie et dans le cadre de règles juridiques hétérogènes et floues pour ce qui concerne les établissements à but non lucratif, qui de ce fait, sont perpétuellement en butte aux critiques des producteurs de soins libéraux.

De façon globale, ce qui caractérise le système de production de soins au Maroc, ce n'est pas tant son insuffisance en valeur absolue, c'est surtout sa trop forte concentration autour des grands axes de développement urbain et le cloisonnement excessif entre ses différentes composantes. Les modalités de recours aux soins sont, en

théorie, libres même si l'on assiste à certaines formes de dirigisme de la part des financeurs actuels.

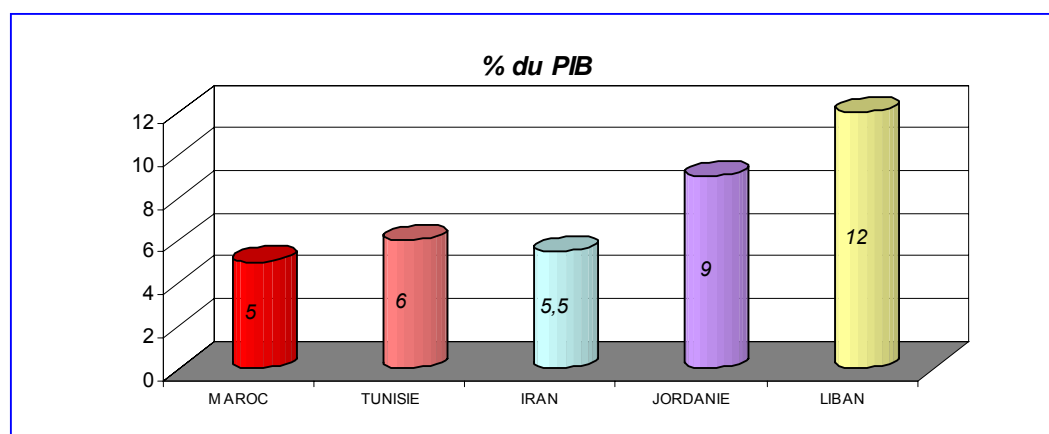
Les patients déjà assurés ou solvables s'adressent préférentiellement au secteur privé, alors que les patients non assurés ou insolubles n'ont, la plupart du temps, d'autre recours que de s'adresser, au secteur public, sauf en ce qui concerne l'achat de médicaments (85% des flux de médicaments consommés transitent par les pharmacies d'officine).

Quant à la rémunération des professionnels, la règle est le salariat dans le secteur public et le paiement à l'acte dans le secteur privé.

Au plan industriel, le Maroc produit 80% de sa consommation pharmaceutique, pour tous les autres intrants et pour la totalité des équipements biomédicaux, le pays est importateur net. La formation des médecins, des paramédicaux et des autres métiers de la santé est assurée en quasi totalité et en quasi monopole par l'Etat, même si un certain nombre de cadres continuent à être formés à l'étranger.

### 3. LE FINANCEMENT DE LA SANTE

Selon les dernières estimations, la dépense globale de santé est estimée à 19 Milliards de Dhs, soit 670 DH par capita (variation annuelle moyenne de 6,8% entre 1997 et 2001)<sup>74</sup>



**Graphe 1 : Part du financement par rapport au produit intérieur brut<sup>75</sup>**

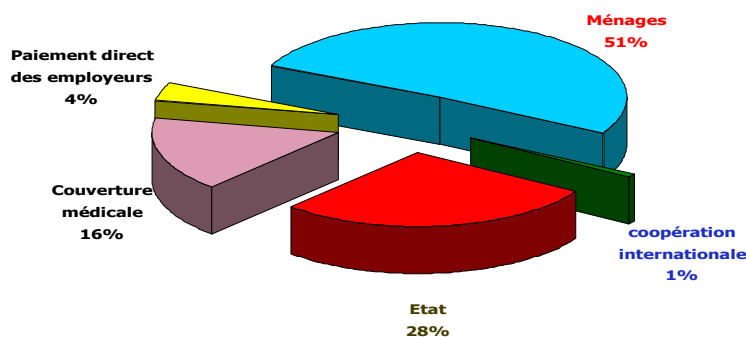
<sup>74</sup> M.D. ZINE-EDDINE EL IDRISSE, OMS-EMRO, La régulation des dépenses de soins dans le cadre de l'AMO, journées portes ouvertes réforme hospitalière Casablanca, 23-25 juin 2005

<sup>75</sup> Organisation Mondiale de la Santé, rapport de la santé dans le monde, 2005

Les principales sources de financement sont :

- Les ménages : qui contribuent pour 51% ;
- L'Etat : qui représente 28% de la dépense, essentiellement à travers le budget du Ministère de la Santé (5% du budget général de l'Etat).
- Paiements directs des employeurs : 4% à travers les contributions à l'assurance maladie pour les régimes internes.
- La coopération internationale : 1%
- La couverture médicale : 16%.

La configuration du financement de la santé se présente comme suit <sup>76</sup>:



*Graphie 2 : configuration du financement de la santé*

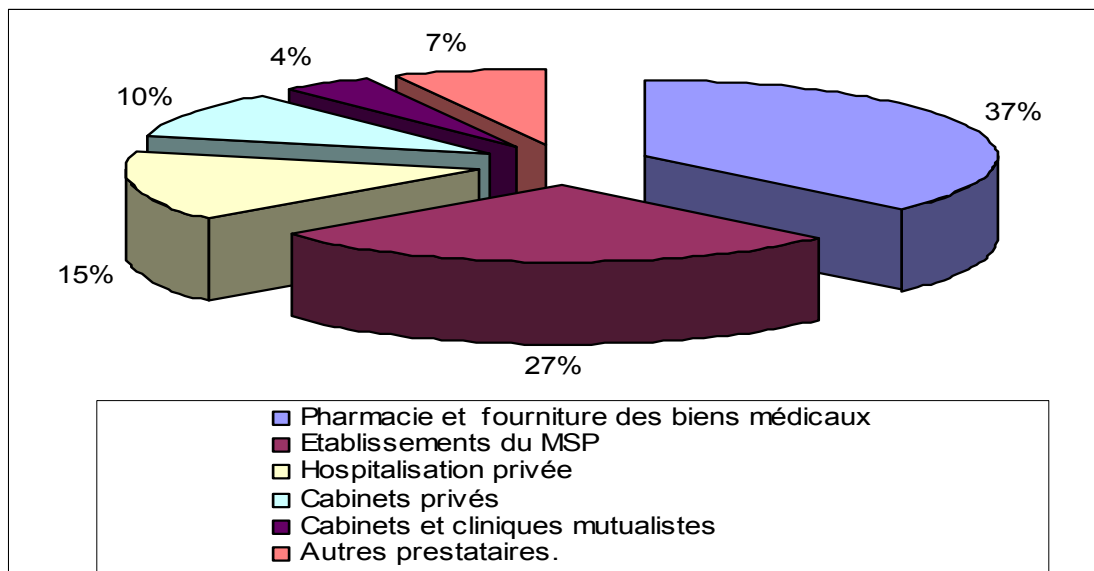
L'assurance Maladie ne participe que dans une proportion de 16% au financement de la dépense courante.

La répartition de ces ressources vers les prestataires de soins est la suivante :

---

<sup>76</sup> Ministère de la Santé / DPRF / DPE / SES (2005)

- 37% pour la pharmacie et la fourniture des biens médicaux
- 27% pour les établissements du Ministère de la Santé
- 15% pour l'hospitalisation privée
- 10% par les cabinets privés
- 4% pour les cabinets et cliniques mutualistes
- 7% pour les autres prestataires.



**Graphie 3 : Répartition de ces ressources vers les prestataires de soins**

On peut conclure de ces chiffres les enseignements suivants : les ménages supportent une charge disproportionnée dans les dépenses de soins ; le financement public est nettement insuffisant ; L'assurance Maladie est peu développée et ne concerne que des groupes restreints de la population.

En dépit des efforts déployés par le secteur public et le développement rapide que connaît le secteur privé, la couverture sanitaire de la population et l'offre de soins connaît toujours des insuffisances, des



inégalités, des disparités et des cloisonnements d'ordre fonctionnel et technique.<sup>77</sup>

## SECTION 2 : L'ANALYSE CONTEXTUELLE DE L'AMO

Le système de protection sociale en matière de santé dans notre pays, comporte de nombreux régimes, selon le type d'assurance, organisés sur la base professionnelle et solidaire. En effet, le pays est caractérisé par l'existence de nombreux intervenants, les mutuelles, les sociétés d'assurance et l'Etat pour ce qui concerne la couverture des frais de soins de santé.

La gestion du régime facultatif de couverture des frais de soins de santé est confiée à :

- Des sociétés mutualistes, regroupant exclusivement des fonctionnaires et agents de l'administration et services publics, les agents de certains établissements publics et des agents des collectivités locales, les magistrats et les agents des forces armées royales, totalisant 980.000<sup>78</sup> adhérents;
- Des sociétés mutualistes auxquelles adhèrent les agents du secteur privé, mais qui touchent à peine 200.000 <sup>79</sup> adhérents sur une population potentielle de 1.500.000 déclarés à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale;

La création des organismes de prévoyance sociale (Mutualité et Sécurité Sociale) au cours de ce siècle, constitue un phénomène particulièrement important.

A l'origine, la prévoyance sociale était le résultat d'une assistance,

---

<sup>77</sup> 50 ANS DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN et PERSPECTIVES 2025, Système de Santé et Qualité de Vie,

<sup>78</sup> Abdellatif ZOUAQ, *Quelle réforme pour l'assurance maladie maternité*, mai 2005

<sup>79</sup> Abdellatif ZOUAQ, *Quelle réforme pour l'assurance maladie maternité*, mai 2005

individuelle ou collective (Zakat)<sup>80</sup> privée ou publique qui a pris son essor dans le développement de la coopération internationale dans la lutte contre la marginalisation.

L'organisation de prévoyance sociale est introduite peu à peu, la notion de l'organisation de prévoyance sociale s'impose, et les premières sociétés de secours mutuels font leur apparition dans le paysage social dont les fondements reposaient sur le dahir de 1954, portant application sur les associations.

Malgré un développement rapide, l'action des sociétés mutualistes restait fragmentaire et disparate<sup>81</sup> en raison d'un statut qui ne répondait pas aux aspirations des mutualistes. Ajouter à cela, un système de santé peu efficient, qui ne profite au demeurant qu'aux catégories de la population la plus privilégiée, qui produit des exclusions, et une enveloppe budgétaire qui contribue à appauvrir la santé et les patients.

Le législateur a été conduit à promulguer diverses lois pour combler les insuffisances en termes de couverture des dépenses de soins de santé:

- D'abord la promulgation du dahir 1.57.187<sup>82</sup> du 12 novembre 1963 portant statut de la mutualité. Ce texte avait l'avantage de confier la gestion des œuvres les concernant aux consommateurs eux mêmes, ce qui constitue à la fois un appel à l'effort et à une prise de conscience de leurs responsabilités,

---

<sup>80</sup> Abdellah Boudahrain, *la sécurité sociale au Maghreb du nouveau millénaire : carences et défis*, Tome II, Al Madariss, 2000

<sup>81</sup> Abdellatif ZOUAQ, *Quelle réforme pour l'assurance maladie maternité*, mai 2005

<sup>82</sup> Dahir n°1.57.187 du 24 Jomada II 1383 (12 novembre 1963) portant statut de la mutualité publié au B.O n°2666 du 29 novembre 1963.

- Ensuite, l'ambition de la loi 65.00 portant création d'une couverture médicale de base à caractère obligatoire pour les fonctionnaires de l'Etat et les employés du secteur privé.

## 1. L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AU MAROC

La nécessité d'une plus grande solidarité et d'une plus grande équité dans le financement de l'accès aux soins est une conviction partagée par tous. Aussi, tout le monde a pris conscience que le financement du secteur de la santé avait besoin de ressources additionnelles et surtout de ressources institutionnelles. Cependant, l'analyse du pourquoi et du comment de cette réforme demeure au cœur du débat du fait de la taille de l'économie du pays, des défis nouveaux auxquels elle est confrontée, et compte tenu des arbitrages nécessaires vis à vis des autres besoins sociaux (éducation, chômage de masse, lutte contre la pauvreté, retraites, etc...).

Ainsi, l'assurance Maladie Obligatoire « AMO », première étape de la Couverture Médicale de Base, est le levier de réforme du système de soins de santé national souffrant actuellement d'une faiblesse de financement solidaire: la population marocaine concernée par l'AMO, passera de 17% à 35% au démarrage du régime<sup>83</sup>.

Rappelons le, les principaux motifs de la réforme peuvent être énumérés comme suit :

- Baisse de la croissance économique;
- Augmentation des dépenses: vieillissement de la population, progrès médical, transition épidémiologique, etc.

---

<sup>83</sup> *Mohammed Biadillah, ministre de la Santé Publique, déclaration suite à la signature de la charte de mise en œuvre du code de couverture médicale de base.*

Quant aux objectifs de cette réforme ils peuvent être détaillés:

- Assurer des soins de qualité pour tous à juste coût;
- Assurer la pérennité (sauvegarde des équilibres financiers)

Aussi, le débat national sur l'AMO s'est développé en 4 étapes distinctes<sup>84</sup> :

- Une première étape de préparation qui a stimulé les études sur le coût et le financement de la santé et qui a permis d'organiser de nombreux séminaires nationaux et internationaux.
- Une deuxième étape qui a abouti à un premier projet de loi élaboré en 1991 par le Ministère de la Santé. Projet qui n'a pas franchi le stade de la préparation administrative.
- Une troisième étape qui a abouti à l'adoption par le gouvernement d'un projet de loi en 1995.
- Une quatrième étape qui, à l'issue de l'abandon du projet de 1995, a abouti à l'adoption par notre pays de la loi fondamentale portant code de la couverture médicale de base.

La Couverture Médicale de Base étant dès lors conçue comme la pierre angulaire d'autres textes élaborés par le Ministère de la Santé sur la réorganisation de l'offre de soins, sur le fonctionnement des hôpitaux et la régulation du système de santé.

Au delà du dialogue fécond entre l'Etat, les organismes assureurs, les partenaires sociaux et les producteurs de soins, ce processus a débouché sur un choix de société et un choix concerté de politique de santé fondé sur l'éthique de la solidarité et de l'équité<sup>85</sup>, dans le cadre d'une stratégie à long terme visant l'universalité graduelle de la

---

<sup>84</sup> Abdellatif ZOUAQ, *l'Assurance maladie obligatoire maternité*, 2005

<sup>85</sup> *Préambule de la loi 65-00 portant code de couverture médicale de base*

couverture médicale. En réalité, ces quinze années ont été jalonnées de nombreuses études de faisabilité financière, actualisation des données techniques sanitaires, sociodémographiques et socioéconomiques, impact macroéconomique de la réforme, études actuarielles, audit et restructuration des organismes gestionnaires, comparaisons internationales avec la collaboration des ONG et de la coopération bilatérale.

### **1.1. ORIENTATIONS DE LA LOI 65-00 :**

Hormis le régime mutualiste, à caractère facultatif, mais qui fonctionnait comme caisse principale et complémentaire en matière de couverture des frais de soins de santé assurant les fonctionnaires et agents de l'administration et services publics et des collectivités locales, et certains agents du secteur privé - en tout 1.400.000<sup>86</sup> adhérents - le pays ne disposait que d'un régime spécial de sécurité sociale où les prestations garanties se traduisaient par des prestations en espèce, peu conséquentes en comparaison avec les prestations servies par des régimes de sécurité sociale de pays à potentialités économiques comparables.

L'objet de la loi portant couverture de base tend aussi à mettre en œuvre une solidarité financière permettant à la population d'accéder à des soins de qualité, mais également de mettre en œuvre des actions de prévention collective et individuelle, et plus encore des actions prioritaires en terme de santé publique. La réforme ainsi engagée en matière de politique de santé, souligne la note de présentation de la loi 65-00, traduit la volonté du Gouvernement d'assurer, à travers le couplage du RAMED qui constitue la partie assistance solidaire, et de l'

---

<sup>86</sup> Abdellatif ZOUAQ, *l'Assurance maladie obligatoire maternité, 2005*

AMO représentant le volet assurance obligatoire, une couverture des frais de soins de santé sur la base de l'équité et de la solidarité.

Celle-ci s'articule au tour de l'architecture suivante:<sup>87</sup>

- Le premier tend à instituer une assurance maladie obligatoire de base (AMO) fondée sur les principes de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, des anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants. Elle repose donc sur des critères d'activité professionnelle.

- le second institue un régime d'assistance médicale (RAMED) fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie.

Parmi les autres mesures, figurent d'autres dispositions ayant pour objet:

- l'engagement de l'Etat à assurer gratuitement les prestations de santé préventive à l'ensemble des citoyens à titre individuel et collectif,

- l'offre de soins: l'Etat s'engage à organiser une offre de soins de qualité, répartie harmonieusement sur le territoire,

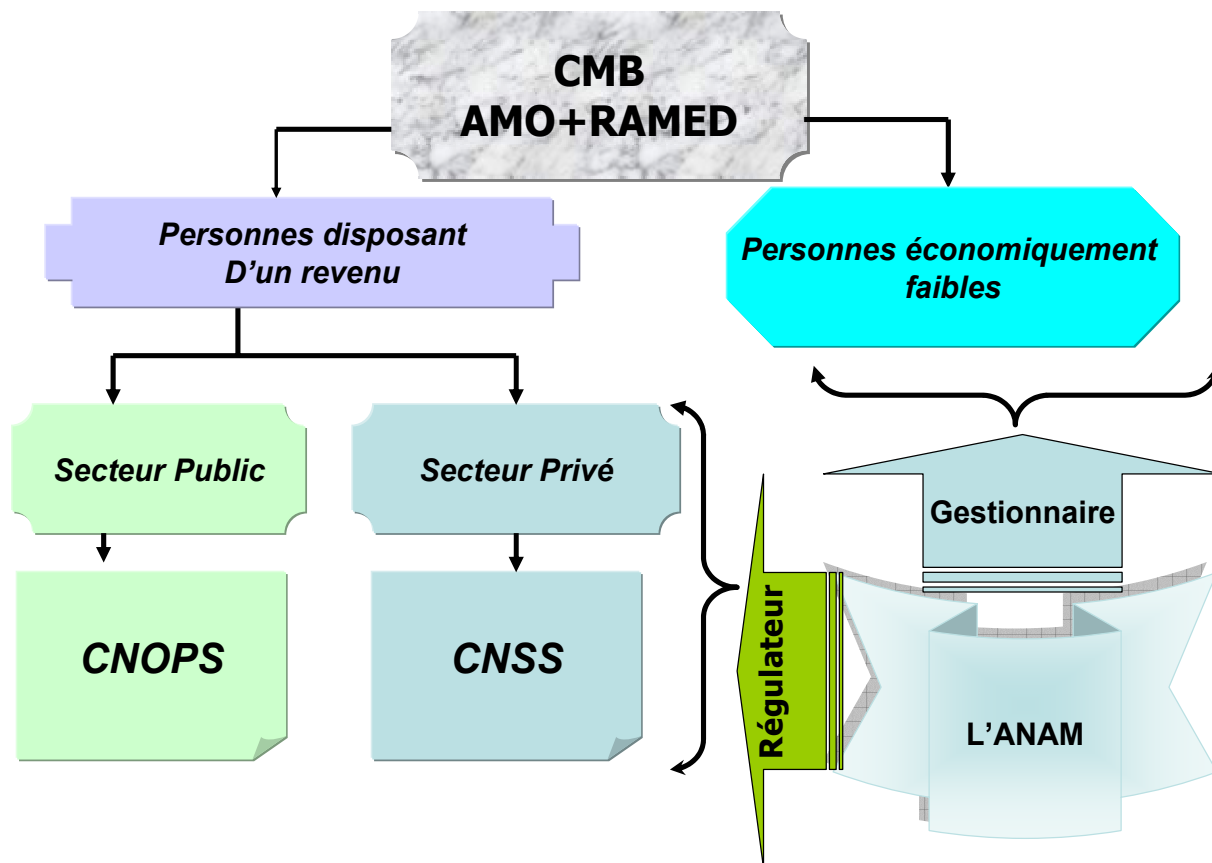
- La garantie de l'Etat à faire accéder aux soins, toutes les couches sociales de la population grâce à la prise en charge collective et solidaire des dépenses de santé,

- La consolidation des droits acquis par les citoyens bénéficiant d'une assurance maladie (ce qui met, logiquement les fonctionnaires et agents de l'Etat, à l'abri des modifications de la loi notamment en ce qui concerne les mutualités auxquelles ils adhèrent).

---

<sup>87</sup> *Dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.*

L'architecture globale du code de couverture de base, avec ces deux volets se présente comme suit :



*Figure 7 :L'architecture globale du code de couverture de base*

L'entrée en vigueur de la loi instituant l'assurance maladie obligatoire de base intervient à un moment où le coût de la santé absorbe 5% du PIB. (Il représente durant les années 2003-2004 l'équivalent de 19 milliards de DH environ)<sup>88</sup>. Ces dépenses connaîtront des augmentations importantes sous le poids des besoins exprimés par la société qui se

<sup>88</sup> Ministère de la Santé /DPRF/DPE/SES (2005), citée par M.D. ZINE-EDDINE EL IDRISSEI, La régulation des dépenses de soins dans le cadre de l'AMO, juin 2005

met en place, du vieillissement et de l'application du code portant couverture médicale de base obligatoire.

En effet, le système national de santé consacre plus de 37%<sup>89</sup> à l'achat de médicaments et biens médicaux; du reste, ce poste représente dans la consommation des prestations par les adhérents de la CNOPS plus de 32%<sup>90</sup>. Ce rapport et l'augmentation sans cesse croissante de ce poste ne sont pas entièrement adaptés aux besoins des patients. Deux facteurs pourraient expliquer ceux-ci: l'insuffisant développement des médicaments génériques et l'effet d'une prescription parfois mal adaptée. Les soins ambulatoires consomment plus de 31%<sup>43</sup> alors que les soins hospitaliers n'en prennent que 20%<sup>43</sup>, la part de la prévention et de la recherche est le parent pauvre de la santé, on y consacre 14DH<sup>43</sup> par habitant pour la première et 1%<sup>43</sup> pour la seconde.

La loi n° 65.00 en confiant à la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale pour le secteur public et à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale pour le secteur privé, (le texte de loi a reconnu ainsi le rôle historique que ces deux organismes ont joué dans le développement de la protection sociale) et enfin, à l'Agence Nationale d'assurance maladie obligatoire à qui revient le double rôle, celui de gérer le RAMED et de réguler la gestion de l' AMO.

Il est précisé, en outre, dans l'article 1er de la loi n° 65.00 que le régime du RAMED est fondé sur **le principe de la solidarité nationale** (donc à base fiscale) au profit de la population démunie et que l' AMO est fondée sur **le principe contributif** (cotisations) et sur celui de la mutualisation des risques.

---

<sup>89</sup> Abdellatif ZOUAQ, *l'Assurance maladie obligatoire maternité, 2005*

<sup>90</sup> Abdellatif ZOUAQ, *l'Assurance maladie obligatoire maternité, 2005*



## 1.2. L'ORGANISATION GENERALE :

L'AMO est appliquée selon les dispositions des articles 2 et 3 de la loi:

- aux fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes de droit public;
- aux personnes assujetties au régime de sécurité sociale dans le secteur privé;
- aux titulaires de pension des deux secteurs public et privé

L'assurance maladie s'applique aussi:<sup>91</sup>

- aux travailleurs indépendants, aux personnes exerçant une profession libérale et à toute autre personne exerçant une activité non salariée;
- aux anciens résistants et membres de l'armée de libération et aux étudiants de l'enseignement supérieur public et privé dans la mesure où ils n'en bénéficient pas en vertu de l'article 5 de la loi.

Outre l'assuré, l'assurance maladie obligatoire de base couvre les membres de sa famille qui sont à sa charge, à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même nature.

Sont considérés comme membres de la famille à charge:

- le (s) conjoint (s) de l'assuré;
- les enfants à la charge de l'assuré, âgés de 21 ans au plus, sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article ci-dessus;
- les enfants pris en charge conformément à la législation en vigueur.

Toutefois, cette limite d'âge est prorogée jusqu'à 26 ans pour les enfants non mariés poursuivant des études supérieures, à condition d'en apporter la justification.

---

<sup>91</sup> *Dahir n° 1-02-296 du 25 rejeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.*

L'article 5 de la loi prévoit la prise en charge sans limite d'âge, les enfants de l'assuré atteints d'un handicap physique ou mental et les enfants pris en charge et qui sont dans l'impossibilité totale, permanente et définitive de se livrer à une activité rémunérée.

La loi prévoit la possibilité pour l'assuré de faire inscrire ses parents au titre de l'AMO sous réserve qu'il prenne à sa charge les cotisations afférentes.

### **1.3. LES PRESTATIONS :**

A l'exception des soins préventifs qui sont désormais du domaine de l'AMO, alors, qu'auparavant ils relevaient du budget de la santé publique, les prestations énumérées à l'article 7 de la loi 65-00 sont identiques à celles garanties par la mutualité du secteur public dans ses statuts et son règlement intérieur.

Le panier de soins remboursé -PSR- comprend au terme de l'article 7 de la loi portant code de couverture médicale de base, les frais de dépenses de soins curatifs, préventifs et de réhabilitation requis par l'état de santé du bénéficiaire et afférents à l'ensemble des soins ambulatoires, tant en médecine générale qu'en médecine spécialisée dans le cadre des tarifs conventionnés ou d'autorité le cas échéant. Il comprend également l'ensemble des prestations d'hospitalisation tant dans le cadre des hôpitaux publics que des cliniques.

L'article 7 stipule que l'assurance Maladie obligatoire de base garantit pour les assurés et les membres de leur famille à charge, quel que soit le régime dont ils relèvent, la couverture des risques et frais de soins de santé inhérents à la maladie ou à l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

L'assurance maladie obligatoire de base donne droit, dans les conditions et selon les modalités fixées par les décrets d'application de la loi 65-00, au remboursement et éventuellement à la prise en charge directe des frais de soins curatifs et préventifs et de réhabilitation médicalement requis par l'état de santé du bénéficiaire et afférent aux prestations suivantes:

- soins préventifs et curatifs liés aux programmes prioritaires entrant dans le cadre de la politique sanitaire de l'Etat;
- actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites ;
- soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales y compris les actes de chirurgie réparatrice ;
- analyses de biologie médicale ;
- radiologie et imagerie médicale ;
- explorations fonctionnelles ;
- médicaments admis au remboursement ;
- poches de sang humain et dérivés sanguins ;
- dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux compte tenu de la nature de la maladie ou de l'accident et du type de dispositifs ou d'implants ;
- appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement;
- lunetterie médicale ;
- soins bucco-dentaires ;
- orthodontie pour les enfants ;
- actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- actes paramédicaux.

Pour ce qui est du remboursement des soins à l'étranger, il est admis sous réserve des conditions de l'art.13

#### **1.4. LES CONDITIONS ET MODALITES DE REMBOURSEMENT OU DE PRISE EN CHARGE:**

L'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire de base garantit le remboursement ou la prise en charge directe d'une partie des frais de soins, l'autre partie restant à la charge de l'assuré. L'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Toutefois, en cas de maladie grave ou invalidante nécessitant des soins de longue durée ou en cas de soins particulièrement onéreux, la part restant à la charge de l'assuré fait l'objet d'une exonération totale ou partielle.

#### **1.5. LE CONTROLE MEDICAL :**

Pour éviter tout dérapage ou acte frauduleux, le législateur stipule dans la loi 65-00 que les organismes gestionnaires sont tenus d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, de vérifier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

A cet effet, les organismes gestionnaires sont habilités à désigner des praticiens et des pharmaciens en vue d'assurer ledit contrôle.

Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent cumuler la fonction de soins et la fonction de contrôle pour le dossier objet du contrôle.

## **1.6. LE FINANCEMENT DE L'AMO :**

Les ressources des régimes d'assurance maladie obligatoire de base sont constituées par :

- les cotisations, majorations, astreintes et pénalités de retard dues en application des dispositions particulières qui régissent les organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire de base;
- les produits financiers;
- les dons et legs ;
- toutes autres ressources attribuées aux régimes d'assurance maladie obligatoire de base en vertu de la législation ou de réglementation particulière.

Les décrets d'application du code de couverture médicale de base ont précisé les taux de cotisation pour les assurés des deux secteurs privé et public ainsi que les cotisations patronales.

## **2. L'AMO GEREE PAR LA CNOPS**

La promulgation de la loi 65-00 et la publication de ses décrets d'application constituent le début d'un nouveau métier dévolu à la CNOPS. Du fait que notre client est un acteur important dans cette réforme, il a été jugé important de le présenter de manière exhaustive :

### **2.1. PRESENTATION DE LA CNOPS :**

#### **2.1.1. L'identité de La CNOPS :**

La CNOPS est une union de huit mutuelles du secteur public régie par le dahir n° 1-57-187 du 12 novembre 1963. Elle est placée sous la tutelle du Ministère de l'Emploi et du Ministère des Finances.

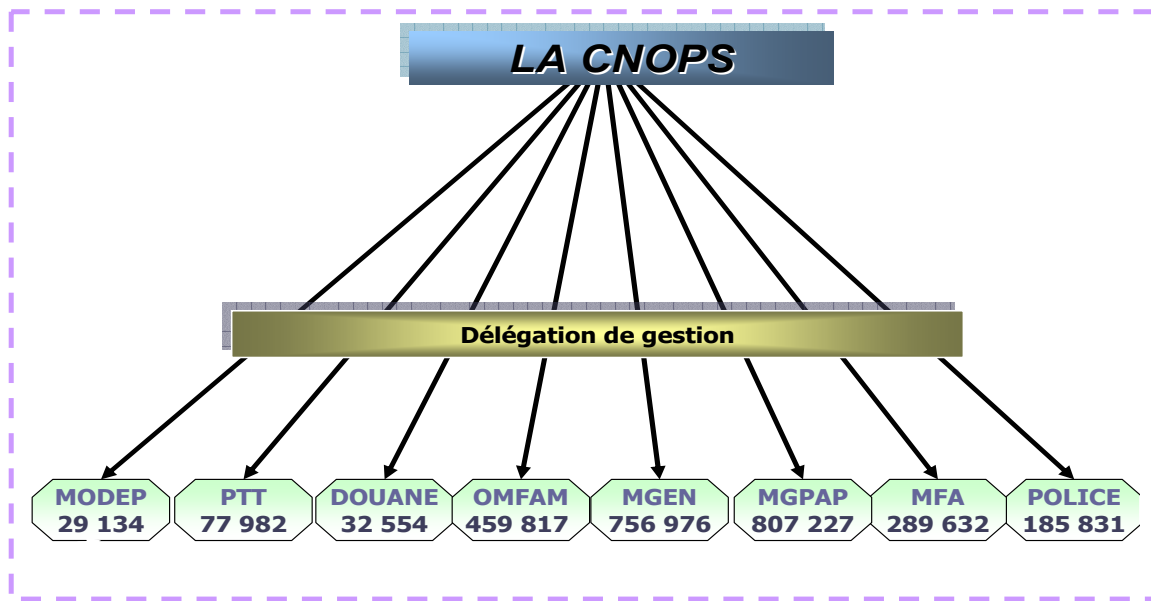
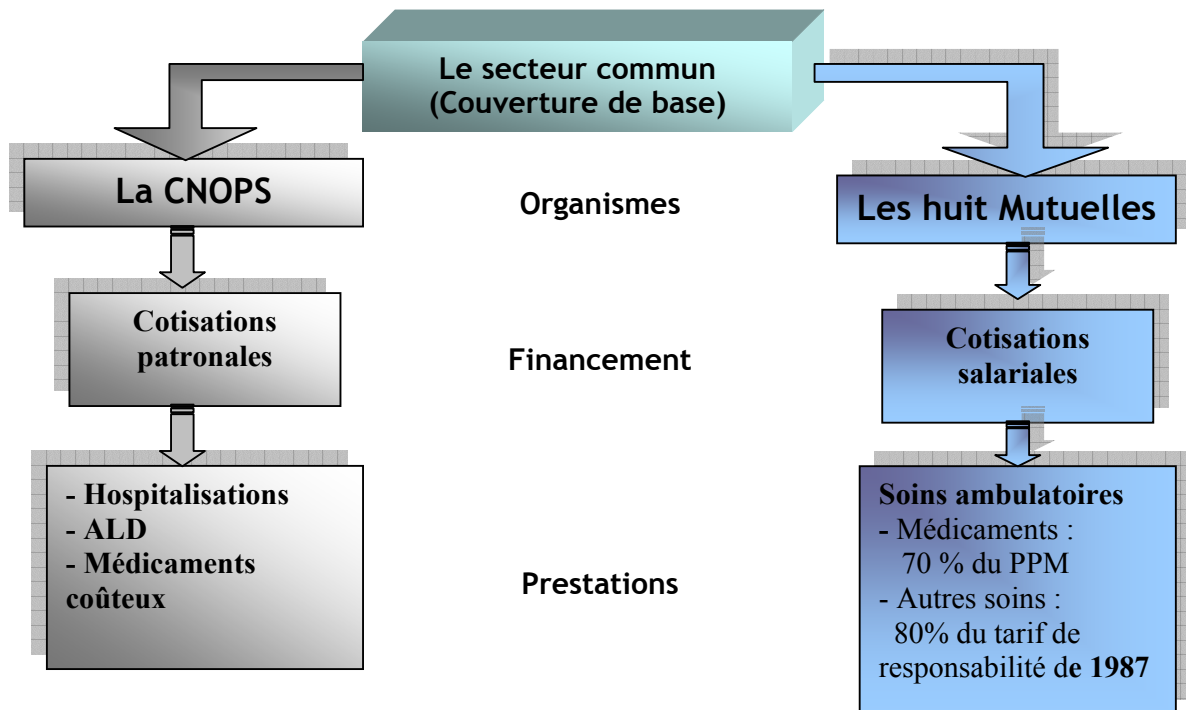


Figure 8 : les mutuelles fédérées à CNOPS<sup>92</sup>

### 2.1.2. La mission de la CNOPS :

Afin de pouvoir mettre en exergue sa nouvelle mission, il est important de rappeler d'abord les principales activités que la Caisse accomplissaient dans le cadre du « secteur commun » régie par le dahir n° 1-57-187 du 12 novembre 1963. Ainsi, la CNOPS prenait en charge les hospitalisations, les maladies lourdes (ALD) et les médicaments coûteux. Les mutuelles quant à elles, prenaient en charge les soins ambulatoires.

<sup>92</sup> Abdelaziz ADNANE, *Quelles adaptations pour gérer l'AMO*, 2005



*Figure 9 : Architecture du système mutualiste public géré par la CNOPS*

Les attributions de la CNOPS (art.3) des statuts approuvés par arrêtés conjoints des Ministères de l'Emploi et des Finances) comprenaient notamment:

- L'attribution du numéro d'immatriculation pour les nouveaux adhérents et émission des cartes d'adhésion ;
- L'élaboration du budget et la perception des cotisations patronales ;
- La liquidation des dossiers de prestations et l'établissement des feuilles de décompte (bordereaux, mandats.. .)
- Le contrôle financier, comptable et médical des sociétés mutualistes ;
- La constitution éventuelle d'un fonds de réserve.

Suite à la promulgation de la loi 65-00 portant code de couverture médicale de base en 2002, notamment l'article 73, et la publication de ses décrets d'application en Août 2005, la CNOPS s'est vue confiée la gestion de l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public et leurs ayants droit ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur public.

Cette nouvelle mission est régentée par la publication des décrets et arrêtés suivants :

- *Le Décret n° 2-05-735 fixant le taux de cotisation due à la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base ;*
- *Le Décret n° 2-05-736 fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base ;*
- *Le Décret n° 2-05-738 fixant les conditions d'affiliation et d'immatriculation au régime de l'assurance maladie obligatoire de base ;*
- *Le Décret n° 2-05-740 pris pour l'application des dispositions de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base relatif à l'organisation financière de l'assurance maladie obligatoire de base ;*
- *L'Arrêté du Ministère de la Santé n°2515-05 du 5 septembre 2005 fixant les prestations pouvant être prises en charge dans le cadre de l'hôpital du jour au titre de l'AMO ;*



- *L'Arrêté du Ministère de la Santé n°2518-05 du 5 septembre fixant la liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux ;*
- *L'Arrêté du Ministère des Finances et de la privatisation n° 2290-05 du 15 novembre relatif au états financiers et statistiques exigibles des organismes gestionnaires de l'AMO ;*
- *Arrêté du Ministère des Finances et de la privatisation n° 2291-05 du 15 novembre pour l'application des dispositions relatives à l'organisation financière de l'assurance maladie obligatoire ;*

Cet arsenal juridique vient reconfiguré le métier de la CNOPS qui est passé d'un statut de mutualiste à un assureur. Ainsi les changements induits par la loi 65-00 peuvent être inventoriés comme suit :

**a) Sur le plan institutionnel :**

■ Une canalisation des ressources par la centralisation de l'encaissement et du recouvrement des cotisations salariales et patronales au niveau de la CNOPS (article 82)<sup>93</sup>;

■ Une implication grandissante de l'Etat avec la création de l'ANAM en tant qu'instance de régulation du régime dont la mission consiste à assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système (article 57) ;

■ Un développement et un affermissement de la gouvernance de la CNOPS par le changement de la composition de son conseil d'administration en application du « Décret n°2-03-681». Ainsi, ce conseil est composé, pour moitié, des représentants de l'Etat dont le

---

<sup>93</sup> Les articles font référence à la loi 65-00

représentant de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (l'ANAM) et pour moitié, des représentants des sociétés mutualistes la composant ainsi que des représentants des centrales syndicales les plus représentatives. Quant au président du conseil d'administration, il est élu par et parmi les représentants des sociétés mutualistes précitées (article 84).

■ Consolidation et renforcement des attributions du Directeur de la CNOPS qui a été nommé par décret du premier Ministre. En effet, dans le cadre de ses fonctions, le directeur détient désormais tous les pouvoirs et attributions nécessaires à la gestion de la caisse (article 89) :

- Il exécute les décisions du conseil d'administration ;
- Il assure la gestion de l'ensemble des services de la caisse et coordonne leurs activités, sous la conduite du conseil d'administration ;
- Il représente la caisse devant les juridictions compétentes.
- Il peut recevoir délégation du conseil d'administration pour le règlement d'affaires déterminées ;
- Il assiste à titre consultatif aux réunions du conseil d'administration et à celles des commissions et comités issus du conseil.
- Il peut déléguer une partie de ses pouvoirs et attributions au personnel de l'administration de la caisse.

■ Une séparation de la fonction de producteur de soins de celle de gestionnaire du régime de l'AMO en application de l'article 44 qui interdit à un organisme gestionnaire du régime d'assurance maladie obligatoire de base de cumuler la gestion de l'assurance maladie avec la gestion d'établissements assurant des prestations de diagnostic, de

soins ou d'hospitalisation et/ou des établissements ayant pour objet la fourniture de médicaments, matériels, dispositifs et appareillages médicaux.

■ Une obligation d'adhésion de l'ensemble du personnel de l'Etat, des Collectivités Locales et des retraités.

**b) Sur le plan organisationnel :**

■ Formalisation par le biais de conventions des relations entre la CNOPS et les mutuelles qui seront chargées de gérer quelques attributions de l'AMO (article 83).

**c) Au niveau du système de contrôle :**

De par les textes de la loi 65-00 notamment les articles 52 à 56, la CNOPS est désormais soumise au:

- ▶ Contrôle financier de l'Etat ;
- ▶ Contrôle technique de l'Etat ;
- ▶ Et à un audit comptable et financier externe.

**d) Au niveau du système d'information :**

La CNOPS est tenue de :

- Mettre en place une gestion du risque ;
- Communiquer aux administrations concernées et à l'ANAM les documents statistiques et les informations relatives à la consommation médicale des assurés, aux opérations de gestion et de comptabilité ;
- utiliser un plan comptable spécifique et tenir une comptabilité séparée pour le régime AMO.

Désormais, la CNOPS est chargée en matière d'Assurance Maladie Obligatoire de Base et en application de l' Article 82 de la loi 65-00 de ce qui suit:

- instruire, en coordination avec les sociétés mutualistes la composant, les demandes d'affiliation des employeurs et d'immatriculation des personnes relevant de son ressort conformément aux modalités prévues au titre III du livre II de la présente loi;
- assurer le recouvrement des cotisations salariales et contributions patronales;
- rembourser ou prendre en charge directement les prestations garanties par la loi 65-00;
- conclure les conventions nationales avec les prestataires de soins dans les conditions fixées par la loi 65-00;
- établir les comptes relatifs à la gestion de l'assurance maladie obligatoire de base;
- assurer, en coordination avec les sociétés mutualistes concernées, le contrôle médical prévu aux articles 26 à 31 de la présente loi.

La CNOPS **délègue**, sous sa responsabilité, aux sociétés mutualistes la composant une partie ou la quasi-totalité des missions qui lui sont dévolues par la présente loi, dans les conditions fixées par une convention approuvée par le conseil d'administration, indiquant notamment la nature des prestations, les délais de remboursement, l'organisation administrative et financière, l'implantation territoriale, les frais de gestion, ainsi que les informations et les statistiques concernant les activités de la société mutualiste concernée.

Pour répondre à ces exigences, aussi bien la CNOPS que les mutuelles

doivent mettre en place une organisation et des outils de gestion adaptés.

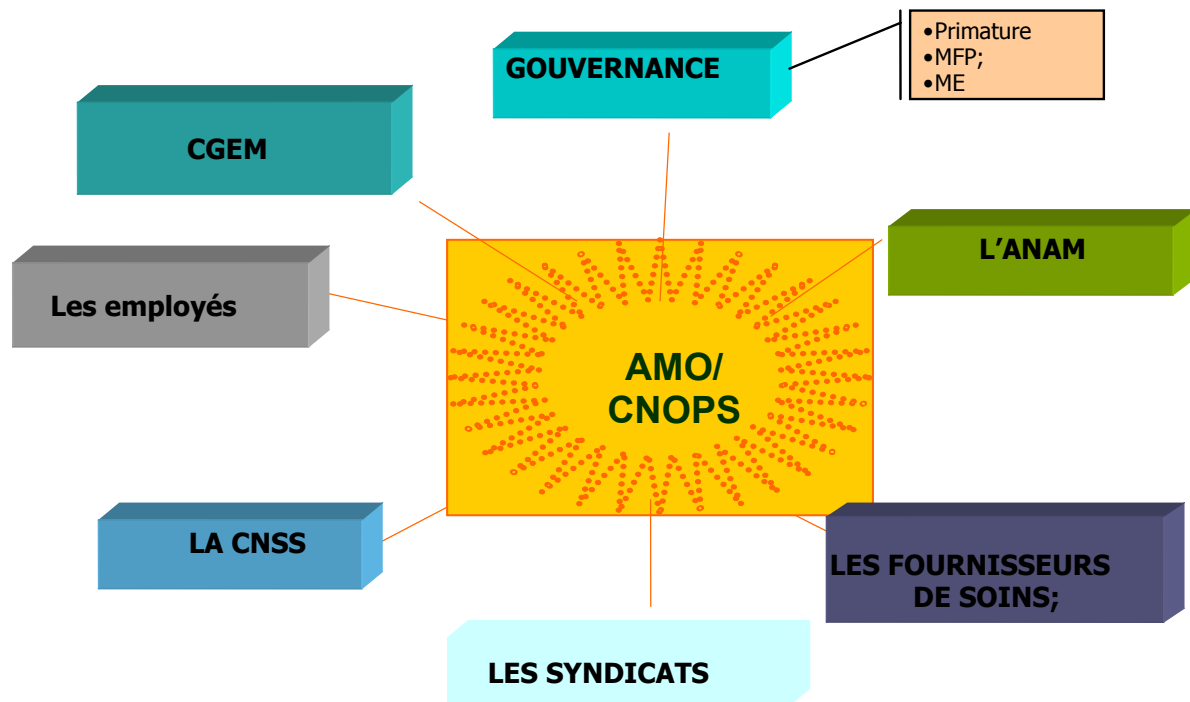
La coexistence des deux régimes « de base » et « complémentaire » impose donc une concertation et une coordination entre la CNOPS et les mutuelles ainsi qu'une uniformisation des procédures et des outils de gestion de manière à éviter les doubles emplois.

De ce fait, la mise en œuvre progressive de l'AMO doit obéir à un **partage des rôles adéquat** entre les mutuelles et la CNOPS, pour ce qui est de la gestion du secteur commun, sans toutefois bouleverser le schéma existant tout en permettant au secteur complémentaire de se développer.

Lesdites mutuelles peuvent toujours jouer un rôle capital dans le développement de la couverture complémentaire.

## **2.2. LES ACTEURS DE L'AMO GEREE PAR LA CNOPS :**

La présentation des acteurs concernés par le régime d'assurance maladie obligatoire gérée par la CNOPS est illustrée selon le schéma ci-après :



*Figure 10 : Acteurs intervenant dans le régime d'assurance maladie obligatoire*

### 2.2.1. LES ORGANISMES DE TUTELLE :

Les organismes étatiques de tutelle sont :

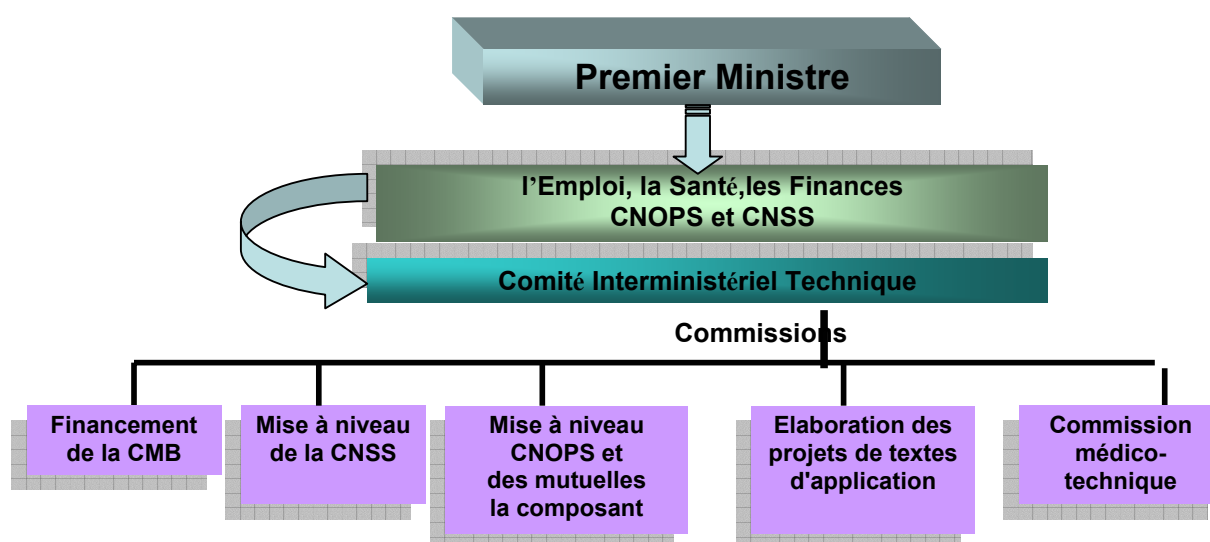
- La Primature ;
- Le Ministère de l'Emploi ;
- Le Ministère des finances et de la Privatisation ;
- Le Ministère de la Santé

Le Ministère de la santé comme tuteur de la couverture médicale de base assure aussi le rôle de fournisseur de soins pour les assurés de la CNOPS et met à la disposition de cet organisme les locaux servants à l'implantation des antennes aux niveaux des CHU.

Afin de permettre la mise en œuvre de l'AMO, un comité technique interministériel a été constitué sous la présidence du Premier Ministre.

De ce comité découla cinq commissions qui ont travaillé sur la restructuration des organismes gestionnaires, le financement de la couverture médicale de base, l'élaboration des textes d'application ainsi que les aspects médico-techniques.

La commission chargée de la mise à niveau de la CNOPS avait pour mission l'élaboration d'un plan d'action stratégique pour assurer et encadrer la transition vers la nouvelle gouvernance induite par la loi 65-00.



### 2.2.2. ORGANISME DE REGULATION : L'ANAM

L'organisme de régulation du régime de couverture médicale de base a été créé, sous la dénomination de l'Agence nationale de l'assurance maladie. C'est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. L'agence est soumise à la tutelle au contrôle financier de l'Etat, applicable aux établissements publics conformément à la législation en vigueur.

De par les tâches qui lui sont dévolues, l'ANAM est chargée de veiller au bon fonctionnement du système de l'AMO. L'ANAM a pour mission, dans ses relations avec la CNOPS, d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant.

A ce titre, elle est chargée de :

- s'assurer, en concertation avec l'administration, de l'adéquation entre le fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire et les objectifs de l'Etat en matière de santé;
- conduire, dans les conditions fixées par voie réglementaire, les négociations relatives à l'établissement des conventions nationales entre les organismes gestionnaires d'une part, les prestataires de soins et les fournisseurs de biens et de services médicaux d'autre part;
- proposer à l'administration les mesures nécessaires à la régulation du système d'assurance maladie obligatoire de base et, en particulier, les mécanismes appropriés pour la maîtrise de ses coûts et veiller à leur respect;
- émettre son avis sur les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à l'assurance maladie obligatoire de base dont elle est saisie par l'administration, ainsi que sur toutes autres questions relatives au même objet;
- veiller à l'équilibre global entre les ressources et les dépenses pour chaque régime d'assurance maladie obligatoire de base;



- apporter l'appui technique aux organismes gestionnaires pour la mise en place d'un dispositif permanent d'évaluation des soins dispensés aux bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de base dans les conditions et selon les formes édictées par l'administration;
- assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants dans l'assurance maladie;
- assurer la normalisation des outils de gestion et documents relatifs à l'assurance maladie obligatoire de base;
- tenir les informations statistiques consolidées de l'assurance maladie obligatoire de base sur la base des rapports annuels qui lui sont adressés par chacun des organismes gestionnaires;
- élaborer et diffuser annuellement un rapport global relatant les ressources, les dépenses et les données relatives à la consommation médicale des différents régimes d'assurance maladie obligatoire de base.

### **2.2.3. LES FOURNISSEURS DE SOINS :**

Les assurés de la CNOPS peuvent bénéficier de l'infrastructure médicale et paramédicale dans tout le territoire national. Les relations sont entretenues dans le cadre de conventions avec les fournisseurs ou les prestataires de soins. Ces derniers sont :

- Les établissements hospitaliers publics et privés ;
- Les fabricants de médicaments et les officines de pharmacies ;
- Les médecins privés.

### **Les établissements hospitaliers publics :**

La présentation du système de santé marocain illustre en long et en large la situation des établissements hospitaliers publics, caractérisée surtout par une répartition inégale sur le territoire nationale et une concentration dans l'axe Rabat-Casablanca.

L'évolution du nombre d'établissements de santé a fortement augmenté. Le ratio du nombre d'établissements par 10.000 habitants est passé de 0.58 en 1980 (1 pour 17.000 hab.) à 0.82 en 2003 (1 pour 12.200 hab.). Malgré ces efforts, près d'un quart de la population se trouve encore à plus de 10 km d'un établissement sanitaire.

### **Les établissements hospitaliers privés :**

Les cliniques privées sont actuellement au nombre de 182, dont 54 sont à Casablanca, 18 à Rabat, 14 à Marrakech, 10 à Fès, 9 à Agadir, 8 à Beni Mellal, 7 à Tanger et à Kénitra, 6 à El Jadida, 5 à Oujda, 3 à Nador et à Tétouan, 2 à Al Hoceima, Inézzane, Khénifra, Khouribga, Mohammadia, et 1 à Benslimane, Berkane, Berrechid, Kelaa Seraghna, Fkih Bensalah, Khémisset, Laayoun, Larach, Settat, Sidi Kacem, Sidi Slimane, Taroudant, Taza, Témara, et Tiflet. 40% environ des cliniques privées se concentrent dans les villes de Rabat et Casablanca.

### **Autres infrastructures hospitalières :**

Les mutuelles du secteur public ont 105 unités de production de soins et services se répartissant comme suit : 6 cliniques, 93 cabinets dentaires, un centre d'hémodialyse, un laboratoire d'analyses médicales, un centre de consultations, un centre optique, un centre de diagnostic (endoscopie, échographie, angiographie, radio-

panoramique...), un centre de rééducation psychopédagogique pour handicapés mentaux et une pharmacie.

La CNSS a 13 cliniques dont 5 à Casablanca et 1 à Agadir, El Jadida, Kénitra, Marrakech, Mohammadia, Oujda, Settat et Tanger.

Il y a aussi trois cliniques du Croissant Rouge marocain (Kénitra, Tanger, Tétouan), trois cliniques de l'OCP (Khouribga, Safi, Youssoufia) et trois cliniques de l'ONE toutes à Casablanca.

Il existe aussi des établissements de soins appartenant à des fondations (Fondation Sheikh Zayed).

La capacité litière totale des ces « autres structures » est estimée à près de 1000 lits.

Il faut signaler par ailleurs un laboratoire d'analyses médicales de la Gendarmerie Royale à Rabat, et la Ligue marocaine des maladies cardio-vasculaires qui occupe des locaux de l'hôpital universitaire Ibn Sina de Rabat et qui a en plus de ses activités d'explorations et de soins cardiologiques, un laboratoire d'analyses médicales ouvert au public.

### **Les médecins :**

Les médecins au Maroc sont organisés par l'Ordre national des médecins qui est régi par le dahir portant loi n° 1-84-44 du 17 jourmada II 1404 (21 mars 1984) modifié et complété par la loi n° 11-94 promulguée par le dahir n° 1-96-12 du 21 rabia I 1417 (7 août 1996). Certaines fonctions de l'Ordre des médecins sont précisées par la loi n° 10-94 relatives à l'exercice de la médecine.

L'Ordre valide, comme le précise la loi relative à l'exercice de la médecine, les contrats ou conventions liant un médecin à un organisme de droit public ou de droit privé, contrats qui ne sont valables que s'ils

sont revêtus du visa du président du Conseil national de l'Ordre qui s'assure de la conformité des clauses qu'ils comportent aux conditions requises.

### **Position du Syndicat national des Médecins du secteur libéral :<sup>94</sup>**

Suite à la publication de la loi 65-00, le syndicat national des Médecins du secteur libéral considère qu'il y a une Discrimination entre le secteur public et le secteur privé.

En effet, les taux de couverture qui seront pratiqués par la CNOPS sont fixés par le premier article du décret 2-05-736, à 80% de la Tarification nationale de référence pour les actes ambulatoires de médecine générale ou de spécialités médicales et chirurgicales, et 90% de la tarification nationale de référence pour les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales, mais ce taux est porté à 100% lorsque les prestations sont rendues dans les hôpitaux publics et les établissements publics de santé.

Ainsi, le syndicat se demande pourquoi le gouvernement a décrété des modes de prises en charge différentes pour des citoyens qui cotisent de la même façon, et surtout pourquoi on veut toujours pénaliser tout citoyen qui fait le choix d'être soigné chez les médecins exerçant dans le secteur libéral, tandis que la loi 65-00 dans son 1er article dit clairement : «les personnes assurées et les bénéficiaires doivent être couverts sans discrimination aucune due à l'âge, au sexe, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature de leur revenu, à leurs antécédents pathologiques ou à leurs zones de résidence», et l'article

---

<sup>94</sup> *Dr. Naciri Bennani Mohamed, Président du Syndicat national des Médecins du secteur libéral*

10 de ladite loi dit : «les taux de couverture et les conditions de remboursement par prestation ou groupes de prestations couvertes sont fixés par voie réglementaire, sans que ces taux de couverture soient inférieurs aux taux appliqués à la date d'entrée en vigueur de la présente loi».

Fidèle à son éthique, le Syndicat national des médecins du secteur Libéral est prêt à apporter sa contribution pour améliorer en terme de santé le service rendu à la population, sa qualité, son efficacité dans un souci d'optimisation des dépenses, et à participer à la construction d'un système de santé garantissant à tous les assurés sociaux l'accès à des soins de qualité dans le respect, du droit du malade de choisir son médecin traitant et de la liberté de prescription du médecin.

Les médecins du secteur libéral se disent conscients des difficultés économiques de notre pays et c'est la raison pour laquelle il faut œuvrer pour la maîtrise médicalisée et concertée des dépenses dans le maintien de la qualité et sans restriction des soins, et à ce niveau, le syndicat propose d'introduire la notion du médecin de famille dans le système de santé marocain, et promouvoir la médecine générale qui est une médecine de l'homme considéré dans sa globalité.

#### **Le Conseil de l'Ordre des pharmaciens :**

Il est régi par le dahir portant loi n°1-75-453 du 25 hija 1396 (17 décembre 1976) qui a abrogé et remplacé les dispositions antérieures sur l'organisation de la profession.

Il groupe obligatoirement tous les pharmaciens autorisés à exercer à titre privé, au Maroc dans les conditions prévues par la législation réglementaire l'exercice de la profession soit comme pharmaciens

d'officine, soit comme pharmaciens propriétaires, administrateurs responsables, gérants d'établissements, dépôts, entrepôts, affectés à la fabrication, à la détention, à la vente en gros aux officines de détail de produits, compositions ou préparations, spécialisées ou non, pour l'usage de la médecine humaine ou vétérinaire on encore comme directeurs techniques ou commerciaux dans ces établissements ou comme pharmaciens assistants, soit comme pharmaciens biologistes.

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des deux conseils régionaux des pharmaciens d'officine, l'un pour le nord du Maroc, l'autre pour le sud, un conseil des pharmaciens fabricants et répartiteurs, un conseil des pharmaciens biologistes et un Conseil national de l'ordre. En dehors de ce dernier, les membres des conseils sont élus par les pharmaciens inscrits au tableau de l'Ordre dans la catégorie qu'ils représentent. Chaque conseil élit en son sein un président, un vice-président, un secrétaire, un secrétaire adjoint, un trésorier et deux assesseurs. Le conseil national de l'Ordre des pharmaciens est composé des présidents, vice-présidents et secrétaires des autres conseils. Le conseil national élit en son sein un président, un vice-président, un secrétaire général et un trésorier.

### **Position du COPFR<sup>95</sup> sur la mise en oeuvre de la loi 65-00 Portant code de la Couverture Médicale de base**

Le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, en tant qu'organe officiel représentatif de la profession, a participé aux travaux de la commission mixte chargée de réfléchir sur le remboursement des médicaments dans le cadre de la mise en oeuvre de l'Assurance Maladie Obligatoire.

---

<sup>95</sup> *COPFR : Conseil de l'Ordre des Pharmaciens et Fabricants répartiteurs*

Cette commission, composée des représentants de la CNOPS, la CNSS, la Fédération Nationale des Pharmaciens d'Officine, l'AMIP <sup>96</sup> et le COPFR, a tenu plusieurs réunions de travail qui ont été l'occasion de débats et d'échanges fructueux.

A titre indicatif, le tissu industriel pharmaceutique repose sur un réseau de distribution développé avec plus de 40 grossistes répartiteurs et près de 7000<sup>97</sup> Pharmacies, permet de mettre le médicament à la disposition de l'ensemble des citoyens sur l'ensemble du territoire national.

Le COPFR est convaincu que la levée des obstacles d'ordre économique, ouvrira l'accès aux soins à un plus grand nombre des citoyens. Le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens salue l'avènement de cette couverture médicale de base, véritable progrès social qui permettra de combler les insuffisances du système de santé existant au Maroc.

Dans le cadre des dispositions de la loi, notamment des articles 7,8, et 12, la commission a été chargée de proposer :

- Une démarche favorisant l'accessibilité financière au médicament pour le bénéficiaire et réservant une place particulière pour le générique
- Une liste des médicaments non remboursables
- Une liste des médicaments admis au remboursement
- Une liste des médicaments essentiels
- Une liste des médicaments coûteux liés à des pathologies chroniques pouvant faire l'objet d'une exonération totale ou partielle de la part restant à la charge du bénéficiaire.

---

<sup>96</sup> AMIP : Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique

<sup>97</sup> Les chiffres issus du site [www.pharmacies.ma](http://www.pharmacies.ma)

Dans cette optique et afin de ne pas proposer de listes statiques dont la durée de validité serait liée aux lancement et retrait des produits pharmaceutiques, le Conseil de l'Ordre s'est proposé de travailler sur la définition des règles et critères d'admission ou d'exclusion des listes de médicaments remboursables.

#### **2.2.4. LES CENTRALES SYNDICALES :**

Les centrales syndicales qui ont été associées aux négociations avec le gouvernement concernant la loi 65-00 sont au nombre de cinq. Elles ont été aussi signataires de la charte de mise en œuvre de la couverture médicale de base.<sup>98</sup> Trois parmi ces centrales syndicales peuvent représenter les assurés au niveau du Conseil d'Administration de la CNOPS.

Les cinq centrales syndicales peuvent être énumérés comme suit :

- l'Union Marocaine du Travail ;
- L'Union Générale des Travailleurs Marocains ;
- La Confédération Démocratique du Travail ;
- La Fédération Démocratiques du Travail ;
- L'Union Nationale des Travailleurs du Maroc

#### **2.2.5. LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE (CNSS)**

La CNSS, organisme gestionnaire de l'AMO pour le secteur privé, peut être partenaire de la CNOPS comme elle peut être son concurrent.

La CNSS est instituée par le dahir portant loi n° 1-72-184 du 15joudada II 1392 (27 juillet 1972), pour les personnes assujetties au régime de

---

<sup>98</sup> *Signature de la charte de mise en œuvre du code de couverture médicale de base, le 4 janvier 2005 sous la présidence de Sa Majesté le Roi Mohammed VI*



sécurité sociale et leurs ayants droit ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur privé.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale est un organisme public doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Elle gère depuis 1961 le régime de sécurité sociale institué par le dahir n° 1-59-148 du 31 décembre 1959. Ce régime couvre les salariés de l'industrie, du commerce et des professions libérales ainsi que ceux de l'agriculture et de l'artisanat et de la pêche. Il assure à ces salariés une protection contre les risques de suppression de revenu en cas de maladie, de maternité, d'invalidité ou de vieillesse. Il leur sert aussi des allocations familiales et fait bénéficier leurs ayants droit d'une pension de survivants et d'une allocation au décès.

Le nouveau rôle imputé à la CNSS en tant qu'organisme gestionnaire de l'AMO pour le secteur privé le mettra devant un défi qui ne peut être atteint que si cet organisme prend les choses en main et commence dès maintenant une panoplie de réformes sur tous les plans afin de pouvoir gagner le pari.

Le mode de gouvernance de l'AMO par la CNSS suppose la création d'une nouvelle entité dotée de moyens nécessaires pour pouvoir gérer d'une manière autonome, et indépendamment des autres missions de la CNSS, le projet d'assurance maladie obligatoire tel que régi par la loi 65-00.

A cet effet, la CNSS a entamé des changements concernant l'organisation, la structure et le système d'information, etc.

Ainsi, la CNSS a créé une nouvelle direction dédiée à l'AMO au sein du pôle métiers, constituée de quatre divisions, avec un chef de mission. Il s'agit de divisions de prestations santé, réclamations et recours,

contrôle médical, études et contrôle. De même, elle a mis à niveau des espaces «accueil» dans ses agences et a aménagé ou ouvert de nouvelles unités, 17 au total.

Désormais, l'organisation de la CNSS se présente comme suit :

- Une structure de pilotage, rattachée directement à la Direction Générale, composée de l'Inspection générale des services, de la Direction de la Stratégie et de la Direction de l'audit, du contrôle de gestion et de l'organisation;
- Un Pôle Métier qui regroupe quatre directions à savoir la Direction des Affiliés, la Direction des Assurés, la Direction Inspection et Contrôle et la Direction de l'AMO;
- Un Pôle recouvrement ;
- Un Pôle Ressources regroupant toutes les directions supports: Moyens Généraux, Ressources Humaines, Finances et comptabilité et Système d'Information;
- Un Pôle unités médicales ;
- Un réseau de 09 Directions Régionales gérant 56 Agences dont la Direction Régionale du Grand Casablanca est assimilée à un Pôle.

Concernant les ressources humaines, la CNSS a créé 150 nouveaux postes dédiés à l'AMO, et un plan de formation a été mis en place concernant plusieurs modules : procédures, contrôle médical, saisie et validation des demandes de prestations, contrôle interne tableaux de bord, gestion des réclamations.

Les préparatifs de la CNSS pour s'acquitter de sa tâche en tant qu'organisme gestionnaire de l'assurance-maladie obligatoire ont porté également sur le système d'information. Ainsi, la CNSS a procédé à la refonte du système des déclarations des salaires permettant des prises

en charge des déclarations des salariés et à la mise en place d'un programme d'information financier et comptable pour affecter une référence structurée par rapport à chaque flux financier.

Une solution informatique dédiée à l'AMO a été mise en place, avec l'acquisition d'un nouveau progiciel « ESQUIF » permettant la gestion des référentiels des prestations, des professionnels de santé, du référentiel pathologies : ALD (affections de longue durée), ALC (affections longues et coûteuses), maternité...

## CONCLUSION

Le système de santé marocain a connu depuis l'indépendance 3 grandes périodes de développement :

- Une première période consacrée à la mise en place des infrastructures de base, la rationalisation des ressources et la lutte contre les épidémies ;
- Une deuxième période relative au développement de l'offre et des programmes sanitaires ;
- Une troisième période caractérisée par l'ouverture du débat sur la réforme de santé et la quête du changement.

La réforme du système de santé au Maroc devient une nécessité et non pas un choix<sup>99</sup>. Pour cela, il devient impératif d'instaurer de nouvelles bases pour une meilleure gouvernance et de mobiliser un financement suffisant et équitable, sans pour autant abandonner les acquis réalisés, notamment en ce qui concerne le renforcement de la couverture médicale pour assurer une meilleure accessibilité aux soins, l'adoption

---

<sup>99</sup> 50 ANS DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN et PERSPECTIVES 2025, *Système de Santé et Qualité de Vie*,

de la prévention comme instrument efficient d'amélioration du niveau de santé du citoyen.

La gestion de l'AMO pour le secteur public, première étape de la couverture médicale de base et qui est considérée comme levier de réforme du système de soins national, a été confiée à la CNOPS. Cette fédération de huit mutuelles se trouve aujourd'hui face au défi de réussir la mise en œuvre de l'AMO en dépit de tous les changements du nouvel environnement juridique, économique et social.

### CHAPITRE 3 : REPERAGE : COMMENT L'ASSURANCE MALADIE EST-ELLE GEREE DANS D'AUTRES PAYS ?

Ce chapitre permet de faire un benchmarking inspiré de quelques expériences menées au niveau maghrébin en l'occurrence la Tunisie et autres pays européens à savoir la France et l'Allemagne.

Le choix de la Tunisie est pertinent par le fait qu'il s'agit d'un pays dans le système ressemble en grande partie aux dispositions prises dans le code de couverture médicale de base au Maroc.

Le choix de la France trouve ses raisons dans le fait que les textes juridiques marocains sont inspirés en général des ceux français et à travers les différentes réformes menées depuis l'instauration du système maladie nous pouvons en tirer les enseignements et les mesures à prendre pour pérenniser le système d'assurance maladie.

Quant à l'Allemagne, elle a été le pays qui a instauré le système bismarckien obligatoire en 1883 et qui s'est investi dans la sauvegarde et la pérennisation de son système d'assurance maladie.

#### SECTION 1 : L'ASSURANCE MALADIE EN TUNISIE<sup>100</sup> :

Le système de protection sanitaire en Tunisie, de par les différentes performances qu'il a enregistré ces dernières années, a été classé parmi les premiers pays en voie de développement en matière de santé. En effet de nombreux indicateurs peuvent attester ces performances parmi lesquels il y a lieu de citer :

---

<sup>100</sup> *SAYED BLEL (Conseiller des Services Publics Directeur Général de la Sécurité Sociale Ministère des Affaires Sociales), 30ème Congrès Médical Maghrébin Rapport de la Société Tunisienne des Sciences Médicales.*

- Le relèvement de l'espérance de vie à la naissance à 72,4 ans en 1999 contre 68 ans en 1987.
- La réduction du taux de mortalité infantile de 51,4 pour mille en 1984 à 24,7 pour mille en 1998.

Ces résultats ont pu être obtenus grâce aux efforts déployés par toutes les parties intervenantes et aussi par un relèvement continu des dépenses globales de santé avec une augmentation annuelle moyenne de 11,8%.

Ces dépenses sont réparties entre les différents intervenants comme indiqué au tableau ci dessous.

Ménages	47.8%
État	31.7%
Caisses de Sécurité Sociale	19.4%
Médecine d'entreprise et de travail	1.1%

**Tableau 4 : Financement des dépenses totales de santé (1999)**

Il ressort de ce qui précède que **les ménages** supportent la part la plus importante dans les dépenses globales de santé mais moins que les ménages au Maroc.

S'agissant des dépenses des caisses de sécurité sociale en matière de santé, celles-ci ont enregistré une évolution très importante puisqu'elles sont passées de 48,6 MTND en 1987 à 266,9 MTND en 1999 soit une augmentation annuelle moyenne de 15,3%. Ces dépenses représentent 19,4% des dépenses totales de santé en 1999 contre 13,5% en 1987.

Dans un souci d'équité et de rentabilité du système, les pouvoirs publics ont engagé deux réformes importantes. La première concerne la

modernisation des structures sanitaires publiques et a déjà commencé depuis 1992. La deuxième est inhérente aux régimes d'assurance maladie dans le but de surmonter les insuffisances engendrées par les régimes actuels et d'instaurer un nouveau régime plus cohérent et plus équitable. C'est dire que la réforme du régime d'assurance maladie passe inéluctablement par la modernisation du secteur de la santé.

### **1- La situation actuelle des régimes d'assurance maladie :**

La couverture contre le risque maladie est caractérisée par la diversité des régimes et la multiplicité des structures. En effet, en sus des régimes légaux gérés par le Ministère de la Santé Publique et les Caisses de Sécurité Sociale, des régimes conventionnels se sont développés au fil des années en vue de pallier les insuffisances des régimes de base. Ces régimes sont gérés par les assurances groupe et les mutuelles.

Le développement de ces régimes s'est effectué dans la plupart des cas sans aucune harmonie entre les différents organismes gestionnaires, ce qui a rendu le coût de l'assurance maladie assez élevé et difficilement maîtrisable.

#### **1-1- Les régimes légaux :**

Ces régimes ont été institués à des époques différentes selon les secteurs : en 1951 pour le secteur public et en 1961 pour le secteur privé. Ils sont gérés par la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS) pour les assurés sociaux relevant du secteur public (soit près de 671 000 assurés en 1999) et par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les assurés sociaux relevant du secteur privé (soit près de 1 700 000 assurés en 1999).

Le Ministère de la Santé Publique gère un régime pour les indigents et les non assurés sociaux (analogue au RAMED au Maroc). De même, certains départements gèrent des régimes pour leurs agents, il s'agit notamment du Ministère de la Défense Nationale pour les militaires et du Ministère de l'Intérieur pour les agents de force de sécurité intérieure (cas de la Mutuelle des FAR).

### **1-1-1- Les régimes d'assurance maladie dans le secteur public (CNRPS)**

Le texte de base régissant la couverture maladie dans le secteur public est le décret du 12 avril 1951 qui a institué un régime obligatoire permettant le remboursement en cas de longue maladie ou opération chirurgicale. Ce régime est financé par une cotisation de 2% répartie à raison de 1% à la charge de l'affilié et 1% à la charge de l'employeur. Ce régime a connu une amélioration en 1972 (loi n° 72-2 du 15/2/1972) par l'institution d'une possibilité de choix, pour la même contribution, entre le système de remboursement pour longue maladie ou opération chirurgicale sur la base de la tarification officielle et le système de l'octroi direct des soins pour toutes les maladies dans les formations sanitaires et hospitalières publiques. Le choix de l'une option est exclusif de l'autre.

Le système de couverture a été aussi complété par un régime facultatif, qui garantit, en contrepartie d'une cotisation supplémentaire de 3% à la charge de l'affilié uniquement, le remboursement des frais de soins en cas de maladie courante. Ce remboursement est plafonné à 100 Dinars par an et par affilié, majoré de 40 Dinars pour chacun des enfants à charge.



Toutefois, malgré ces différentes améliorations, le régime de l'assurance maladie dans le secteur public n'a pas donné une grande satisfaction à cause des insuffisances qu'il a comportées aussi bien au niveau du **régime obligatoire de base**, qu'au niveau du **régime facultatif** notamment en ce qui concerne le plafonnement du montant de remboursement

Face à cette situation, le décret n° 88-186 du 6 février 1988 est intervenu pour modifier le régime de l'assurance maladie dans le secteur public afin de le rendre plus attractif. L'innovation apportée par ce texte concerne essentiellement le régime facultatif, qui désormais va couvrir les prestations en vigueur prévues par le régime obligatoire et celles du régime facultatif c'est à dire les longues maladies, les opérations chirurgicales et les maladies courantes.

Au niveau du financement, une contribution supplémentaire de 1,5% à la charge de l'employeur a été instituée. Ainsi le taux global des cotisations, pour assurés en activité, est réparti comme suit :

- 4% à la charge de l'assuré (1% au titre du régime obligatoire et 3% au titre du régime facultatif).
- 2,5% à la charge de l'employeur (1% au titre du régime obligatoire et 1,5% au titre du régime facultatif).
- Pour les pensionnés, le taux est de 3% (1% au titre du régime obligatoire et 2% au titre du régime facultatif).

### **1-1-2- Le régime d'assurance maladie dans le secteur privé (CNSS)**

Ce régime concerne les assurés sociaux suivants :

- les salariés du secteur agricole et non agricole ;
- les travailleurs non salariés agricoles et non agricoles ;

- les travailleurs tunisiens à l'étranger ;
- les étudiants.

Ce régime permet uniquement l'accès aux structures sanitaires publiques et aux 6 polycliniques de la CNSS. En effet, contrairement aux assurés sociaux relevant de la CNRPS, les assurés sociaux de la CNSS ne disposent que du seul régime de carnet de soins.

### **1-1-3- Prestations supplémentaires :**

Pour améliorer les prestations au profit de leurs assurés sociaux, notamment pour les soins lourds, les caisses de sécurité sociale ont conclu des conventions avec le Ministère de la Santé Publique et certaines institutions médicales privées permettant la prise en charge de certaines maladies qui nécessitent des soins hautement spécialisés et ce sur la base de la formule de prise en charge au cas.

Cette situation concerne les disciplines suivantes :

- Les interventions cardio-vasculaires.
- Les transplantations d'organes (cœur, rein, moelle osseuse...)
- Les actes de lithotripsie
- L'hémodialyse
- Les actes de tomodensitométrie (Scanner)
- L'imagerie par résonance magnétique

La prise en charge de ces actes dont l'objectif est de réduire les cas de soins à l'étranger est subordonnée à l'accord préalable du contrôle médical ou de la commission médicale relevant de chaque caisse.

En sus de ces prestations, les caisses de sécurité sociale prennent en charge, sous certaines conditions, d'autres prestations dans le cadre de

l'action sanitaire : cures thermales, soins à l'étranger, appareillage orthopédique et médicaments spécifiques.

### **1-2- Les régimes conventionnels :**

Devant les insuffisances et les lacunes apparues au niveau des régimes légaux de base, plusieurs employeurs ont été contraints à contracter une assurance complémentaire auprès des assurances groupe et des mutuelles pour couvrir leur personnel contre la maladie.

#### **1-2-1- Les contrats d'assurance groupe :**

Il s'agit des contrats conclus par des employeurs auprès des compagnies d'assurance pour couvrir essentiellement le risque maladie-maternité. Ils couvrent près de 200.000 travailleurs. Le taux de cotisation varie en fonction des contrats entre 6% et 15%. Ce taux est réparti, entre l'employeur et le salarié, selon les cas entre 2/3 et 4/5 à la charge de l'employeur et entre 1/3 et 1/5 à la charge du salarié.

L'octroi des prestations se fait selon le système de remboursement. Quant aux taux de remboursement et les plafonds, ils varient selon les contrats.

#### **1-2-2- Les mutuelles :**

Les mutuelles, régies par le décret du 18 février 1954, assurent une couverture analogue à celle des contrats d'assurance groupe mais dans le cadre d'association à but non lucratif. Une cinquantaine de mutuelles couvrent près de 130.000 adhérents. Les taux de cotisation varient entre 1% et 7%.

## **2 - Les caractéristiques du système actuel de l'assurance maladie**

L'assurance maladie est gérée par des structures différentes et par des législations différentes sans aucune coordination ni harmonisation. Certes les caisses de sécurité sociale sont les principaux organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie. Mais compte tenu de la défaillance de ces régimes, plusieurs employeurs ont souscrit, au profit de leurs personnels, une assurance groupe complémentaire. D'un autre côté, pour le personnel de l'Etat et des collectivités publiques locales, se sont créées plusieurs mutuelles (mutuelles des fonctionnaires de l'Etat, mutuelle de la Santé Publique, de l'Enseignement, des magistrats, des P.T.T etc.) qui assurent à leurs adhérents une couverture supplémentaire moyennant une cotisation variable d'une institution à l'autre. Le fractionnement du système de l'assurance maladie est accentué aussi par l'existence de régimes de prévoyance propres à certaines entreprises ou départements, tels que la Société Nationale de Transport, la Société Tunisienne d'Electricité et de Gaz et la Société Nationale des Chemins de Fer Tunisiens.

### **SECTION 2 : L'ASSURANCE MALADIE EN FRANCE :**

Le système de santé français est universel et accessible à tous les citoyens. Il comprend un régime général d'assurance composé de différentes caisses d'assurance-maladie auxquelles s'ajoutent des caisses d'assurance complémentaires. Du côté de l'offre de soins, les responsables privés et publics coexistent et les modes de rémunération sont variés. Le financement se fait à partir des cotisations obligatoires versées par tous les citoyens aux caisses d'assurance-maladie. S'ajoutent à cette assurance obligatoire, les assurances facultatives qui sont contractées auprès des mutuelles ou des compagnies d'assurance

privées pour couvrir les frais complémentaires qui ne sont pas inclus dans l'assurance-maladie obligatoire.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 qui crée la sécurité sociale a confié l'assurance maladie aux partenaires sociaux sous la tutelle de l'Etat. La couverture maladie était alors principalement un «salaire différé » financé par des cotisations sociales, le contrat de travail garantissant le maintien d'une partie du salaire en cas de maladie. Les ordonnances de 1967 établissent une stricte parité dans la gestion de la sécurité sociale et confient aux partenaires sociaux gestionnaires la responsabilité de veiller à son équilibre.

L'extension progressive de la couverture maladie vers son universalisation et le poids croissant des prestations de soins dans la richesse de la France ont indiscutablement fait évoluer les missions traditionnelles de l'assurance maladie. Ces évolutions se sont traduites par une intervention croissante du parlement dans la fixation des principaux objectifs de la politique de santé et des grands équilibres économiques des régimes sociaux.

Quatre grandes raisons font qu'il existe une augmentation tendancielle de la part des dépenses de santé dans le PIB : l'augmentation de l'offre de soins, le vieillissement de la population, le progrès médical, et l'augmentation de la demande de soins liée à l'accroissement des revenus.

Les dépenses de santé sont prises en charge par trois grandes catégories d'acteurs, dont la répartition des interventions varie selon les secteurs : les régimes obligatoires d'assurance-maladie, les organismes d'assurance-maladie complémentaire et les ménages.

## 1. Régimes obligatoires et régimes complémentaires

En dehors des ménages, les acteurs qui interviennent dans la prise en charge des dépenses de santé sont de taille et de nature bien différentes.

- **Les régimes obligatoires** répondent aux principes fondateurs de la Sécurité sociale française, tels qu'ils ont été définis par l'ordonnance du 4 octobre 1945 : ils sont les garants de la solidarité nationale en matière de risque maladie. C'est d'ailleurs ce principe de **solidarité**, consacré par l'obligation d'adhésion, qui justifie leur monopole sur le champ qu'ils couvrent.

Le nombre de régimes obligatoires d'assurance maladie est relativement important, compte tenu des régimes spéciaux, mais trois régimes, au premier rang le régime général (**46 millions** de bénéficiaires, CMU comprise), auquel il convient d'ajouter les régimes agricoles (**4,1 millions**) et le régime des non salariés non agricoles, CANAM, (**2,9 millions**) couvrent l'essentiel de la population (plus de 95 %).

### **Les Caisses d'assurance-maladie :**

Les caisses d'assurance-maladie sont des organismes publics autonomes chargés par l'État d'assurer le fonctionnement du régime national d'assurance obligatoire.

Il existe différentes caisses (agriculteurs, travailleurs indépendants et travailleurs salariés). La cotisation est fonction du revenu et est payée conjointement par l'employeur pour qui la cotisation représente 12 % du salaire de l'employé alors que ce dernier cotise pour l'équivalent de 6,8 %. Les travailleurs indépendants, quant à eux, versent la totalité de

la cotisation calculée en fonction de leur revenu alors que les retraités versent 1 % de leur revenu de retraite.

Cette assurance, gérée par les caisses d'assurance-maladie, couvre la plupart des soins et rembourse directement aux intervenants la plus grande partie des frais hospitaliers. L'utilisateur doit participer aux dépenses par le biais d'un ticket modérateur et payer pour tous dépassements d'honoraires par les médecins. De là, la nécessité pour l'utilisateur de se munir d'assurances complémentaires auprès de compagnies privées ou de mutuelles à but non lucratif.

L'assurance universelle couvre environ **70 % des dépenses totales de santé**, ce qui laisse 30 % des dépenses à la charge des assurances complémentaires, de l'État et des individus.

- **Les régimes complémentaires** sont eux beaucoup plus nombreux et d'une nature fondamentalement différente. En 2002, on comptait quelques 1500 opérateurs, de droit privé, répartis entre environ 1300 mutuelles, régies par le code de la mutualité, 51 institutions de prévoyance et 118 entreprises d'assurance régies par le code des assurances (sociétés anonymes ou société d'assurance mutuelle). Les cotisations perçues au titre de l'activité d'assurance santé s'élevaient à près de 18,9 milliards d'euros en 2002, 11,3 pour les mutuelles, 4,0 pour les sociétés d'assurance et 3,6 pour les IP (les Institutions de Prévoyance).

Mais les vingt premiers acteurs de l'assurance maladie complémentaire, qui recouvraient tous plus de 160 millions d'euros de cotisations en 2002, représentent à eux seuls 32 % des cotisations perçues (6,2 Mds d'euros) : huit sont des mutuelles, sept des IP et cinq des entreprises d'assurance.

En application des directives européennes, ces organismes sont aujourd'hui tous soumis aux mêmes règles de concurrence. Le marché de l'assurance maladie complémentaire est extrêmement concurrentiel, et le mouvement de concentration déjà engagé devrait s'accélérer.

## 2. Répartition des prises en charge

Les régimes d'assurance maladie obligatoire prennent en charge un peu plus des trois-quarts des dépenses de santé, l'Etat et les collectivités locales 1%, les organismes de couverture complémentaire 12 %, le reste (11%) relevant de la prise en charge directe par **les ménages**. Pour les organismes complémentaires, les mutuelles assurent 7,5 % de la prise en charge des dépenses, les sociétés d'assurance 2,4 % et les institutions de prévoyance 2,3 %.

En valeur absolue, la répartition de la dépense courante de santé en 2001 est la suivante (en milliards d'euros).<sup>101</sup>

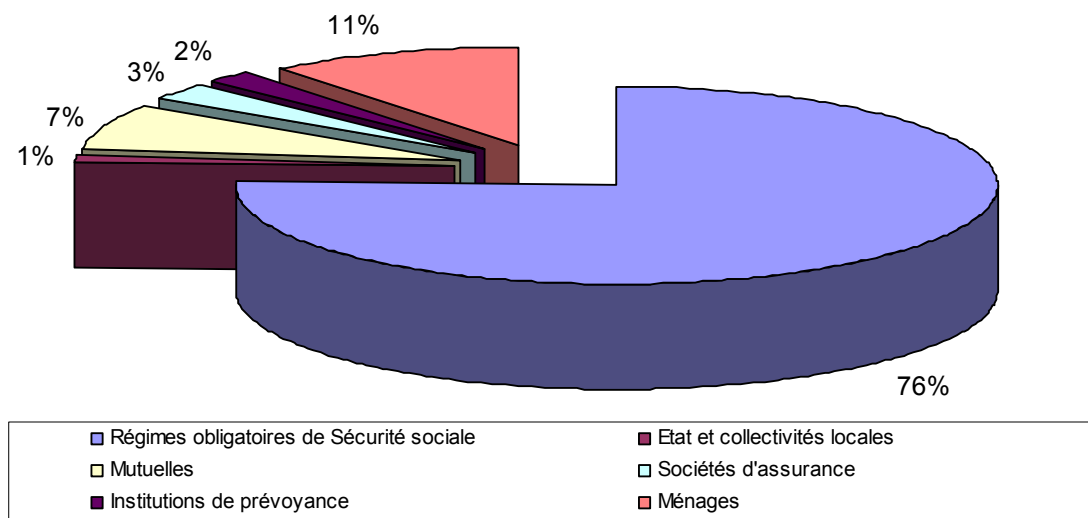
Régimes obligatoires de Sécurité sociale	112
Etat et collectivités locales	2
Mutuelles	11
Sociétés d'assurance	4
Institutions de prévoyance	3
Ménages	16
<b>Total</b>	<b>148</b>

*Tableau 5 : répartition de la dépense courante de santé en 2001*

<sup>101</sup> DREES, *Comptes nationaux de la santé 2001, septembre 2002.*



Schématiquement, les dépenses par catégorie se présentent comme suit :



**Graphie 4: dépenses par catégorie en 2001**

Avec la création de la CMU (couverture médicale universelle) de base, la couverture des Français par l'assurance maladie obligatoire est désormais complète. Ce processus a commencé avec les lois de généralisation de la sécurité sociale de 1975 et 1978, complétées par les dispositifs départementaux d'aide médicale gratuite. Il existait pratiquement déjà dans les faits et il a été harmonisé, simplifié et réorganisé en 1999.

Cependant, la collectivité a dans le même temps reconnu qu'une assurance maladie complémentaire était nécessaire pour assurer un bon accès aux soins. Elle a successivement mis sur pied des dispositifs visant à développer cette assurance maladie complémentaire.

Des dispositions fiscales et sociales avantageuses ont été conçues pour favoriser la souscription par les entreprises de contrats collectifs d'AMO pour leurs salariés ; il s'agit de possibilités de déductions fiscales pour

les salariés et de réductions d'assiette des charges sociales pour les employeurs. Ces aides ont deux caractéristiques majeures :

- elles ont une portée très large, et peuvent concerner des salariés ayant des revenus importants ;
- elles bénéficient plutôt aux grandes entreprises, puisque les contrats collectifs obligatoires sont plus fréquents dans ces entreprises. Ces contrats sont souvent de niveau supérieur aux contrats classiques.

En 2002, l'estimation la plus couramment admise est qu'environ **90%** des Français sont couverts par une assurance maladie complémentaire, CMUC comprise.

L'évolution sur les quarante dernières années est significative :

Personnes couvertes par une complémentaire maladie (hors CMUC)  
1960-2000 :

Année	Proportion de personnes couvertes par une assurance complémentaire (en % de la population générale)
1960 (1) <sup>102</sup>	31
1970 (1)	49
1980 (1)	69
1990 (1)	83
1995 (2) <sup>103</sup>	83
2000 (2)	86

**Tableau 6 : Evolution de la population couverte**

L'assurance-maladie se présente en chiffres comme suit :

- 49,6 millions de bénéficiaires soit 85 % de la population.
- 1 milliard l'an de demandes de remboursements (+ 5 % l'an depuis 1995).
- Les 2/3 des assurés bénéficient du tiers-payant.

<sup>102</sup> Enquête Santé et Soins Médicaux (INSEE, CREDES, INSERM)

<sup>103</sup> Enquête Santé Protection Sociale (CREDES)

- 60 % des assurés ont un traitement simplifié par transmission à une complémentaire.
- 70 % des demandes sont traitées par télétransmission.
- 103 000 salariés au service des assurés.
- le régime général n'est pas une administration d'Etat, mais un ensemble d'organismes décentralisés autonomes qui assurent une mission de service public.

Le régime général comporte une structure administrative et un service médical.

- Avec la Caisse Nationale (CNAMTS) l'infrastructure comporte 128 caisses primaires (CPAM) qui reçoivent 40 millions de personnes l'an en métropole, 4 caisses (CGSS) en outre-mer (DOM), 16 caisses régionales (CRAM), 22 unions régionales de caisses (URCAM) et 13 unions de gestion des établissements de caisses d'assurance-maladie (UGEAM).

Régime Général	40 millions d'individus
Régimes Spéciaux	5 millions d'individus
CMU	4,1 millions d'individus

*Tableau 7 : Le nombre d'assurés en France selon les régimes*

En dépit de bons résultats en matière de santé, l'assurance-maladie connaît aujourd'hui des difficultés financières qui menacent sa pérennité. Les différentes réformes menées depuis 1967 n'ont pas suffi à ralentir la croissance des dépenses de maladie. L'urgence de la réforme est aujourd'hui avérée.

Le gouvernement prépare donc l'avenir de l'assurance-maladie en examinant de façon la plus large et la plus concertée possible les

mesures à prendre pour améliorer à la fois le fonctionnement du système et sa gouvernance, son financement et la qualité des soins.

Dans cet objectif, il a nommé le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en octobre 2003 avec pour mission d'établir un diagnostic de la situation actuelle de l'assurance-maladie. Son Président, Bertrand Fragonard, a remis son rapport au Ministre de la santé en janvier 2004. Le rapport fait le constat d'une situation financière explosive et propose un certain nombre de pistes.

**Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie**

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a été créé par décret le 7 octobre 2003. Il est nommé pour trois ans et placé auprès des ministres chargés de la santé et de l'assurance-maladie. Il a pour missions :

- 1° D'évaluer le système d'assurance-maladie et ses évolutions ;
- 2° De décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance-maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur viabilité à terme ;
- 3° De veiller à la cohésion du système d'assurance-maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;
- 4° De formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de solidité financière et de cohésion sociale.

Le Haut Conseil remet tous les ans aux ministres chargés de la santé et de l'assurance-maladie un rapport analysant la situation de l'assurance-maladie et proposant les adaptations nécessaires pour assurer ses objectifs de cohésion sociale et son équilibre financier. Ce rapport est communiqué au Parlement et rendu public.

Le Haut Conseil est composé de cinquante-trois membres représentant l'ensemble des partenaires sociaux, membres des professions de santé et experts.

En 2002, les dépenses courantes de santé se chiffrent à 158 milliards d'euros, soit 2580 euros en moyenne par habitant, dont 2220 euros en soins et biens médicaux.

Sur les quarante dernières années, les dépenses de santé ont augmenté à un rythme annuel supérieur en moyenne de deux points à la croissance de la richesse nationale, passant de 3,5% du produit intérieur brut en 1960 à 9.5% en 2003. Ce chiffre situe la France au

troisième rang mondial pour les dépenses de santé. Depuis 1998, le rythme de croissance des dépenses d'assurance-maladie est supérieur à 5% en moyenne (+7% en 2002 du fait du financement de la réduction du temps de travail à l'hôpital et, dans une moindre mesure, des revalorisations des professionnels de santé libéraux).

L'ensemble de l'offre de soins connaît une forte croissance :

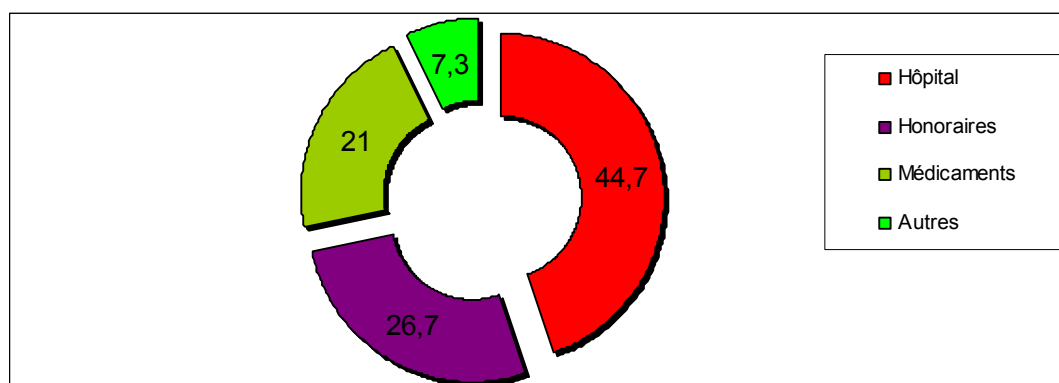
- le médicament est, depuis 1997, le poste qui contribue le plus à la croissance de la consommation en volume avec +6.2% (+5.1% en valeur)
- les honoraires médicaux et de laboratoire enregistrent une croissance de 4.2% en volume (7.4% en valeur)
- le secteur hospitalier connaît une croissance des dépenses de 4.3%

La dépense de santé par habitant est supérieure en France de 22% à celle de l'Allemagne et de 66% à celle du Royaume-Uni.

En particulier, les dépenses de médicaments sont plus élevées: la France détient, avec les Etats-Unis, le record de la dépense pharmaceutique, qui est en moyenne égale à 1.5 fois celle de l'Allemagne ou de l'Espagne. Les politiques de réduction des coûts liées aux médicaments ont produit peu d'effets sur la dépense totale. Chaque année, des dizaines de médicaments et de traitements nouveaux sont acceptés au remboursement et quelques-uns font l'objet de déremboursements. Une réévaluation de l'ensemble de la pharmacopée a été entamée en 1999. Elle a abouti à un reclassement de certains médicaments mis en œuvre par trois décisions en septembre et décembre 2001 puis en avril 2003. Elle a conduit aussi à isoler un certain nombre de médicaments dont le **service médical rendu (SMR)** est aujourd'hui insuffisant pour justifier le remboursement.

Parmi ces dépenses, **une partie est due à des abus et des gaspillages** dont la presse se fait régulièrement l'écho.

Pour autant, dire que tous les problèmes financiers de l'assurance-maladie sont dus aux abus ou à la surconsommation de médicaments est faux. Les dépenses de l'assurance-maladie sont en effet principalement effectuées par l'hôpital (44.7%) ou liées aux honoraires des médecins (26.7%).



**Grphe 5 : Répartition de la consommation en valeur de soins et de biens médicaux en 2002**

Par ailleurs, les dépenses de l'assurance-maladie sont très concentrées sur quelques assurés, en particulier les plus âgés et les patients qui subissent une affection de longue durée (ALD). Les ALD représentent 12,5% de la population et 55 % des dépenses.

5% des personnes concentrent 51% de la dépense totale, soit 18 000 euros par habitant en 2000, et de l'ordre de 60% des remboursements. Parmi elles, près de 65% sont en affection de longue durée.

Les politiques menées pour réduire les coûts ont des effets réels mais encore insuffisants. Ainsi, la tarification à l'activité fait partie des pistes d'amélioration de la gestion des dépenses. Elles porteront leurs fruits rapidement sans pour autant enrayer totalement la croissance des déficits. L'amélioration de l'information sur les dépenses hospitalières devrait également, avec la mise en place du PMSI

(Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), conduire à une baisse des coûts.

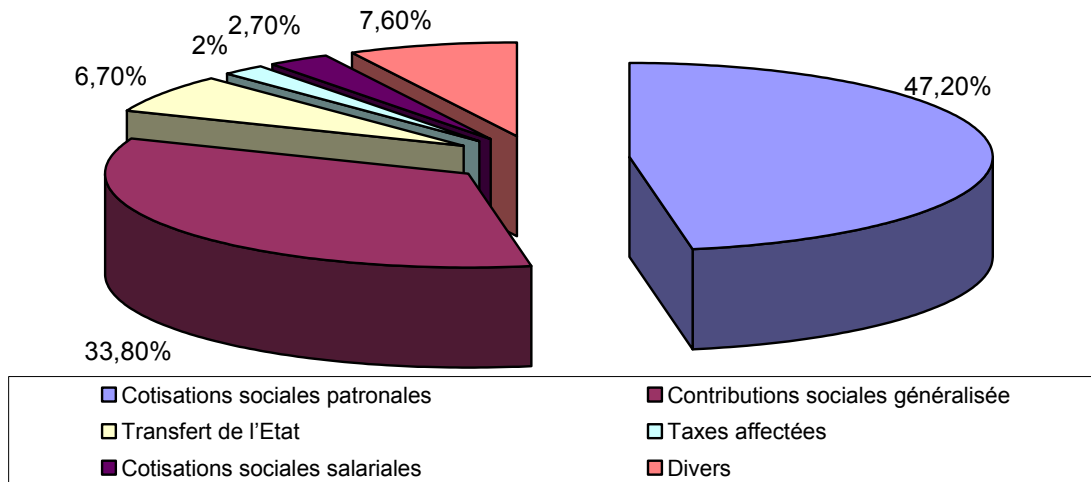
La France a choisi depuis 1945 de faire reposer l'essentiel du financement de l'assurance-maladie sur les actifs. Près de 75 % des recettes du régime général sont assises sur la masse salariale. Au départ, le système reposait presque intégralement sur les cotisations versées par les actifs sur la base de leur rémunération ou de leurs revenus professionnels. En 1991, la création de la CSG a permis d'élargir l'assiette des revenus à partir de laquelle est financée l'assurance-maladie. En effet, la CSG s'applique non seulement aux actifs mais aussi aux retraités et à certains revenus du patrimoine. Toutefois le financement de l'assurance-maladie repose toujours principalement sur la masse salariale par le biais des cotisations patronales et de l'assiette salariale de la CSG. **La part financée par les actifs reste donc prépondérante et représente 75,4% des recettes.**

Or, la part des actifs dans la population totale va diminuer : en 2020, 27% de la population française aura plus de 60 ans et en 2040, ils seront dix millions de plus. La branche maladie connaîtra donc continuellement une baisse de ses recettes.

Cotisations sociales patronales	47,2%
Contributions sociales généralisée	33,8%
Transfert de l'Etat	6,7%
Taxes affectées	2%
Cotisations sociales salariales	2,7%
Divers	7,6%

**Tableau 8 : Structure du financement de l'Assurance maladie<sup>104</sup>**

<sup>104</sup> CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.



**Graph 6 : Structure du financement de l'Assurance maladie**

La croissance des dépenses n'est pas compensée par la progression des recettes, qui ont augmenté trop faiblement en raison du ralentissement de la conjoncture. Cet "effet de ciseaux " conduit à l'augmentation du déficit, le solde entre les dépenses et les recettes de l'assurance-maladie.

La situation financière de l'assurance-maladie est aujourd'hui critique : 14 milliards d'euros de déficit en 2004. L'assurance-maladie connaît aussi une tendance - certes récente mais inquiétante - à l'endettement. Le déficit annuel (en euros constants 2002) passera à 29 milliards en 2010 et à 66 milliards en 2020 (hors charges de la dette).

L'assurance-maladie connaît d'importants déficits depuis 1990. A deux reprises, un plan de financement a été mis en œuvre pour redresser ses comptes. La dernière forte réduction du déficit de l'assurance-maladie est due aux mesures prises dans le cadre du plan " Juppé " de 1996 ainsi qu'à l'augmentation de la masse salariale durant cette période. Dès le ralentissement de la conjoncture, le déficit de l'assurance-maladie a



rapidement augmenté pour atteindre 6 milliards d'euros en 2002 et 10,6 milliards en 2003.

### SECTION 3 : LE SYSTEME DE SANTE ET D'ASSURANCE MALADIE EN ALLEMAGNE <sup>105</sup>

Le système allemand est fondé sur le principe de solidarité. Le risque est financé par les revenus du travail ; l'assurance maladie légale obligatoire occupe une place prépondérante (90% de la population) et a laissé peu de place au développement d'autres assurances (privées, de base et complémentaires). L'accès aux soins de la population est aisé et sans délai, l'assuré bénéficie du tiers-payant généralisé aussi bien pour les honoraires médicaux que pour les prescriptions. Il y a peu d'exclus du système de soins ; en raison des problèmes de maîtrise des dépenses, sur le long terme la tendance est à l'augmentation du ticket modérateur pour les médicaments. Néanmoins, le système reste globalement assez généreux.

#### 1. L'organisation institutionnelle :

L'Allemagne a une organisation institutionnelle et des traditions très spécifiques : fédéralisme et principe de l'auto-administration de la profession conduisent à une articulation complexe des compétences et parfois à des risques de conflits d'intérêt. Un autre risque est celui d'un certain décalage entre les politiques et principes affichés au niveau fédéral et la mise en oeuvre effective sur le terrain. Dans une période de contraintes, les institutions puissantes représentant le corps médical sont dans une situation difficile pour participer aux fonctions

---

<sup>105</sup> *-Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne : Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire Rapport présenté par : Françoise BASTHERON avec la participation de Mme Pascale FLAMANT Membres de l'Inspection générale des affaires sociales 2002*

*- Rapport IGAS Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire Mai 2002*

de régulation assises sur le principe de cogestion. En raison de la part importante et croissante des dépenses de santé, les interventions de l'Etat fédéral tendent à augmenter : introduction de mécanismes - restreints - de concurrence entre les caisses du régime légal, succession des réformes depuis 15 ans...

## **2. L'offre de soins :**

L'Allemagne consacre, après les Etats-Unis, la part la plus importante de sa richesse nationale au secteur de la santé. Le seuil de 10% du PIB a, en tout état de cause, été dépassé lors de la décennie 1990 ; le niveau des dépenses de santé est proche de 11% (contre 5% en 1970).

Sur les 412,7 milliards DM de dépenses en 1998 (comprenant les assurances légales dépendance, vieillesse, accidents,...), la part de l'assurance maladie légale est de l'ordre de 56%. Enfin, au sein de l'assurance maladie légale (241,5 Mds DM), les soins ambulatoires représentent près du quart des dépenses (60,1 Mds DM), dont 40 Mds DM pour les cabinets de médecins.

Malgré de bons résultats en 1999 et 2000 de l'assurance maladie légale, qui s'expliquent par des suppléments de recettes, le problème de la maîtrise reste entier.

L'offre de soins hospitalière est pléthorique. La médecine de ville est assurée par des médecins libéraux spécialisés (60% environ); la démographie médicale en ambulatoire est élevée. Une forte étanchéité caractérise les relations entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Les cabinets libéraux sont étoffés, dotés de personnels, équipés en matériels médicaux et informatiques.

### 3. Le financement de l'assurance maladie :

En 1883, le système introduit en Allemagne par Bismarck était une assurance professionnelle, dans le cadre de l'entreprise et de la prévoyance sociale. Le financement de l'assurance-maladie reste toujours assuré par les revenus du travail, par une cotisation partagée pour moitié entre le salarié et son entreprise. Les caisses fixent, dans les limites posées au niveau fédéral, leur taux de cotisation.

*En 1883, en Allemagne, Otto Von Bismarck instaure le premier système de protection sociale obligatoire. Il sera dans un premier temps réservé aux ouvriers qui, en cas d'accident, étaient jusqu'alors condamnés à tomber dans la précarité. La conception bismarckienne de l'assurance sociale correspond à une institutionnalisation étatique de la protection sociale : dès la fin du XIXe siècle l'Etat a pris la responsabilité des nombreuses « caisses de secours » anciennement organisées autour des différents corps de métiers : dans la conception de l'Etat providence la protection sociale reste accordée en contrepartie d'une activité professionnelle.*

Dans le cadre de l'assurance-maladie légale, «chacun participe selon ses ressources». Le montant de la cotisation dépend uniquement des revenus du travail,

- il est proportionnel à ce revenu (principe de solidarité), et du taux de cotisation de la caisse-maladie. La cotisation est donc indépendante de l'âge, du sexe ou des risques de santé présentés par l'assuré. Le taux moyen de cotisation de l'assurance maladie légale s'établissait au 1er janvier 2001 à 13,54%. L'objectif est de ne pas dépasser 14%.

Dans le cadre de l'assurance privée, il n'y a pas d'ayant-droit, la cotisation est proportionnelle au nombre de personnes assurées et aux risques présentés, d'où une sélection des risques de facto au bénéfice du secteur privé (jeunes, célibataires, en bonne santé...).

Certaines caractéristiques relatives au financement de l'assurance maladie peuvent être relevées :

- les cotisations d'assurance-maladie ont sensiblement augmenté sur le long terme, en raison des contraintes d'équilibre imposées aux caisses. En outre, si le système semble rester assez protecteur pour les publics défavorisés, l'Allemagne connaît une tendance structurelle à l'augmentation de la participation directe des assurés, et donc à un financement direct qui représenterait environ 15% des dépenses.

- les taux de cotisations sont différenciés selon les caisses, tenues d'assurer leur équilibre financier ; la structure de la population des assurés est très variable d'une caisse à l'autre. Les écarts de cotisations entre caisses ont pu être très importants jusqu'aux années 1980 (du simple au double). Depuis 1996 (réforme Seehofer), les caisses sont en situation de concurrence et l'assuré peut librement choisir son affiliation. Cependant, afin de limiter la sélection des risques par les caisses (notamment les risques liés à la taille de la famille), une caisse de péréquation a été mise en place. La péréquation soulève des difficultés techniques (calcul des transferts à réaliser entre caisses) et la définition du champ des risques soumis à péréquation (un champ trop vaste pourrait revenir à freiner la concurrence et à mettre en place une caisse unique et universelle). De nouvelles modifications sont intervenues récemment (projet d'Ulla Fischer), notamment pour enrayer la fuite des bons risques vers les caisses d'entreprises (BKK), moins chères, et pour instaurer une compensation portant pour la première fois sur le coût des soins (et non plus seulement sur le revenu, le nombre de co-assurés familiaux, l'âge et le sexe).

#### 4. Les assurés :

La couverture maladie publique (légale) est obligatoire pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil.

Le plafond de l'assurance maladie obligatoire est de 6.525 DM par mois (3.336 euros). En deçà de ce seuil, l'adhésion au régime légal est obligatoire.

Au-delà de ce revenu brut, l'assurance maladie n'est pas obligatoire, l'adhésion à une assurance privée est possible. Si un assuré a fait le choix de l'assurance privée, il doit y rester. Certaines prestations (panier de soins) ne sont pas prises en compte par le barème réglementaire fixé au niveau fédéral, mais peuvent être couvertes par les assurances privées, que peuvent souscrire les assurés, relevant par ailleurs de l'assurance maladie légale. Jusqu'à récemment, il n'y avait pas de problèmes financiers du côté des assureurs privés et il y a donc encore peu d'innovations en matière de contrôle.

Néanmoins, les assureurs privés ont embauché des médecins pour **contrôler les honoraires** et commencent à réfléchir à de nouveaux dispositifs (médecin référent, gate-keeper, idée de contrat direct). La mission a limité ses investigations à l'assurance maladie légale, à l'exclusion de l'assurance privée.

L'obligation d'appartenir à une catégorie professionnelle s'est infléchie à partir des années 1970 au profit d'un mouvement de généralisation de la couverture maladie à l'ensemble des résidents. Pour les personnes à bas revenu, des clauses d'exonération des participations financières normalement exigibles sont prévues, notamment :

- exonération totale (« clause sociale »), en raison d'un revenu faible et pour les bénéficiaires de l'allocation d'assistance chômage, ou d'une aide aux victimes de guerre, ou de certaines prestations liées à la

formation, ou encore de « l'aide sociale à la subsistance » : environ 8 millions d'assurés sont exonérés à ces différents titres du ticket modérateur ;

- exonération partielle pour des personnes aux revenus modestes (« clause de non surcharge financière ») : la gratuité s'applique aux médicaments, pansements et aux frais de transports médicaux. Pour lisser les effets de seuil, un mécanisme de gratuité partielle de certains soins est prévu pour les personnes dont les revenus se situent juste au-dessus du barème. Les personnes souffrant d'une maladie chronique sont également bénéficiaires d'un tel mécanisme : lorsque, en moins d'un an, elles ont déjà dépensé 1% de leur revenu pour leur maladie chronique, elles sont dispensées de payer les médicaments et les frais de transport au-delà de cette limite.

L'assurance maladie est à peu près universellement répandue en Allemagne :

0,1% de la population ne bénéficierait d'aucune couverture maladie. 90% de la population allemande, soit 71 sur 80 millions d'Allemands, sont à l'assurance maladie légale.

## **5. Les caisses d'assurance maladie**

### **5.1. Le statut des caisses d'assurance maladie :**

Le financement du système de santé a conservé jusqu'à récemment les formes que lui avait données l'administration bismarckienne. Le système d'assurance privée reste minoritaire et une multitude de caisses autonomes d'assurance-maladie, de nature publique, couvraient jusqu'à récemment la majeure partie du territoire. Leur nombre élevé reflétait le morcellement institutionnel du système.

Les caisses maladie sont des organismes autonomes de droit public. Elles disposent d'une administration spécifique et sont autogérées par les partenaires sociaux, représentants des employeurs et des assurés. Cependant, des dispositions contraignantes encadrent leur action, qui connaît une uniformisation croissante, notamment en ce qui concerne les prestations fournies aux assurés.

Il existe une limite légale importante à l'auto-gestion des caisses : elles ont des ressources propres, essentiellement les cotisations versées par employeurs et salariés, et elles doivent équilibrer leurs comptes, ne peuvent s'endetter, mais peuvent présenter des déficits couverts par des ponctions sur les réserves. La contrainte d'équilibre les a conduites à accroître régulièrement leur taux de cotisations. Il ne peut y avoir de « trou » de la sécurité sociale.

Le régime légal compte trois types de caisses : caisses d'entreprises (BKK), caisses locales générales du lieu de résidence (AOK), caisses libres agréées ou caisses de substitution (EKK). Cette distinction traditionnelle a cependant aujourd'hui perdu pour l'essentiel son sens initial.

## **5.2. La réforme Seehofer et la structuration des caisses :**

Un des aspects les plus symboliques des réformes Seehofer de la période 1992-1995 a été l'instauration de la concurrence entre les caisses. L'objectif était de les inciter à faire des efforts de maîtrise des coûts non médicaux et à négocier avec les offreurs de soins.

Alors que l'affiliation (en fonction du lieu de travail) était déterminée par la loi jusqu'à la réforme Seehofer, celle-ci a posé le principe du libre choix par l'assuré pour favoriser la concurrence et réduire les

taux de cotisations. Depuis 1998, le libre choix de sa caisse par l'assuré est généralisé.

La fusion des caisses, également prévue par la réforme, répondait au souci de renforcer le poids des caisses face aux unions des médecins. L'évolution du nombre de caisses sur le long terme est spectaculaire : 22.000 à l'origine, à la fin du 19ème siècle, elles étaient 6.000 au début des années 1930, de l'ordre de 2.000 en 1960 et de 1.140 dans les années 1990 à la veille de la réforme. En janvier 2001, elles étaient 564.

Une autre disposition majeure de la nouvelle législation a été d'organiser une compensation entre les caisses ; en effet, leur multiplicité avait conduit à la dispersion des taux de cotisation en raison de l'inégale répartition des risques, selon le lieu de travail, le statut professionnel. La compensation était justifiée par le principe de solidarité qui fonde le système de l'assurance maladie légale.

La compensation - dont le mécanisme est sophistiqué - a permis de réduire très significativement les différences de taux de cotisations entre caisses. Mais elle a aussi généré certains effets pervers de distorsion de concurrence et a conduit la ministre fédérale de la santé, Ulla Schmidt, à proposer, en 2001, une modification de certains mécanismes. A partir de 2002, les assurés doivent notamment rester affiliés à la caisse choisie pendant 18 mois (contre 12 mois précédemment). Les caisses peuvent mettre en oeuvre des programmes de gestion de la santé pour certaines maladies chroniques (diabète, tension artérielle, asthme, apoplexie), qui seront désormais prises en charge en partie par la compensation.



Sur un plan théorique, les experts observent que la mise en concurrence peut se faire de manière séparée ou combinée, sur deux fonctions distinctes : la fonction d'assurance (concurrence entre assureurs) et la fonction d'achat de soins (voir notamment la Grande-Bretagne et les Etats-Unis). En Allemagne, il s'agit plutôt d'une concurrence entre assureurs, les caisses n'exerçant pas réellement un pouvoir d'acheteur vis à vis des producteurs de soins, en raison notamment du fort pouvoir professionnel du corps médical.

### **5.3. Le contrôle par les caisses de la médecine libérale conventionnée:**

Le contrôle des caisses ne s'exerce, dans le cadre de la médecine de ville, que sur les médecins conventionnés.

Les caisses répertorient, pour ce contrôle, trois outils à leur disposition:

- la négociation avec les unions de médecins des enveloppes et des budgets relatifs aux honoraires et aux prescriptions, au niveau fédéral, déclinés ensuite au niveau local ;
- la tarification des actes, au niveau fédéral, en concertation avec les autres intervenants institutionnels ;
- la vérification de la qualité des soins (ou contrôle d'économicité).

Le principal type d'action concernant les médecins auxquelles les caisses participent porte sur ce troisième aspect, dans le cadre de la procédure paritaire sur le contrôle d'économicité. Néanmoins, pour différentes raisons (notamment personnels permanents et rapporteurs rattachés de fait aux unions de médecins), le rôle des caisses, les payeurs, n'apparaît pas le plus prépondérant.

## **6. Les outils de la régulation**

### **6.1. L'encadrement des médecins libéraux**

La fonction d'encadrement des médecins libéraux est assurée par les caisses, les unions de médecins, les ordres professionnels. En fait, les unions, chargées de l'auto-administration de la profession jouent un rôle prépondérant. Les procédures de contrôle se déroulent pour l'essentiel dans un cadre paritaire, avec les caisses. L'Allemagne se caractérise par un système de contrôle très normé et structuré.

### **6.2. L'action sur la demande**

L'assuré allemand du régime légal bénéficie d'une situation globalement assez généreuse ; néanmoins, le ticket modérateur tend à augmenter (médicaments). Peu de contraintes pèsent sur lui : il a le libre choix du médecin et l'accès direct au spécialiste.

Les quelques règles limitatives posées pour éviter le nomadisme médical ne sont pas contrôlées, comme rester un délai minimum chez le même généraliste, ou accéder au spécialiste via le généraliste. Les contrôles sur ou via l'assuré par les organismes régulateurs sont à peu près inexistantes.

L'éducation et la sensibilisation du patient aux problèmes de maîtrise (actions de communication sur le médicament), sa participation aux soins le concernant dans certains programmes (diabète) sont des pistes qui commencent à être creusées.

Un débat agite le corps médical, sur l'information économique dont doit bénéficier le patient : celui-ci n'a en effet aucune idée du coût des soins reçus en raison du tiers-payant qui porte aussi sur les honoraires. La suppression du tiers-payant sur les honoraires pour les

uns, une meilleure information sur le coût des consultations pour les autres, constituent les pistes actuelles de réflexion.

### **6.3. La régulation de l'offre de soins ambulatoires**

La régulation de la démographie médicale, en vigueur depuis 1993, est sans doute un des outils les plus intéressants de l'expérience allemande.

Cette régulation a lieu au moment de l'installation des médecins conventionnés et non pas en amont (par exemple, par *numerus clausus*), en raison des compétences partagées entre Etat fédéral et *Länder*. Elle consiste à définir des besoins par spécialité médicale, selon les zones géographiques, et à refuser toute installation de médecins conventionnés dès lors que les seuils préfixés sont dépassés. Les critères d'appréciation des besoins s'affinent progressivement.

Compte tenu de l'importance de l'assurance maladie légale, la régulation a eu des effets notables, avec certes davantage de succès dans la limitation des installations dans les zones surmédicalisées que dans l'incitation à l'installation dans les zones défavorisées de ce point de vue. Elle a eu aussi des répercussions importantes sur l'emploi des médecins hospitaliers (forte concurrence, rajeunissement du personnel médical hospitalier).

Les autres outils susceptibles de contribuer à la régulation de l'offre de soins sont moins avancés. La mise en place d'un *gate-keeper* et le renforcement du rôle de médecin de famille sont des dispositifs évoqués au niveau gouvernemental. La visibilité sur la poursuite du projet de *gate-keeper*, qui ne fait pas l'unanimité, est faible.

#### **6.4. L'administration des prix**

La nomenclature des actes est détaillée et complexe, et en cours de révision.

Dans le secteur du médicament, outre les outils classiques de la maîtrise (blocage des prix, hausse de la participation de l'assuré), deux réformes importantes doivent être mentionnées : le système d'enveloppe opposable, la fixation d'un prix de référence (1989) qui plafonne la prise en charge collective. Les produits sont regroupés en trois classes indiquant leur degré de similarité. Un forfait fixe de prise en charge par l'assurance-maladie est établi pour chacun des trois groupes. L'objectif était de développer, grâce à ce dispositif, les mécanismes de concurrence, qui ont effectivement permis la baisse du prix d'un certain nombre de produits puis entraîné une modification de la stratégie des industriels.

#### **6.5. Les outils de bonne pratique médicale**

Les outils de bonnes pratiques médicales (guidelines, recommandations) sont encore relativement peu développés en médecine libérale. Les normes ne sont généralement pas opposables, sauf sur des questions amont (règles à respecter et qualifications pour l'installation, non prescription de médicaments non remboursables...). La liberté de prescription du médecin reste importante. Cependant la prescription de génériques est développée. La mise en place d'outils de bonnes pratiques commence à être étudiée et mise en oeuvre : des programmes de disease management, pour lesquels des standards de soins doivent être définis, débutent.

L'Allemagne, depuis une quinzaine d'années, a mis en oeuvre une **large panoplie d'outils de régulation**. Il y a eu beaucoup d'ajustements, voire des revirements pour certains outils de la médecine ambulatoire. D'où une certaine instabilité de la législation. Pour un observateur extérieur, par comparaison (Etats-Unis, Angleterre), les outils allemands sont très quantitatifs. Les résultats sont considérés, par les Allemands eux-mêmes, comme mitigés.

Les réflexions en cours, les projets gouvernementaux semblent s'orienter, en partie, vers des outils plus qualitatifs d'encadrement de la pratique médicale, vers une plus grande responsabilisation et coordination des acteurs. Encore faudra-t-il que le système, fort cadré, basé sur des institutions et des procédures très établies, le permette.

## **7. De nombreuses réformes depuis une quinzaine d'années**

Un objectif majeur des politiques en Allemagne est de **garantir l'équilibre comptable** de l'assurance-maladie, tout en préservant la stabilité des taux de cotisations afin d'assurer un niveau de prise en charge économiquement acceptable pour les entreprises. L'augmentation continue des dépenses de santé explique que l'Allemagne a été un des premiers pays européens à se lancer dans une politique de réduction de ces dépenses. Elle a même été qualifiée de championne d'Europe des réformes du système de soins.

De nombreuses réformes ont en effet été entreprises depuis 1988, pour essayer d'endiguer la croissance des dépenses, et de résorber les déficits importants de l'assurance-maladie en 1991, 1992, 1995 et 1996, qui ont entraîné une hausse des prélèvements. Les principales de

ces réformes sont brièvement rappelées, notamment pour la médecine ambulatoire :

- 1988 : réforme Blum :
- mise en place du système du prix de référence par classe de médicaments
- augmentation du ticket modérateur sur certains médicaments
- instauration d'une liste négative (médicaments non pris en charge)
- 1992-1995 : premier volet de la réforme Seehofer :
- renforcement de la politique de réduction des remboursements de médicaments
- introduction du système des enveloppes, dont les taux directeurs, non négociables, étaient alignés sur l'évolution des salaires : le système est appliqué à la médecine ambulatoire, aux dépenses hospitalières et au médicament
- dans le secteur ambulatoire, pour les honoraires, mise en place du système du « point flottant » pour assurer le respect de l'enveloppe
- limitation à la liberté d'installation comme médecin de caisse à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1994.

Si le rôle des médecins généralistes est affirmé (interdiction aux spécialistes de pratiquer des actes de médecine générale), les différents dispositifs mis en place constituent globalement un revers pour la médecine ambulatoire.

- 1995-1996 : second volet de la réforme Seehofer
- réforme du financement des dépenses hospitalières avec l'introduction progressive de forfaits par pathologie
- instauration de la concurrence entre caisses pour les inciter à faire des efforts de maîtrise des coûts non médicaux et à négocier avec les offreurs de soins, et introduction d'une plus grande liberté de choix pour les assurés

- mise en place d'un mécanisme de compensation des risques, impliquant des transferts financiers entre caisses. Les caisses sont en outre incitées à se regrouper en cas de déficit prolongé ou à disparaître.
- mesures diverses d'économie (action sur la demande) : réduction des prestations remboursées, baisse des indemnités journalières,...
- 1997 : troisième volet de la réforme Seehofer
- mesures de renforcement de la responsabilité des acteurs vu que la hausse des dépenses se poursuit (concerne les cotisations)
- la loi préconise le développement de « modèles de partenariats » (soins alternatifs, à domicile, cure, rééducation), basés sur le volontariat, associant plus étroitement les prestataires et les caisses pour l'élaboration de guideline et améliorer la qualité des soins. La loi prévoit également des contrats de structure : volontariat, restriction de la liberté de choix du médecin.
- en médecine ambulatoire, abandon de la rémunération selon le système du point flottant et retour à la rémunération à l'acte avec point fixe. Pour les généralistes et chaque spécialité prise individuellement, des règles relatives aux volumes de soins par cabinet médical sont décidées par les caisses et les unions de médecins. Les dépassements font l'objet de sanctions, sauf s'ils sont justifiés.
- abandon des enveloppes collectives fermées pour les prescriptions de pharmacie ou de soins alternatifs. Le mot d'ordre est la responsabilisation des médecins individuellement.
- à partir de 2000 : réforme d'Andréa Fischer et réforme, en cours, d'Ulla Schmidt (gouvernement Schröder) avec, notamment, des mesures d'urgence sur les enveloppes budgétaires globales qui avaient été abandonnées en 1997, la diminution (plutôt symbolique) des tickets modérateurs.

Le rapport 2000-2001 du Conseil des experts de l'action concertée de la santé préconisait de se concentrer davantage sur l'amélioration de la qualité plutôt que sur la réduction des coûts, objectif prioritaire des 25 dernières années: prévention, traitement des maladies chroniques, participation accrue des patients à la gestion du système de santé, formation continue des médecins, renouvellement de l'agrément de médecin spécialisé à l'issue d'examens passés à intervalles réguliers (disposition déjà prévue dans la loi, mais guère pratiquée), réforme des études de médecine (davantage de transparence et de contrôle de qualité : récompenser la qualité par une meilleure rémunération)...

#### **CONCLUSION DU REPERAGE**

Suite à l'exposé des différentes expériences menées dans les trois pays, nous pouvons conclure que chaque Etat veille à instaurer un système qui lui est propre sans pour autant empêché qu'il y est une convergence vers des problèmes quasi- similaires.

De ce fait, nous allons relater une synthèse de chacune des expériences nous permettant d'aboutir à des constats généraux qui peuvent nous servir comme recommandations pour la maîtrise des dépenses de soins.

#### **Cas de la Tunisie :**

En parallèle avec la mise en place de l'assurance maladie, l'Etat a augmenté le budget annuel alloué aux dépenses de la santé avec un taux de 12% et sur une période de dix années dans l'objectif de rendre les établissements hospitaliers publics plus attractifs ;

Pour des soucis de maîtrise des coûts, les caisses ont procédé aux conventions avec les établissements publics de santé ;



### **Cas de la France :**

Le système assurantiel obligatoire français est universel. L'évolution de ce système, depuis son instauration en 1945, a connu l'intervention grandissante de l'Etat pour la fixation des principaux objectifs de la politique de santé et des grands équilibres économiques des régimes sociaux.

L'augmentation de l'offre de soins, le vieillissement de la population, le progrès médical, et l'augmentation de la demande de soins liée à l'accroissement des revenus ont été les quatre grandes raisons de l'augmentation des dépenses de santé.

Les ménages en France ne participent qu'avec un taux de 11% aux dépenses de santé beaucoup moins que les ménages au Maroc où le taux est de 51%.

La dépense de santé par habitant est supérieure en France de 22% à celle de l'Allemagne et de 66% à celle du Royaume-Uni.

Les dépenses de l'assurance-maladie sont très concentrées sur quelques assurés, en particulier les plus âgés et les patients qui subissent une affection de longue durée (ALD). Les ALD représentent 12,5% de la population et 55 % des dépenses.

### **Cas de l'Allemagne :**

90% de la population en Allemagne possède une assurance maladie légale obligatoire. L'Allemagne consacre, après les Etats-Unis, la part la plus importante de sa richesse nationale au secteur de la santé avec 11% du PIB dédié aux dépenses de la santé.

L'Allemagne a mis en place une panoplie d'outils de régulation et de bonne pratique médicale concernant les prestataires de soins

L'Allemagne a été un des premiers pays européens à se lancer dans une politique de réduction de ces dépenses. Elle a même été qualifiée de championne d'Europe des réformes du système de soins. De nombreuses réformes ont en effet été entreprises depuis 1988, pour essayer d'endiguer la croissance des dépenses, et de résorber les déficits importants de l'assurance-maladie

En résumé, l'expérience des trois pays nous a permis de tirer les constats généraux suivants :

- Les trois systèmes d'assurance maladies ont contribué à l'amélioration des indicateurs de santé dans les trois pays ;
- Les trois pays ont menés des réformes dans l'objectif de pallier aux problèmes surtout d'ordre financiers ;
- Les premières mesures prises pour combler le déficit financier du système est le recours à l'augmentation des taux de cotisation ;
- En parallèle avec les systèmes obligatoires, se sont développés des systèmes complémentaires;
- L'augmentation de l'offre de soins, le vieillissement de la population, le progrès médical, et l'augmentation de la demande de soins sont les raisons d'augmentation des dépenses de soins ;
- Tout l'effort doit se faire dans la médecine préventive ;
- L'équilibre financier de l'assurance maladie n'est la seule affaire des caisses gestionnaires, la responsabilité incombe aussi aux prestataires de soins, à l'Etat et aux assurés.
- Le contrôle médical bien organisé et doté de moyens humains et logistiques peut contribuer considérablement à la maîtrise des dépenses

## CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE :

Avec l'avènement de l'AMO fondée sur la législation d'assurance impliquant de nouveaux modes de gestion et de gouvernance la CNOPS s'est perçue au cœur du changement Afin d'être à même de répondre aux exigences de cette réforme, la CNOPS et ses mutuelles doivent mettre en place un nouveau mode organisationnel basé sur des outils de gestion adaptés au nouveau contexte ordonné par l'AMO.

De ce fait, l'initialisation au changement est née de cette perception d'inadéquation entre son organisation (avec ses lacunes) et sa nouvelle mission encore plus importante et plus conséquente. Fragilisée par des années de gestion déficiente, se concentrant sur l'avenir et allant de l'avant, la CNOPS tente de mettre tous les éléments de son côté en essayant d'adapter sa structure, une nouvelle méthodologie d'approche face aux diverses mutations imposées par l'avènement de l'AMO.

Cependant, un diagnostic stratégique permettrait inéluctablement d'éclairer les évolutions de l'environnement de l'entité, la compréhension des phénomènes majeurs, sur les causes de dysfonctionnements structurels et sur l'organisation à mettre en œuvre pour engager globalement la structure à court et moyen termes dans un processus de développement global. Ainsi, la CNOPS gagnerait énormément en intégrant l'aspect stratégique comme approche globale lui permettant de formuler une stratégie claire et cohérente basée sur un vision process et un management participatif.

DEUXIEME PARTIE :  
INVESTIGATION SUR LE TERRAIN

**« LA CNOPS EN CHANTIER FACE AUX DEFIS DE L'AMO »**

## CHAPITRE 1 : LE DIAGNOSTIC STRATEGIQUE DE LA CNOPS

Après plusieurs années de gestion frêle soldées par des dysfonctionnements à la fois structurel, organisationnel et de gestion et dans un contexte marqué par l'entrée en vigueur de l'Assurance Maladie Obligatoire suite à la publication de ses décrets d'application, la CNOPS est tenue aujourd'hui, plus que jamais, d'adopter une stratégie de réorganisation de sa structure et de formalisation de ses procédures afin de pouvoir gérer les changements induits par l'AMO .

### SECTION 1 : DEMARCHE D'INVESTIGATION :

Notre démarche d'investigation a été basée sur une approche, à la fois terrain par le biais des entretiens que nous avons menés, et documentaire fondée sur une collecte de l'ensemble de données inhérentes à notre travail de recherche. Selon la nature de l'information recherchée, notre démarche méthodologique a été itérative et de type qualitatif.

#### 1. CHOIX DE LA CIBLE

Les résultats d'une prospection préliminaire nous a permis :

- en premier lieu, de viser l'ensemble des acteurs qui opèrent dans le même environnement de la CNOPS par rapport à l'AMO. Ainsi, l'étoile stratégique présentée au cours de la première partie a fait ressortir une relation d'interdépendance étroite entre ces différents intervenants.
- en second lieu, de constater qu'en général, ces professionnels constituant notre cible sont organisés sous forme de fédérations, ordres ou syndicats.

Au regard de la nature de notre cible, nous avons opté pour une méthode d'investigation exhaustive.

## 2. CIBLE DE LA RECHERCHE :

Les entretiens ont concerné :

- La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale de par la place qu'elle occupe dans l'échiquier social de notre pays et de son positionnement en tant que **notre client de recherche** a fait l'objet de plusieurs entretiens. Le Top management de la CNOPS, en la personne de Monsieur Abdelaziz ADNANE, avec son sens du partage de la connaissance nous a accompagné pendant toute notre période de recherche et mettant à notre disposition une panoplie de documents qui nous a été d'un apport considérable.
- L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie ;
- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens
- La Fédération Nationale des syndicats des Pharmaciens ;
- L'Union Marocaine du Travail

## 3. OUTIL D'INVESTIGATION : GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien qui nous a permis de recueillir de vive voix les impressions des acteurs les plus influents est de type « **semi dirigé** » où nous avons posé des **questions ouvertes**, auxquelles l'interviewé répondait librement. Corrélativement, nous avons assujetti à chaque question du genre, plusieurs items de relance en cas où le répondant cherchait à connaître les repères qui sous-tendaient nos préoccupations.

Les entretiens que nous avons menés prônaient pour une démarche de type qualitatif avec la possibilité de mener des entretiens non directifs avec les interviewés. Cette alternative permettait de laisser une

grande liberté aux interviewés pour exprimer leurs opinions et relater leurs préoccupations majeures par rapport à l'AMO.

La technique usuelle dans ce genre d'approche se décline par l'administration d'un guide d'entretien d'une manière neutre et impartiale afin d'éviter de freiner la spontanéité des répondants.

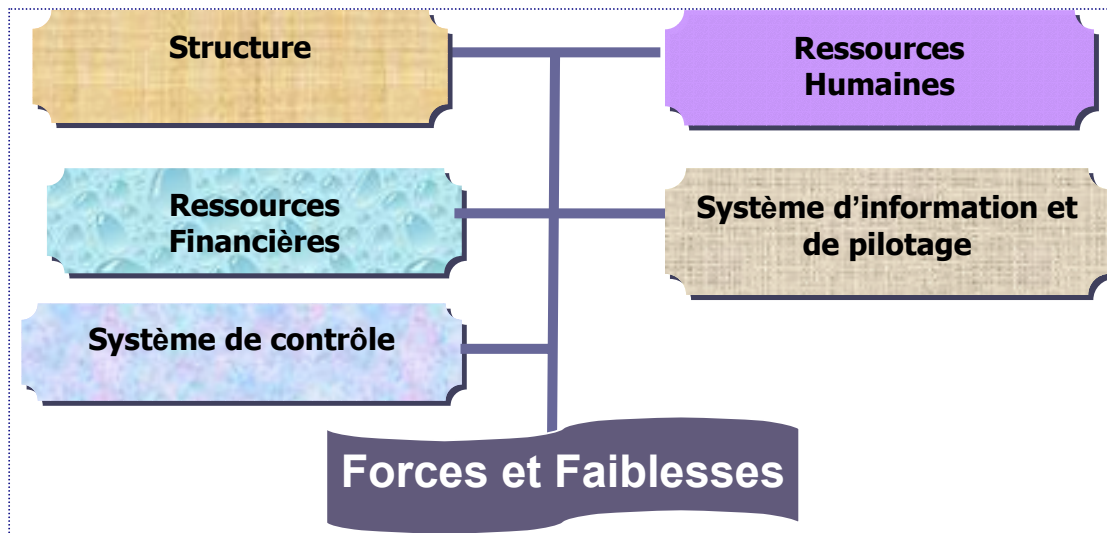
L'articulation du guide d'entretien a été construite autour de grandes questions selon une approche « en entonnoir » allant du général au particulier. Des items de relance ont été accolés à des questions auxquelles nous avons veillé à ce qu'elles soient formulées en utilisant les termes de l'interviewé chaque fois qu'un besoin de recentrage sur le sujet de recherche est nécessaire. Ceci dit, pour chaque interviewé, nous avons élaboré un guide d'entretien spécifique.

## **SECTION 2 : LE DIAGNOSTIC INTERNE DE LA CNOPS :**

Ce diagnostic portera essentiellement sur l'analyse des éléments internes de la CNOPS, aussi bien ses ressources que ses systèmes.

Le diagnostic des ressources et de la mise en œuvre des ressources au sein de la CNOPS nous permettra de fournir les éléments permettant d'expliquer les causes profondes de ses performances et contre-performances. A cette fin, ce diagnostic des ressources portera sur l'analyse :

- de la structure organisationnelle;
- des ressources humaines ;
- du système d'information et de pilotage ;
- du système comptable et financier ;
- du système de contrôle.



*Figure 11 : Schéma du diagnostic stratégique interne des ressources*

Subséquentement, ce diagnostic de ressources nous permettra d’avoir une idée exhaustive sur l’organisation et donc de pouvoir ressortir ses forces et ses faiblesses. Le schéma ci-après résume cette démarche :



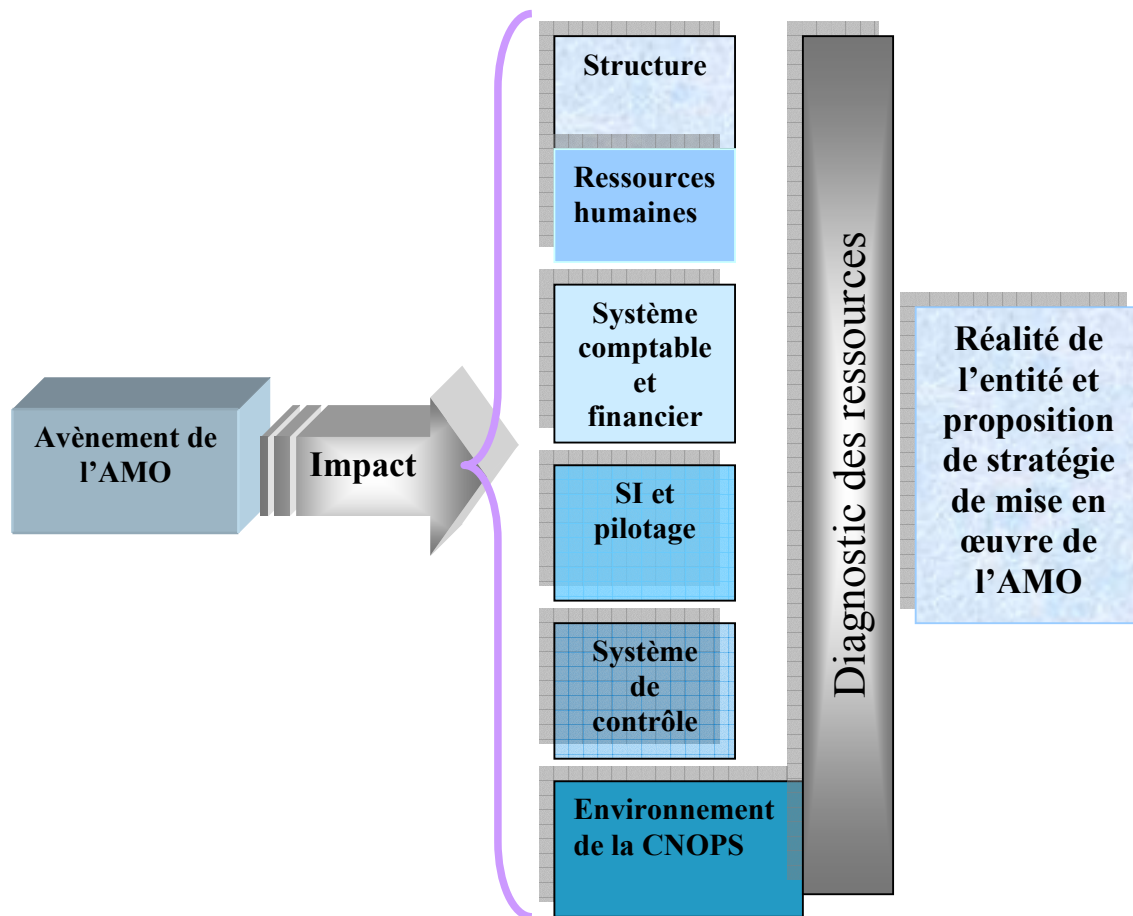


Figure 12 : Cadre logique du diagnostic mené à la CNOPS

### 1. LE DIAGNOSTIC DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE :

Partant du fait que la structure donne lieu à diverses interprétations, il a été jugé important de la définir afin d'éviter toute erreur ou ambiguïté lors de notre analyse portant sur la structure organisationnelle de la CNOPS. Ainsi, selon Desreumaux<sup>106</sup> elle peut concerner :

- **Les éléments de superstructure** : ce sont les éléments les plus manifestes, ceux dont l'organigramme donne une description minimum

<sup>106</sup> A. DESREUMAUX, "Théorie des Organisation, 1998 Editions Management et Société

(mode de division du travail, grands outils de coordination...). Cela correspond à un découpage du type départemental.

- **Les éléments d'infrastructure** : moins décrits par un organigramme: planification, contrôle, système de récompense; Ils représentent des aspects tangibles, relativement stables de l'organisation.

Partant de cette définition, il nous a semblé donc pertinent de réserver le terme de structure au premier groupe (éléments de superstructure) en ce qui concerne celle de la CNOPS qui est bien représentée par son organigramme, schématisé comme suit:

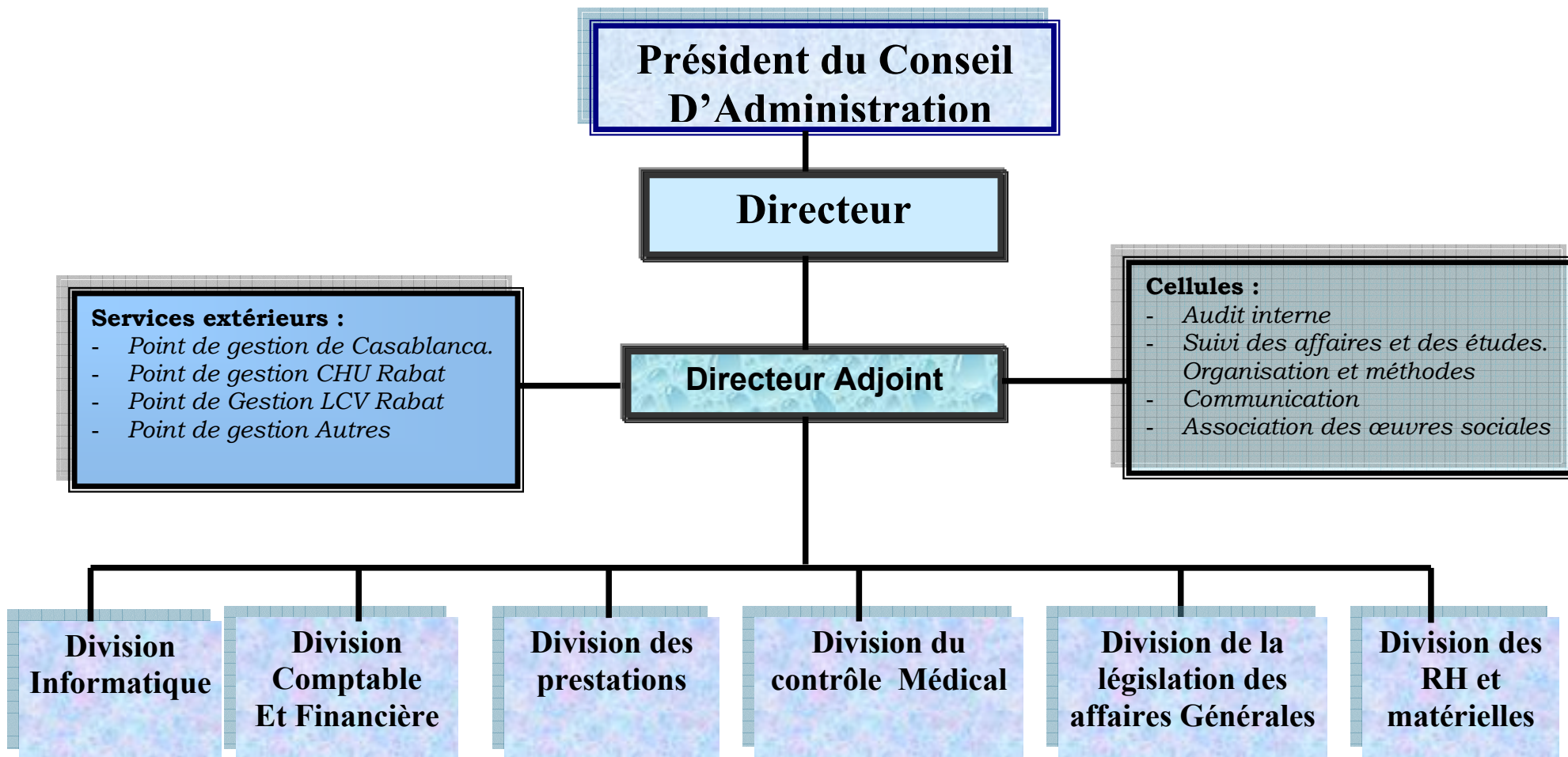


Figure 13 : Organigramme de la CNOPS

Cette organisation peut-être détaillée, selon les attributions, comme suit :

▪ **La Division du Contrôle Médical ayant pour mission :**

- Le Contrôle de tous les actes et soins effectués par l'adhérent ou ses ayants droits et soumis à un remboursement,
- L'établissement des prises en charge à l'étranger,

▪ **La Division des Prestations, comprenant quatre services et ayant comme fonction :**

- L'identification des dossiers de maladies,
- La liquidation des feuilles de maladies,

▪ **La Division comptable et financière avec ses quatre services est chargée des tâches suivantes :**

- La préparation du budget de la CNOPS et des sociétés mutualistes,
- L'exécution et le suivi du budget de la CNOPS,
- L'exécution de toutes les opérations comptables relatives à l'encaissement des cotisations patronales et salariales,
- le règlement des prestations, des émoluments du personnel, des factures concernant l'achat du mobilier, du matériel de bureau et fournitures de bureau en fonction des crédits accordés pour chaque rubrique,
- le paiement des prestations.

▪ **La Division des Ressources Humaines et Matérielles est composée de cinq services, sa tâche consiste à :**

- Arrêter les besoins en ressources humaines de la CNOPS et des sociétés mutualistes,

- Définit les plans de formation,
- Assurer la gestion du personnel,
- Assurer la gestion du matériel.

▪ **La Division de l'informatique :**

- Equipe les services de la CNOPS de tous les outils informatiques matériels et logiciels,
- Elabore les études nécessaires pour faire des projections dans l'avenir en ce qui concerne l'architecture informatique de la caisse
- Répond aux besoins des utilisateurs de l'informatique en matière d'applicatifs,
- Assure la formation, l'assistance et le suivi des utilisateurs des différents services et le traitement informatique des dossiers de maladies,
- Effectue toutes les mises à jour concernant la situation des adhérents,
- Edite tous les tirages,
- Procède à l'immatriculation des nouveaux adhérents,
- Met à jour et suit le fichier adhérents.

**La Division de la Législation et des Affaires Générales :**

- Gère les demandes de prise en charge au Maroc,
- Assure la gestion et le suivi des affaires générales,
- Traite les réclamations émanant des adhérents,
- Renseigne et informe les adhérents,
- Assure le suivi des dossiers contentieux,
- Etudie les dossiers en instance,
- Assure l'archivage des dossiers de maladie.

### **Points de gestion :**

Les points de gestion sont les services extérieurs de la CNOPS, c'est une première ébauche vers la déconcentration des activités de la caisse. Ces points de gestion :

- Délivrent les accords de prise en charge,
- Contrôlent les dossiers de maladie,
- Informent les adhérents,
- Transmettent certains dossiers de prise en charge à la CNOPS pour traitement.

### **Cellules :**

Les cellules sont rattachées directement au directeur adjoint ; il s'agit :

- Audit interne,
- Suivi des affaires et des études,
- Organisation et méthodes,
- Communication,

☞ L'analyse de l'organigramme de la CNOPS et la répartition des tâches fait ressortir clairement la prédominance d'une structure organisationnelle de type hiérarchico-fonctionnelle composée de divisions subdivisées en un certains nombre de services.

La ligne hiérarchique est composée :

- ▶ D'un sommet stratégique qui comprend les postes de président de la CNOPS, de directeur et directeur adjoint ;
- ▶ D'un centre opérationnel composé de six divisions, lesquelles sont organisées en services ;
- ▶ Des cellules précédemment citées qui ne sont pas opérationnelles et qui doivent en principe jouer le rôle de soutien au directoire.

☞ Ainsi, l'analyse organisationnelle fait ressortir un découpage des responsabilités organisé par fonction et une continuité des flux assurée par des procédures qui organisent la mise en place des différentes fonctions opérationnelles en séquences successives.

☞ Ce type de structure est caractérisé aussi par la centralisation et l'immobilisme. Ainsi, remarque-t-on que les limites de la structure sont celles des mécanismes de coordination des flux de travail. C'est à dire qu'on constate une multiplication des recours à la hiérarchie qui se trouve ainsi placée dans une situation croissante d'inefficacité. L'organigramme ne semble pas favoriser un **fonctionnement transversal** car il reste fortement centralisé, dans la mesure où la définition des niveaux de management intermédiaires (middle management) est faible et insuffisamment pourvue. **C'est un organigramme de forme "râteau"**.

■ La structure fonctionnelle de la CNOPS a également pour limites sa capacité d'adaptation aux exigences du changement stratégique, ce qu'on appelle « l'immobilisme ». En fait, elle est bien adaptée à un environnement stable dans lequel l'acquisition d'expérience est un élément clé de compétitivité. Mais sa **capacité d'adaptation au changement est limitée**.

■ En outre, certaines fonctions de base ne sont pas suffisamment dotées en moyens humains et logistiques<sup>107</sup>.

---

<sup>107</sup> Rapport d'Audit opérationnel de la CNOPS, volet 1 : système d'organisation, page 5, le Cabinet Masnaoui Mazars, 2000

## 2. L'ANALYSE STRATEGIQUE DES RESSOURCES HUMAINES :

Le capital humain est un facteur essentiel pour le développement d'une organisation. Son articulation avec la stratégie d'ensemble est considérée comme déterminante pour la performance de l'entité. Pour le cas de la CNOPS, ce diagnostic nous permettra d'analyser le potentiel humain, en nombre et en compétence, dont elle dispose à même de répondre aux exigences de sa nouvelle mission. Il nous donnera ainsi l'idée sur le degré d'implication du personnel dans le projet collectif, le climat social et les comportements.

De ce fait, ce diagnostic portera sur deux points essentiels :

- Evaluation quantitative et qualitative des moyens humains,
- Etude de la politique de management des Ressources Humaines.

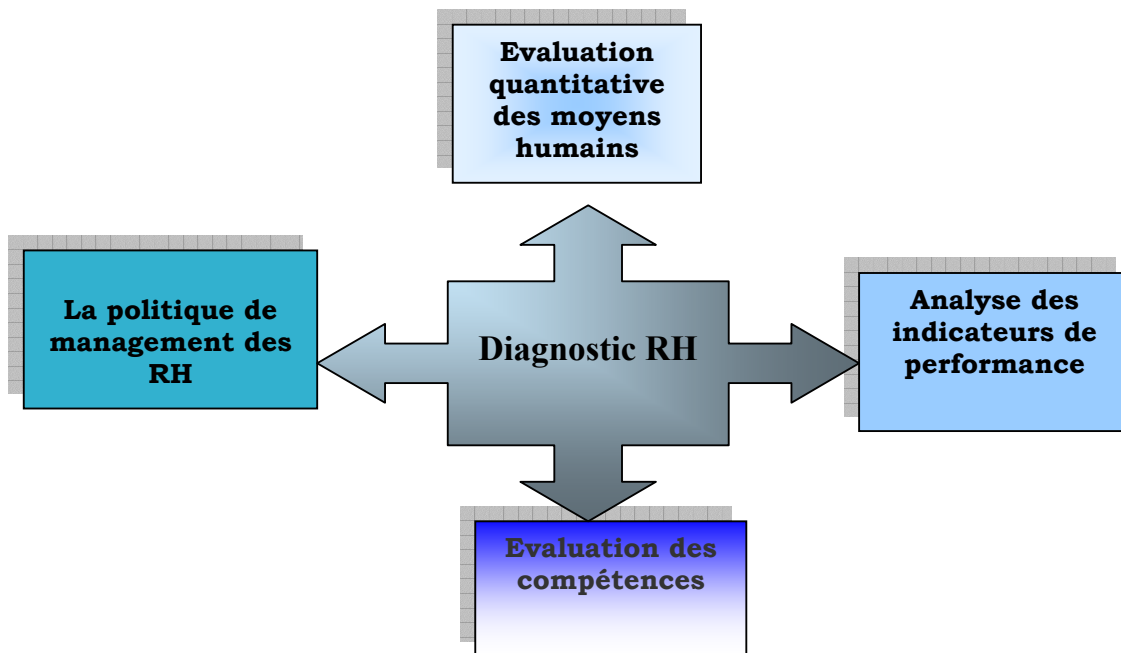


Figure 14 : Diagnostic des ressources humaines



## 2.1. L'évaluation quantitative et qualitative des moyens humains :

Sur le plan quantitatif, l'effectif des titulaires de la CNOPS est passé de 322 agents en 1996 à 245 en 2005. Cela permet d'ores et déjà d'apprécier le niveau d'inadéquation des effectifs par rapport aux besoins de la CNOPS et aux enjeux futurs. L'évaluation du degré de flexibilité social dont dispose la CNOPS ne permet pas de faire face aux variations de ses activités.

La situation des ressources humaines de la CNOPS se caractérise par un taux d'encadrement relativement faible qui est de l'ordre de 12%<sup>108</sup>.

La situation des effectifs en 2005 se présente comme suit<sup>109</sup> :

Niveau	Titulaire	Personnel occasionnel et personnel recruté récemment	Secteur commun	Total	%
BAC + 4	31	76	9	116	23%
BAC + 2	51	20	6	77	15%
BAC et autodidacte	163	29	113	305	61%
Total	245	125	128	498	100%
% du niveau Bac +4	13%	61%	7%	23%	

*Tableau 9 : effectif et niveau d'instruction du personnel de la CNOPS*

A noter cependant que suite aux recommandations faites par des audits, la CNOPS a procédé au recrutement de plusieurs agents ainsi que l'exécution en 2002 et 2003 de deux plans de formation continue. De même, la CNOPS a préparé un projet de statut qui est actuellement en cours d'approbation par la tutelle.

<sup>108</sup> Rapport de la commission chargée de la mise à niveau de la CNOPS, novembre 2004

<sup>109</sup> Rapport du plan d'action stratégique, ORSIA Consulting, décembre 2005,

Au niveau des mutuelles, les ressources humaines comportent une diversité de statuts: personnel relevant de la CNOPS, personnel relevant de l'administration pour les mutuelles de service (PTT, Police, Douanes, Forces auxiliaires...), personnel recruté par les mutuelles. Elles emploient dans le cadre du « secteur commun» 156 personnes.

Pour ce qui est du ratio Masse salariale brute/ Effectif total, il ne dépasse pas 3500 DH/mois/agents (primes comprises). Ceci a eu un impact significatif sur la capacité de la CNOPS à développer une organisation et des outils de gestion adaptés à ses besoins.

## **2.2. L'étude de la politique de management des Ressources Humaines:**

Le diagnostic des ressources humaines a divulgué que :

- La gestion des ressources humaine à la CNOPS n'a pas atteint **une dimension stratégique**. En effet, il est plus juste de parler de gestion classique et orthodoxe du personnel qui se limite simplement à des tâches à caractère administratif **du fait de l'absence totale d'une politique de management GRH**.

- Le règlement du personnel est peu motivant accentué par une politique de développement des ressources humaines (recrutement, système d'évaluation, de rémunération, d'intéressement, formation, plan de carrière, ...) insuffisamment élaborée.

Quant au statut du personnel, il reste inadapté aux missions et aux besoins de la Caisse et ne permet donc pas d'attirer, de maintenir et de motiver des ressources humaines qualifiées.

- La CNOPS ne dispose ni **d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences** ni **d'une planification à court et moyen terme des**

**besoins en ressources humaines.** Les départs massifs à la retraite, généralement, non renouvelés, se sont traduits au niveau de la CNOPS par une perte d'expertise et d'expérience sans possibilité aucune d'assurer un transfert des connaissances sur des éléments nouvellement recrutés. L'ancienneté moyenne est de 19 ans.<sup>110</sup>

■ En outre, les changements majeurs qui ont survécu, et notamment le départ des compétences (promotions, retraites, mutations...) ont entraîné une perte importante de connaissances stratégiques (savoirs et savoir-faire).

### 3. L'ANALYSE DU SYSTEME D'INFORMATION ET DE PILOTAGE :

Un système d'information est l'ensemble des moyens et des procédures destinés à fournir aux membres de l'organisation une représentation de l'état et du fonctionnement de celle-ci face à son environnement. Il met ainsi à la disposition des décideurs les éléments nécessaires à la prise de décision et permet d'étudier les conséquences prévisibles de celle-ci. Il possède donc une finalité d'aide à la décision.

Cependant, et malgré l'évolution rapide dans le domaine de l'informatique et les nouvelles technologies d'information, la plateforme informatique actuelle acquise en 1994, au niveau de la CNOPS, est obsolète et vétuste. Elle ne peut garantir la continuité des services au profit des assurés du fait que la maintenance n'est assurée que partiellement. Quant aux applicatifs actuels, ils sont inadaptés pour répondre aux exigences de l'AMO.

L'analyse du système d'information et de pilotage fait ressortir les

---

<sup>110</sup> *Rapport de la commission chargée de la mise à niveau de la CNOPS, Novembre 2004*

principaux constats suivants:

- Retard constaté dans la mise en œuvre du plan directeur informatique élaboré par la CNOPS;
- Absence d'indicateurs de suivi mensuel des activités et de tableaux de bord opérationnels. Les indicateurs de gestion les plus utilisés sont les statistiques qui sont produites annuellement par la division informatique ;
- Manque d'intégration entre les applications au niveau de la liquidation et au niveau du contrôle médical ;
- Absence de projections financières et d'hypothèses d'évolution de l'activité ;
- Non maîtrise du fichier des adhérents.

A cet effet, et vu le retard pris dans la mise en œuvre du schéma directeur et l'urgence d'adapter les systèmes aux exigences de l'AMO, la CNOPS avait lancé un appel d'offres pour l'acquisition d'un progiciel pour le traitement des modules urgents à savoir la gestion des cotisations, la liquidation et le contrôle médical. Le marché a été attribué à une société française qui a déjà été retenue par la CNSS pour son progiciel **ESQUIF**.

#### 4. DIAGNOSTIC DES RESSOURCES FINANCIERES :

En principe l'analyse des ressources financières vise un double objectif :

- Mettre en évidence et expliquer les écarts de performances favorables ou défavorables;
- Évaluer la capacité financière de l'entité.

Cependant, ne disposant pas d'instruments de diagnostic financier, à savoir (le bilan, le compte produits et charges, l'état de solde et de gestion) notre analyse s'est focalisée sur la structure des recettes, des dépenses et l'organisation financière de l'AMO de base au niveau de la CNOPS. Concernant les cotisations, les dispositions de la loi 65-00 stipulent que la Caisse centralise aussi bien les cotisations salariales que patronales. De ce fait, le budget de la caisse comprend en ressources et en dépenses :

<b>Les Ressources</b>	<b>Les Dépenses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- les cotisations salariales des personnels de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public;</li> <li>- les contributions patronales de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public;</li> <li>- les cotisations des titulaires de pensions du secteur public;</li> <li>- le produit financier des placements;</li> <li>- le produit des majorations, astreintes et pénalités de retard;</li> <li>- les emprunts;</li> <li>- les dons et legs;</li> <li>- toutes autres ressources qui peuvent lui être affectées par voie législative ou réglementaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- les paiements et frais engagés au titre des prestations garanties par les dispositions de la présente loi;</li> <li>- les contributions aux frais de fonctionnement de l'Agence nationale de l'assurance maladie prévues à l'article 68 de la présente loi;</li> <li>- les dépenses de fonctionnement y compris les frais de gestion versés aux sociétés mutualistes chargées, le cas échéant, d'assurer les prestations garanties par la présente loi;</li> <li>- les dépenses d'investissement;</li> <li>- le remboursement des emprunts.</li> </ul>

*Tableau 10 : structure des ressources et dépenses de la CNOPS*

Il y'a lieu de rappeler que la structure du financement du régime de couverture a beaucoup évolué depuis la création de la CNOPS en 1950. En effet, les cotisations patronales et salariales ainsi que l'assiette de cotisation ont été revues à la hausse pour résorber le déficit budgétaire. Ainsi, l'année 1999 a vu la modification de l'assiette et des taux de cotisation. L'assiette englobe désormais le traitement de base, l'indemnité de logement et les primes statutaires. Les taux de cotisation sont uniformisés à 4 % (cotisation salariale 2% et patronale 2%). Les retraités cotisent à hauteur de 2 % de la pension principale mais sans contrepartie patronale. Il en va ainsi des titulaires de pensions de réversion. Les actifs et les retraités sont soumis aux mêmes seuils (600 DH/an) et plafond de cotisation (3 600 DH/an).

	<b>Avant Novembre 1999</b>	<b>Entre Novembre 99 et 18/8/05</b>	<b>Financement AMO</b>
<b>Taux de cotisation Global</b>	5% pour les actifs 1,7% pour les retraités	4% pour les actifs 2% les retraités	5% pour les actifs 2,5% les retraités
<b>Assiette de Cotisation</b>	Traitement de base majoré de l'indemnité de résidence Pension brute	Rémunération Statutaire Pension brute	Rémunération Statutaire Pension brute
<b>Plafond</b>	1 000 DH / an	3600 DH / an	4800 DH/an
<b>Cotisation minimale</b>	72 DH / an	600 DH / an	840 DH/an
<b>Cotisation patronale de l'Etat</b>	-Equivalente aux cotisations salariales -Contribution aux frais de fonctionnement (1 %) -Couverture de l'excédent des charges sur les prestations	Égale aux cotisations salariales	Égale aux cotisations salariales

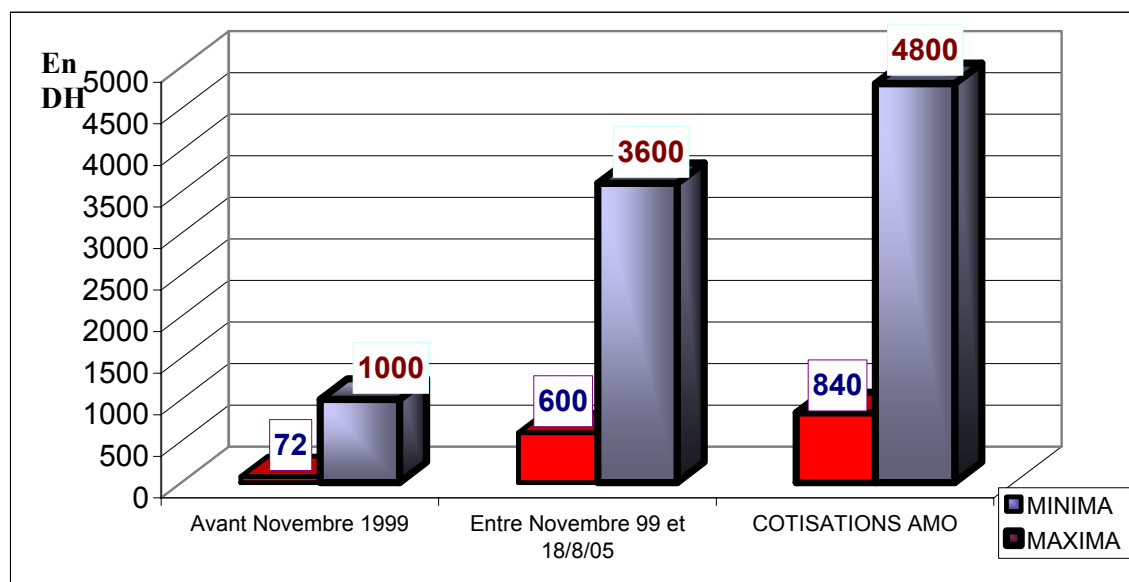
**Tableau 11 : Evolution des taux de cotisation <sup>111</sup>**

<sup>111</sup> Rapport de la commission chargée de la mise à niveau de la CNOPS, 11/2004

La révision des règles de financement a été accompagnée par un effort budgétaire supplémentaire de 360 MDH consenti par l'Etat dans le cadre du protocole d'accord (Etat - CNOPS) du 16 mai 2002. Ce montant a été destiné à l'apurement des dettes de la CNOPS vis-à-vis des producteurs de soins (2 milliards de dettes apurés entre 2001 et 2003).

Pour ce qui est du montant des cotisations patronales et salariales perçu, au titre de l'année 2002, par la CNOPS et les huit mutuelles, il s'élève à 1.395 MDH. La CNOPS a couvert 57 % des dépenses totales.

Quant aux plafonds de cotisations, ils sont en progression continue, c'est ce qui est illustrée dans le graphe ci-après :



*Graphe 7: Evolution des taux de cotisation*

Il y'a lieu de noter que le calcul du taux de cotisation, dans le cadre de l'AMO, s'est basé sur une étude actuarielle qui a fait ressortir, pour 2005, un taux de cotisation de 4,9% si l'on considère le scénario basé sur le niveau actuel de couverture, et de 5,6%, si l'on retient le

scénario basé sur l'amélioration du régime actuel par:

- + L'amélioration des tarifs du tiers payant de 15% pour l'année de démarrage ;
- + La majoration de 20% de certains tarifs forfaitaires ;
- + L'amélioration du tarif de responsabilité des autres soins ambulatoires.

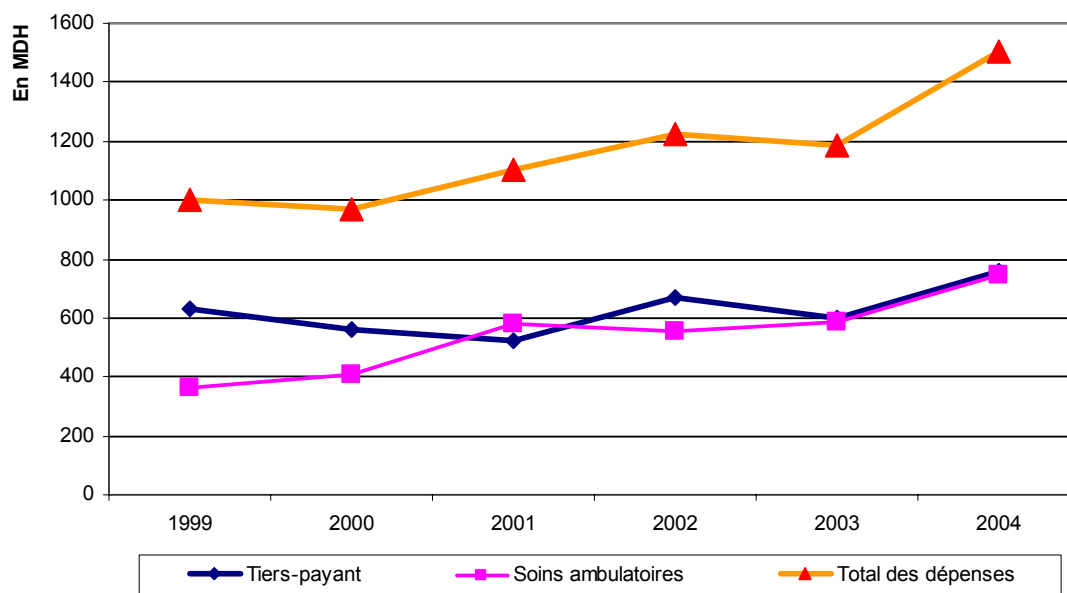
Cependant, il est important de souligner que cette étude actuarielle a été réalisée en tenant compte :

- Le respect des dispositions du code de la couverture médicale de base notamment, en ce qui concerne : les droits acquis, le panier de soins, la population éligible à l'AMO, les provisions techniques et délais de remboursement, la contribution au financement de l'ANAM (0,6% des cotisation) et enfin la période de stage.
- Le vieillissement de la population au niveau de la fonction public surtout avec les départs massifs en retraite (départs volontaires) ;
- L'évolution de la masse salariale.

Aussi, tout un travail de modélisation et de simulation a été fait prenant en considération les tarifs de certains actes, l'évolution de la population assurée notamment les actifs et les retraités, ainsi que la projection des dépenses de la CNOPS.



Les dépenses au cours des six dernières années sont représentées dans le graphe suivant:

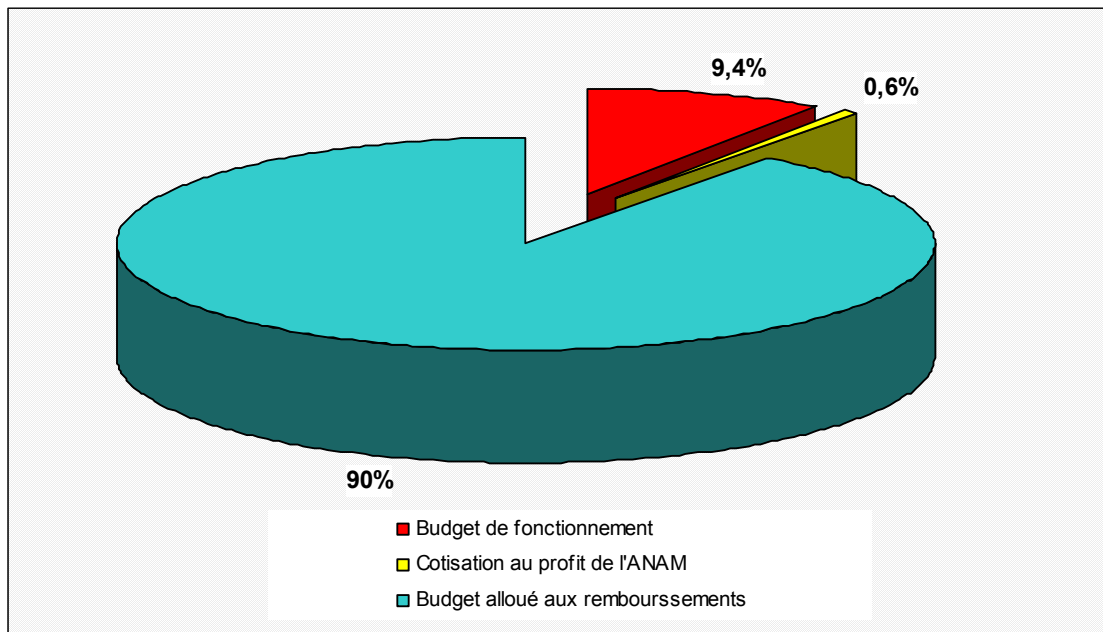


**Graphe 8 : Evolution des remboursements effectués par la CNOPS**

#### 4.1.L'organisation financière des cotisations :

Le prélèvement sur les cotisations et les contributions pour la couverture des frais de gestion administrative de l'assurance maladie obligatoire de base par la CNOPS ne peut excéder le taux de 9,4 %<sup>112</sup>. Le prélèvement au profit de l'Agence nationale de l'assurance maladie est fixé au taux uniforme de 0,6 % des cotisations et des contributions dues à la CNOPS.

<sup>112</sup> Décret n° 2-05-740 du 11 jourmada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application des dispositions de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base relatif à l'organisation financière de l'assurance maladie obligatoire de base.



**Graph 9 : répartition des recettes de la CNOPS**

#### **4.2. Contrôles financier et technique :**

Les dispositions relatives au contrôle financier, apportent une réponse aux insuffisances constatées dans le système de contrôle actuel. Celui-ci a été abordé par le texte de loi 65-00 et les articles du Décret n° 2-05-740. La CNOPS est formellement soumise :

- annuellement à un audit comptable et financier externe diligenté par le conseil d'administration de l'organisme concerné selon l'article 52.
- au contrôle financier de l'Etat pour les opérations de dépenses courantes en application de l'article 53 qui stipule que les organismes gestionnaires sont soumis au contrôle financier de l'Etat prévu par la législation en vigueur, sauf pour ce qui concerne les actes liés au remboursement ou à la prise en charge des frais des prestations garanties. Ces actes sont soumis à un contrôle a

posteriori conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

- à un contrôle technique de l'Etat en application de l'article 54 qui stipule que les organismes gestionnaires sont soumis au contrôle technique de l'Etat, qui a pour objet de veiller au respect par la CNOPS des dispositions de la loi 65-00 et des textes pris pour son application. Ce contrôle technique s'exerce sur pièces et sur place.

A cet effet, la CNOPS est tenue de produire à l'administration tout état, compte rendu, tableau ou document de nature à permettre de contrôler la situation financière, l'émission et le recouvrement des cotisations, le règlement des dossiers, la constitution et la représentation des réserves et l'application des conventions conclues avec les prestataires de soins.

##### **5. L'ANALYSE DU SYSTEME DE CONTROLE MEDICAL:**

Le contrôle médical est considéré comme l'outil stratégique et l'instrument de régulation de maîtrise des dépenses et donc celui permettant d'assurer la visibilité du régime.

Ainsi, l'organisation de la fonction de contrôle médical et les modalités de son fonctionnement s'effectuent en application de l'article 26 de la loi 65-00 qui stipule que les organismes gestionnaires sont tenus d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, de vérifier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

A cet effet, les organismes gestionnaires sont habilités à désigner des praticiens et des pharmaciens en vue d'assurer ledit contrôle. Encore faut-il que l'organisation et les méthodes de travail permettent à ce contrôle médical d'apporter un concours suffisamment efficace à l'objectif de "bon usage des soins" dont il est chargé.

Le système de soins et les mécanismes de prise en charge doivent être orientés vers une recherche de pertinence médicale "en situation", face au malade. Cela passe notamment par l'élaboration par la CNOPS, en concertation avec les professionnels de santé, de référentiels de pratique médicale fiables, fondés sur une évaluation périodique des pratiques professionnelles, une offre de formation professionnelle plus substantielle et des procédures d'accréditation.

Ainsi, les praticiens et les directeurs des cliniques et des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle médical aux lieux d'hospitalisation et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle.

### **SECTION 3 : LE DIAGNOSTIC EXTERNE DE LA CNOPS:**

C'est l'analyse de l'ensemble des facteurs exogènes qui influencent l'environnement dans lequel évolue l'entité, aussi bien ceux relatifs à son environnement macro-économique qu'institutionnel.

#### **1. L'ANALYSE DU MACRO ENVIRONNEMENT :**

Cette analyse fait ressortir la situation d'interdépendance étroite qu'à la CNOPS avec l'ensemble des acteurs de l'AMO, à savoir : les producteurs de soins, les mutuelles, les adhérents et la tutelle publique. Certes, il est vrai les intérêts corporatistes de ces acteurs

divergent et les préoccupations diffèrent.

La représentation ci-dessus illustre cette relation de corrélation :

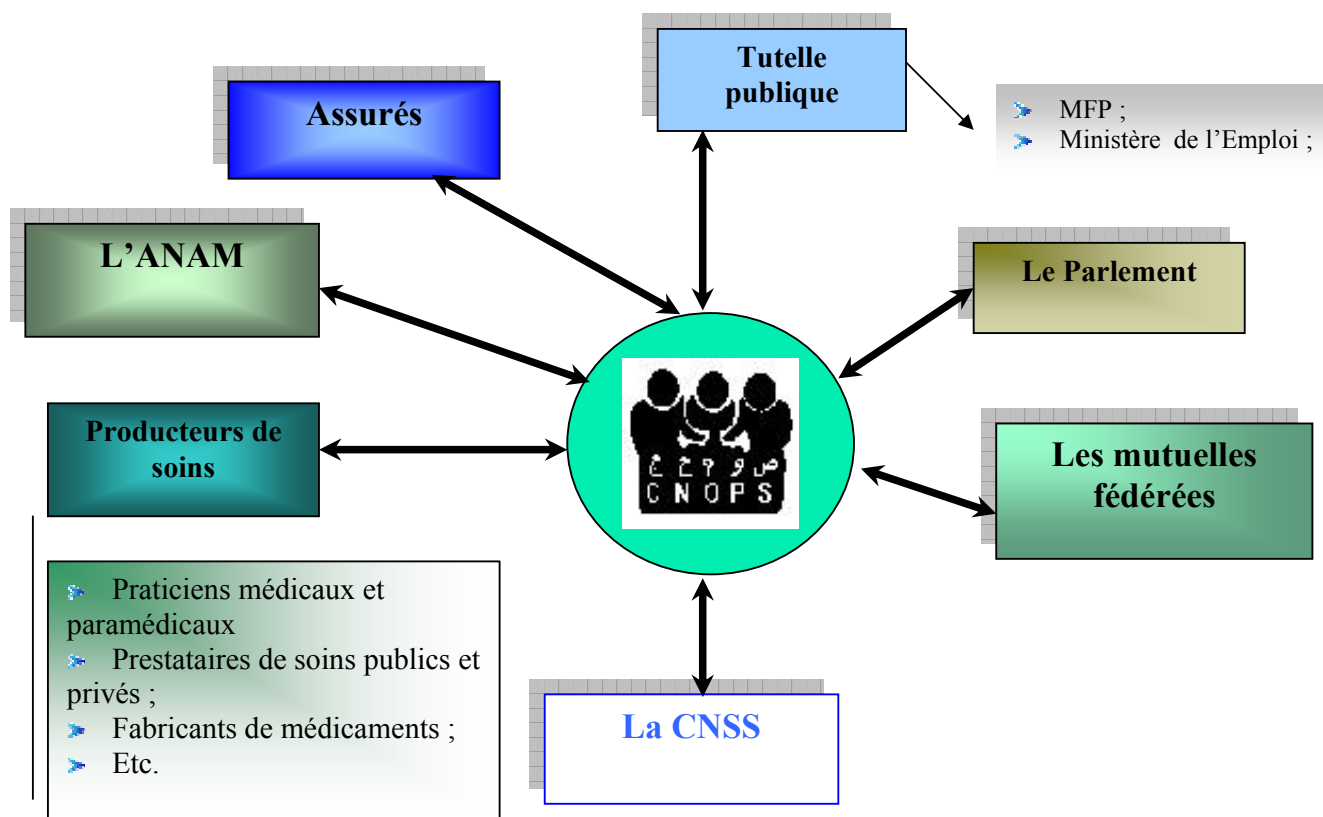


Figure 15 : Le macro environnement de la CNOPS<sup>113</sup>

### 1.1. LES ADHERENTS OU ASSURES :

Placé au cœur de cette réforme, la loi 65-00 est venue répondre à certains mécontentements de la part des assurés. Ainsi, les délais de remboursement qui prenaient beaucoup de retards sont aujourd'hui réduits et fixés par la réglementation à trois mois. Certes, une telle décision aura un impact considérable sur la gestion financière de la caisse mais l'intérêt de l'adhérent a été choisi au premier rang « c'est le cœur du changement ».

<sup>113</sup> Conception et Production chercheurs

Aujourd'hui les adhérents sont plus que jamais intéressés par l'amélioration de la qualité du service de la CNOPS car ils sont de plus en plus prudents et avisés. De ce fait, les principales préoccupations de ses assurés peuvent être exprimées, par ordre d'importance, comme suit :

- L'accélération des remboursements pour ce qui est des dossiers ambulatoires et l'octroi des prises en charge ;
- La recherche de la proximité évitant à l'adhérent des frais de déplacement venant peser sur ses dépenses.
- Le développement d'un système d'information fiable et actualisé et l'amélioration du service accueil permettant de répondre aux besoins des assurés : demande d'information, d'explication ou de réclamation.

## **1.2. LA TUTELLE PUBLIQUE :**

La Tutelle publique ou le Gouvernement en général œuvre dans un premier lieu pour l'amélioration du système de santé qui dépasse les objectifs de la réussite du régime de couverture médicale de base. Et de là émerge le rôle de la Tutelle en matière d'orientation stratégique du secteur en particulier la CNOPS en tant que gestionnaire de l'AMO.

Secundo, la Tutelle est préoccupée par la maîtrise des dépenses dans le sens d'obtenir les meilleurs soins aux moindres coûts.

Enfin, et dans un souci de pérennisation du régime de l'AMO, la Tutelle est préoccupée par le maintien de l'équilibre financier de la Caisse surtout que l'Etat ne compte plus résorber d'éventuels déficits financiers.

L'intervention grandissante de l'Etat dans la gestion et le fonctionnement de la CNOPS apparaît clairement à travers la composition du conseil d'administration qui comprend parmi ses membres :

- un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de l'intérieur;
- trois représentants de l'autorité gouvernementale chargée des finances ;
- trois représentants de l'autorité gouvernementale chargée de l'emploi ;
- un représentant de l'autorité gouvernementale chargée de la modernisation des secteurs publics;
- deux représentants de l'autorité gouvernementale chargée de la santé,
- un représentant de l'Agence nationale de l'assurance maladie.

### **1.3. L'AGENCE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE :**

L'ANAM a la charge d'accompagner les organismes gestionnaires dans la préparation de l'AMO. Aujourd'hui, un certain nombre de dispositifs viennent compléter le montage de l'AMO, notamment la publication de la liste de médicaments remboursables et les négociations sur les conventions nationales. Le cadre conventionnel type est déjà arrêté de concert avec les médecins, les directeurs des cliniques et les établissements de soins.

La liste des remboursables dans le cadre de l'Assurance maladie obligatoire a été publiée au Bulletin Officiel du 4 janvier 2006. On trouve quelque 170 spécialités ou classes. On notera aussi que sur cette liste ne figurent que les dénominations communes internationales.

L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie va publier un guide précisant les médicaments sous leurs marques commerciales, 1 200 médicaments sont concernés et le guide va être distribué aux deux organismes gestionnaires (CNSS et CNOPS) ainsi qu'aux prestataires de soins.

#### **1.4. LES PROFESSIONNELS DE SANTE PRODUCTEURS DE SOINS :**

Les fournisseurs ou les prestataires de soins sont multiples et diversifiés et se présentent comme suit :

- Les établissements hospitaliers publics et privés ;
- Les fabricants de médicaments et les officines de pharmacies ;
- Les médecins privés.

Le système de production de soins ne favorise pas actuellement la maîtrise des coûts et ce pour les raisons suivantes:

- le non respect de la déontologie et des dispositions des conventions signées avec la CNOPS ;
- Le non respect de la tarification par les producteurs de soins;
- La surconsommation et le recours non justifié aux soins spécialisés sans passer par un médecin généraliste ;
- Le penchant des adhérents vers le secteur privé en étant convaincu de l'état des hôpitaux publics notamment en matière d'accueil, de restauration et d'hébergement (ce qui est fondé du fait de l'état délabrant de la plus part de nos hospices publics) ;
- Cette situation s'est surtout accentuée en l'absence de mécanisme de régulation et de contrôle médical laissant le niveau des dépenses engagés entre les mains des producteurs de soins.



Ainsi pour éviter tout genre de dysfonctionnement inhérent au système de production de soins, les relations que la CNOPS pourrait entretenir avec les prestataires de soins peuvent se faire essentiellement dans le cadre de conventions et partenariats.

En effet, l'équilibre financier conditionné par l'adéquation des cotisations des adhérents et employeurs aux coûts des prestations dépend aussi de la maîtrise de ces coûts. Laquelle ne résulte pas de la seule volonté de la CNOPS, elle implique des sphères plus larges à savoir :

- La politique de santé du pays;
- la qualité de l'exercice de la médecine dans les hôpitaux et structures de soins notamment publics et privés;
- le coût des médicaments, des équipements et des autres composantes de l'acte de soin;
- la répartition géographique des structures médicales;
- la démographie et le niveau d'hygiène général etc.

Dans ce contexte, les prestataires de soins du secteur public sont surtout intéressés par le développement de leurs services, par l'amélioration de la qualité des prestations et des conditions de travail dans les structures de soins publiques. Alors que ceux du secteur privé sont soucieux par le développement de leurs affaires et la rentabilité de leurs investissements.

Les professionnels du secteur soulignent que compte tenu des spécificités du métier médical et de la matière traitée « l'être humain », il semble difficile de disposer de référentiels permettant une évaluation exacte ou normée des pratiques médicales.

Suite à la publication de la liste des médicaments remboursables, les industriels évoquent le risque de la disparition des médicaments les moins chers. L'ANAM a arrêté cette liste suite à une large concertation avec les Conseils de l'ordre des médecins et des pharmaciens, la Fédération Nationale des Syndicats des Pharmaciens d'Officine, l'industrie pharmaceutique, les organismes gestionnaires, le Syndicat des médecins du secteur libéral, la direction du Médicament et le service de Santé des Forces Armées Royales.

Toutefois, les entretiens menés avec les représentants des pharmaciens d'officine montrent que ces derniers désapprouvent le principe retenu à savoir le remboursement sur la base du générique. Pour le président de l'AMIP <sup>114</sup> : «rembourser sur la base du prix le plus bas du générique est inadmissible, retenir une telle base présente un grand risque pour la disponibilité des médicaments puisqu'on assistera à la disparition des médicaments à bas prix ».

Partant de là, les industriels suggèrent que «le remboursement se fasse sur la base d'une moyenne des prix existants pour un même générique». Dans le même ordre d'idées, le président de la Fédération nationale des syndicats des pharmaciens d'officine propose que «le Maroc suive l'exemple de la France qui détermine précisément la qualité de générique non seulement sur la base d'une spécification scientifique mais également au niveau du prix. Ainsi, les remboursements se font sur la base du générique qui est de 40% moins cher que la molécule mère».

En dehors de la publication de la liste des médicaments remboursables,

---

<sup>114</sup> Omar TAZI, Président de l'Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique in la vie économique du 27/01/2006.

un autre mécanisme de fonctionnement de l'AMO est en passe d'être finalisé. Il s'agit de la Tarification nationale de référence, pour les actes médicaux. Aujourd'hui, la proposition de tarifs faite par les médecins et les cliniques privées a été soumise aux organismes gestionnaires pour examen dans le cadre d'une commission spécialisée placée sous l'égide de l'ANAM. Les tarifs proposés par les prestataires de soins semblent élevés bien que cette tarification soit la même que celle adoptée avec les mutuelles privées.

#### **1.5. LES MUTUELLES ET ASSURANCES :**

Les mutuelles et assurances sont mues par des intérêts de croissance et de rentabilité sinon d'équilibre financier. Le secteur des assurances maladies est composé de compagnies d'assurances privées, de sociétés mutuelles privées et publiques indépendantes de la CNOPS et des Sociétés mutualistes membres de la CNOPS.

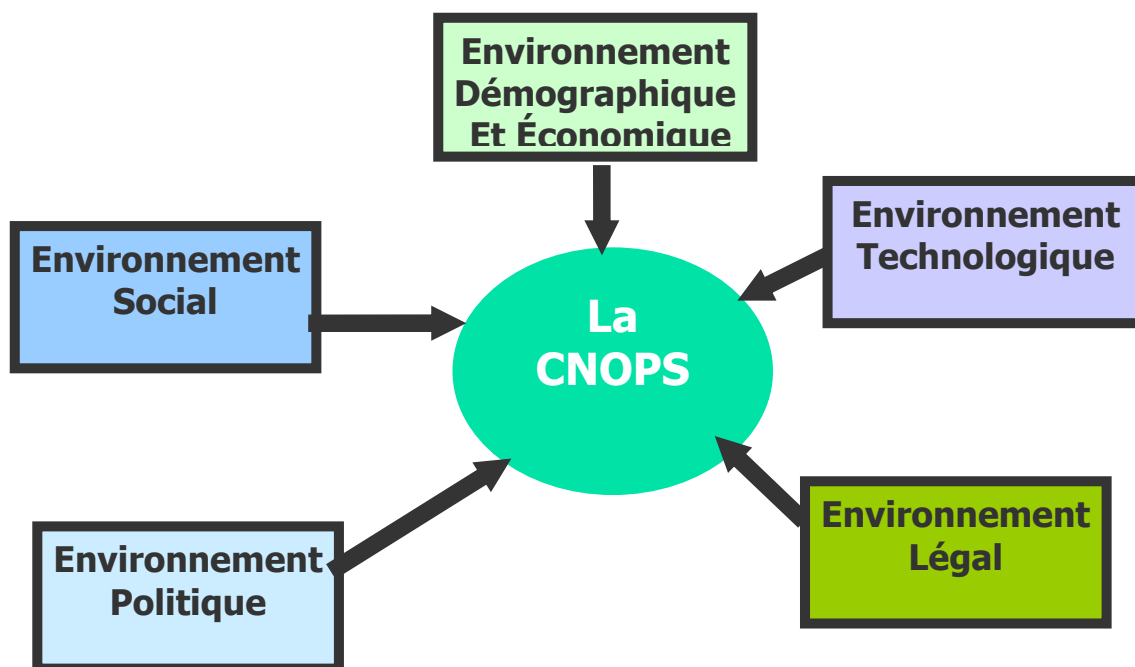
Plusieurs mutuelles relevant de secteurs semi-publics et non membres de la CNOPS pourraient formuler des demandes pour y intégrer. Dans ce cas, la caisse devrait analyser ces éventuelles demandes, préciser leurs impacts sur ses finances et étudier les conditions d'intégration. Pour ce faire, la CNOPS devrait mettre en place un modèle d'analyse permettant d'apprécier la structure des bénéficiaires, la structure de la dépense et surtout les revenus escomptés.

#### **1.6. EVENTUELLE CONCURRENCE AVEC LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE :**

Plusieurs établissements se trouvent aujourd'hui à cheval entre la CNOPS et la CNSS. En effet, le changement de statut juridique de ces établissements met les deux caisses dans une situation de concurrence directe.

Cette possibilité de concurrence est illustré par l'article 114 stipulant que les organismes publics ou privés qui, à la date de publication des décrets d'application de la loi 65-00, assurent à leurs salariés une couverture médicale à titre facultatif, soit au moyen de contrats groupe auprès de compagnies d'assurances, soit auprès de mutuelles, soit dans le cadre de caisses internes, peuvent continuer à assurer cette couverture, sous réserve de fournir la preuve de l'existence de cette couverture à la CNSS ou/et la CNOPS, selon le cas. Dans ce cas, la couverture doit s'appliquer à l'ensemble des salariés y compris les salariés nouvellement recrutés au cours de la période de transition, ainsi que, le cas échéant, les titulaires de pensions bénéficiant déjà de cette couverture.

## 2. L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT PESTEL DE LA CNOPS :



L'analyse de l'environnement externe de la CNOPS selon l'approche PESTEL a permis de faire ressortir les aspects suivants:

### **2.1.SUR LE PLAN POLITIQUE :**

Nous avons constaté un engagement total du gouvernement pour la mise en œuvre de l'AMO. En effet, la création de la commission présidée par le Premier Ministre pour la mise à niveau de la CNOPS, le versement de la dernière tranche de la subvention de l'Etat au profil de la CNOPS et la création de l'ANAM, montrent la volonté et la détermination des pouvoirs publics quant à la mise en œuvre et la réussite de l'AMO au niveau de la CNOPS.

### **2.2.SUR LES PLANS ECONOMIQUE ET DEMOGRAPHIQUE :**

Nous notons le vieillissement de la population éligible accentuée par les départs massifs en retraite et la limitation de recrutement dans la fonction publique. Une telle situation induit inéluctablement une augmentation substantielle des dépenses et une menace quant au financement des prestations du régime à long terme. Actuellement 10% de la population retraités de la Caisse, consomment à eux seuls 30% des dépenses. Par conséquent, la situation risque de prendre de l'ampleur dans le futur.

En outre, les départs volontaires en 2005 ont privé la CNOPS d'une manne importante de cotisation patronale estimée à 90 MDH/an. La structure du salariat dans la fonction publique est dominée par les catégories d'agents publics et d'exécutions et dont le montant de cotisation est faible.

### **2.3.SUR LE PLAN SOCIAL :**

Les syndicats signataires de la charte de mise en œuvre de la couverture médicale de base sont impliqués dans la gestion de l'AMO. De par leur présence au niveau du conseil d'administration de la CNOPS, les centrales syndicales oeuvrent à la sauvegarde des droits des assurés.

### **2.4.SUR LE PLAN TECHNOLOGIQUE :**

Les nouvelles technologies d'information et de communication constituent pour la CNOPS une opportunité pour la modernisation de son organisation et ses méthodes de gestion.

### **2.5.SUR LE PLAN LEGAL:**

Afin d'éviter des retards éventuels concernant le versement des cotisations, l'Etat par le biais du Ministère des Finances et de la Privatisation a adressé trois circulaires aux différents départements Ministériels, aux Collectivités Locales et aux Etablissements publics, ayant pour objectif de décrire les procédures à suivre et le délai pour le versement des cotisations mensuelles au profit de la CNOPS. Les cotisations salariales sont prélevées à la source.

### **SECTION 4 : SYNTHESE DU DIAGNOSTIC ( LA MATRICE SWOT) :**

Le constat mené à la CNOPS moyennant l'analyse de la base documentaire fournie par l'entité (rapport interne ou externe, notes et présentations) ainsi que les divers entretiens réalisés avec son top management accompagnés d'un diagnostic stratégique élaboré nous ont permis de déceler les forces et les faiblesses de cette organisation.

## 1. POINTS FAIBLES DE LA CNOPS :

Les principaux **points faibles** suivants émanent du diagnostic de la CNOPS et en particulier l'analyse de son environnement interne et externe peuvent être présenté comme suit :

### 1.1. Au niveau organisationnel et de gestion :

- A l'état actuel, l'**organigramme en forme de râteau** repose sur un découpage fonctionnel et reste fortement centralisé ne favorisant pas ainsi un fonctionnement transversal et une communication descendante et ascendante fluide ;
- **Le système de délégation des pouvoirs n'est pas formalisé.** En effet, les pouvoirs des principaux responsables ne sont pas définis dans l'organigramme actuel ce qui prête à la confusion et parfois même à l'anarchie (manque de visibilité);
- **Les relations de délégation** de pouvoir entre le siège et les points de gestion ne sont pas claires et définies d'où les craintes d'un chevauchement ;
- Plusieurs fonctions supports qui apparaissent sur l'organigramme actuel mais qui n'ont pas d'existence dans la réalité. On peut citer l'audit interne, la fonction organisation et méthodes.
- L'absence de la fonction communication considérée comme étant un élément crucial pour maintenir la stabilité de l'organisation et garantir son adaptation aux changements.

## 1.2. Au niveau comptable et financier :

Le diagnostic financier a concerné essentiellement la structure des recettes et dépenses ainsi que l'organisation financière au niveau de la CNOPS. Toutefois, il y a lieu de signaler que les rapports d'audit interne de la CNOPS (réalisés par le cabinet Masnaoui Mazars) et de la commission de mise à niveau de la Caisse ont mis l'accent sur une situation financière déséquilibrée accentuée par :

- la hausse des coûts de soins,
- les insuffisances de cotisations,
- l'irrégularité des cotisations patronales,
- les carences au niveau du contrôle médical.

En outre, la CNOPS ne disposait pas, du moins au 31/12/2005, de tous les éléments à même de lui permettre de dresser un état financier complet et exhaustive de sa situation nette comptable et ce par manque de cadres comptables qualifiés. Arrêter les comptes à la fin de chaque exercice budgétaire était pour la CNOPS difficile du fait du retard considérable au niveau des traitements des opérations et saisie des documents comptables.

## 1.3. Au niveau du système informatique: nécessité de refonte du système d'information :

Jusqu'à présent la CNOPS a fait face à ses engagements en fonction de ses disponibilités de trésorerie et ce, en l'absence d'une véritable gestion des prestations et des risques associés. Mais du fait de l'importance de sa mission, une **gestion du risque** s'impose, permettant la mise en place d'un nouveau système d'information performant répondant aux nouvelles exigences de la loi 65-00.



## **2. LES POINTS FORTS DE LA CNOPS :**

Pour ce qui est des **points forts de la CNOPS** et qui méritent amplement d'être consolidés :

### **2.1. Au niveau domaine de compétences :**

- Une expérience avérée et un savoir faire cultivé à travers plusieurs années d'existence sur la scène de la protection sociale, ainsi le personnel de la caisse jouit d'une expérience louable et d'une connaissance dans le domaine de la gestion de la couverture médicale. Il importe de veiller à capitaliser ces atouts et à renforcer la motivation du personnel en mettant en place un système de gestion de ressources humaines performant.

- Une bonne visibilité des évolutions futures et une ouverture au changement chez le **top management** et **ses collaborateurs**, avec un **sommet hiérarchique** conscient de l'évolution et des exigences de son environnement économique, social et politique notamment avec l'avènement de l'Assurance Maladie Obligatoire. La CNOPS se prépare, à conduire et à réussir sa nouvelle mission en intégrant l'ensemble des niveaux hiérarchiques au changement.

### **2.2. Au niveau de l'environnement juridique et institutionnel :**

- L'avènement du code de couverture médicale de base constitue un nouveau cadre restructurant permettant le renforcement de la gouvernance de la CNOPS et donnant plus de prérogatives à son directeur (pouvoir plus étendu permettant une gestion dynamique et des prises de décision consciencieuses et réfléchies) ;

- Le renforcement du contrôle sur le plan juridique, exercé sur l'entité, par la création de L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie

qui a pour mission d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant ;

- Le Changement de la composition du Conseil d'Administration de la CNOPS en fonction des exigences de la loi;
- Séparation de la mission d'assureur de celle de producteur de soins dans un délai de trois ans après la publication des décrets d'application de la loi 65-00 ;
- La centralisation de l'encaissement et du recouvrement des cotisations salariales et patronales au niveau de la CNOPS contrairement à ce qui se faisait avant l'entrée en vigueur de l'AMO.

### **3. LES OPPORTUNITES :**

Les opportunités qui s'offrent à la CNOPS sont les suivantes :

- L'appui de l'Etat dans la mise en œuvre de l'AMO ;
- Les possibilités de partenariat avec les différents organismes nationaux et internationaux (Ministère de la Santé Publique, Cliniques privés, coopération internationale) ;
- L'évolution technologique notamment les systèmes d'information ;
- La disponibilité de locaux dans les hôpitaux et qui vont servir d'antennes de la CNOPS ;

### **4. LES MENACES :**

Les menaces qui peuvent nuire au bon fonctionnement de l'assurance maladie obligatoire sont liés au vieillissement de la population assujettie à l'AMO, à la Croissance des coûts de soins, au

nombre de maladies graves de longue durée qui est passé de 31 à 41 et à la prise en charge à vie des handicapés.

## Synthèse du Diagnostic: La Matrice SWOT

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Une expérience louable ;</li> <li>➤ Un savoir et savoir faire dans le domaine de la couverture médicale;</li> <li>➤ Un sommet hiérarchique pragmatique avec une visibilité des évolutions futures ;</li> <li>➤ Un nouveau staff managérial approprié ;</li> <li>➤ Gestion de 80% du potentiel des assurés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Structure inadaptée aux nouvelles missions ;</li> <li>➤ Organigramme fortement centralisé</li> <li>➤ Le système de délégation des pouvoirs n'est pas formalisé ;</li> <li>➤ Les relations de délégation de pouvoir entre le siège et les points de gestion ne sont pas claires d'où la crainte d'un chevauchement</li> <li>➤ L'audit interne, la fonction organisation et méthodes bien qu'ils existent ne sont pas opérationnels</li> <li>➤ l'absence de la fonction communication</li> <li>➤ Potentiel humain insuffisant et politique GRH absente</li> <li>➤ Plateforme informatique obsolète</li> <li>➤ Situation financière fragile</li> <li>➤ Carence au niveau du contrôle médical</li> </ul>
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Appui de l'Etat dans la mise en œuvre de l'AMO ;</li> <li>➤ Partenariat avec (MSP, Cliniques privés, coopération internationale) ;</li> <li>➤ Évolution technologique (SI, NTIC)</li> <li>➤ Disponibilité de locaux dans les hôpitaux et qui vont servir d'antennes de la CNOPS ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vieillesse de la population ;</li> <li>➤ Croissance des coûts de soins;</li> <li>➤ Elargissement du panier de soins, le nombre de maladies graves de longue durée est passé de 31 à 41 ;</li> <li>➤ La prise en charge à vie des handicapés</li> </ul>

## CHAPITRE 2 : LE DEVELOPPEMENT STRATEGIQUE DE LA CNOPS :

Toute restructuration ou réorganisation intégrale d'une entité est inaccoutumée sinon laborieuse, car cela se traduit inévitablement par déstabiliser la structure et bouleverser les relations déjà existantes en créant l'illusion que la nouvelle organisation résout les problèmes existants, alors qu'elle ne fait dans la réalité que les déplacer.

De ce fait, tout changement de structure devrait être accompagné parallèlement d'une évolution des systèmes dont l'objectif capital serait d'y confirmer la nouvelle réorientation du pouvoir.

Aussi, l'un des moyens de réorganiser l'entité sans pour autant la brusquer, c'est d'utiliser une approche managériale fondée sur la conduite du changement et le management participatif comme levier de développement et d'amélioration des performances et ce de manière progressive permettant l'intégration graduelle de l'ensemble des niveaux hiérarchiques de l'organisation. A cette fin, **l'implication dans le changement doit être une des valeurs partagées de l'organisation**, avec tout ce que cela engage: clarté du projet d'ajustement, cohérence de planification stratégique avec les variables endogènes et exogènes de l'entité, le partage de l'information affirmé comme un principe fort, recherche permanente de la performance, mise en avant de la fonction recherche et développement.

En conséquence, une approche stratégique rationnelle et pragmatique basé sur une **vision stratégique** claire et dynamique et une gestion du changement seraient une assise importante conférant à l'approche managériale sa crédibilité et son sens, car il s'agit de leviers trop

souvent négligés d'où de nombreux échecs de processus de changement organisationnel et structurel.

A cela vient s'ajouter l'élément catalyseur qui va fédérer les énergies, c'est la culture de l'entité, car c'est ce qui change lentement et ne se décrète pas. Elle est beaucoup plus acquise sous l'effet des actions quotidiennes, que sous celui des efforts de formation ou des décisions des dirigeants.

De ce fait, la CNOPS se doit d'adopter une vision précise obéissant à une logique et moyennant des résultats à atteindre, à savoir l'amélioration de sa situation et la rupture avec le passé.

## **SECTION 1 : LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA CNOPS :**

### **1. LA VISION STRATEGIQUE :**

Faute d'une vision claire et précise, tout effort de planification ou de stratégie permettant le changement risquerait d'aboutir à une liste de projets confus et incompatibles entre eux, pouvant entraîner la CNOPS dans une direction erronée. Toutefois, pour que cette entité puisse évoluer en profondeur, une conception stratégique concrète qui reposerait sur des objectifs quantifiables et qualifiables serait fortement recommandée. Le point de départ pourrait être le redressement de sa situation financière et de gestion, le renforcement et l'amélioration de la qualité de ses prestations et in fine, le contentement de ses adhérents.

Orientée vers l'avenir, dotée d'un nouveau Top management et d'un staff manageriel ad hoc, déterminée à vouloir réussir sa nouvelle mission et les tâches conséquentes qui découlent de la mise en œuvre de l'AMO, la CNOPS est aujourd'hui consciente de ses forces et

faiblesses. Elle est cependant résolue à élaborer une stratégie cohérente bâtie sur des structures solides et un style de management entrepreneurial. Sa vision devrait cibler les points suivants :

- Réalisation et maintien d'un équilibre financier ;
- Modernisation et développement de son cadre de gestion ;
- Affermissement et optimisation de ses résultats (en terme de rentabilité et de rendement) ;
- Déploiement d'une stratégie visant la cohérence interne (animation, motivation et évaluation) et externe (développement des relations de partenariats)
- Amélioration de son image de marque (ternie par des années de gestion déficiente) vis-à-vis de ses assurés et ses partenaires ;
- Instauration d'une veille stratégique (vigilance vis-à-vis de son environnement en perpétuelle mutation).

## 2. LE CHOIX STRATEGIQUE :

**« Sans stratégie, une organisation est semblable à un navire sans gouvernail, allant dans tous les sens » Joël Ross and Michael Kami.<sup>115</sup>**

La nécessité d'adapter son organisation et ses tactiques à son environnement est aujourd'hui devenue incontournable. Car pour conduire et réussir le changement exigé par l'AMO il faudrait adopter une politique qui exigerait un grand discernement stratégique.

De ce fait, l'adoption et la mise en œuvre d'orientations stratégiques par la CNOPS, passerait assurément par la conception et le choix d'un

---

<sup>115</sup> Joel Ross and Michael Kami, cités dans *Crafting and Executing strategy, The Quest for Competitive Advantage*, Arthur A. Thompson, A.J. Strickland et John E. Gamble, 14ème édition, 2005

certaines actions et de mesures ciblées permettant d'atteindre les objectifs convoités à savoir le développement et l'épanouissement de l'organisation, de ses compétences et de son image par le biais d'une approche managériale et de gestion orientée vers la qualité et l'efficacité.

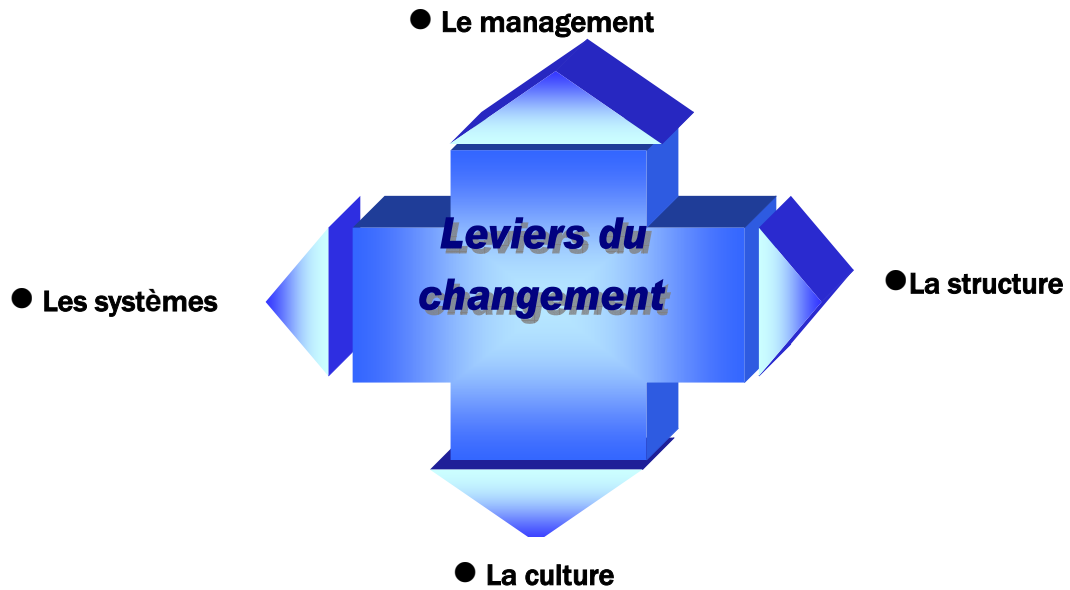
Cette stratégie permettrait, à la CNOPS :

- De déterminer de manière proactive le mode par lequel l'activité va être conduite;
- D'inclure les actions et les décisions du Top management et ses collaborateurs dans un plan stratégique coordonné et concernant toute l'entité;
- De passer d'une période immaculée par l'absence de toute stratégie à une ère nouvelle caractérisée par l'élaboration d'une **stratégie de changement émergente à double orientation** : la première horizontale (développement de ses activités) et la deuxième marketing (perfectionnement des prestations et services/aux assurés). Cette stratégie reposera sur des **objectifs mesurables** prenant en compte les forces et faiblesses de la CNOPS et les opportunités offertes.

Aussi, cette stratégie interpellera les quatre leviers de changement, à savoir : le management, la structure, les systèmes et la culture. Ces leviers sont étroitement inter reliés et concernés par le changement.

Cependant, en fonction du degré de changement imposé par l'AMO, ces leviers peuvent être partiellement ou totalement **actionnés et combinés** au niveau de la CNOPS.

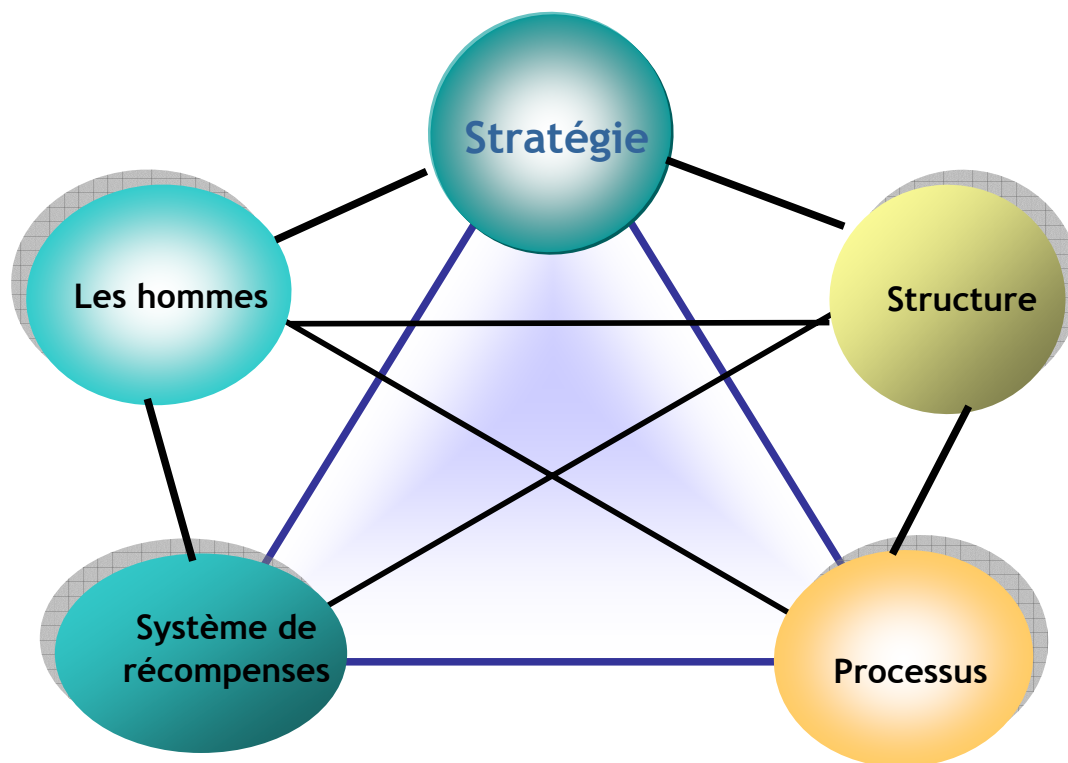




Dans ce sens, le schéma en étoile proposé par J.Galbraith<sup>116</sup>, illustre l'interdépendance des principales dimensions du design organisationnel.

---

<sup>116</sup> J.Galbraith, cité par TURGUL Atamar et ROLAND Calori, *Diagnostic et décisions stratégiques*, 2ème édition, 2003- Dunod



*Figure 16 : l'interdépendance des dimensions du design organisationnel*

A notre sens, la mise en oeuvre de cette stratégie, pourrait reposer sur cinq axes représentant chacun un ensemble d'actions à mener au sein de la CNOPS.

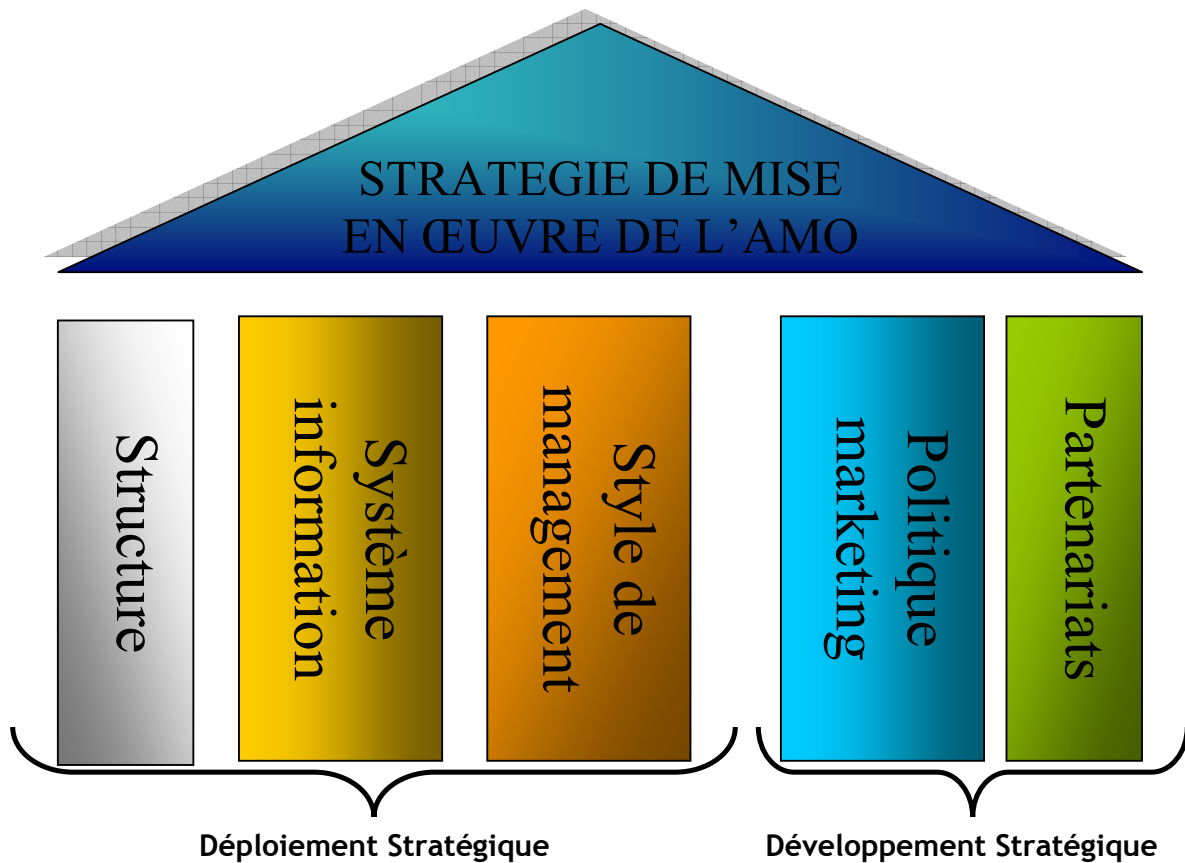
▪ **Premier axe** : remaniement de la structure organisationnelle, humaine et financière de la CNOPS ;

▪ **Deuxième axe** : refonte de ses systèmes information et contrôle ;

**Troisième axe** : l'instauration d'un style de management et de gouvernance permettant une gestion moderne axée sur les résultats ;

• **Quatrième axe** : L'instauration d'une politique marketing ciblant l'assuré ;

• **Cinquième axe** : Le développement et la consolidation de partenariats stratégiques.



*Figure 17 : les cinq axes stratégiques proposés pour  
Le renforcement de la stratégie de la CNOP*

## SECTION 2 : LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME FINANCIERE :

« Il y a trois sortes d'êtres au langage mystérieux :  
Les plus aisés à comprendre sont les fous,  
Puis viennent les polytechniciens,  
Et enfin les comptables » Detoef. <sup>117</sup>

La maîtrise de l'information financière et comptable au sein de la CNOPS a toujours été une tâche difficile voir utopique. Mais du fait des exigences de l'AMO, la CNOPS se veut être un **assureur avisé**, ainsi la

<sup>117</sup> Citation de AUGUSTE DETOEUF, cité in [www.ineven.fr/citations/auteur](http://www.ineven.fr/citations/auteur)

nouvelle direction de la CNOPS s'est fixée comme priorité d'assainir et de renforcer la situation financière de l'entité en vue de se donner les moyens de réaliser ses objectifs. A cette fin, une rationalisation des dépenses et une étude exhaustive de l'ensemble des éléments qui puissent nuire à son équilibre financier et comptable permettraient une meilleure visibilité et stabilité.

1) En vue de renforcer sa structure financière, la CNOPS devrait se doter d'une **gestion du risque** permettant de:

- Maîtriser les données sociodémographiques des assurés ;
- Etudier de manière exhaustive les dépenses de soins par pathologie et par bénéficiaire ;
- Mettre en oeuvre le contrôle sélectif sur les prestations avec le recours aux possibilités offertes par les systèmes d'information

2) Maîtriser ses dépenses et ce en :

- Rationalisant l'ensemble de ses dépenses de fonctionnement et de gestion ;
- Instaurant une gestion saine de sa trésorerie avec l'établissement des manuels de procédures comptables ;
- Arrêtant les comptes à la fin de chaque exercice budgétaire,
- Pressant les opérations de perception des contributions et la perception des dettes antérieures

3) Instaurer et renforcer le contrôle :

- Mettre en place et renforcer, en collaboration avec les mutuelles, les structures et les moyens requis pour l'exercice du contrôle médical, fondé sur la transparence, la traçabilité des

opérations, l'intégration des systèmes informatiques (prestations et comptabilité) et par le renforcement de l'organisation actuelle,

- Développer, en collaboration avec l'ANAM et la Tutelle, un système de sanction et de gestion du contentieux à l'encontre des assurés, des professionnels de santé et des tiers dans le cadre de l'application de la réglementation

### **SECTION 3 : DEVELOPPEMENT DE PARTENARIATS ET ALLIANCES STRATEGIQUES :**

Dans un contexte global d'ouverture et de mutation dans le domaine économique et social, la CNOPS devrait s'orienter vers une politique de développement de partenariats stratégiques. Permettant de fédérer les synergies et les compétences dans un climat de complémentarité et de coopération assurant le « Win-Win ».

Ce développement de partenariat viserait essentiellement :

- La mutualisation des moyens de la CNOPS et des mutuelles ;
- L'amélioration de la qualité de service aux assurés ;
- Le développement des mécanismes d'intégration des systèmes d'information ;
- La modernisation de l'organisation et de gestion administrative et financière.

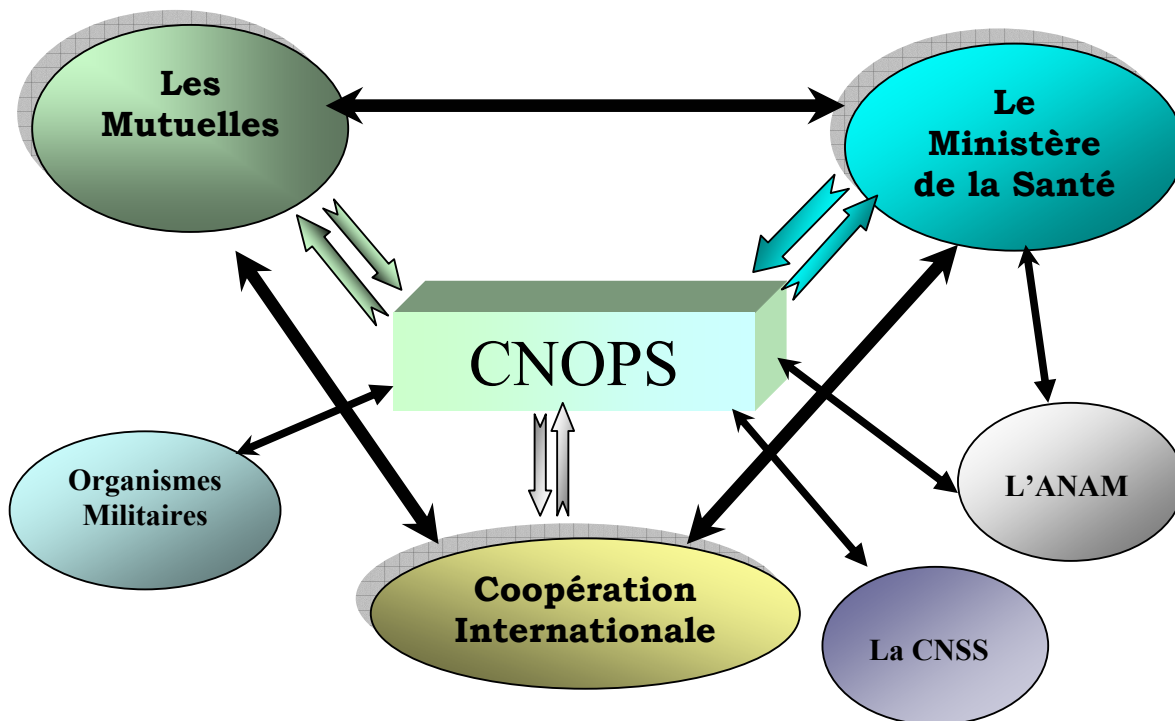


Figure 18 : Possibilités de partenariats pour la CNOPS<sup>118</sup>

#### 1. DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT AVEC LES MUTUELLES :

Le développement du partenariat avec les mutuelles nécessite de doter la CNOPS d'une fonction dédiée à la gestion des relations avec les mutuelles. La mission d'une telle entité consisterait à développer des relations avec les mutuelles en vue d'un partage des expériences et d'une mutualisation des outils.

Le partenariat avec les mutuelles passe aussi par la création des comités par domaine devant constituer des espaces de concertations sur des sujets d'intérêt commun :

- ✱ Commission sur le développement des délégations régionales ;
- ✱ Commission sur le traitement des dossiers de l'ancien régime ;
- ✱ Commission sur le contrôle médical ;
- ✱ Commission sur l'immatriculation ;

<sup>118</sup> Conception chercheurs

- ✳ Comité de suivi et d'évaluation de la convention CNOPS/Mutuelles.

## **2. DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT AVEC LE MINISTERE DE LA SANTE :**

Etant un acteur influent dans la maîtrise des dépenses de soins, le Ministère de la Santé peut constituer un partenaire privilégié de la CNOPS.

La CNOPS et le Département de la Santé doivent œuvrer ensemble pour l'élaboration des conventions pour chaque catégorie d'hôpitaux :

- ✳ Convention avec les hôpitaux SEGMA
- ✳ Convention avec les CHU,
- ✳ Institut Pasteur du Maroc.

## **3. DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION AVEC D'AUTRES ORGANISMES PUBLIQUES:**

Les organismes ou établissements hospitaliers, pouvant faire l'objet de coopération avec la CNOPS, sont :

- L'hôpital Cheikh Zayed;
- La Ligue Marocaine des maladies cardio-vasculaires ;

## **4. COOPERATION AVEC LES ORGANISMES MILITAIRES :**

Les organismes militaires faisant partie du paysage sanitaire marocain sont :

- L'Inspection du service de santé militaire ;
- Les hôpitaux militaires ;
- Le laboratoire de la Gendarmerie Royale.

## **5. DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION AVEC L'ANAM :**

Des décisions de l'ANAM peuvent avoir un impact direct sur l'équilibre financier de l'AMO. Dans ce sens, la CNOPS doit s'impliquer en amont dans les processus de préparation de ces décisions.

## **6. DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT AVEC LA CNSS :**

La CNOPS comme la CNSS sont les deux organismes gestionnaires de l'AMO. Dans ce sens, elles peuvent développer un partenariat basé sur l'échange d'expertise et de compétences.

Ainsi, les domaines de coopération entre les deux organismes peuvent être comme suit :

- Echange de toutes les informations jugées utiles;
- Programmation de modules de formation commune;
- Conventions avec les polycliniques de la CNSS;
- Elaboration des études de maîtrises des dépenses de soins ;
- L'organisation du contrôle médical ;
- Alliances pour le renforcement du pouvoir vis-à-vis des prestataires de soins.

## **7. DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION INTERNATIONALE :**

L'intérêt que la CNOPS doit réserver à la coopération internationale peut se concrétiser par la mise en place d'une entité dédiée à la gestion des projets de coopération.

Cas de la coopération française :

- 🌐 Les actions de jumelage avec les organismes similaires



- ✿ L'élaboration des projets de coopération dans les domaines prioritaires tels que le contrôle médical, les systèmes d'information, la formation continue, les tableaux de bords...;
- ✿ Recherche de conventions avec les hôpitaux et polycliniques étrangers,

La coopération doit être renforcée avec les organismes de financement et les bailleurs de fonds. Dans ce sens, la Banque Africaine de Développement a versé un montant de 8 MDH sous forme de don à la CNOPS pour le financement de la mise en place de procédures de gestion de l'AMO et le développement de la communication institutionnelle.

## Chapitre 3 : Le déploiement stratégique :

### SECTION 1 : REMANIEMENT DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET HUMAINE DE LA CNOPS :

« *La structure d'une entreprise suit sa stratégie* » A.D Chandler<sup>119</sup> .

La structure est un élément clé de la mise en œuvre de la stratégie. A toute évolution de la stratégie doit correspondre, sous peine d'inefficacité, une évolution concomitante de la structure.



*Figure 19 : l'interdépendance stratégie structure*

Pour le cas de la CNOPS, nous pensons que l'adaptation entre sa stratégie et sa structure se ferait par **incrément**, c'est à dire effectuée de manière graduelle afin de mieux répondre aux contraintes organisationnelles nées de la nouvelle stratégie jusqu'à atteindre une structure (globalement modifiée) formelle et complète. L'organisation doit être donc au service de la stratégie.

#### 1. AU NIVEAU DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE :

« *La justesse des choix stratégiques dépend de la justesse des choix organisationnels* ». <sup>120</sup>

---

<sup>119</sup> A. Chandler, *Stratégies et structures de l'entreprise*, Editions d'Organisation, 1990.

<sup>120</sup> Burgelman, Miles et Snow in [www.christophe.benavent.free.fr/cours/strategie/strategie.htm](http://www.christophe.benavent.free.fr/cours/strategie/strategie.htm)

La structure actuelle de la CNOPS est une structure **de type fonctionnelle simple** et hiérarchique jugée classique, marquée par la bureaucratie et la formalisation, la communication rayonnante cède place à la communication descendante et ascendante qui emprunte la voie hiérarchique.

L'amplification de sa mission, a induit au niveau de son organisation par une différenciation plus marquée entre les activités opérationnelles (liquidation, prestation, contrôle...) et autres fonctionnelles (gestion administrative, financière, comptable et informatique.....)

L'accroissement du volume de ses activités se poursuit sans que sa vocation initiale ne soit remise en question, d'où la nécessité de prendre les mesures suivantes:

◆ **La dynamique de sa structure** : l'évolution de sa structure vers une autre de **type fonctionnelle évoluée** ou **divisionnelle** lui assurerait plus de souplesse, de dynamisme et d'efficacité. Ce qui constituerait un élément essentiel du management moderne, nécessitant toutefois un changement culturel et un mode d'organisation plus adapté. Cette structure devrait avoir pour caractéristiques un pouvoir de décision, une synergie pluridisciplinaire. Elle devrait permettre un allègement du pouvoir directionnel tout en accordant une priorité à l'animation, l'implication et l'encadrement de l'ensemble des collaborateurs.

◆ **Le découpage des responsabilités** : nécessité de déterminer formellement les missions et tâches de chaque fonction et sous fonction, du degré de liaison et d'intégration en vue d'atteindre un

objectif commun, et ce par l'élaboration d'un manuel de définition des profils et des postes

◆ **Le mode de coordination** : pour la continuité et l'efficacité des flux au sein de la CNOPS, il faut instaurer un manuel de procédures qui accommoderait la mise en place des différentes fonctions opérationnelles en séquences successives.

## **2. MISE A NIVEAU DE LA STRUCTURE HUMAINE :**

*"Il n'y a de richesses que d'hommes":<sup>121</sup>*

Le facteur humain apparaît comme un facteur essentiel de compétitivité. La qualité du management des hommes et de la gestion des ressources humaines explique la performance de l'organisation.

Du diagnostic stratégique opéré au niveau des ressources humaines de la CNOPS, découle les recommandations suivantes :

### **2.1. Mettre en place une véritable GRH:**

La mise en place d'une véritable gestion des ressources humaines axée sur les couples (performance-résultat) et adéquation (poste-profil) et ce par :

#### **2.1.1. Le développement de la fonction GRH :**

En dotant la fonction GRH de ressources nécessaires (cadres, procédures, système d'évaluation, système de motivation, discipline...) Une première opération de recrutement a permis d'embaucher notamment un directeur financier, un directeur d'audit et de contrôle de gestion, un directeur des études économiques et d'actuariat, des

---

<sup>121</sup> *Jean Bodin (1530-1596)*

comptables, des auditeurs, des informaticiens, un pharmacien et sept (7) médecins.

Ce développement passerait aussi par la restructuration intégrale de la Division des ressources humaines au niveau de la CNOPS et des services du personnel au niveau des mutuelles fédérées. Elle devra être chargée de manière permanente d'établir une appréciation permanente des ressources humaines, et ce par :

■ **L'évaluation quantitative des moyens en vue:**

\*D'apprécier le niveau d'adéquation des effectifs par rapport aux besoins de la caisse et aux enjeux futurs de l'AMO.

\*De vérifier les équilibres structurels en termes de pyramides des âges et d'ancienneté par filière professionnelle, par fonction ou par emploi type (afin d'éviter les erreurs passées).

\*D'évaluer le degré de flexibilité sociale dont dispose la CNOPS pour faire face aux variations de ses activités (départ volontaire, transfert de personnel entre CNOPS-Mutuelles...).

■ **L'évaluation qualitative des compétences :**

\*Des individus accomplissant des tâches clés.

\*Des compétences collectives par service, division.

\*Evaluation des compétences et savoir- faire.

■ **L'étude approfondie des comportements des personnes :** ce qui permettrait à la CNOPS d'identifier et de classer les individus en fonction de leur degré d'engagement et d'implication dans le projet collectif de l'organisation basé sur la restructuration et la réussite de l'AMO.

Ainsi, l'ensemble du personnel de la CNOPS pourrait être individuellement identifié, selon quatre comportements type, comme suit :

- **Des employés convergents** : fiers de leur appartenance à la CNOPS et s'impliquant affectivement dans leur nouvelle réorganisation et ses finalités.
- **Des employés conformistes** : ne s'identifiant guère à la caisse et se reconnaissant mal dans ses objectifs. Intéressés uniquement par la motivation essentiellement financière.
- **Des employés en retrait** : attachés à la CNOPS mais ne partageant pas ses affinités, ils attendent que les orientations imposées par cette réforme sociale fassent leurs preuves ou échouent pour suggérer le changement de cap.
- **Des employés séparatistes** : ils ne s'identifient ni à l'organisation ni à ses finalités. Les facteurs de motivation extrinsèques ne leur suffisent pas. Soit ils sont en position de résistants, soit ils cherchent à quitter l'organisation.

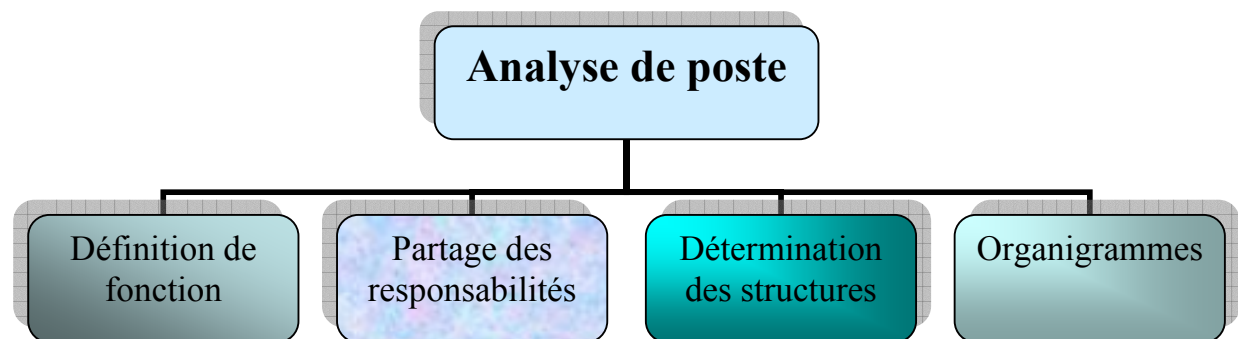
### **2.1.2. Construction d'une plateforme organisationnelle :**

permettant une gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences au sein de la CNOPS.

Il s'agira à cet égard de procéder à :

- la description des emplois associés au poste- profil ;
- l'élaboration du référentiel des compétences de chaque emploi décrit au sein de l'organigramme de la caisse afin de permettre une adéquation,
- l'élaboration de l'échelle des carrières des emplois,

- l'identification des itinéraires de carrières,
- la fixation des conditions d'accès à l'emploi,
- la détermination de la durée moyenne d'occupation de l'emploi



### 2.1.3. Elaboration d'un plan de redéploiement du personnel

L'élaboration d'un plan de redéploiement du personnel au niveau de la CNOPS et des mutuelles tiendrait compte de la charge de travail induite par l'intégration des nouveaux assurés, l'amélioration de la qualité de service, l'implantation des antennes régionales et à la montée en charge des traitements informatiques. Aussi, faudrait-il gérer l'aspect émotionnel et ce en supprimant les résistances et les blocages provoqués par le changement.

## 2.2. Former les ressources humaines :

«L'homme est fondamentalement bon. Plus on l'instruit, plus il est compétent et digne de confiance » K. HISHIKAWA

Du fait de la faiblesse du taux d'encadrement au sein de la CNOPS et de sa nouvelle mission, une formation des employés s'impose comme action primordiale.

### 2.2.1. Choix du type de la formation :

Dans cette optique deux types de formation peuvent être en mesure de permettre une mise à niveau du personnel :

•**La formation pactole:** du fait des changements intervenus dans le domaine de la couverture médicale et de la faible anticipation de l'entité en matière de qualifications et de compétences. La CNOPS doit impérativement assurer une formation, adaptée à ses besoins, tant dans le domaine technique, comptable, financier, que de gestion en vue d'aider les salariés à combler leurs lacunes et par conséquent contribuer le plus activement possible et dans les meilleures conditions au processus de changement imposé par l'AMO.

•**La formation-développement:** susceptible d'apporter une contribution décisive à l'efficacité organisationnelle de la CNOPS. Cette formation devrait toucher tous les domaines (accueil, gestion des cotisations, contrôle médical, liquidation, finance, comptabilité, approvisionnements, gestion des réclamations...) et tous les profils, aussi bien pour le personnel de la CNOPS que pour celui des autres mutuelles.

### 2.2.2. Elaboration d'un plan de formation :

✓**A moyen terme** : La durée de 2 à 3 ans offrirait un horizon pertinent à l'action. L'effort de la CNOPS devrait s'inscrire dans le moyen et long termes du fait que l'AMO est un projet de longue haleine.

✓**Annuel** : Le Top management ainsi que les responsables de la formation, au sein de la CNOPS devraient inscrire annuellement les demandes de formation individuelles et collectives les sélectionner puis intégrer dans un plan global afin de les réaliser et donc les évaluer.



### 2.2.3. Evaluer:

Afin d'anticiper les besoins en formation, la CNOPS devrait par la suite programmer une formation par niveau hiérarchique et par fonction devant être impérativement accompagnée dans l'avenir par l'évaluation :

- \*du nombre de personnes formées chaque année.
- \*de la durée moyenne des stages.
- \*de la nature des stages et leur adéquation aux enjeux des compétences clés.
- \*de la procédure d'évaluation des formations réalisées.
- \*du degré d'intégration du plan de formation par rapport aux orientations stratégiques de la CNOPS.

Pour éviter des dépenses inutiles, l'entité chargée de la formation devrait chercher l'équilibre sur l'adéquation de la formation au meilleur prix et les besoins du personnel. Dans ce sens, l'ingénierie de formation serait un moyen permettant de résoudre cette équation.

#### Les cinq niveaux de l'évaluation :

Cependant la CNOPS devrait évaluer l'apport de la formation prodiguée, et de s'assurer qu'elle a permis d'affiner le dispositif en corrigeant les incohérences et en réduisant les écarts entre les intentions et les réalisations, ceci peut se faire à **cinq niveaux** :

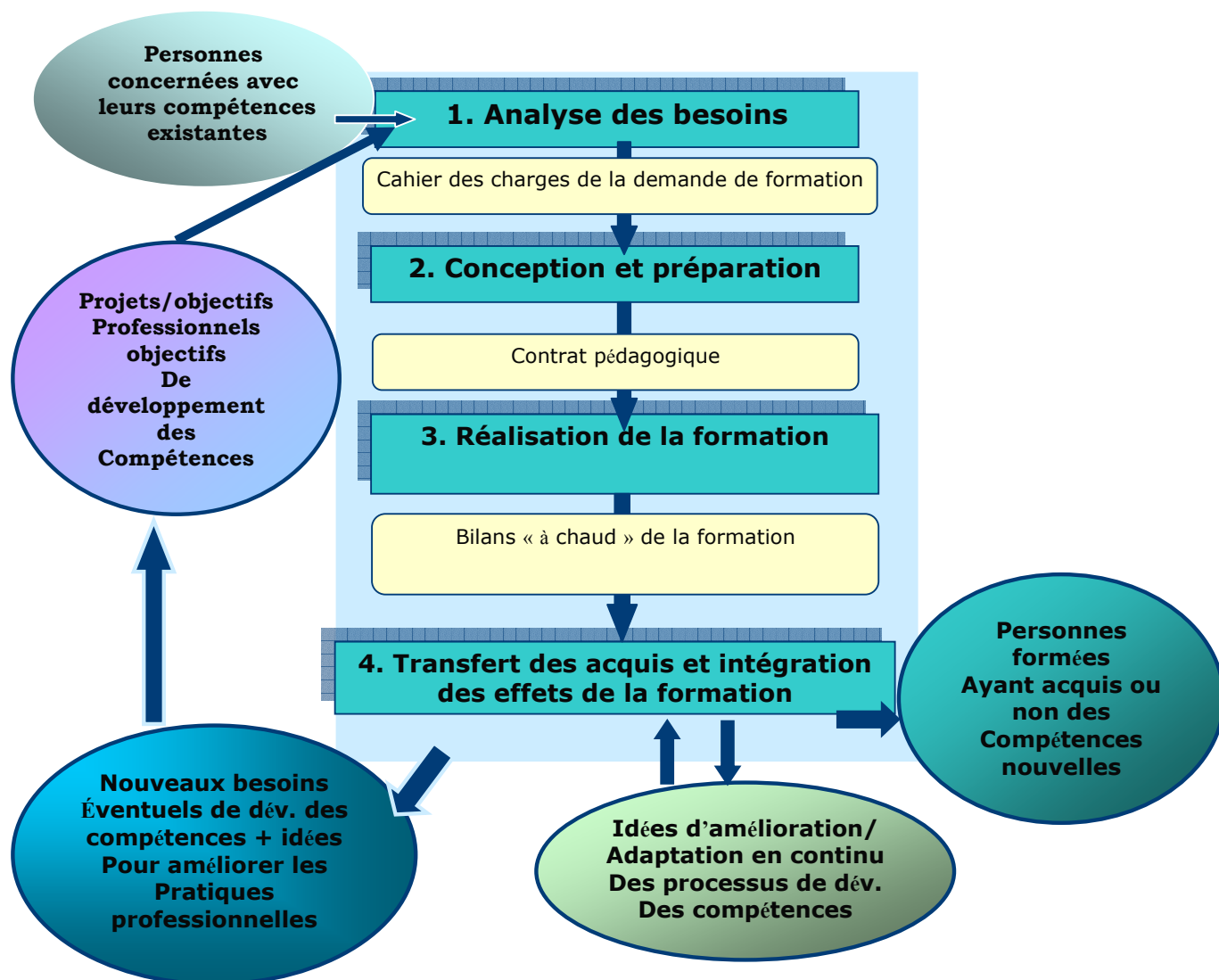
1. **L'évaluation des réactions** : degré de satisfaction du personnel de la CNOPS ;
2. **L'évaluation des acquis** : identification des connaissances et compétences acquises au cours de la formation ;

3. **L'évaluation des activités de travail** : amélioration du rendement et performance du personnel de la caisse ;
4. **L'évaluation des effets organisationnels** : évolution du délais de traitement des dossiers et autres opérations administrative ou de gestion, qualité de service rendu.
5. **L'évaluation des effets économiques de la formation à moyen terme.**

En résumé, tout plan de formation à mettre en œuvre au niveau de la CNOPS devrait obéir à la démarche suivante :

1. **Phase d'analyse**: formulation de la demande de l'ensemble du personnel de la CNOPS, identification de la situation problématique de départ (changements culturels, évolution des emplois et compétences, développement de la technologie, exigence de rendement et de performance)
2. **Phase de conception**: détermination des objectifs généraux, des moyens, des principes pédagogiques et des difficultés repérées. Elle suppose achat et négociation des conditions de réalisations et se prolonge par la rédaction d'un cahier de charge et le choix éventuel de l'opérateur par appel d'offres.
3. **Phase de réalisation**: c'est la conduite des opérations (déclenchement du stage, de la session, du séminaire...)
4. **Phase d'évaluation**: appréciation globale du dispositif de formation et de son pilotage, évaluation des acquis de formation...

Ces différentes étapes peuvent être schématisées comme suit<sup>122</sup> :

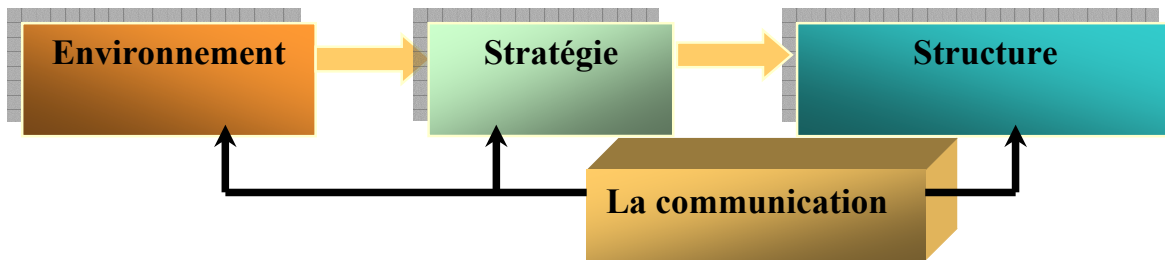


### 2.3. Concevoir et développer la communication :

« Quand la direction générale choisit une forme d'organisation, elle ne fournit pas seulement un cadre pour les tâches courantes, mais détermine également les canaux par lesquels circule l'information stratégique » J.Bower<sup>123</sup>

<sup>122</sup> Conception chercheurs

<sup>123</sup> Bower, J. [1970], *managing the resource allocation process*, Homewood, Jones-Irwin.



a) **La communication comme levier de performance** : la CNOPS devrait utiliser la communication comme un véritable levier lui permettant de déployer plus efficacement sa stratégie managériale. En facilitant la compréhension des orientations et objectifs stratégiques, elle contribuerait à donner un sens intelligent à ses actions vis-à-vis de son personnel et de ses partenaires.

b) **une démarche participative**: la communication devrait s'inscrire dans une démarche permettant la mobilisation de l'ensemble des ressources humaines de la CNOPS et l'adhésion consciente et volontaire de ses membres aux objectifs de développement et d'amélioration de l'organisation (fonctionnement, rendement, qualité de prestation des services, professionnalisme...).

Cela permettrait de promouvoir la culture d'entreprise de la CNOPS autour des valeurs stratégiques : performance, créativité et rentabilité, dans le but de transformer les acteurs internes en partenaires actifs de la réussite des objectifs stratégiques.

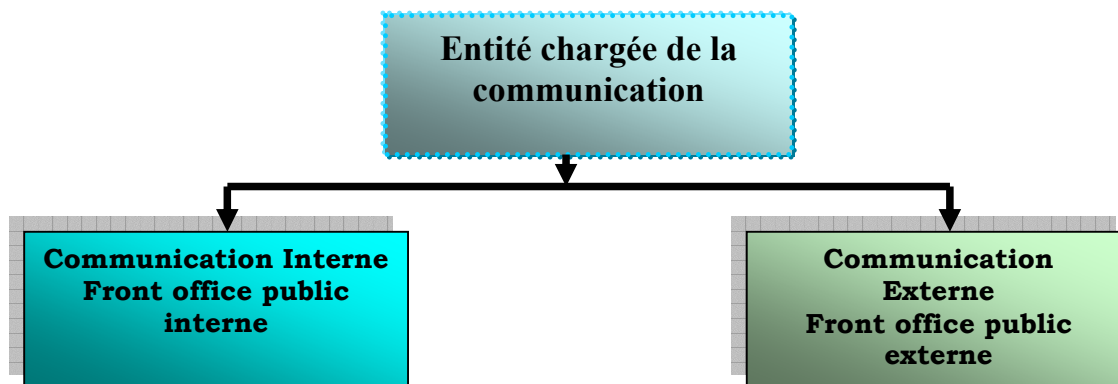
Ceci devrait se décliner progressivement sur le plan du comportement organisationnel et professionnel par des pratiques d'écoute, de concertation et de négociation interne et des valeurs éthiques de respect mutuel, de considération d'autrui, de transparence, et d'équité, en commençant d'abord par le top management ou la

hiérarchie supérieure jusqu'à l'ensemble des instances et membres de l'organisation.

Dans ce sens, la caisse a recruté récemment un responsable communication (en novembre 2005), sa politique d'approche devrait être ciblée vers une **communication transversale**, favorisant ainsi l'implication de l'ensemble des niveaux hiérarchiques.

Nous proposons que le désign organisationnel de « l'entité communication » au niveau de la CNOPS soit élaboré comme suit :

- Communication interne (front office public interne)
- Communication externe (front office public externe)



c) **L'élaboration d'un plan de communication** : Au niveau de son organisation, la CNOPS devrait établir un plan de communication qui devrait se décliner à travers une planification cohérente des actions de communication réparties sur une longue durée (un à deux ans) en fonction des objectifs globaux préalablement identifiés. Des étapes de réalisation d'objectifs spécifiques devraient être déterminées avec des modalités et des échéances claires et précises. Chaque étape doit être définie en identifiant l'objectif principal (questions heuristiques Quoi et

Pourquoi), les moments des actions (Quand, Où et Pourquoi), et les actions proprement dites (Quoi, Comment, Pourquoi).

Dans ce sens, le plan de communication de la CNOPS devrait remplir au moins six objectifs par rapport au changement exigé par l'AMO :

- faire connaître la vision de la CNOPS à tous les acteurs concernés (les employés, les assurés et les partenaires),
- Les informer sur l'approche stratégique adoptée,
- rassurer sur le bien fondé du changement exigé par cette réforme et sur la cohérence de la démarche adoptée (mettre tout particulièrement l'accent sur les objectifs et les améliorations attendus ;
- valoriser les efforts faits par l'ensemble des niveaux hiérarchiques pour concrétiser le changement,
- utiliser la communication comme moyen permettant d'anticiper les difficultés et d'absorber les conflits,
- Instaurer et ancrer de nouvelles règles comportementales de la part de l'ensemble des employés favorisant la réussite de cette réforme au niveau de la CNOPS.

**d) Le rôle du Top management dans le processus de communication :** en tant que manager et de par sa position dans l'organigramme et les prérogatives que lui confère la loi 65-00, il est amené à procéder à une **formalisation détaillée** de la communication interne dans son organisation, de façon adaptée à des situations professionnelles et organisationnelles précises.

Ainsi, il pourrait instituer de concert avec ses collaborateurs les types de réunions de façon régulière et cohérente avec l'organisation du travail dans son entité :

→ **Briefing** : réunion d'information descendante

→ **Débriefing** : réunion d'information ascendante

Pour ce qui est de la communication institutionnelle, elle s'appuiera désormais sur une coordination et coopération avec les autres intervenants, à savoir : L'ANAM, CNSS, prestataires de soins, organismes de tutelle, etc.

#### **2.4. Motiver le personnel :**

**« Etre motivé, c'est pouvoir trouver un sens à son action » :**

La nouvelle mission de l'organisation et ses diverses tâches exigent une Capacité de travail en groupe et une équipe de projet pluridisciplinaire .Une motivation morale et financière ne pourrait qu'assurer une implication assidue de l'ensemble des niveaux hiérarchiques .Il faut ainsi les motiver afin de créer et renforcer leur sentiment d'appartenance et ce par le biais d'une reconnaissance, d'une promotion, de primes afin de les mobiliser, de leurs donner un sens à leurs actions et donc les faire adhérer à la vision stratégique de la CNOPS qui a pour finalité la réussite de la mise en œuvre de l'AMO».

Aussi, le style de management du responsable hiérarchique a une grande influence sur la motivation et l'implication du personnel

## 2.5) Instaurer et développer la gestion de la connaissance: le Knowledge management.

En vue de permettre la capitalisation de l'ensemble de données et informations dont a besoin la CNOPS et d'éviter la déperdition de l'information, il serait nécessaire :

- ✱ D'identifier la connaissance de l'entité à travers les supports tant humains que matériels,
- ✱ De profiter du syndrome de la roue réinventée pour améliorer la réactivité de l'organisation et son système d'apprentissage,
- ✱ D'inventorier le capital connaissance pour l'évaluer, le hiérarchiser, l'améliorer et le partager en vue d'en faire un avantage concurrentiel,
- ✱ De gérer la connaissance,
- ✱ De mettre en place le système technique de gestion de la connaissance : supports et outils,
- ✱ De mettre en place le système social de gestion de la connaissance: culture de partage, de formalisation et gestion de la qualité.

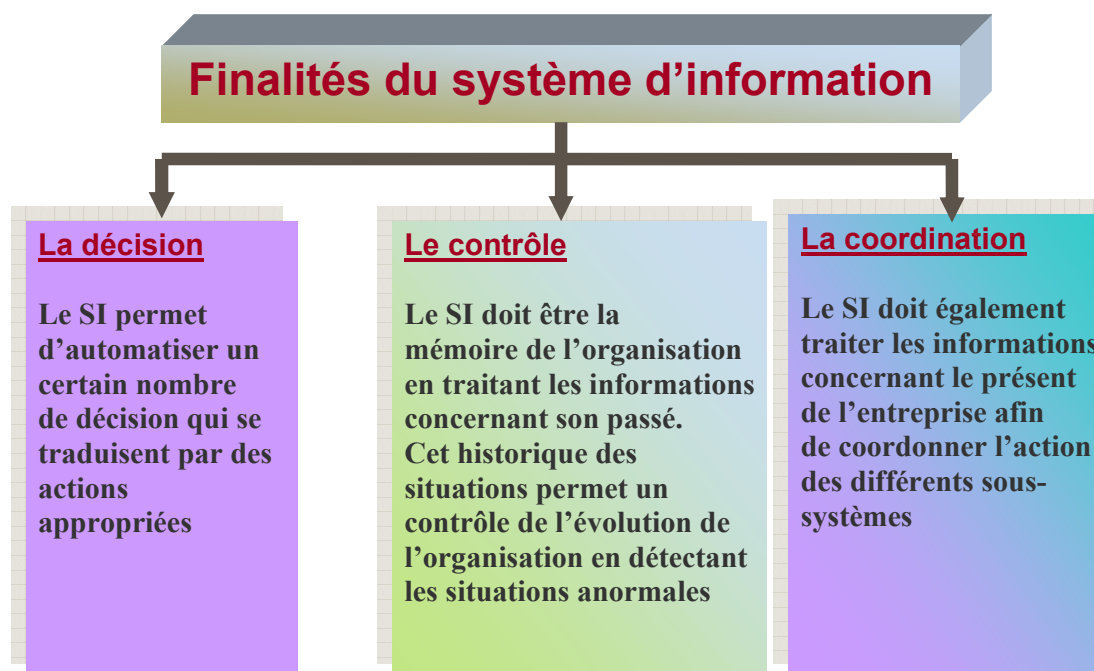
## SECTION 2 : LES SYSTEMES INFORMATIQUES ET MARKETING :

### 1. MISE A NIVEAU DU SYSTEME D'INFORMATION :

Aujourd'hui, les systèmes d'information alimentent les systèmes de communication et analyse les données dont les entreprises ont besoin pour mener à bien leur activité et management des affaires à grande échelle. Les finalités des systèmes d'information sont schématisées



comme suit :<sup>124</sup>



Pour tout organisme opérant dans le domaine de l'assurance maladie, le développement du système d'information constitue un axe stratégique prioritaire. Dans le cas de la CNOPS, cette exigence est accentuée par plusieurs contraintes liées au système actuel notamment:

- Une plateforme informatique, acquise en 1994, faisant peser sur la CNOPS le risque d'arrêt d'exploitation ;
- Un retard constaté dans la mise en œuvre du plan directeur informatique élaboré en 2001 ;
- Des coûts de maintenance très élevés ;
- Absence d'indicateurs de suivi mensuel des activités et de tableaux de bord ;

---

<sup>124</sup> Conception chercheurs

- Manque d'intégration entre les applications de la liquidation et celles du contrôle médical ;
- Absence des projections financières et des hypothèses d'évolution de l'activité.

Etant consciente de l'importance que représente la mise en place d'un système d'information adéquat, la CNOPS a opté pour le choix d'un système qui a montré ses performances en matière de gestion d'assurance maladie.

La mise en place du système d'information au niveau de la CNOPS devrait répondre aux objectifs suivants :

- Mettre le client au cœur des processus de gestion ;
- Bénéficier d'outils de pilotage et d'indicateurs pertinents ;
- Une gestion économique unique et partagée ;
- Une plus grande transparence sur les chiffres ;
- Un langage commun de gestion.

Le Système d'information pourrait donc garantir :

- Le renforcement de la maîtrise des données sur les bénéficiaires ;
- La mise en place du processus centralisé d'adhésion /immatriculation pouvant garantir à la CNOPS de disposer d'un fond de dossier sur la population assurée;
- La mise en place d'un système d'échange électronique des données avec les employeurs.

Le système d'information doit respecter plusieurs phases :

1. L'établissement d'un schéma directeur d'informatisation
2. L'élaboration d'une planification
3. La réalisation et le contrôle.

La détermination des besoins en information constitue un préalable indispensable au processus de conception et de réalisation du système d'information au niveau de la CNOPS. Cette mission intègre les stratégies d'identification des besoins en information ainsi que les influences sur la politique informatique de l'Organisation.

Le développement du système d'information gagnerait à travers la collaboration nécessaire entre informaticiens et utilisateurs non informaticiens (comptables, juristes, administratifs, ...). Le rôle de ces derniers ne doit donc pas être sous-estimé.

Le système d'information devrait être orienté vers l'adhérent moyennant un site Internet regroupant l'ensemble des informations nécessaires et permettant à terme de télécharger les imprimés (feuilles de soins), de consulter les textes et règlements et de consulter l'état d'avancement des traitements d'un dossier ou d'une réclamation.

## **2. L'INSTAURATION D'UNE POLITIQUE MARKETING ORIENTEE VERS L'ASSURE:**

**« Les prestations intègrent de plus en plus une part d'image non négligeable pour l'organisation »**

Les objectifs attendus du marketing orienté vers l'assuré peuvent-ils être atteints en utilisant des moyens habituellement utilisés pour les entreprises privées pour maximiser leur profit ? La réponse à cette

dernière interrogation est positive, si l'on définit bien la démarche marketing comme une application de l'analyse de système aux relations entre une organisation et son public.

La démarche est basée sur le marketing Mix qui est le dosage **équilibré** et **cohérent** de l'ensemble des moyens dont dispose l'entreprise pour atteindre ses objectifs marketing dans un souci du moindre coût et d'une maximisation des profits en tenant compte des interactions possibles entre les composants :

- Le Produit et la gamme de produits
- La fixation du Prix
- Les moyens de commercialisation et de distribution (mise en Place)
- Les actions de communication (Promotion)

Etant donné que pour le cas de la CNOPS :

- Le prix est fixé par voie réglementaire (décret n° 2-05-735 du 18 juillet 2005 fixant le taux de cotisation due à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base).
- La gamme de produits est fixée aussi par voie réglementaire en application de l'article 7 de la 65-00, le décret n° 2-05-733 pris pour l'application de la loi n° 65-00 et le décret n° 2-05-736 fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale.

☞ Tout l'effort marketing de la CNOPS devrait par conséquent se concentrer sur les moyens de distribution et les actions de communication, tout en ciblant l'assuré.

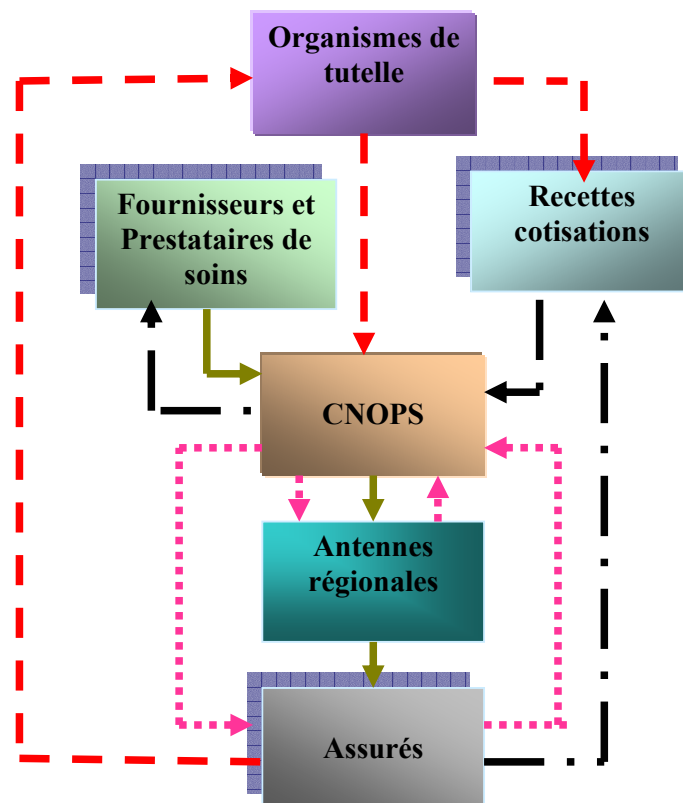


Figure 20 : Flux de communication et circuits de distribution de la CNOPS<sup>125</sup>

## 2.1. LA COMMUNICATION EXTERNE :

Sur le plan communicationnel, la CNOPS pourrait mettre en œuvre une approche marketing qui viserait:

- ❖ **L'information du public:** c'est-à-dire la sensibilisation de l'ensemble des assurés, c'est le rôle de la communication externe qui a pour objectif essentiel de "Promouvoir l'image institutionnelle de la CNOPS et développer sa notoriété auprès de son environnement externe" notamment clients, partenaires et autorités publiques, dans le but de lui constituer un "capital - image" qui la valorise et la protège des aléas et des contraintes de son environnement externe et interne.

<sup>125</sup> Conception Chercheurs

Pour ce qui est des enjeux stratégiques de la communication externe de la CNOPS, ils sont de l'ordre de trois, pouvant être intégrés dans l'élaboration de la stratégie de communication externe de la CNOPS :

**PREMIER ENJEU** : construire le positionnement communication de l'Organisation partant de son statut, ses missions, ses métiers et ses valeurs tels que ceux-ci sont contenus dans le plan stratégique de la CNOPS.

**DEUXIEME ENJEU** : développer le capital-notoriété de l'institution et de son métier.

- Développer la notoriété de la CNOPS au sein de l'univers national,
- Développer la connaissance des missions et des activités de la CNOPS auprès des différents publics cibles compte tenu de leurs particularités et attentes.

**TROISIEME ENJEU** : développer le capital-image de la CNOPS :

Les dimensions à privilégier pour développer le capital-image de la CNOPS devraient relever des champs suivants :

- Le statut spécifique de la CNOPS
- L'envergure du projet de mise en œuvre de l'AMO (Dimension, Perspective stratégique, Objectifs, Moyens)
- Les Compétences et le savoir-faire (Expertises, Technicité, capital humain)
- Les Performances (Résultats, Engagements)
- La Philosophie (Éthique, Transparence, Modernité, Respect des engagements, Rigueur, Prudence)

## ❖ Les cibles de la communication externe

Les catégories de cibles sont les suivantes :

- Les adhérents ;
- Les prestataires de soins médicaux et paramédicaux

Il est important de préciser que la prise en compte de la cible interne de la CNOPS est une condition essentielle pour le succès de la stratégie de communication externe.

Aussi est-il important que la coordination puisse être faite entre les deux approches de communication envisagés par la CNOPS : externe et interne.

## ❖ Les moyens d'action de la communication externe

Un vecteur puissant devant symboliser le positionnement et la dynamique de changement à la CNOPS : Un nouveau LOGOTYPE

- Logo
- Charte graphique en vue du respect des normes pour la déclinaison de l'identité
- visuelle sur différents supports (documents, affiches, enseignes, publicité des filiales...)

## 🚦 La communication média vecteur de la notoriété et de l'image institutionnelle.

Installer l'identité et bâtir le positionnement via la communication-média devra prendre trois aspects :

- Communication publicitaire (TV, presse, radio et affichage)
- Communication via le site Internet
- Communication sous forme de publi-reportages et émissions événementielles ou thématiques.

- **Communication publicitaire**

Cette communication aura pour principal objectif d'installer la nouvelle identité visuelle et les missions de la CNOPS et d'en décliner le périmètre d'activité, d'où la recommandation à titre principal des deux supports visuels que sont la Télévision et la Presse qui pourraient éventuellement être complétés par l'affichage.

- **Communication via le site Internet de la CNOPS**

Faire de ce support un moyen d'information puissant et interactif en intégrant les attentes des différents publics cibles en matière d'information propres à la CNOPS et les informations concernant les clients de cette caisse.

- **Participation à des émissions thématiques**

Participation à des émissions thématiques concernant le rôle de la CNOPS face aux enjeux liés à des secteurs d'intervention liées à des missions d'intérêt général de la Caisse.

Il incombera à la CNOPS de "provoquer " l'organisation de ces émissions en fonction de l'actualité et de la conjoncture.

- **PRESSE**

Conception de publi-reportages thématiques sur le rôle de la CNOPS face aux enjeux liés à la réussite de l'AMO.

- **RADIO- diffusion**

Participation à une série d'émissions thématiques sur le même modèle que la télévision.



## la communication hors-media véhicule de la proximité

Le hors média devra occuper une place importante dans la stratégie de communication externe de la CNOPS compte tenu de l'existence parmi les cibles de professionnels qui attendent des " traitements spécifiques " en rapport avec leurs besoins en information.

L'organisation d'un colloque annuel autour d'un thème devant être choisi compte tenu du métier de la CNOPS, de l'actualité et des enjeux que se fixe la Caisse.

Ce colloque devrait être l'occasion d'ancrer les activités et donc l'image de la CNOPS dans le domaine de la prospective et de la planification en sollicitant notamment les différentes parties impliquées (professionnels, médias, universitaires, chercheurs.)

### 2.2. LA DISTRIBUTION DU SERVICE DE LA CNOPS :

La distribution, particulièrement dans le cadre de l'assurance maladie, est un outil lourd à gérer, dont l'inertie est importante, et les décisions d'évolution souvent coûteuse. Il s'agit là d'avoir une vision à moyen terme, et d'être pragmatique dans la démarche .Ceci passera par:

#### ❖ L'accueil de l'assuré :

- Aménager des espaces d'accueil, au niveau de la CNOPS et des mutuelles, répondant aux normes de qualité requises,
- Mettre en place des systèmes de gestion des files d'attentes pour raccourcir les temps d'attente,
- Doter la structure d'accueil de ressources humaines qualifiées et opter pour une signalétique cohérente et uniforme à l'échelle de la CNOPS

### ❖ L'adéquation du réseau de distribution aux besoins:

Ceci passera par la gestion de la proximité, à savoir :

- Développer un réseau d'antennes régionales ;
- Créer, en collaboration avec les mutuelles, des délégations régionales pouvant déconcentrer les activités de la CNOPS. La mission de ces délégations régionales consiste à :
  - ✘ Lancer des campagnes de communication de la CNOPS et des mutuelles ;
  - ✘ Gérer les liens avec les médecins et conseils régionaux.

### SECTION 3 : LE DEVELOPPEMENT D'UN STYLE DE MANAGEMENT :

En vue de conduire le changement, d'améliorer la qualité des prestations et services, de réussir la mise en œuvre des orientations stratégiques, le style de management de la CNOPS devrait être de **type « SOFT »** fondé sur un management participatif favorisant le travail collectif, l'esprit d'équipe et permettant aux ressources humaines d'exprimer pleinement leurs potentialités ce qui emmènerait le climat social et instaurerait une culture commune au sein de la CNOPS et améliorerait sa gestion.

En donnant sa vision de ce que devrait être l'avenir de l'organisation, ses avis et ses jugements, le Top management de la CNOPS donne ainsi du sens à toutes les situations qui pourront s'évaluer par rapport à cette référence et à toutes les actions qui pourront se référer aux valeurs contenues dans ses opinions.

Il est à noter, dans ce sens, l'effort notable fourni par la nouvelle Direction de la CNOPS qui œuvre de manière dynamique et active à ancrer une culture d'entreprise permettant la réussite du changement.

Subséquentement, le développement d'un style de management soft et moderne au sein de la CNOPS passerait certainement par :

**1. L'APPLICATION D'UN MANAGEMENT PARTICIPATIF :**

- En favorisant l'expression de l'intelligence des collaborateurs ;
- En privilégiant les décisions collectives ;
- En élaborant en commun un référentiel méthodologique de fonctionnement (notes de procédures, chartes.)

**2. L'ELABORATION D'UN DIAGNOSTIC PERMANENT :**

- Débattre de l'existant pour répertorier les points forts et les points faibles de l'organisation
- Hiérarchiser les interventions pour décliner les plans d'action

**3. PREPARATION DE TABLEAUX DE BORD :**

- Permettant l'élaboration des indicateurs d'évolution et les modalités du plan d'action.

**4. LA CONDUITE DU CHANGEMENT :**

- Anticipant les résistances et les facteurs de blocage ;
- En adoptant un comportement d'écoute facilitateur.

**5. MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE :**

- Elaborer en commun un référentiel sur la qualité des différentes prestations (individuelles et collectives)

- Définir en commun des modalités de travail et de collaboration sur le mode assuré/assureur.

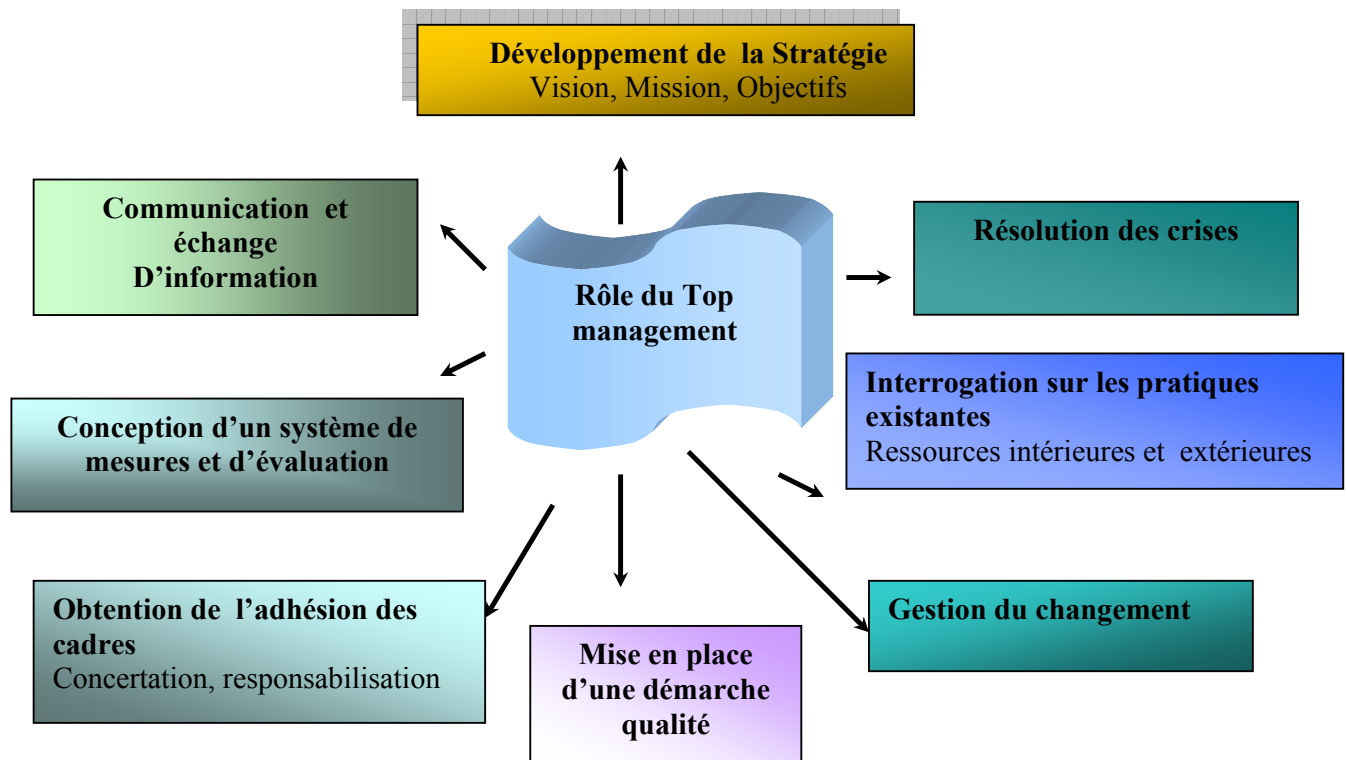


Figure 21 : Rôle du Top Management<sup>126</sup>

<sup>126</sup> Conception Chercheurs

## CONCLUSION DEUXIEME PARTIE

L'investigation, effectuée au niveau de la CNOPS consolidée par l'analyse des différentes données et informations collectées, nous a permis d'apporter des éléments de réponse aux différentes questions soulevées, à savoir celles relatives au degré d'adéquation entre la structure, l'organisation, la gestion actuelle de la CNOPS et la nouvelle mission qui lui a été confiée avec l'avènement de l'AMO.

En effet, l'approche terrain moyennant des outils de diagnostic stratégique et des concepts managériaux clés a permis d'arborer la réalité de l'ancien mode de gestion de la CNOPS. Dans ce sens, une analyse SWOT a permis d'étaler ses forces et ses faiblesses, d'où l'intérêt de nos recommandations qui viennent corroborer les actions stratégiques entamées par la nouvelle direction.

Ainsi, dans l'objectif d'entreprendre une stratégie dynamique permettant une évolution et une restructuration de la CNOPS, cette dernière se doit d'avoir une vision process basée sur trois axes :

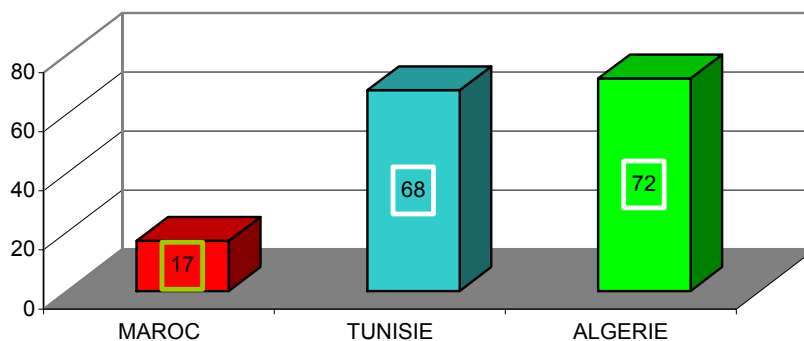
- le premier axes d'ordre financier à savoir l'assainissement de sa situation et la recherche de son équilibre ;
- le deuxième d'ordre systémique : fondé sur la modernisation des systèmes ;
- quant au troisième : il est basé sur une politique managériale et marketing ciblant l'assuré (au cœur du changement) et axée sur le développement du partenariat.

## CONCLUSION GENERALE

L'assurance maladie obligatoire est une réforme qui se veut à la fois sociale et économique, ses apports sont multiples, ils peuvent être schématisés comme suit :



Ainsi, l'AMO permettra dans une première étape de passer d'un taux de couverture médicale de 17% à celui de 34 %. Cependant ce chiffre reste demeure en deçà des taux de couverture médicale appliqués en Tunisie et en Algérie. Tout l'effort devrait être déployé par les pouvoirs publics et les différents organismes concernés pour pouvoir rattraper ce retard.



**Graphie 10 : % Population couverte par l'assurance maladie <sup>127</sup>**

<sup>127</sup> Miloud Kaddar, *La protection sociale au Maghreb un édifice en reconstruction*, 2003.

Suite à l'avènement de l'assurance maladie obligatoire, la CNOPS s'est trouvée au cœur du changement avec un nouveau métier. Par conséquent, la CNOPS comme assureur garantie **quatre avantages** pour ses adhérents, à savoir :

- **Le déplafonnement** des remboursements des frais engagés, est une disposition qui constitue un élément primordial dans le cas des maladies lourdes nécessitant des soins coûteux ;
- **La non sélectivité contrairement aux assureurs privés**, la CNOPS ne procède pas à la sélection de ses assurés. En effet, la CNOPS prend en charge tous les adhérents et ayants droit et ne tient pas compte de l'antériorité de la maladie, les maladies héréditaires et les maladies génétiques ;
- **La CNOPS assure la couverture médicale sans limite d'âge** aux personnes handicapées et souffrant d'une invalidité motrice ;
- **La CNOPS prend en charge 41 maladies lourdes** et rembourse les vaccins.

La gestion de l'Assurance maladie obligatoire comme nouveau métier au niveau de la CNOPS peut -être segmenté comme suit :

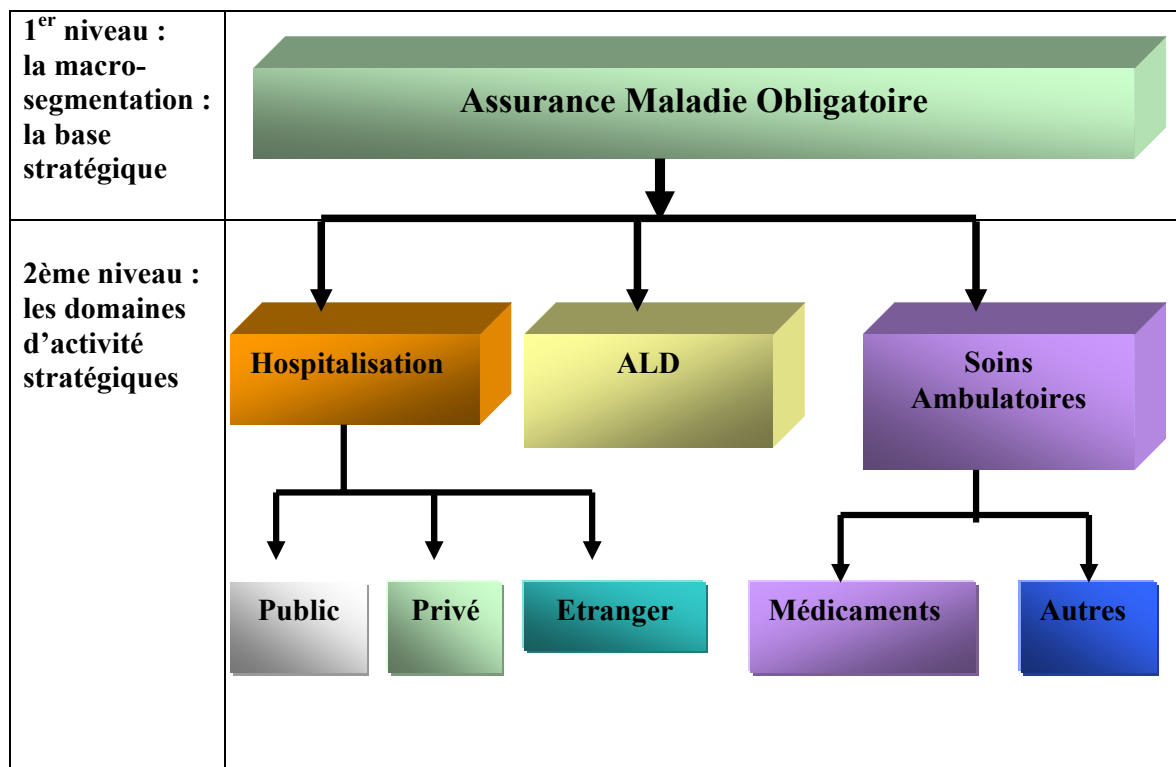


Figure 22 : Segmentations stratégique: AMO/CNOPS<sup>128</sup>

Ainsi, l'entrée en vigueur de l'assurance maladie obligatoire a induit au niveau de la CNOPS les changements synthétisés dans la figure ci-après :

<sup>128</sup> Conception Chercheurs



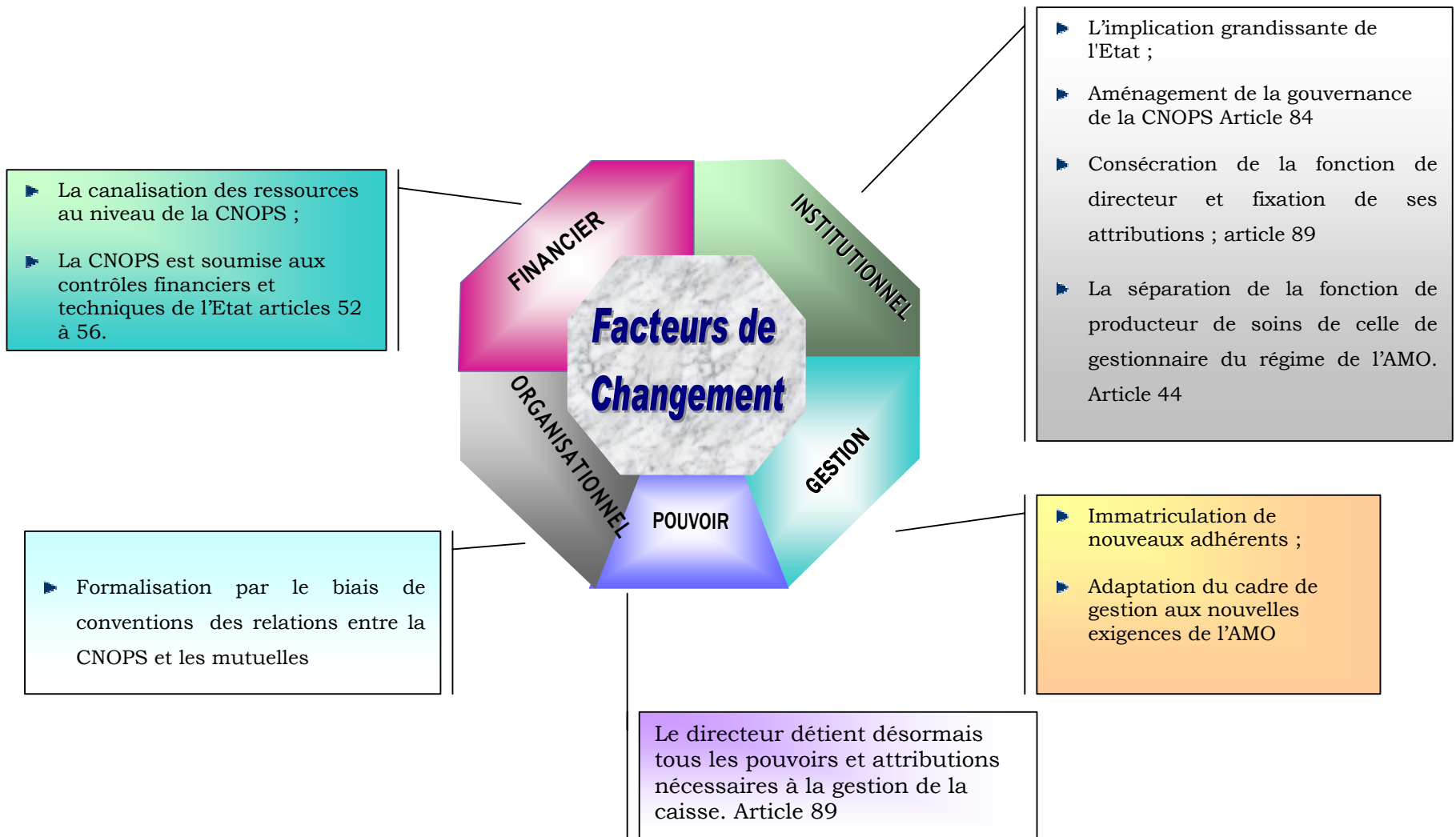
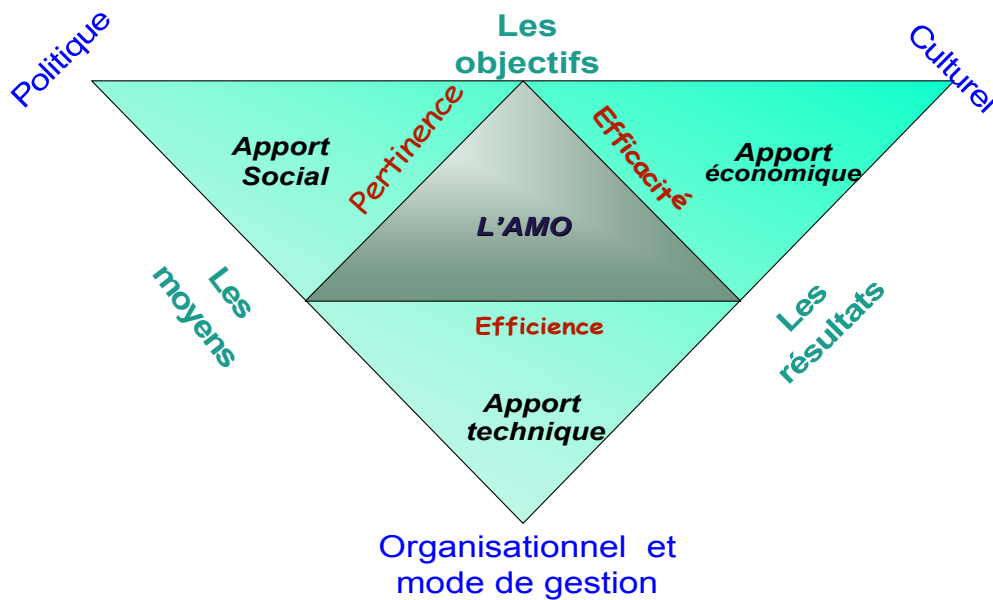


Figure 23 : les changements induits par la loi 65-00

Le diagnostic stratégique, mené à la CNOPS appuyé par un référentiel documentaire et un benchmarking, a montré que cet organisme dans son état actuel pourrait éventuellement, prenant en compte la fragilité de sa situation financière, rencontrer des difficultés dans la gestion financière et technique de l'assurance maladie obligatoire. En effet, les nouvelles règles imposées par la loi 65-00 stipulent que les remboursements doivent s'effectuer respectivement dans un délai de 3 mois et de 6 mois aux assurés et aux prestataires de soins en plus de la révision à la hausse des prix de tarification nationale de référence des actes médicaux et paramédicaux.

Ainsi, afin de consolider ses acquis, il nous a paru opportun que la CNOPS puisse remédier à ses contraintes en optant pour une approche stratégique basée sur le changement organisationnel en cohérence avec les nouvelles règles de la loi 65-00. Comme toute réforme introduisant un nouveau métier, l'AMO se doit d'être gérée de manière pertinente et efficace pour cela, il faudrait déployer des moyens permettant d'atteindre les résultats fixés au préalable par des objectifs qualifiables et quantifiables. Aussi, la gestion de l'AMO au niveau de la CNOPS devrait veiller au respect de l'équilibre entre la trilogie social, technique et économique.



Notre approche terrain, confortée par nos entretiens avec la nouvelle direction, a montré que la CNOPS est convaincue de la nécessité d'entrer dans un processus de changement continu orienté vers une meilleure qualité de service et de proximité avec l'assuré, dans cette perspective elle a entamé les actions suivantes :

- Un nouvel organigramme en cours d'élaboration permettant de se conformer aux missions dévolues par la loi 65-00.
- La CNOPS a renforcé son capital humain par le recrutement de plusieurs cadres comptables et financiers dans l'objectif de mener un contrôle sérieux et des audits réguliers. Le recrutement concerne aussi des actuaires et des informaticiens en parallèle avec l'adoption d'un logiciel informatique efficient.
- Dans l'objectif d'améliorer l'efficience du contrôle médical, la CNOPS a fait appel à des experts internationaux pour l'appuyer à mettre en place un système de contrôle médical efficace.

- La CNOPS a investi 34 MDH pour la refonte totale de son système d'information ;
- La CNOPS a mis en place une entité chargée de la communication interne pour pouvoir diffuser auprès des collaborateurs l'explication de sa stratégie globale et la mise en œuvre d'un plan d'action.
- Le projet de création de 16 antennes dans différentes villes du royaume. Le choix pour l'implantation des antennes se base notamment sur l'existence de l'offre des soins, l'existence d'un CHU et la densité des assurés. Les premiers bureaux régionaux verront le jour à Laâyoune, Agadir, Oujda, Mekhnès et Fès et constitueront une première ébauche vers la décentralisation des structures.

Suite au diagnostic interne et externe effectué au niveau de la CNOPS, nous avons pu formuler quelques recommandations basées sur cinq axes complémentaires en mesure de renforcer le développement et le déploiement de la stratégie, ces axes sont comme suit :

- Le développement du système financier;
- Le développement de partenariats et alliances stratégiques ;
- le remaniement de la structure organisationnelle et humaine de la CNOPS ;
- Le développement des systèmes informatiques et marketing ;
- Le développement d'un style de management soft.

Aussi, la responsabilité de la pérennisation du système d'assurance maladie n'incombe pas seulement à la CNOPS. Les assurés, l'Etat et les prestataires de soins doivent contribuer à leur tour à la maîtrise des coûts. L'augmentation des dépenses se répercute directement sur les taux de cotisation, les assurés doivent être conscient qu'il s'agit d'un

équilibre à préserver pour la bonne marche du régime d'assurance maladie obligatoire d'où la confirmation de notre hypothèse de départ, selon laquelle le management participatif et la culture citoyenne sont des éléments importants en matière de gestion de santé.

Cependant, la CNOPS pourrait s'inspirer des expériences que nous avons évoquées au cours du repérage et dont les principales conclusions en (terme de gestion) sont les suivantes :

- Tout l'effort doit se faire dans la médecine préventive ;
- L'équilibre financier de l'assurance maladie n'est la seule affaire des caisses gestionnaires, la responsabilité incombe aussi aux prestataires de soins, à l'Etat et aux assurés.
- Le contrôle médical bien organisé et doté de moyens humains et logistiques peut contribuer considérablement à la maîtrise des dépenses.

# ANNEXES

Les Chercheurs Mme Kaoutar Boulejiouch et M. Mahjoub Lahrache mènent actuellement un travail de recherche dans le cadre du Cycle Supérieur de Gestion de l'ISCAE sur le thème :

**Quelle approche Stratégique pour la mise en œuvre de  
l'Assurance Maladie Obligatoire au Maroc à  
la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale ?**

L'investigation de terrain consiste à réaliser un diagnostic stratégique de la CNOPS et tenir des entretiens avec les principaux acteurs de l'AMO.

A cet effet, un guide d'entretien a été préparé en tant qu'outil d'investigation qui reprend les principales questions inhérentes à chaque acteur.

## Guide d'entretien

Rencontre avec Monsieur Chakib Sedki TAZI Directeur de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie

**Q1 : Bref présentation de l'ANAM?**

- Structure, organisation, ressources ;

**Q2 : Quelles relations entretenez vous avec la CNOPS ?**

**Q3 : Quels sont les actions menés par votre département depuis sa création ?**

**Q4 : Comment l'ANAM pourra veiller au bon fonctionnement du système de l'AMO ? ;**

**Q5 : Quels sont les mécanismes à mettre en place pour réguler le système AMO ?**

**Q6 : comment l'ANAM envisage l'appui technique aux organismes gestionnaires ?**

**Q7 : qu'en est t-il du cadre conventionnel avec les fournisseurs de soins ?**

**Q8 : Quelles sont vos suggestions pour la pérennité du système d'assurance maladie obligatoire ?**



## Guide d'entretien

### Rencontre avec le Secrétaire Général de l'Ordre des médecins le Docteur Ahmed SERJI.

#### **Q1 : Bref présentation de l'Ordre?**

Points de relance :

- Composition de l'ordre et organisation;
- Valeurs et principes ;

#### **Q2 : quelle est votre interprétation de la loi 65-00 ?**

Points de relance :

- Implication de l'ordre dans l'élaboration de la loi ;
- L'apport de la loi pour l'Ordre;

#### **Q3 : Quelle est votre réaction vis-à-vis du décret 2-05-736 ?**

Points de relance :

- Tarifications fixées par le décret ;
- Discrimination entre secteurs public et privé ;

#### **Q4 : quelles relations entretenez vous avec la CNOPS ?**

Points de relance :

- Partenariats ;
- Conventions

**Q5 : L'ordre des médecins est un acteur déterminant dans la maîtrise des dépenses. Avez-vous pensé à mettre en place des normes d'hospitalisation et de prescriptions médicales ?**

Points de relance :

- Prescriptions rationalisées de médicaments ;

**Q6 : LA tarification nationale de référence des actes médicaux est l'un des mécanismes de fonctionnement de l'AMO, Quelles ont été vos propositions ? en cas de refus par la CNOPS pour motif d'équilibre financier, allez vous revoir vos tarifs ?**

**Q7 : Quelles sont vos suggestions pour la pérennité du système d'assurance maladie obligatoire ?**

## Guide d'entretien :

**Rencontre avec le Docteur Kamal BELHAJ SOULAMI président de la Fédération des Syndicats des Pharmaciens.**

**Q1 : Bref présentation du Conseil de l'Ordre?**

Points de relance :

- Composition du Conseil de l'ordre et son organisation;
- Valeurs et principes ;

**Q2 : quelle est votre interprétation de la loi 65-00 ?**

Points de relance :

- Implication du Conseil de l'ordre dans l'élaboration de la loi ;
- L'apport de la loi pour le Conseil de l'Ordre;

**Q3 : En tant qu'organe officiel représentatif de la profession, quel a été l'apport du conseil de l'Ordre aux travaux de la commission mixte chargée de réfléchir sur le remboursement des médicaments?**

**Q4 : quelles relations entretenez vous avec la CNOPS ?**

**Q5 : Le Conseil de l'ordre des pharmaciens est un acteur déterminant dans la maîtrise des dépenses. Le poste médicament consomme 37% des dépenses de la santé. Avez-vous des propositions permettant de réduire ces dépenses ?**

Points de relance :

- Produits génériques ;
- traitement optimal

**Q6 : le choix des médicaments remboursables s'est fait selon l'ANAM sur la base des critères suivants : le service médical rendu, le prix du médicament et enfin en tenant compte de la liste établie par l'OMS. Etes vous pour la liste des médicaments publiée au B.O du 4 janvier ? Les critères sont ils pertinents ?**

**Q7 : Quelles sont vos suggestions pour la pérennité du système d'assurance maladie obligatoire ?**

## Guide d'entretien :

Rencontre avec Mohamed Hakech de l'UMT

**Q1 : Avez-vous été associés dans l'élaboration des textes de l'AMO?**

**Q2 : Quelles relations entretenez vous avec la CNOPS ?**

**Q3 : Quelles ont été vos contributions pour la mise en œuvre de l'AMO ?**

**Q4 : le montage institutionnel de l'AMO répond t-il à vos revendications syndicales ?**

**Q5: Quelles sont vos suggestions pour la pérennité du système d'assurance maladie obligatoire ?**

# Bibliographie

- **Abdellah Boudahrain**, la sécurité sociale au Maghreb du nouveau millénaire : carences et défis, Tome II, Al Madariss, 2000
- **Abdellatif ZOUAQ**, Quelle réforme pour l'assurance maladie maternité, mai 2005
- **Aïcha Benomar**, Responsable du secteur de la mutualité, Ministère de l'Emploi, Conférence Internationale de l'AIM de Marrakech, octobre 2002
- Alain Meignant, cité par Rentabiliser la formation, 47 fiches outils, F. MINGOTAUD, F. MINET, les éd. D'organisation 1994
- **Alami Greft Abdeljalil**, L'Assurance Maladie Obligatoire au coeur du débat au Maroc, Conférence Internationale de l'AIM à Marrakech, 2002.
- **ALLAIN-DUPRE, P. et DUHARD, N.** « les armes secrètes de la décision », Paris, Guiliano E d., 1996.
- **Ansoff, I.** Corporate Strategy, New York: McGraw Hill, 1965.
- **AUVINET, BOYER, BUREAU, CHAPPAZ, De VULPIAN**, La communication interne au cœur du management, Les éditions d'organisation, 1990
  
- **B. Grouard et F. Meston** - L'entreprise en mouvement - Dunod, 3ème édition
- **BELGHITI ALAOUI**, La réforme de santé au Maroc, pertinence et opportunités
- **Benabdehadi Abdelhay**, Cours de management stratégique, 2ème année CSG, ISCAE
- Building the strategy implementation network, **C.H. Noble**, Business Horizons, Vol. 42 No. 6 / 1999 cité par N.O'Regan et A. Ghobadian dans Effective strategic planing in small and medium sized firm; Management Decision; 2002
- **Bulletin officiel** du 21 septembre 2001, les chiffres des médecins au royaume
- **Chandler (D)**, Stratégies et structures de l'entreprise, Editions d'Organisation, 1990.
- **Chandler A.D. (1962)**, Strategy and structure : Chapters in the history of the industrial enterprise, Cambridge, MA, MIT Press
- **Clausewitz**, cité dans STRATEGOR- Politique générale de l'entreprise- 3ème édition, 2004- Dunod

- Crafting and implementing strategy: text and readings, **A.A. Thomson, A.J. Jr. Strickland**, Iwring McGraw-Hill / 1998 cité par M. S. Harlem dans Using the Balanced ScoreCard to overcome barriers in strategy implementation, School of Economies and Commercial Law, Göteborg University / 2002
- **Dahir n° 1-02-296 du 25 rejev 1423 (3 octobre 2002)** portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.
- **DALIL FOUAD**, la gestion prévisionnelle des emplois et des carrières de la théorie a la pratique
- Developing an Organization Capable of Implementing strategy and Learning, **M. Beer Et R. A. Eisenstat**, Human Relations 49, 5/ 1996 cité par Mantere S., Sensemaking in Strategy Implementation, Helsinki University of Technology /2000.
- **Extrait du préambule** introduisant la loi 65-00 portant code de couverture médicale de base
- **F. MINGOTAUD, F. MINET**, Rentabiliser la formation, 47 fiches outils, les éditions. d'organisation 1994
- **Françoise BAS-THERON avec la participation de Mme Pascale FLAMANT**, Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne : Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire
- **G. Johnson & K. Scholes**, Stratégique, 2e éd., Pearson Education, Paris, 2002, 718 p.
- **H. CHAGAR**, séminaire management des organisations CSG, ISCAE
- **H. MINTZBERG**, Structure et dynamique des organisations, les éditions d'organisation 1982
- **H. Waterman, J.R. Thomas, J. Peters, R. Philips** - Structure is not organization - Mc Kinsey Quarterly, Summer 1980
- **HICHEM ABDESSELEM, HÉDI ACHOURI**, 30ème Congrès Médical Maghrébin Rapport de la Société Tunisienne des Sciences Médicales.
- **J. Galbraith**, cité par **TURGUL Atamar et ROLAND Calori**, Diagnostic et décisions stratégiques, 2ème édition, 2003- Dunod
- **Joel Ross and Michael Kami**, cités dans Crafting and Executing strategy, The Quest for Competitive Advantage, Arthur A. Thompson, A.J. Strickland et John E. Gamble, 14ème édition, 2005

- **M.D. ZINE-EDDINE EL IDRISSE**, OMS-EMRO, La régulation des dépenses de soins dans le cadre de l'AMO, journées portes ouvertes réforme hospitalière Casablanca, 23-25 juin 2005
- **Michael PORTER**, l'avantage concurrentiel : comment devancer ses concurrents et maintenir son avance, InterEditions, 1996.
- **Michael PORTER.**, Competitive Advantage, NY, Free Press. 1985
- **Miloud Kaddar**, La protection sociale au Maghreb un édifice en reconstruction, 2003.
- **Miloud Kaddar**, Symposium international sur la solidarité et protection sociale dans les pays en voie de développement, Avril 2003
- **Ministère des Finances et de la Privatisation**, Direction de la Politique Economique Générale, Les politiques sociales au Maroc Etat des lieux, Septembre 2002 ;
- **Ministère des Finances et de la Privatisation**, Direction des Etudes et des Prévisions Financières, Tableau de bord social, janvier 2005 ;
- **Mintzberg H.**, Structure et Dynamique des organisations, Editions d'organisation, 1982.
- **Mohammed Biadillah**, ministre de la Santé Publique, déclaration suite à la signature de la charte de mise en œuvre du code de couverture médicale de base.
- **My Driss ZINE EDDINE EL IDRISSE**, LES Comptes Nationaux de la Santé au Maroc (1997/98), : service de l'économie sanitaire, Ministère de la Santé.
- **Naciri Bennani Mohamed**, position du Syndicat national des Médecins du secteur libéral,2004
- **Nizet J., Pichault F.** (1998) in Ressources humaines une gestion éclatée - Allouche et Sire (éd.).
- **Nouveaux chiffres de la pauvreté**, Hebdomadaire La Vie économique du 23/29 décembre 2005
- **OMS**, Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2005
- **Organisation Mondiale de la Santé**, Rapport sur la santé dans le monde, pour un système de santé plus performant, 2002

- **Pailot P. (1999)**, « Configuration organisationnelle », Encyclopédie de la gestion et du management, ouvrage coordonné par Le Duff R., Dalloz - Sirey, Pp.173-174
- **PATEYRON, Emmanuel-Arnaud**, « Le management stratégique de l'information », Paris, Economica, 1994.
- **PEAUCELLE, Jean-Louis**, « Systèmes d'information : le point de vue des gestionnaires », Paris, Economica, 1999. p5.
- **Pichault F. (1996)**, Ressources humaines et changement stratégique. Vers un management politique, De Boeck
- **PRAHALAD, C.K, HAMEL, G. (1994)**. Strategy as a Field of Study: Why Search of a New Paradigm ?, Strategic Management Journal, Special Issue, Summer.
- **Programme du gouvernement** présenté par le Premier ministre, M. Driss Jettou, devant la Chambre des Représentants, le 21/11/02 à Rabat
- **R. S. Kaplan, D. P. Norton**, Comment utiliser le tableau de bord prospectif, / 2001
- **Rapport de la commission** chargée de la mise à niveau de la CNOPS, Novembre 2004
- **Rapport IGAS**, Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire Mai 2002
- **SAYED BLEL**, 30ème Congrès Médical Maghrébin Rapport de la Société Tunisienne des Sciences Médicales.
- **SIMON, Herbert A.** « Administration et processus de prise de décision ». Economica. 1983.
- **STRATEGOR**- Politique générale de l'entreprise- 3ème édition, 2004- Dunod
- **Strategy Implementation: Nature of the Problem.** International, L. D. Alexander, Review of Strategic Management / 1991.
- **SUTTER, E.** « maîtriser l'information pour garantir la qualité », Paris, AFNOR, 1993.P.34.
- **Tactics of Implementation**, P. C. Nutt, Academy of Management Journal 29, 2 / 1986 cité par H. Ikävalko.
- **The Eclectic Roots of Strategy Implementation Research**, Noble C. H., 45,

Journal of Business Research / 1999

- **Thiétart R. A.**, la stratégie d'entreprise, Mc Graw Hill, 1984
- VIDALIE, A. « Le travail c'est déjà demain », L'Express, 22 juin 2000.
- **Wann-Yih Wu, Chih Hsiung Chou and Ya-Jung Wu**, A study of strategy implementation, Industrial Management & Data Systems, Vol. 104. n° 5 / 2004
- **What is strategy - and does it matter**, R. Whittingtan / 2001 cité par H. Ikävalka dans Strategy process in practice: practices and logics of action of middle managers in strategy implementation, Helsinki University of Technology / 2005
- **Williams**, 1954, in STRATEGOR- Politique générale de l'entreprise- 3ème édition, 2004- Dunod
- 50 ANS DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN et PERSPECTIVES 2025, Système de Santé et Qualité de Vie,

#### **Sites Internet :**

- [www.amazon.com](http://www.amazon.com)
- [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [www.canam.fr](http://www.canam.fr)
- [www.christophe.benavent.free.fr/cours/strategie/strategie.htm](http://www.christophe.benavent.free.fr/cours/strategie/strategie.htm)
- [www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)
- [www.evenent.fr/citations/auteur](http://www.evenent.fr/citations/auteur)
- [www.finances.gov.ma](http://www.finances.gov.ma)
- [www.leconomiste.com](http://www.leconomiste.com)
- [www.rdh50.ma](http://www.rdh50.ma)
- [www.santé.gov.ma](http://www.santé.gov.ma)