



**HAL**  
open science

# Évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc

Jaafer Heikel

► **To cite this version:**

Jaafer Heikel. Évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc. Economies et finances. Université Paris-Nord - Paris XIII, 2020. Français. NNT : 2020PA131026 . tel-03357656

**HAL Id: tel-03357656**

**<https://theses.hal.science/tel-03357656>**

Submitted on 28 Sep 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITE SORBONNE PARIS NORD**

---

**EVALUATION DES EFFETS DE LA COUVERTURE  
SANITAIRE UNIVERSELLE (CSU) SUR L'UTILISATION  
EFFECTIVE DES SERVICES DE SANTÉ AU MAROC**

Thèse pour le doctorat en Sciences Économiques  
Présentée et soutenue publiquement par

**JAAFAR HEIKEL**

Le mercredi 04 Mars 2020

Directeur de Thèse

Philippe BATIFOULIER, Professeur, Université Sorbonne Paris Nord

Co-Directeur de Thèse,

Samira GUENNIF, Maître de Conférences HDR, Université Sorbonne Paris Nord

Membres du jury

Jean Paul DOMIN, Professeur, Université de Reims Champagne-Ardennes (rapporteur)

Bruno BOIDIN Professeur, Université Lille (rapporteur)

Maryse GADREAU, Professeure émérite, Université de Bourgogne

Mostafa BRAHIMI, Médecin Député, Membre de la Commission des Finances à la Chambre des Représentants, Parlement du Maroc

## **Remerciements**

Cette thèse qui est l'aboutissement de plusieurs années de travail sur le terrain et que je considère comme une contribution modeste à la politique de santé de mon pays le Maroc, n'aurait jamais pu aboutir sans le soutien de plusieurs personnes que je souhaite remercier et à qui j'ai une reconnaissance immense.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma reconnaissance particulière à Philippe Batifoulier et Samira Guennif, qui dirigent mes recherches depuis près de quatre années et qui m'ont ouvert les portes du CEPN de l'Université Paris 13. Je mesure l'opportunité offerte à un médecin de santé publique, gestionnaire et l'ouverture d'esprit de Philippe Batifoulier qui fait du CEPN un centre innovant par la diversité des profils de chercheurs qui y travaillent et avant-gardiste par les axes de travail alliant économie, santé, développement, sociologie et politiques publiques. Philippe Batifoulier a cru en moi et dans le projet que je lui ai soumis et a été généreux dans mon apprentissage des théories de l'économie de la santé tant par ses écrits que par les références qu'il me faisait parvenir, ses conseils et ses orientations. Qu'il trouve dans ce travail l'expression de ma gratitude.

Samira Guennif m'a soutenu et a été disponible par ses conseils, ses recommandations et sa gentillesse qui n'ont jamais failli. Elle a dès notre première rencontre pris le temps de me faciliter l'intégration, de me guider dans le cheminement de recherche en économie de la santé et de mettre à ma disposition les ouvrages d'économie et d'économie de la santé

Cette co-direction fût aussi un apprentissage par sa complémentarité, son double soutien et sa richesse. Elle m'a également fait découvrir l'esprit d'équipe du CEPN que je remercie vivement à travers des personnes qui ont été aussi là pour moi. Merci d'abord à Victor Duchesne qui en tant que Doctorant m'a guidé et aidé dans les processus administratifs et a été une cheville ouvrière dans mes différents comités de suivi.

Je remercie vivement Bruno Boidin d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse. Mes remerciements sont à deux autres titres également : d'abord parce que Bruno Boidin m'a permis d'intégrer d'autres dimensions de l'économie de la santé comme la notion de bien public mais aussi parce qu'il a été de précieux conseils durant mes étapes de recherche sur les systèmes de santé en Afrique.

Je remercie aussi vivement Jean Paul Domin d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse. Ses écrits ont été pour moi une source d'inspiration particulièrement avec les notions de gouvernementalité, de gouvernance et de marchandisation de la santé.

Je remercie infiniment les membres du jury Maryse Gadreau et Brahimi Mostafa d'avoir accepté de participer à l'évaluation de mon travail: Maryse Gadreau dont j'ai lu avec beaucoup d'intérêt sa réflexion sur les institutions invisibles comme la confiance ou encore l'éthique médicale déterminants majeurs dans le parcours de soins des patients. Nicolas Da Silva Maître de Conférence qui n'est pas membre de mon jury mais avec lequel j'ai appris, entre autres, les caractéristiques du rôle des médecins dans le financement de la santé et dans les réformes des systèmes de santé. Brahimi Mostafa collègue, député engagé dans la politique de santé au Maroc depuis des années, qui a milité pour la CSU et sa mise en œuvre optimale pour les populations vulnérables et au côté duquel je me suis « battu » au parlement lors de plusieurs discussions de lois de finances.

Je remercie l'Ecole Doctorale ERASME et l'Université Paris 13 pour leur soutien institutionnel et les conditions optimales que j'ai eues pour mener mon travail de recherche dans de bonnes conditions.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble du corps enseignant et au personnel administratif du CEPN qui font de ce laboratoire un espace d'échanges intellectuels, de confraternité et de respect des différences.

J'adresse mes remerciements aux nombreuses personnes qui ont travaillé avec moi sur le terrain durant les enquêtes qualitatives et quantitatives, mes collègues, les responsables ministériels tant de la santé que du ministère de l'intérieur et mes collaborateurs qui ont travaillé avec conviction et abnégation. Ce travail, qui je le souhaite aidera le système de santé marocain, n'aurait pu aboutir sans eux.

Les patients, la population vulnérable que j'ai pu rencontrer, écouter et soigner lorsque c'était nécessaire, m'ont permis de comprendre, d'analyser, d'ajuster des apriori ou préjugés et même de peaufiner les recommandations de cette thèse. Qu'ils en soient remerciés en souhaitant que ce travail permettra un changement pour un meilleur accès aux services de santé et une plus grande équité grâce à une couverture sanitaire universelle plus efficiente.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à ma famille et mes amis pour leur patience et qui avaient du mal à comprendre pourquoi après tant d'années d'étude, d'enseignement et de

recherche je me suis passionné pour une nouvelle discipline à priori loin de mon métier de médecin. Ma volonté sincère de contribuer à l'amélioration du système de santé au Maroc, mon combat au quotidien auprès des décideurs et des leaders d'opinion m'a permis de les convaincre de la justesse de la décision et depuis ma deuxième année de doctorat leurs encouragements ont été précieux.

Je n'en serais pas là, je ne serais pas ce que je suis sans l'appui, l'amour et le soutien inconditionnel de mon épouse Amal et de mes enfants Dina et Mehdi que je souhaite rendre fiers. Je n'ai certainement pas pu au cours des quatre dernières années être le meilleur époux ou le meilleur père en termes de présence et je ne pourrai jamais assez les remercier de leur soutien et d'avoir toujours cru en moi.

Mon épouse Amal mérite son nom sur cette thèse. Je le dis par honnêteté intellectuelle car elle a été avec moi au moment de la réflexion sur le sujet, m'a accompagné sur le terrain, était là au moment des longues nuits d'analyse des données, a pris de son temps pour la relecture et jusqu'à la dernière version soumise à mes co-directeurs de thèses. Son intelligence, sa pertinence, sa discrétion et son amour auront été mes meilleurs atouts durant ce projet. J'espère de tout cœur que le fruit de ce travail me permettra de lui rendre hommage, de lui demander pardon pour ces quatre années où j'ai dû être moins disponible, de lui exprimer la gratitude non pas seulement d'un mari mais aussi d'un chercheur en économie de la santé.

Ces deux pages de remerciements ne rendent pas suffisamment hommage à toutes celles et ceux que je voudrais remercier, que je n'ai pas pu citer et que j'ai pu croisé et qui ont directement ou indirectement contribué à ce projet. Ils ont toutes et tous été des acteurs d'un projet qui souhaite améliorer le système de santé au profit de l'ensemble des marocains et en particulier des plus vulnérables.

Merci à tous et à toutes.

## **Table des matières**

<i>Introduction Générale</i> .....	23
<i>Partie 1 - Genèse de la Couverture Sanitaire Universelle : Contexte marocain et International</i> .....	37
<b>Chapitre 1 : Le contexte marocain</b> .....	<b>38</b>
<b>Section 1 : Politique de santé et CSU au Maroc</b> .....	<b>39</b>
1.1. Evolution de la politique sanitaire .....	39
1.2. Genèse de la couverture sanitaire universelle au Maroc .....	47
<b>Section 2. Problématique actuelle relative à la CSU</b> .....	<b>51</b>
2.1. Dépenses de santé essentiellement privées au Maroc .....	52
2.1.1. Financement public limité du système de santé au Maroc .....	52
2.1.2. Une contribution élevée des ménages aux dépenses de santé.....	54
2.1.3. Les dépenses de santé sous RAMED .....	56
2.2. État de santé de la population cinq ans après la mise en œuvre complète de la CSU.....	58
2.3. Gouvernance de la CSU et du système de santé .....	59
<b>Section 3 : Bilan et perspectives de la CSU au Maroc</b> .....	<b>61</b>
3.1. Quel bilan de la CSU au Maroc en termes de prestations de santé ? .....	61
3.2. Le plan santé 2025 et futurs enjeux .....	62
<b>Chapitre 2 : Le contexte international</b> .....	<b>66</b>
<b>Section 1 : .Évolution des systèmes de santé entre logique économique et adéquation besoin, demande et recours aux soins</b> .....	<b>66</b>
1.1. Les systèmes de santé .....	66
1.2. Demande et recours aux soins .....	69
<b>Section 2 : La CSU : une nécessité politique, sociale et économique</b> .....	<b>73</b>
2.1. La couverture universelle de santé : les grands principes théoriques .....	73
2.2. La protection financière dans le cadre de la CSU : une chimère ou un leurre ?.....	75

2.3. Impact de la CSU dans les pays à revenu faible et intermédiaire .....	76
2.3.1. Les pays à revenu intermédiaire .....	76
2.3.2. La CSU en Afrique : des résultats paradoxaux .....	77
<b>Section 3 : Le cheminement sans issue vers la CSU : Le « plan d’ajustement sanitaire » des organismes internationaux.....</b>	<b>79</b>
3.1. « Un cube qui ne tourne pas rond » .....	79
3.2. Caractéristiques du modèle .....	82
3.2.1. Les valeurs .....	82
3.2.2. Les variables.....	82
3.3. Mode d’utilisation du modèle.....	83
3.3.1. Collecte de fonds .....	83
3.3.2. Services couverts .....	84
3.3.3. Coûts couverts .....	85
3.3.4. Population couverte .....	86
3.4. Cas de quelques pays d’Amérique latine .....	87
3.5. Cas de quelques pays Africains .....	89
3.6. Synthèse sur la CSU « made in OMS-BM » .....	91
<b>Chapitre 3 : Politiques publiques et genèse de la CSU : une ambivalence .....</b>	<b>96</b>
<b>Section 1 : L’efficience des systèmes de santé : Déterminants et évaluation .....</b>	<b>96</b>
1.1. Approches théoriques de l’évaluation des systèmes de santé.....	96
1.2. Modèles de management et d’évaluation des systèmes de santé .....	97
1.2.1. L’approche par la chaîne de valeur de Porter .....	97
1.2.2. L’approche New Public Management.....	98
1.2.3. Autres approches d’évaluation des systèmes de santé .....	99
1.3. Approches globales.....	100
1.3.1. Approches institutionnelles internationales.....	100
1.3.2. Approche globale multidimensionnelle.....	101
<b>Section 2 : .....La Couverture sanitaire universelle comme indicateur de la performance des systèmes de santé .....</b>	<b>101</b>

<b>Chapitre 4 : Démarche méthodologique.....</b>	<b>105</b>
<b>Section 1. Démarche méthodologique globale .....</b>	<b>105</b>
1.1. Objectif global .....	105
1.2. Objectifs spécifiques de l’analyse empirique .....	108
1.3. Les hypothèses de recherche .....	108
<b>Section 2 : Devis de recherche .....</b>	<b>110</b>
2.1. Enquête qualitative .....	110
2.1.1. Le raisonnement par l’abduction .....	111
2.1.2. La méthode de collecte des données .....	112
2.2. Enquête quantitative .....	113
2.2.1. Échantillonnage .....	114
2.2.2. Saisie et traitement des données .....	120
<b>Partie 2 : Etudes empiriques.....</b>	<b>122</b>
<b>Chapitre 5 : Couverture médicale : enjeux et défis .....</b>	<b>123</b>
<b>Section 1 : Bilan de la couverture médicale au Maroc .....</b>	<b>123</b>
<b>Section 2 : Bilan de la couverture médicale entre 2012 et 2017 .....</b>	<b>133</b>
<b>Section 3 : Une offre de soins inadaptée à la CSU et peu performante .....</b>	<b>138</b>
3.1 L’offre de soins au Maroc depuis l’avènement de la CSU.....	138
3.2 . Indicateurs de productivité des hôpitaux publics.....	140
<b>Chapitre 6 : Les enquêtes terrain auprès des utilisateurs .....</b>	<b>149</b>
<b>Section 1 : Perception générale : un jugement sévère du système de santé .....</b>	<b>149</b>
1.1. L’univers de la santé, la connaissance et la notoriété des services de santé.....	149
1.2. Usages, pratiques et parcours de soins.....	153
1.2.1. Parcours de soins hors maladies chroniques.....	153
1.2.2. Les parcours de soins avec maladies chroniques .....	155
<b>Section 2 : Perceptions et réalités du coût de la santé au Maroc .....</b>	<b>162</b>



2.1. Le prix à payer pour se soigner au Maroc .....	162
2.2. Le côté imprévisible du coût .....	165
2.2.1. Dans le cadre d'une consultation .....	165
2.2.2. Dans le cadre d'une hospitalisation .....	166
2.2.3. Les frais du parcours de soins.....	168
2.3. Un coût variable selon les régions .....	176
2.3.1. L'accessibilité géographique dans le milieu urbain .....	177
2.3.2. L'accessibilité géographique dans le milieu rural .....	177
<b>Chapitre 7 : Des ménages qui utilisent des services de santé selon leur capacité de paiement.....</b>	<b>180</b>
<b>Section 1 : L'utilisation des services de santé par les ménages .....</b>	<b>180</b>
1.1. Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques .....	180
1.2 . Indicateurs d'utilisation des services de santé et parcours de soins.....	185
<b>Section 2 : Un régime de couverture qui ne « couvre presque rien ».....</b>	<b>190</b>
2.1. Rôle du régime de couverture détenu .....	190
2.2. Connaissance et évaluation des régimes de couverture de santé autre que le RAMED..	191
2.3. Connaissance et évaluation du système de couverture RAMED.....	195
<b>Chapitre 8 : L'inadéquation de la CSU avec la demande de soins .....</b>	<b>198</b>
<b>Section 1 : Couverture médicale et USS au cours des deux dernières années .....</b>	<b>198</b>
1.1. Rôle de la CSU et l'utilisation des services de santé .....	198
1.2. Déterminants du recours aux soins : Quel rôle de la CSU ?.....	203
<b>Section 2 : Des attentes déçues et une insatisfaction patente.....</b>	<b>206</b>
2.1. Satisfaction des utilisateurs de services de santé .....	206
2.2. Des Attentes politiquement induites et en réalité irréalisables .....	210
2.2.1 Les attentes vis-à-vis du secteur public.....	211
2.2.2. Les attentes vis-à-vis du secteur privé.....	212
2.2.3. Les attentes vis-à-vis de la couverture sanitaire.....	212

<b>Chapitre 9 : Un parcours erratique et qui coûte cher .....</b>	<b>217</b>
<b>Section 1 : Dépenses lors du parcours de soins dans le secteur privé .....</b>	<b>217</b>
1.1. Frais de l'hospitalisation dans le secteur privé .....	217
1.2. Frais des examens complémentaires dans le secteur privé.....	220
<b>Section 2 : Attitudes vis à vis de l'offre et de ses coûts .....</b>	<b>224</b>
2.1. Une prestation de santé dispendieuse mais « acceptée » dans le privé .....	224
2.2. Une attitude de rejet de l'offre publique de soins .....	226
<b>Section 3 : Un parcours de soins par étape selon les moyens des patients .....</b>	<b>229</b>
3.1. Parcours de soins aboutissant à l'Hôpital.....	229
3.2. Parcours de soins aboutissant à la clinique privée .....	231
3.3. Cas particulier du RAMED .....	234
<b>Section 4 : Approche d'analyse des parcours individuels.....</b>	<b>237</b>
4.1. Caractéristiques de l'USS au niveau individuel .....	237
4.2. Un parcours de soins en plusieurs étapes sans rationalité apparente .....	245
4.3. Spécificité du parcours menant à l'hôpital .....	250
4.4. Une expérience globale mal vécue .....	252
4.5. Cas du diabète et de l'hypertension artérielle.....	254
<b>CHAPITRE 10 : La CSU est-elle un déterminant essentiel de l'utilisation des services de santé ? .....</b>	<b>263</b>
<b>Section 1 : Facteurs influençant le recours aux services de santé publics et privés .....</b>	<b>263</b>
1.1. Offre Privée versus offre Publique : quels déterminants ?.....	264
1.2. Comment satisfaire une population qui a perdu confiance dans le système de santé?...	274
<b>Section 2 : Des parcours individuels de soins copiés sur ceux des ménages.....</b>	<b>275</b>
<b><i>Partie 3: La CSU au Maroc , les raisons d'un échec .....</i></b>	<b><i>279</i></b>

**Chapitre 11 : Discussion- Les effets pervers d'une CSU mal planifiée , le cas du Maroc**  
.....280

**Section 1. Le « parcours de soins » indicateur de l'adéquation offre-demande de soins ?.**280

1.1. Cadre conceptuel du parcours de soins .....	280
1.2. Les concepts voisins à celui de parcours de soins .....	281
1.2.1. La filière de soins .....	281
1.2.2 Le réseau de soins.....	281
1.2.3. Le parcours de santé .....	282
1.2.4. Le parcours de vie.....	282
1.3. Cadre opérationnel du parcours de soins.....	282
1.4. Les modèles de parcours de soins.....	284

**Section 2 : Vers une conceptualisation du parcours de soins intégrant l'offre, la demande et la CSU.**.....286

2.1. Le « Health Belief Model » (HBM).....	287
2.2. Un essai de conceptualisation.....	288

**Section 3. La gratuité des soins est-elle la réponse à l'accessibilité universelle aux services de santé ?**.....291

3.1. L'exemple français de la socialisation de la santé .....	291
3.2. Assurance maladie, demande de soins et état de santé : un lien moins évident qu'il n'en paraît .....	293
3.3. Le leurre ou l'utopie de la gratuité des soins ? .....	297

**Section 4 : Demande de soins et couverture sanitaire universelle** .....299

4.1. La demande de soins et la préoccupation financière.....	299
4.1.1. Le côté imprévisible du coût .....	301
4.1.2. L'accessibilité géographique .....	302
4.1.3. Le régime de couverture détenu .....	303
4.2. L'utilisation des services de santé et la couverture médicale .....	304
4.3. Le parcours de soins des MNT : un parcours stochastique et coûteux .....	308

4.3.1. Cas du parcours de soins du patient cancéreux.....	309
4.3.2. Cas du parcours de soins du patient hypertendu.....	309
4.3.3. Cas du parcours de soin du patient diabétique :.....	311
4.4 La contribution «catastrophique » des ménages au financement des dépenses de santé .	313
4.5. La CSU et le rôle des prestataires de soins .....	316
4.6. Comprendre le mimétisme familial en matière d'utilisation des services de santé .....	317

## **CHAPITRE 12 : Quels modèles de CSU ? Une discussion à partir du cas du Maroc**

### **Section 1 : Les attentes pour une refonte de la CSU à partir des besoins des utilisateurs .**

1.1. Attentes vis à vis du secteur public.....	320
1.2. Attentes vis à vis du secteur Privé .....	321
1.3. Attentes vis à vis de la CSU autre que le RAMED.....	322
1.4. Attentes vis à vis de la « CSU des pauvres » : un RAMED revalorisé .....	323

### **Section 2 : Connaître les parcours d'utilisation des services de santé : un prérequis pour une planification réussie de la CSU .....**

2.1. Utilisation des services de santé au Maroc : cadre conceptuel .....	323
2.2. Le Cas du RAMED : l'archétype d'une CSU mal préparée .....	328

### **Section 3 : Modèles de CSU dans les Pays en Développement : quelles leçons ? .....**

3.1. Mise en œuvre de la CSU : un processus à planifier sur le long terme .....	331
3.2 La globalisation justifie-t-elle un modèle type ? .....	334
3.3. Les principaux modèles de CSU.....	337
3.3.1. Le modèle Étatiste .....	337
3.3.2. Le modèle Assurantiel .....	338
3.3.3. Le modèle Subsidiariste ou modèles de mutuelles santé communautaires.....	339

### **Section 4 : Quelles réformes et quelles propositions ?.....**

4.1. L'ANAM au cœur de la fragmentation des responsabilités et du financement du système de gestion de la CSU .....	343
---	-----

4.2. Une meilleure gouvernance et un cadre législatif adéquat et effectif pour adresser les difficultés de financement du système de santé .....	345
4.3. Une proposition de cadre conceptuel d'une CSU viable et perfectible pour le Maroc ..	347
<b><i>Conclusions</i> .....</b>	<b>355</b>
<b><i>Bibliographie</i> .....</b>	<b>368</b>
<b><i>Annexes</i> .....</b>	<b>390</b>

## Graphiques

Graphique 1 : Comparaison des ratios urbain/rural (U/R) et femme/homme (F/H) des Maladies Métaboliques -2018.....	48
Graphique 2 : Dépenses de santé des ménages (DSM) dans la population générale.....	55
Graphique 3 : DSM par type de services de santé au sein de la population ayant l'AMO.....	55
Graphique 4: Contribution des ménages aux DTS selon le mode de couverture.....	57
Graphique 5 : Dépenses des bénéficiaires du RAMED selon les services .....	57
Graphique 6 : Dépenses en santé des bénéficiaires du RAMED par prestataire.....	58
Graphique 7: Les sous-systèmes de couverture sanitaire en Amérique latine .....	88
Graphique 8 : Moyennes régionales (pondérées selon la population) pour l'indice de couverture (IC) des services de la CSU .....	92
Graphique 9 : Scores globaux des 4 sous dimensions de l'IC de la CSU.....	92
Graphique 10 : Ratio Dépenses des tiers payants par bénéficiaire de l'AMO-2017 (Dhs) ....	124
Graphique 11 : Dépenses hospitalières par les OPS par bénéficiaire AMO-2017.....	125
Graphique 12 : Dépenses des examens spécialisés pendant l'hospitalisation .....	125
Graphique 13 : Dépenses des examens biologiques pendant l'hospitalisation .....	126
Graphique 14 : Dépenses des organismes de prévoyance sociale (OPS) en médicaments par bénéficiaire .....	127
Graphique 15 : Comparatif de dépenses entre les actifs et les pensionnés bénéficiaires de l'AMO-2017 .....	127
Graphique 16 : Dépenses des OPS par bénéficiaire (pensionné ou actif) -2017.....	128
Graphique 17 : Ratio des coûts directs Privé/Public des ALD/ALC 2017 .....	129
Graphique 18 : Différentiel Privé/Public de RAC en dhs pour 41 ALD/ALC.....	131
Graphique 19 : Dépenses de l'AMO par région entre 2012 et 2017 .....	133
Graphique 20 : Dépenses liées à l'AMO par région entre 2012 et 2017 .....	134
Graphique 21 : Évolution % des Dépenses/bénéficiaire AMO et par région (2012-2017) ....	134
Graphique 22 : Évolution en % des dépenses par famille de soins AMO 2012-2017 .....	135
Graphique 23 : Coefficient multiplicatif entre des groupes d'actes AMO (2012-2017) .....	135
Graphique 24 : Évolution de la contribution des actifs et pensionnés selon le secteur .....	136
Graphique 25 : Indicateurs globaux d'offre de soins au Maroc .....	141
Graphique 26 : Évolution régionale des ratios actes chirurgie/chirurgien- hôpitaux publics	142
Graphique 27 : Évolution selon les régions des TOM des hôpitaux publics.....	142
Graphiques 28 : Scores régionaux de productivité de l'offre de soins .....	143

Graphique 29 : Modélisation polynomiale des scores d'offres de soins .....	144
Graphique 30 : Évolution par région des consultations médicales par médecin par an .....	145
Graphique 31 : Évolution selon les régions des actes de chirurgies/chirurgien (Public) .....	145
Graphique 32 : Évolution selon les régions des soins curatifs au sein des CS.....	146
Graphique 33 : Évolution selon les régions des TOM au niveau des hôpitaux publics .....	146
Graphique 34 : Ratio Clin/Hôp des dépenses moyennes d'un parcours de soins .....	189
Graphique 35 : Longueur du parcours de soins impliquant l'hôpital (N=750).....	230
Graphique 36: Parcours de soins impliquant l'hôpital (N=750).....	230
Graphique 37 : Longueur du parcours de soins impliquant la Clinique (N=343).....	231
Graphique 38 : Parcours de soins impliquant la Clinique (N=343).....	232
Graphique 39 : Fréquentation des services de santé (N=7244).....	242
Graphique 40:Nombre d'étapes dans le dernier parcours de soins (N=7244).....	245
Graphique 41 : Parcours de soins lorsque le Centre de Santé est la dernière étape.....	246
Graphique 42 : Parcours de soins lorsque le Cabinet Médical Privé est la dernière étape (N=3247).....	247
Graphique 43 : Parcours de soins lorsque l'hôpital est la dernière étape (N=920) .....	247
Graphique 44: Parcours de soins lorsque la Clinique est la dernière étape (N=1467) .....	250
Graphique 45 : Raisons qui ont motivé le choix du DSU-Hôpital (N=3431) .....	252
Graphique 46 : Satisfaction par rapport au dernier parcours de soin (N= 7147) .....	253

## Tableaux

Tableau 1 : Indicateurs du niveau et de l'équité de la couverture dans les pays (OMS).....	102
Tableau 2: Taille de l'échantillon selon l'erreur et la proportion d'intérêt .....	117
Tableau 3: Répartition des ménages à enquêter selon la région et le milieu .....	118
Tableau 4 : Ratio Privé/public du reste à charge (RAC) selon les ALD/ALC.....	132
Tableau 5 : Répartition des focus group .....	150
Tableau 6 : Perception globale vis à vis du Système de Santé (SS) .....	158
Tableau 7 : Satisfaction lors du séjour à l'hôpital pour ceux ayant utilisé la couverture médicale (CM).....	159
Tableau 8 : Satisfaction globale vis-à-vis de la dernière expérience d'hospitalisation .....	160
Tableau 9 : NSE et satisfaction vis-à-vis du système de santé.....	161
Tableau 10 : État de santé perçu selon le mode de couverture.....	161
Tableau 11: Niveau de satisfaction entre hôpital public et clinique privée (N=1812) .....	162
Tableau 12 : Déterminants d'USS selon le mode de couverture médicale : Coût du transport .....	168
Tableau 13 : Dépenses pour repartir après USS selon le mode de couverture médicale.....	169
Tableau 14 : Dépenses de consultations avant hospitalisation selon le mode de couverture.....	170
Tableau 15 : Dépenses en cabinet privé avant hospitalisation selon le mode de couverture .....	171
Tableau 16 : Montant des frais d'hospitalisation selon le mode de couverture .....	172
Tableau 17 : Dépenses liées aux analyses biologiques durant l'hospitalisation .....	173
Tableau 18 : Dépenses liées aux examens radiologiques durant l'hospitalisation.....	174
Tableau 19 : Dépenses liées aux médicaments durant l'hospitalisation .....	175
Tableau 20 : Dépenses moyennes au cours du parcours de soins dans les deux secteurs public et privé	176
Tableau 21 : Répartition par région des ménages étudiés (N=1812).....	181
Tableau 22 : Données Socio démographiques (n=1812) .....	182
Tableau 23 : Facteurs de risque et morbidités (N=1812).....	183
Tableau 24 : Utilisation des services de santé au moins une fois .....	184
Tableau 25 : Utilisation des services de santé par les ménages .....	185
Tableau 26 : Parcours de soins avant la consultation dans un cabinet privé (n= 886).....	186
Tableau 27 : Parcours de soins avant la consultation dans un centre de santé (n= 648) .....	186
Tableau 28 : Données relatives aux facteurs de Risque et morbidités.....	188
Tableau 29 : Déterminants du choix du dernier service de santé utilisé (N=1809) .....	189



Tableau 30 : Réactions des utilisateurs selon le type de couverture .....	190
Tableau 31 : Évaluation du régime de couverture AMO par les fonctionnaires .....	192
Tableau 32 : Évaluation du régime de couverture AMO par les salariés du privé .....	193
Tableau 33 : Évaluation du régime de couverture privé par les utilisateurs.....	194
Tableau 34 : Évaluation du régime RAMED par ses utilisateurs.....	196
Tableau 35 : Association couverture médicale (CM) et nombre de contacts .....	199
Tableau 36 : USS publics ou privés selon la couverture médicale .....	200
Tableau 37: Dernier type de service de santé utilisé selon la couverture médicale .....	201
Tableau 38 : Résultats d'hospitalisation et mode de couverture médicale .....	202
Tableau 39 : Facteurs déterminants USS : Conseil par la famille.....	203
Tableau 40 : Déterminants de l'USS : Technicité et qualité du service .....	204
Tableau 41 : Déterminants de l'USS : Proximité géographique .....	205
Tableau 42 : Satisfaction globale vis-à-vis du SS selon le mode de couverture .....	207
Tableau 43: Satisfaction de la Couverture médicale par les ménages (N=1812).....	207
Tableau 44 : Utilisation de la CM en cas de contact avec le système de santé .....	208
Tableau 45 : Type de couverture utilisée lors d'une hospitalisation et perception d'utilité...208	
Tableau 46 : Décisions futures quant aux choix des structures de santé .....	209
Tableau 47 : Attentes vis à vis du secteur public selon différents critères .....	211
Tableau 48 : Attentes vis à vis du secteur privé selon le mode de consultation .....	212
Tableau 49 : Attentes vis à vis de la CSU.....	212
Tableau 50: USS au cours des 5 dernières années selon la couverture médicale .....	214
Tableau 51: USS au cours des 2 dernières années selon la couverture médicale .....	215
Tableau 52: Dépenses des consultations in situ avant hospitalisation à la clinique.....	218
Tableau 53 : Consultations externes avant hospitalisation au sein de la clinique.....	219
Tableau 54 : Dépenses liées à l'hospitalisation au sein de la clinique.....	220
Tableau 55 : Dépenses d'analyses de laboratoire au sein de la clinique .....	221
Tableau 56 : Dépenses liées aux explorations radiologiques à la clinique.....	222
Tableau 57 : Dépenses en médicaments dans une clinique (DMS 4j).....	223
Tableau 58 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Prix Clinique.....	224
Tableau 59 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Bon accueil Clinique .....	225
Tableau 60 : Attitude vis à vis de l'offre de soins : Rapport service-Prix Clinique .....	226
Tableau 61 : Attitude vis à vis de l'offre de soins : Bon accueil à l'hôpital.....	227

Tableau 62: Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Patients traités de façon identique à l'hôpital.....	228
Tableau 63 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : L'hôpital dispose des équipements nécessaires .....	229
Tableau 64 : CSP et type de couverture médicale (N=7244) .....	238
Tableau 65 : Couverture selon le niveau d'instruction (N=7244).....	239
Tableau 66 : Déterminants du choix premier du DSU .....	241
Tableau 67 : Fréquence d'USS durant les deux dernières années (N=7244) .....	243
Tableau 68 : Utilisation de la CM lors de l'expérience clinique (N=1467) .....	249
Tableau 69 : Niveau d'insatisfaction des services suite à l'hospitalisation hôpital public.....	251
Tableau 70: Satisfaction vis-à-vis du dernier service de santé utilisé (N=7231) .....	254
Tableau 71: Prévalence du diabète selon le type de couverture médicale .....	255
Tableau 72 : Couverture selon la CSP chez les patients diabétiques (N=1534) .....	256
Tableau 73 : DSU par les diabétiques selon le mode de couverture (N=1534) .....	257
Tableau 74 : Raisons du choix du DSU selon la couverture chez les sujets diabétiques (N=1524) .....	258
Tableau 75 : Satisfaction selon le type de couverture chez les sujets diabétiques (N= 1524).....	259
Tableau 76 : Rôle de la CSU dans l'USS publiques (référence structures privées) .....	265
Tableau 77 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 5 dernières années : Offre de soins Centre de santé.....	266
Tableau 78: Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 5 dernières années : offre de soins Cabinet Médical .....	267
Tableau 79 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 5 dernières années : offre de soins Hôpital .....	268
Tableau 80 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 5 dernières années: Offre de soins Clinique .....	269
Tableau 81: Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 2 dernières années : Offre de soins CS .....	270
Tableau 82 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 2 dernières années : Offre de soins Cabinet Médical .....	271
Tableau 83 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 2 dernières années : Offre de soins Hôpital .....	272

Tableau 84 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 2 dernières années : offre de soins Clinique .....	273
Tableau 85 : Déterminants de l'insatisfaction vis à vis du système de santé .....	274
Tableau 86: Modèle de Régression logistique – Parcours utilisant les structures publiques .	276
Tableau 87: Choix du service de santé selon le mode de couverture .....	306
Tableau 88 : Impact de la couverture médicale dans certains pays a RF/I.....	307
Tableau 89 : Structuration « administrative » de la CSU au Maroc .....	344

## Figures

Figure 1 : Plan Santé 2025 proposé par le Ministre .....	63
Figure 2: Déterminants de l'utilisation effective des Services de Santé dans le cadre de la CSU au Maroc .....	110
Figure 3 : Carte mentale générée par Nvivo 11 : les mots les plus cités par les participants. ....	157
Figure 4 : Nuage des mots généré par Nvivo11 (plus la taille du mot est importante plus il a été cité lors des focus group).....	164
Figure 5 : Cadre opérationnel du parcours de soins au Maroc .....	187
Figure 6 : Carte mentale représentant les principaux éléments qui impactent la perception des coûts décrite par le traitement des fréquences des mots évoqués par les interviewés (assisté par Nvivo11).....	191
Figure 7 : Nuage des mots généré par Nvivo11 sur la base des focus group (plus le mot est grand plus sa fréquence est importante). ....	210
Figure 8 : Carte mentale les attentes des usagers pour améliorer la perception du coût des soins (générée par Nvivo11) .....	213
Figure 9 :Facteurs associés au parcours de soins au Maroc selon la couverture médicale ....	233
Figure10 : Modèle du Mimétisme et USS selon la CSU .....	277
Figure 11 : Conceptualisation des relations entre l'offre, la demande, la CSU et le parcours de soins.....	289
Figure 12 : Relations entre les conditions socio-économiques, la CSU et l'offre de soins au Maroc .....	325
Figure 13 : Parcours de soins optimal .....	327
Figure14 : Proposition d'un cadre conceptuel de la CSU pour Maroc .....	351

## **Encadrés**

Encadré 1 : Conclusion du Chapitre 1 .....	65
Encadré 2 : Conclusion du Chapitre 2 .....	94
Encadré 3 : Conclusion du Chapitre 3 .....	104
Encadré 4 : Conclusion du Chapitre 4 .....	121
Encadré 5 : Conclusion du Chapitre 5 .....	148
Encadré 6 : Conclusion du Chapitre 6 .....	179
Encadré 7 : Conclusion du Chapitre 7 .....	197
Encadré 8 : Conclusion du Chapitre 8 .....	216
Encadré 9 : Conclusion du Chapitre 9 .....	261
Encadré 10 : Conclusion du Chapitre 10 .....	278
Encadré 11 : Conclusion du Chapitre 11 .....	319
Encadré 12 : Conclusion du Chapitre 12 .....	353

## Annexes

Annexe A : RAMED .....	391
Annexe B : Textes régissant le RAMED .....	393
Annexe C : Conditions d'éligibilité au RAMED .....	394
Annexe D : Indicateurs socio-démographiques Maroc .....	395
Annexe E : Sous dimensions du modèle EGIPSS .....	398
Annexe F : Indicateurs de performance des systèmes de santé .....	403
Annexe G : Base de données ménages (N=1812) .....	405
Annexe H : Données individuelles selon les régions (N=7244) .....	430
Annexe I : Demandes et USS (N=1812) .....	443
Annexe J : CSU et résultat Hôpital (N=1812) .....	444
Annexe K : Attitudes vis-à-vis de l'offre de soins en Clinique (N=1812) .....	445
Annexe L : CSU et Pharmacie (N=1812) .....	452
Annexe M : Caractéristiques liées au parcours du diabétique et de l'hypertendu (N=7244) .....	453
Annexe N : Satisfaction (Individus) .....	460
Annexes O : Dépenses moyennes (DepMoy) lors du parcours de soins .....	463
Annexe P: Indicateurs de production des hôpitaux depuis la mise en œuvre du RAMED ....	465
Annexe Q : Plan Santé 2025 MAROC .....	469
Annexe R : Recommandations conférence nationale sur le financement de la santé 18-19 Juin 2019 sous la Présidence du Chef de Gouvernement .....	482

## **Acronymes**

ALC : Affection Longue et Coûteuse

ALD : Affection de Longue Durée

AMO : Assurance maladie obligatoire

ANAM : Agence nationale de l'assurance maladie

BAJ : « Barnamaj Al Aoulaouiyate Al Ijtimaiya » : Programme des priorités sociales

CHP : Centre hospitalier préfectoral ou provincial

CHR : Centre hospitalier régionale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMB : Couverture Médicale de Base

CMIM : Caisse marocaine interprofessionnelle des mutuelles

CNOPS : Caisse nationale des œuvres de prévoyance sociale

CNSS : Caisse nationale de la sécurité sociale

CSU : Couverture Sanitaire Universelle

DELM: Direction de l'Epidémiologie et de la lutte contre les maladies

DRS : Direction Régionale de la Santé

DSM : Dépenses de Santé des Ménages

DTS : Dépenses Totales de Santé

DSU : Dernier Service Utilisé

FNUAP : Fond des nations unies pour la population

MNT : Maladies Non Transmissibles

OCP : Office Chérifien des Phosphates

ODD : Objectifs de Développement Durable

ODEP: Office d'exploitation des ports

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

ONEE: Office national de l'électricité et de l'eau

ONSSA: Office nationale de sécurité sanitaire des aliments

ONUSIDA : Organisation des nations unies pour la lutte contre le SIDA

OPS : Organisme de Prévoyance Sociale

PAGSS : Projet d'ajustement et de gestion des services de santé

PFGSS : Projet de financement et de gestion du secteur de la santé

PNUD : Programme des nations unies pour le développement

RAM: Royal air Maroc

RAMED : Régime d'Assurance Médicale pour les économiquement défavorisés

SEGMA : Service de l'État Géré de Manière Autonome

TNR : Tarif National de Référence

TOM : Taux d'Occupation Moyen

UNICEF : Fond international des nations unies pour l'enfance

USS: Utilisation des Services de Santé

WB : World Bank

WHO : World Health Organization



## **Introduction Générale**

---

La couverture sanitaire universelle (CSU) a pour objet de permettre l'accès aux soins à tous les individus sans provoquer des difficultés financières. Comme le souligne le Directeur général de l'OMS (Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus) : « Parvenir à une couverture sanitaire universelle en assurant la sécurité financière des patients est fondamental pour atteindre les objectifs sanitaires des Objectifs de développement durable (ODD). La « santé pour tous » doit être le centre de gravité des efforts menés pour atteindre l'ensemble des ODD, car la bonne santé des individus est profitable à leur famille, leur communauté et leur pays. Or, il reste encore beaucoup à faire. Environ 400 millions d'individus dans le monde – soit une personne sur 17 – n'ont toujours pas accès aux services de santé de base ». <sup>1</sup>

L'objectif d'une meilleure santé sans appauvrissement est lié à la centralité de la santé pour le bien être individuel et collectif. La santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain et la CSU est un moyen privilégié pour garantir ces droits. La façon dont les pays ont développé une CSU ou s'acheminent vers la CSU sont variables. La CSU est un concept d'abord expérimenté dans les pays développés où la santé est considérée comme un droit mais aussi une priorité politique. Les approches bismarckienne ou Beveredgienne ou mixtes ont permis à des millions de personnes à travers le monde d'accéder aux services de santé et de réduire leurs dépenses catastrophiques de santé. Mais les observations au niveau des pays en développement montrent que les résultats sont mitigés, voire insuffisants ou encore sans effets. Le bienfondé de la CSU n'est pas sujet à discussion. Par contre, les modèles proposés jusqu'à présent pour les pays à revenu faible ou intermédiaire ont montré leurs limites aussi bien conceptuelles que de faisabilité opérationnelle.

La principale raison est relative à la multi-dimensionnalité du concept tant sur le plan politique, sociétal, de gouvernance, qu'économique. Cette thèse porte sur le cas du Maroc considéré comme un pays « à revenu intermédiaire ». Elle ne vise pas à remettre en cause le principe d'une CSU au Maroc mais à montrer que sa conceptualisation, sa planification, sa mise en œuvre et ses mesures d'accompagnement n'ont pas produit les effets escomptés en termes

---

<sup>1</sup>Déclaration sur la page principale du site de l'OMS :

[https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/fr/](https://www.who.int/universal_health_coverage/fr/)

d'utilisation effective des services de santé, de protection contre les risques financiers, de parcours de soins et de niveau de satisfaction de la population.

### **La couverture sanitaire universelle au Maroc : de l'espoir à la désillusion**

Au Maroc, la mise en place de la CSU est portée par une Assurance Maladie Obligatoire (AMO) depuis 2005 pour les salariés du public et du privé. Elle est accompagnée, depuis 2012, par un dispositif ambitieux destiné à assurer l'accès aux soins aux plus démunis : le RAMED (Régime d'Assurance Médicale aux Économiquement Défavorisés). Ce dispositif pour les populations démunies ou pauvres leur permet d'avoir accès aux services sanitaires publics, et uniquement au secteur public. Cela a été une réforme sociale majeure qui s'est imposée au gouvernement eu égard aux transitions démographiques et épidémiologiques, à l'augmentation des coûts de la santé mais surtout aux revendications sociales fortes depuis la fin des années quatre-vingt-dix. L'insatisfaction vis à vis de l'offre de soins de base et hospitalière, les rapports des organisations nationales et internationales et surtout les dépenses catastrophiques de santé avaient conduit à des mouvements sociaux importants.

Le Maroc s'est donc lancé dans une politique d'accès aux soins d'envergure, dans l'esprit des recommandations de l'OMS (OMS, 2000). Pourtant, le développement de la couverture santé marocaine n'est pas populaire. Elle fait l'objet de fortes critiques de la part de la population. Alors que le Maroc a fait de gros efforts pour améliorer la couverture sanitaire de sa population, le sentiment général est que les effets négatifs l'emportent sur les effets positifs. La population a réagi avec vigueur et sévérité vis à vis de plusieurs insuffisances et dysfonctionnement, notamment en matière de disparités de ressources inter et intra régionales, d'iniquités en matière d'accès aux services de santé et de gouvernance peu optimale s'exprimant par une offre de soins inadaptée à la demande et aux besoins de santé (ONDH, 2018). Ce désenchantement vis-à-vis de la CSU marocaine a été dans un premier temps peu pris en compte par les instances gouvernementales même si la réalité du tableau de bord sanitaire marocain a été soulignée par plusieurs instances nationales non gouvernementales et internationales.

Les différents rapports et études nationales et internationales ont tenté d'évaluer les résultats économiques de la CSU et d'estimer les performances du système de santé dans ses dimensions, résultats sanitaires et production de services publics. Il est apparu clairement que le Maroc n'a pas réussi sa transition sociale en terme de couverture sanitaire universelle, contrairement à d'autres secteurs stratégiques du pays. Pourquoi un projet sociétal d'envergure n'a-t-il pas

produit les effets attendus en termes d'accessibilité, de qualité des soins et de résultats sanitaires populationnels?

La réponse à cette question est capitale car le secteur de la santé est un facteur prépondérant dans la genèse des tensions sociales. Une couverture sanitaire universelle bien pensée et adéquatement mise en œuvre est une politique de santé structurante et socialement efficiente (Boidin, 2014). Si certains discours d'experts ont rejoint le sentiment populaire pour partager le constat d'échec de la CSU marocaine, aucun responsable gouvernemental n'a reconnu entre 2005 et 2018 que la CSU n'était pas un succès et qu'elle pêchait par plusieurs aspects. Il a fallu attendre la prise de parole du Roi du Maroc pour que cet échec soit définitivement reconnu. Le 30 juillet 2018 soit seize ans après le vote de la loi 65-00 sur la Couverture Maladie de Base, treize ans après sa mise en œuvre partielle, six ans après le lancement national du RAMED l'État a accepté le diagnostic sans appel tout simplement parce que le Roi Mohammed VI l'a exprimé à 34 millions de marocains dans son discours du trône.

Le discours du Roi a eu pour effet d'exprimer au peuple marocain qu'il y avait nécessité de refondre le système de santé et repenser la CSU, particulièrement la composante qui concerne les populations vulnérables (« Ramedistes »). Ce constat par la plus haute autorité du pays devait pousser le chef de gouvernement et le nouveau Ministre de la santé à « revoir leurs copies ». Un an plus tard le 30 Juillet 2019, et devant l'insuffisance des réformes et des résultats, le Roi du Maroc intimait au gouvernement dans son discours de revoir la gouvernance des secteurs sociaux et en particulier l'éducation et la santé. Il a ainsi demandé de corriger en urgence les insuffisances et de revoir en profondeur les éléments qui génèrent les inégalités, iniquités, non qualité, insatisfaction et performance de ces secteurs. Le troisième ministre de la santé en quatre ans, nommé deux mois après le discours royal, se retrouve aujourd'hui devant l'obligation de revoir non seulement la CSU dans sa mise en œuvre, mais également l'organisation et le fonctionnement de tout le système de santé.

### **Documenter l'échec de la CSU marocaine : une enquête de terrain inédite**

Néanmoins, il n'y a pas, à notre connaissance, de travail qui a évalué l'impact de la CSU en termes d'utilisation effective des services de santé publics ou privées. Aucune donnée n'est disponible sur la dynamique et les dépenses au cours du parcours de soins du patient marocain et nous disposons de peu d'informations objectives sur la satisfaction des utilisateurs.

Il n'y a pas de travail sur le terrain auprès des ménages, des personnes malades, des utilisateurs pour comprendre leur comportement de santé, leur parcours de soins, leurs dépenses, leurs attentes, leur satisfaction et leur déception lors du contact avec le système de santé. On ne sait pas dans quelle mesure la couverture médicale impacte ces différents éléments.

Cette thèse répond à ces attentes. Elle est la première étude systématique d'envergure sur la CSU marocaine. En effet, il n'existe pas de rapports scientifiques au Maroc ayant analysé le rôle du financement du système de santé et de la couverture médicale AMO/RAMED dans l'utilisation effective des services de santé et aucune étude scientifique à notre connaissance n'a pu à ce jour mesurer la perception des ménages et utilisateurs du système, ni évaluer les éléments objectifs expliquant l'impact de l'AMO et du RAMED. L'objectif premier de ce travail est donc d'étudier, sur le terrain, le parcours de soins de la population marocaine bénéficiant ou non d'une couverture médicale. De façon plus spécifique, il s'agit de déterminer le rôle de la CSU dans l'utilisation effective des prestations de soins et de mieux appréhender les attentes de la population en matière de services de santé.

Ce sont les effets inattendus de la CSU, sources quotidiennes de revendications populaires, que nous explorons et dont nous chercherons les origines. Nous partons du constat épidémiologique suivant : plus des trois quarts des décès sont dus aux maladies non transmissibles (MNT) comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale, les maladies mentales et les cancers, dont la charge morbide représente financièrement plus de trois fois le budget total de la santé au Maroc. Nous mettons également en exergue le financement de la CSU et du système de santé qui devrait être au moins de 10% du budget général de l'État selon l'OMS et qui est de moins de 6% au Maroc. Puis nous fournissons une cartographie de l'offre de soins montrant son inadaptation à la CSU actuelle et son caractère inéquitable sur le plan régional et sur plusieurs aspects. Nous montrerons que le secteur privé est le principal investisseur dans la majorité des régions, le principal prestataire et acteur du système de santé en matière de prise en charge des affections de longue durée (ALD). A l'opposé, le secteur public, bien que fondamental dans le système sanitaire et ayant fait des progrès qu'il faut souligner, présente une offre vétuste, peu réactive, incomplète et de qualité discutable.

De même, nous soulignons les caractéristiques d'une politique de ressources humaines « ambivalente » qui n'a pas tenu compte de la démographie médicale et qui n'a pas adapté les recrutements selon les besoins de la population et les impératifs de la CSU. Une politique des ressources humaines qui de surcroît « a accepté » une « fuite » vers le privé des fonctionnaires

démotivés, ce qui a aggravé la situation financière des structures publiques renforçant l'image positive et la rentabilité du secteur privé. Enfin nous rappelons que les dépenses de santé sont encore en 2019 supportées à plus de 60% par les ménages alors que l'État ne participe qu'à hauteur de 27%.

Notre travail s'appuie sur une approche empirique mixte, à la fois qualitative et quantitative. L'étude quantitative comprend la collecte des données et une étude empirique quantitative. L'étude qualitative s'appuie sur des entretiens et des « focus groups ». Notre matériel se compose d'unités tertiaires (les ménages) qui obéissent à une stratification géographique et selon le type d'habitat dominant en milieu urbain et par province en milieu rural. La taille globale de l'échantillon a été déterminée en fonction de la précision désirée, des moyens matériels et humains disponibles, de la logistique d'enquête à mettre en place et du temps nécessaire à la réalisation de l'enquête. La taille de l'échantillon est d'au moins 1 596 ménages et cet échantillon tient compte de 10% de non réponse. Nous avons au total sollicité 1 800 ménages. Pour garantir la représentativité « population marocaine entière » de l'échantillon, on s'est assuré auprès du service central des études et de la statistique du Ministère de la santé que la base de sondage est adaptée et que la taille de l'échantillon était optimale pour les mesures attendues.

Le but de cette étude est de documenter et d'analyser le parcours de soins de différentes catégories cibles de la population marocaine et de discuter des facteurs déterminants. Cette enquête de grande envergure, jamais réalisée au Maroc, a pour objectif d'affronter les défis futurs et de revoir la philosophie même de la CSU et les conditions de son efficience.

### **Les résultats de l'enquête : une explication pluri factorielle de l'échec de la CSU**

Dans cette thèse, nous analysons l'offre disponible puis le parcours de soins chez les bénéficiaires et les non bénéficiaires d'une couverture médicale. Nous cherchons à donner un éclairage sous le quadruple registre de l'accessibilité, de l'équité, de l'efficacité et de la satisfaction déclarée des personnes. Nous évaluons la CSU par une analyse de l'offre. Il nous apparaît clairement que différents responsables et institutions nationales et internationales ont pensé que la réussite ou l'échec de la CSU relève de la demande de soins. La CSU aurait alors pour mission de développer la demande de soins en solvabilisant les patients et en particulier les patients les plus pauvres. Pourtant, il ne suffit pas de développer la demande si l'offre ne

peut pas ou ne sait pas y répondre. Ne pas avoir tenu compte du paramètre « offre » a été la cause majeure de l'échec de la CSU marocaine. Cet échec est d'autant plus surprenant que, comme l'affirme l'Organisation Nationale des Droits Humains (ONDH), le décideur public connaissait à l'avance les insuffisances de l'offre alors que la CSU cherchait à stimuler la demande (ONDH, 2018).

La mise en place d'un système de CSU inspiré des modèles européens n'a pas donné les résultats escomptés et questionne la volonté de plaquer des conceptions toutes faites, venant des pays du Nord sur des contextes africains différents. (Boidin et Guennif, 2018).

Notre analyse fait ressortir certains faits stylisés. Alors que la mise en place de la CSU et du RAMED pour les plus modestes a pour objectif théorique de diminuer le coût des soins pour le patient, notre analyse montre qu'il n'en est rien. La couverture donnée n'est restée que largement théorique et les patients se déclarent largement insatisfaits. La baisse promise du coût des soins par la mise en place du RAMED ne s'est pas constatée. Le recours n'a augmenté que vers les organismes privés qui sont beaucoup plus chers. L'offre de soins publique s'est retrouvée de facto incapable de répondre à une forte demande qui a dû mécaniquement, eu égard au nombre, utiliser les structures privées à un prix plus élevé que celui du public. L'une des plaintes les plus fréquemment formulée au Maroc sur le système de soins est l'imprévisibilité de son coût total : transport sanitaire, soins, achat des médicaments. La mise en place de la CSU n'a pas réduit cette incertitude concernant les frais à payer. Les frais supplémentaires à déboursier, tant dans le privé que dans le public, sont une source d'angoisse très importante pour beaucoup de patients et leur famille.

Concernant le service destiné aux plus démunis, le RAMED : il s'agit d'un acquis social, mais il est clairement perçu comme étant beaucoup moins efficace que les autres régimes. Le RAMED, bien que permettant d'avoir des soins de santé autrefois inaccessibles même dans le secteur public, reste synonyme de délais d'attente, de non accès aux services de qualité et aux médicaments efficaces mais onéreux. Comme dans d'autres systèmes de santé, les plus modestes ne sont pas acceptés dans les structures privées sauf s'ils payent. Pourtant, ils sont nombreux à se tourner vers le secteur privé du fait de la dégénérescence du secteur public. Finalement, le bénéficiaire du RAMED se retrouve dans une situation « paradoxale » car c'est lui qui paye le plus alors qu'il ne devrait rien déboursier. S'il est très pauvre, seul l'hôpital de proximité l'accueillera gratuitement selon les moyens limités dont il dispose, mais le patient devra payer les frais d'un parcours de soins et les prescriptions non disponibles à l'hôpital. S'il

est vulnérable, il aura d'abord contribué par une cotisation annuelle mais essaiera dans le cadre des possibilités offertes par la solidarité familiale ou le recours au crédit d'accéder à l'offre de soins privée.

La couverture médicale est davantage considérée comme un facteur permettant le choix d'un secteur (public ou privé) qu'une réelle protection financière contre les coûts des services de santé (Batifoulier, 2015). La CSU au Maroc s'est présentée comme un instrument de solidarité, de réduction des iniquités sociales et de positionnement du secteur public comme acteur principal de la délivrance des services de santé. Mais elle a maintenu voire aggravé les inégalités, conduit une majorité de marocains vers le secteur privé, engendré des effets paradoxaux dans le parcours de soins et paupérisé le système et les bénéficiaires les plus vulnérables.

### **Plan de la thèse**

La première partie de la thèse présente les caractéristiques historiques et institutionnelles de la CSU au Maroc. Elle présente les principales questions que pose cette CSU et notre méthodologie de recherche pour y répondre. La deuxième partie présente notre enquête. Elle présente à la fois un volet quantitatif et qualitatif. Elle se veut représentative de la population marocaine et constitue à ce titre un élément de connaissance de grande ampleur jamais apporté dans la discussion sur la CSU marocaine. Fort du diagnostic de la situation actuelle auprès des bénéficiaires et utilisateurs de la CSU, la troisième partie discute les résultats pour élaborer des recommandations et contribuer à construire un modèle de CSU plus opérationnel et efficient utilisable par le gouvernement marocain.

**La première partie** est relative aux concepts de la CSU et sa genèse dans le contexte marocain (Chapitre 1) comme dans le contexte international (Chapitre 2). Nous expliquons dans quelle mesure les transitions démographiques, épidémiologiques, économiques et sociales ont imposé aux systèmes de santé d'évoluer et de s'adapter à un contexte d'augmentation des coûts de la santé (Mossialos et al, 2017). La pression sociale de la population, qui voit dans la santé un droit élémentaire et une prérogative régaliennne, a également joué un rôle déterminant. Plusieurs pays dont le Maroc, ont ainsi spécifié dans leur constitution, un ou plusieurs articles relatifs au système de santé et aux obligations de l'état de vis-à-vis des populations surtout les plus vulnérables.



Nous présentons ensuite le contexte marocain, qui depuis les vingt dernières années, a connu des changements structurels majeurs tant dans son processus démocratique avec la réforme constitutionnelle en 2011, qu'à travers ses grands projets d'infrastructures qui ont permis d'améliorer le réseau routier et ferroviaire et d'assurer une couverture en matière d'eau potable, d'électrification et d'assainissement de plus de 90% de la population.

Nous insistons sur le fait que la mise en place en 2002 de la couverture médicale de base (CMB), qui a été une véritable révolution sociale pour assurer un accès et des soins de qualité aux marocains et particulièrement aux plus vulnérables, de même que l'Initiative royale nationale de développement humain (INDH), destinée à réduire les inégalités sociales, avaient comme objectif principal l'amélioration des indicateurs de santé, de pauvreté et de vulnérabilité (Chauffour, 2018).

Nous expliquons aussi que le nouveau plan sectoriel de la santé 2017-2021 devait apporter les réponses nécessaires. En effet, hormis la lutte contre les maladies, l'amélioration de certains indicateurs de couverture sanitaire, l'augmentation du financement du système et la réorganisation des services de santé, le plan ambitionnait de porter la couverture médicale de base à 90% de la population en 2021 (15% en 2001 et 56% en 2018) et de renforcer l'accès aux services de santé de base à 100% de la population. C'est également le défi de la vision 2025 lancée en 2019 par le Ministère de la Santé dans sa dimension couverture sanitaire de base et accès des populations vulnérables aux soins de santé (annexes Q, Plan Santé 2025). En matière d'enveloppe budgétaire consacrée au secteur de la santé, les crédits alloués au Ministère de la Santé sur la période 2001-2017 ont été multipliés par 2,8 mais restent insuffisants et ne représentent que 5,8% du budget général de l'État.

La mise en place de la CSU s'inscrit dans un cadrage porté par les institutions internationales et débouchant sur une pluralité de modèles de CSU (OMS et Groupe Banque Mondiale, 2014). Ce cadrage fait l'objet de nombreuses interrogations en montrant ces effets problématiques sur le pays à revenu faible ou intermédiaire (De Sardan et Ridde, 2018) (Chapitre 2). En effet, chaque modèle met en lumière un aspect mais laisse un autre dans l'ombre. De ce fait, il n'existe pas de « one best way » pour la construction d'une CSU et aucune étude ne permet de prouver qu'un modèle est meilleur que l'autre (chapitre 3). Au Maroc, la « priorité politique » donnée au secteur de la santé n'a pas pu calmer les revendications fortes de la population qui n'a pas accès aux services de santé comme attendu, qui n'est pas satisfaite des prestations offertes et qui continue à supporter des dépenses catastrophiques de santé à hauteur de 63,3%.

Ces attentes et revendications de la population motivent notre enquête de terrain. Aussi, pour clôturer cette première partie, nous exposerons notre démarche méthodologique (Chapitre 4). Le protocole empirique cherche à répondre aux questions que l'on peut légitimement se poser et qui justifient les enquêtes sur le terrain selon une approche que nous avons voulu globale, qualitative et quantitative.

L'exploration empirique a pris deux années sur le terrain et a utilisé des méthodes qualitative et quantitative pour analyser le parcours de soins du patient marocain et les facteurs d'utilisation des services de santé. La combinaison des deux approches est une première dans le contexte marocain pour disposer de données objectives visant à évaluer l'impact et les effets de la CSU. Au total, 325 personnes ont été rencontrées dans le cadre de 35 focus groups lors de la phase qualitative. Les résultats de l'approche qualitative permettent d'identifier les pratiques de santé et de comprendre les comportements des individus lors d'un épisode de maladie. Ils permettent en outre de cerner les attitudes et les perceptions des marocains en rapport avec l'univers de la santé, ses points forts et ses points faibles.

**Dans la deuxième partie** de la thèse, les résultats sont construits à partir de l'exposé des deux phases de l'enquête : une première de collecte et d'analyse des données des organismes gestionnaires de l'assurance maladie et des données des infrastructures sanitaires pour montrer comment ils ont évolué depuis la mise en place de la CSU (chapitre 5). Une seconde phase est relative aux résultats obtenus auprès des 1812 ménages et des 7244 expériences individuelles (chapitre 6). Elle montre les éléments de validation des principaux résultats de l'approche qualitative (Heikel et Chafai, 2018) et présente l'approche quantitative qui met en valeur les autres dimensions du parcours de soins, de l'utilisation des services de santé, des dépenses de soins, de la satisfaction et des attentes des bénéficiaires.

Nous montrons tout d'abord que l'offre publique n'a pas évolué de la même façon que la demande et que la productivité des établissements publics entre 2012 et 2017 n'est pas en adéquation avec les résultats escomptés de la CSU. Nous objectivons l'iniquité régionale d'accès aux services de santé qui s'est creusée et la performance peu optimale, tant des hôpitaux, des praticiens, des centres de santé au cours de cette période avec une paupérisation économique claire des infrastructures en raison du nombre de Ramedistes pris en charge qui a triplé sans mettre en face les moyens nécessaires.

Nous expliquons que la grande majorité des prestations sont fournies pas le privé, qu'il y a une iniquité régionale et financière dans la prise en charge des affections de longue durée (ALD) et que le reste à charge (RAC) pour les utilisateurs, bien que supérieur dans le privé, reste très élevé, quelle que soit la couverture ou l'offre de soins hospitalière.

Si la majorité des ménages interrogés utilisent le secteur privé en cas de besoin de santé, près de la moitié de cette patientèle est constituée par les Ramedistes et les personnes n'ayant aucune couverture médicale.

Nous verrons, par ailleurs, que la première patientèle du secteur privé est le bénéficiaire de l'AMO alors que celle du public est le Ramediste. L'analyse séquentielle du parcours de soins montre que le patient marocain utilise le service de santé final après une ou plusieurs étapes selon la couverture médicale. Le parcours de soins est dominé par un déterminisme lié aux caractéristiques de l'offre et des moyens financiers disponibles sur le moment (chapitre 7).

Nous expliquons que le secteur privé a une offre considérée plus efficiente, tant en ambulatoire qu'en matière hospitalière, des délais de rendez-vous plus proches, une qualité de service perçue plus élevée. Ces facteurs expliquent le choix ou plutôt le « le non choix » des utilisateurs même pauvres ou vulnérables d'utiliser les cabinets et cliniques privés qui sont pourtant décriés pour leur coût injustifié et des prix inaccessibles. Nous expliquerons également, aussi paradoxal que cela puisse paraître, que l'État a involontairement ou inconsciemment créé et favorisé cette situation (chapitre 8). L'enquête met en évidence le niveau d'insatisfaction élevé aussi bien vis-à-vis du système de santé dans sa globalité que vis-à-vis de la couverture médicale. On constate une perception généralisée de son inutilité signalant ainsi l'urgence d'une analyse de la distorsion entre la demande et l'offre, aggravée semble-t-il par une CSU censée la supprimer ou du moins la réduire (chapitre 9).

Dans une analyse plus poussée avec des méthodes de régression logistique, nous identifions et analysons les facteurs associés au parcours de soins dans le secteur public dans un premier temps, puis aux différentes offres de soins dans un deuxième temps. Nous construisons des « cadres conceptuels » explicatifs de l'utilisation des services de santé et de la satisfaction des bénéficiaires en tenant compte de plusieurs variables socio-économiques, épidémiologiques et surtout de la disponibilité ou non d'une couverture sanitaire (chapitre 10). Ainsi, nous montrons que la couverture médicale détermine le choix de l'offre de soins mais pas toujours selon une explication qui se voudrait rationnelle séparant « pauvre-public » et « riche-privé ». L'étude et

le contrôle des autres facteurs comme le genre, le tabagisme, l'existence d'un diabète, l'existence d'une HTA, le niveau d'instruction, le statut marital, les antécédents familiaux médicaux, la couverture médicale, les revenus et l'habitat montrent les déterminants d'utilisation des services de santé par type de couverture. Cependant, le vulnérable a moins tendance à utiliser les services du centre de santé public censé être son premier recours. Nous montrons que le parcours de soins est stochastique. Il ne suit pas une logique de « filière de soins » classique de réponse aux besoins, mais obéit à la capacité financière du patient. La couverture médicale donnée par la CSU, et en particulier le RAMED, n'a pas protégé les pauvres et les vulnérables contre les dépenses catastrophiques de santé.

Elle a plutôt été un argument de « capture » des patients par des structures privées pour la majorité des bénéficiaires de l'AMO et une partie des Ramedistes et des sans couvertures et ce, en totale contradiction avec l'esprit même de la CSU.

**Dans la troisième partie** nous discutons au sein du chapitre 11 la CSU dans le systèmes de santé et son rôle variable pour les populations vulnérables (Moucheraud et al., 2019).

Nous présentons ensuite dans le cadre marocain les effets « pervers » de la CSU en exposant ses cinq « avatars » : coût des soins, coût par pathologie, reste à charge, différentiel de coût public/privé et iniquité entre bénéficiaires de la couverture médicale. La CSU promettait d'améliorer les indicateurs de santé et d'accessibilité financière. L'iniquité est toujours présente et les résultats sanitaires ne sont pas atteints alors qu'il s'agit d'un projet sociétal crucial pour le pays (chapitre 11). Nous discutons le fait que la CSU au Maroc n'a pas permis une planification d'un parcours de soins structuré et logique impliquant pour les pauvres et les vulnérables un cheminement du centre de santé vers l'hôpital public quand s'exprime un besoin de soins. Elle n'a pas permis non plus pour ceux bénéficiant d'une couverture privée un cheminement du cabinet médical vers la clinique privée. Elle a permis à la majeure partie d'une patientèle potentielle solvable des hôpitaux publics, que sont les bénéficiaires de l'AMO, de se déplacer vers le secteur privé. Le secteur privé a « profité » de ce déplacement de patientèle alors que la CSU avait pour objet d'encourager à se tourner vers l'hôpital public. Le ticket modérateur payé par le malade dans les structures privées semble plus acceptable que la gratuité d'un service public perçu insuffisant et ne répondant pas aux besoins.

Quant aux Ramedistes et aux personnes sans couverture médicale, nous expliquons que la couverture médicale aura permis un accès relatif aux soins mais, dans bon nombre de situations,

un appauvrissement économique des ménages (Batifoulier, 2018). Nous abordons dans cette partie également le fait que la CSU, en ne jouant pas le rôle attendu de levier d'utilisation des services de santé a en fait segmenté encore plus (pour ne pas dire catégorisé) des populations selon des niveaux de pauvreté et de vulnérabilité. Le bénéficiaire de l'assurance privée va définitivement choisir le secteur privé même si son niveau d'insatisfaction reste élevé mais pour des raisons d'exigences différentes. Enfin, nous exposons la notion de mimétisme où les individus membres d'un ménage se comportent comme la personne ayant la couverture la plus avantageuse.

Le dernier chapitre de cette thèse insiste sur l'importance du travail sur le terrain pour comprendre pourquoi une politique publique nécessaire peut échouer lorsqu'elle n'a pas été suffisamment planifiée ou n'a pas totalement tenu compte des besoins essentiels et de la demande des utilisateurs (chapitre 12). Nous discutons pourquoi un parcours de soins structuré coûterait moins cher qu'un système où les patients bénéficient de soins spécialisés d'emblée ou, comme c'est le cas au Maroc, d'une trajectoire de soins « erratique ». Nous insistons sur les vraies raisons « d'un échec programmé » qui, selon nous, n'est pas imputable à un problème de demande ou de financement mais probablement plus une question d'offre de soins, d'organisation et de gouvernance du système de santé dans sa globalité. Nous proposons ensuite un cadre conceptuel pour une CSU efficace dans le contexte marocain.

Au vu des résultats observés dans notre étude, il apparaît que la CSU au Maroc, telle que conçue et mise en œuvre, est un projet qui n'a pas favorisé l'utilisation des services de soins publics, car le secteur privé reste un choix premier pour une grande partie des ménages aggravant leurs dépenses catastrophiques de santé. Le renoncement aux soins dans le secteur public se fait au profit du privé. Ainsi, la CSU, aussi incroyable que cela puisse paraître, a creusé les inégalités en santé, n'a pas réduit comme attendu les dépenses catastrophiques de santé et a positionné le secteur privé comme « meilleur » recours d'un parcours de soins stochastique « insuffisamment planifié » et dont le coût social pourrait être supérieur à la facture globale des dépenses en santé au Maroc.

En revenant sur les principes fondateurs de la CSU, la conclusion de cette thèse explique qu'il n'y a pas de modèle idéal de CSU pour les pays en développement. Ces pays sont endettés à des degrés différents par les mêmes organismes financiers qui leur imposent des politiques de réajustement structurels pour rembourser leurs dettes au détriment des politiques sociales (Stiglitz, 2018). La progression vers l'universalité d'une couverture de santé doit tenir compte

en même temps des besoins exprimés, d'une offre adaptée dynamique, d'une gouvernance juste et solidaire et d'une politique intégrée (Boidin, 2018).

Une équation parfois complexe qui nécessite un nouveau paradigme que nous proposons et que pourrait résoudre un modèle régional, accessible, efficient et équitable. Enfin, nous proposons un cadre conceptuel de CSU viable et perfectible.

Cette thèse ambitionne de contribuer par ses résultats et ses propositions à cette refonte de la CSU et du système de santé marocain dans son ensemble. Débutée il y a quatre ans dans un contexte compliqué peu propice à la critique, ce travail se présentait comme un travail « de pionnier ». Il sera en 2020, je le souhaite, un outil de reconstruction et d'aide à la décision. Cette thèse ne se veut pas uniquement académique mais ambitionne d'être un projet sociétal structurant, opérationnel et utile pour le système de santé du Maroc et des pays comparables.

**Partie 1 - Genèse de la Couverture Sanitaire Universelle :  
Contexte marocain et International**

---

## **Chapitre 1 : Le contexte marocain**

Depuis les 20 dernières années, le Maroc a connu des changements structurels majeurs d'abord dans son processus démocratique avec la réforme constitutionnelle majeure de 2011, puis par le lancement des grands projets d'infrastructures qui ont permis d'améliorer le réseau routier et ferroviaire et d'assurer une couverture en matière d'eau potable, d'électrification et d'assainissement de plus de 90% de la population. La mise en place en 2002 de la couverture médicale de base (CMB), dans sa composante Assurance maladie Obligatoire (AMO) pour les salariés et dans sa composante Régime d'assurance pour les économiquement défavorisés (RAMED) pour les personnes pauvres et vulnérables, était destinée à assurer un accès universel aux services de santé et des soins de qualité particulièrement aux plus vulnérables. En sus de ces projets sociétaux majeurs, l'Initiative royale nationale de développement humain (INDH) a été lancée pour diminuer les inégalités sociales, réduire les indicateurs de pauvreté et de vulnérabilité et contribuer à un meilleur état de santé de la population (Chauffour, 2018).

Néanmoins le tableau de bord social marocain montre des indicateurs sanitaires qui demeurent des enjeux et défis auxquels le Maroc a fait et continue de faire face. La lutte contre les maladies infectieuses classiques, le programme d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, l'extension de l'offre de soins, la réforme organisationnelle des hôpitaux et des soins ambulatoires, l'augmentation du budget de la santé ont eu des effets positifs sur la santé des marocains. Mais plusieurs insuffisances persistent et des dysfonctionnements grèvent l'efficacité du système national de santé. Ce sont essentiellement les disparités en matière de ressources inter et intra-régionales, les iniquités en matière d'accès aux services de santé et la gouvernance peu optimale d'une offre de soins encore inadaptée à la demande et aux besoins de santé qui ressortent dans les rapports (ONDH, 2018).

Le nouveau plan sectoriel de la santé 2017- 2021, hormis la lutte contre les maladies, l'augmentation du financement du système et la réorganisation des services de santé, ambitionnait de porter la CMB à 90% de la population en 2021 (15% en 2001 et 56% en 2018) et de renforcer l'accès aux services de santé de base à 100% de la population. C'est également le défi de la vision 2025 lancée en 2019 par le ministère de la santé dans sa dimension couverture sanitaire de base et accès des populations vulnérables aux soins de santé.



En matière d'enveloppe budgétaire consacrée au secteur de la santé, les crédits alloués au Ministère de la Santé sur la période 2001-2017 ont été multipliés par 2,8 mais restent insuffisants car ne représentent que 5,8% du budget général de l'État.

Ainsi au titre de l'année 2020, les crédits alloués au département de la Santé sont de 18,5 milliards de dirhams (dhs)<sup>2</sup>, en augmentation de 11,8% par rapport à celui de 2019 dont 1,6 milliard de dhs pour le Régime d'Assistance Médicale aux Économiquement Démunis (RAMED qui correspond à la couverture médicale de base des populations pauvres ou vulnérables) et 2,5 milliards de dhs pour le « Fonds Spécial de la Pharmacie Centrale » ceci afin de garantir l'accès aux soins à toutes les couches de la population.

Après avoir demandé en Juillet 2018 de refondre le système de santé et repenser la CSU et particulièrement la composante qui concerne les populations vulnérables (« Ramedistes"), le Roi du Maroc intimait au gouvernement dans son discours du trône du 30 Juillet 2019 de revoir la gouvernance des secteurs sociaux et en particulier l'éducation et la santé. Il a ainsi demandé de corriger en urgence les insuffisances et de revoir en profondeur les éléments qui génèrent les inégalités, iniquités, non qualité, insatisfaction et manque de performance de ces secteurs.

Pourquoi le Maroc n'a-t-il pas réussi sa transition sociale en termes de CSU aux mêmes titres que d'autres secteurs stratégiques du pays ? Pourquoi un projet sociétal d'envergure n'a-t-il pas produit les effets attendus en termes d'accessibilité, de qualité des soins et de résultats sanitaires populationnels ? La réponse à ces questions est capitale si l'on sait que le secteur de la santé est un facteur prépondérant dans la genèse des tensions sociales et que la CSU bien pensée et adéquatement mise en œuvre est une politique de santé structurante et socialement efficiente (Wenham et al, 2019).

## **Section 1 : Politique de santé et CSU au Maroc**

### **1.1. Evolution de la politique sanitaire**

Dès l'an 2000, le Maroc a considéré comme prioritaire le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux services de santé. Cette priorité a été renforcée depuis 2002 date de lancement du

---

<sup>2</sup> Actuellement, 1 Dirham marocain équivaut à 0,094 Euro.

projet de couverture médicale de base et depuis 2005 date du lancement de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH). En effet, l'équité en santé a été considérée comme un élément fondamental de développement humain, de dignité et de citoyenneté. Depuis l'indépendance jusqu'en 2018, le Maroc a vu ses indicateurs sanitaires évoluer dans le sens d'une amélioration de l'espérance de vie et de l'état de santé de la population relativement aux maladies infectieuses et à la santé de la mère et de l'enfant. La mise en place de la couverture sanitaire, le renforcement des compétences humaines, l'investissement et la mise à niveau des infrastructures, la politique du médicament et la primauté des soins de santé primaire sont autant d'acquis.

De même, les réformes de politiques publiques relatives à l'offre de soins, celle inhérente à la gouvernance des établissements de soins, celle relative au financement du système de santé, celle relative à la gestion budgétaire, celle relative au code de couverture médicale (avec deux composantes, une assurance maladie obligatoire pour les salariés du public et du privé (AMO) et un régime d'assurance médicale aux économiquement défavorisés (RAMED), celle relative à l'offre régionale de soin, celle relative à l'exercice de la médecine, pharmacie et chirurgie dentaire sont autant d'engagements politiques. Ces engagements ont été et sont encore essentiels car il persiste toujours en 2019 des disparités importantes dans le niveau de santé, de morbidité ou de mortalité entre des catégories de la population liées non pas aux déterminants biologiques ou physiologiques mais essentiellement à des inégalités socio-économiques, culturelles ou encore à une qualité de prise en charge peu optimale. La transition démographique, adjointe à la transition épidémiologique au Maroc expliquent, qu'au lourd tribut des maladies infectieuses s'ajoute celui des maladies chroniques dont la charge de morbidité globale devient la plus importante.

Pour comprendre le diagnostic sanitaire au Maroc, il est important d'analyser les grands chantiers menés tant sur le plan structurel et organisationnel, budgétaire, de la gouvernance et législatif depuis les cinquante dernières années. Globalement le système de santé marocain a connu six phases majeures dans son évolution à ce jour. Une première entre 1960 et 1980 dite de construction et de plan d'urgence de mise en place des infrastructures sanitaires et de lutte contre les grands phénomènes épidémiques. Une deuxième entre 1981 et 1995 dite de renforcement des soins de santé de base. Une troisième entre 1996 et 2001 dite de restructurations et de maîtrise du financement de la santé. Une quatrième entre 2002 et 2007 dite de réformes systémiques (couverture médicale de base, réforme régionale, hospitalière,

managériale). Une cinquième entre 2008-2012 dite de planification stratégique dans une logique d'efficience. Une sixième de 2012 à 2017 dite d'accessibilité et de qualité des services de santé. Actuellement un plan dit Vision 2025 est en cours de mise en œuvre autour de trois piliers : accessibilité, prise en charge et qualité.

Bien que l'État, à travers un système public (Ministère de la santé et système de santé des forces armées royales), ait toujours été l'acteur essentiel, le système privé (à but lucratif ou non), les collectivités locales, les ONG, la société civile et les organisations internationales ont joué et jouent encore un rôle crucial. En effet bien que son budget de la santé ait connu une évolution significative (+ 100% au cours de la période 2006-2018), le Ministère de la santé ne participe qu'à hauteur de 27% dans les dépenses en santé puisque les ménages ont de tout temps contribué le plus fortement : 63,3% entre les paiements directs et ceux sous forme de cotisation à l'assurance maladie en 2018.

A cela il faut reconnaître l'apport des projets structurants internationaux. Les projets « Barnamaj Al Aoulaouiyate Al Ijtimaiya »-Programme des priorités sociales (BAJ), Projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS), Projet d'ajustement et de gestion des services de santé (PAGSS), ceux relatifs à l'appui aux programmes de santé prioritaires (santé de la mère et de l'enfant particulièrement), d'appui à l'autonomie des hôpitaux, d'appui aux mécanismes de financement de la santé, d'appui au management des établissements de soins, d'appui à la politique du médicament, d'appui à la déconcentration et décentralisation des prises de décisions, d'appui à l'offre régionale de soins ou encore d'appui à l'amélioration de la qualité des soins, ont apporté les contributions qualitatives et quantitatives à l'effort de santé. La Banque mondiale, l'Union européenne, la coopération multilatérale (Organisation mondiale de la santé (OMS), Fond des nations unies pour l'enfance (UNICEF), Fond des nations unies pour la population (FNUAP), Programme des nations unies pour le développement (PNUD), Organisation des nations unies pour la lutte contre le SIDA (ONUSIDA), Fond Mondial etc...) et la coopération bilatérale (Etats-Unis, France, Espagne, Allemagne, Japon, Italie etc...) ont été les partenaires des principales réformes sanitaires au Maroc. Les collectivités locales et particulièrement les conseils régionaux, les fondations et l'INDH ont également contribué à l'effort de la santé au Maroc et particulièrement depuis 2005 à ce jour.

Quant au secteur privé, il représente un acteur fondamental en termes de ressources humaines médicales, en termes d'infrastructures et d'équipement et en termes de production de soins. Il

est par contre un acteur marginal en termes d'action de santé publique, de veille épidémiologique ou de contribution aux activités de prévention primaires. Les efforts récents en matière de partenariat public-privé structuré (prise en charge par le privé d'insuffisances rénales chroniques diagnostiquées dans les établissements publics ne disposant pas d'unités de dialyse) ouvrent des perspectives importantes pour la collaboration intersectorielle.

Parallèlement aux politiques globales qui voulaient promouvoir la prévention et la promotion de la santé, qui voulaient mettre le citoyen au cœur des préoccupations de l'organisation du système de santé, qui voulaient renforcer les actions communautaires efficaces et qui œuvraient pour augmenter l'accessibilité aux services de santé ambulatoires et hospitaliers de qualité, le Maroc a entamé une réflexion profonde sur la gouvernance en générale et celle du système de santé en particulier. En effet, la politique de gestion déléguée ou de privatisation, le pacte de bonne gouvernance ou encore l'institutionnalisation de la solidarité ont eu leur traduction au sein du système de santé. Les hôpitaux sont pour la quasi-majorité aujourd'hui soient des services de l'État gérés de façon autonome (SEGMA) ou des établissements publics. Les actions de sous-traitance ou de gestion déléguée de services de support ont montré leur intérêt en termes de coût-bénéfice et permis à l'hôpital de se recentrer sur son « cœur de métier » à savoir le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies. Les délégations de la santé ont été réorganisées en Directions Régionales de la Santé (DRS) avec une responsabilisation relative dans l'affectation des ressources aux préfectures et provinces. Les contrats programmes sont devenus une obligation pour les établissements de soins et instituts où les comités consultatifs et de gestion ont été renforcés.

Le financement et la budgétisation au sein du système sanitaire ont été réformés pour plus de transparence, d'efficacité et dans une logique de reddition des comptes. Cette gouvernance a pu être mise en œuvre grâce à différents arsenaux législatifs. En effet, plusieurs textes ont été conçus en matière de préservation de la santé et relatifs aux risques sanitaires, à l'hygiène et la sécurité sanitaire ou encore relatifs aux professions de santé. En ce sens, la loi 131-13 d'exercice de la médecine, bien que largement rejetée par le corps médical, pourrait entre autres permettre une dynamisation du rôle de la médecine privée dans l'investissement en santé.

En ce qui concerne l'accessibilité aux services de santé, le texte portant sur la couverture médicale de base est probablement celui qui aura marqué le plus le système sanitaire au cours des 50 dernières années. En effet, il institue la santé comme un droit pour l'ensemble des marocains (art.31 de la constitution marocaine) quel que soit leur niveau de vie, propose un

régime basé sur la solidarité, confirme la gratuité des prestations pour des morbidités ou des classes populationnelles particulières et introduit une des réformes les plus ambitieuses du financement de la santé. D'autres mesures réglementaires ont également eu un impact sur l'accessibilité économique aux services de santé telles que l'arrêté ministériel de 2009 instituant la gratuité de la prise en charge des accouchements dans les hôpitaux et maternités publiques du royaume ; l'exonération des actes médicaux, paramédicaux et prestations des cliniques, des établissements assimilés et des laboratoires d'analyse médicale de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) en 2001 et 2002. Plus récemment en 2010, la loi 34-09 relative au schéma régional de l'offre de soins (SROS) a contribué à l'instauration de normes et règles de répartition plus équitable des ressources en santé, à une complémentarité encore insuffisante aujourd'hui entre le secteur public et privé. Elle institue les principes de co-responsabilisation de la population dans la prévention et la promotion de la santé, d'égalité d'accès aux services de santé, d'équité spatiale et d'inter-sectorialité. Mais elle reste peu optimale eu égard à son applicabilité uniquement au secteur public (une sorte de « règles que l'État s'applique à lui-même »).

Toutes ces mesures ont été conçues et réalisées dans le cadre de politiques publiques dont la politique sanitaire qui reste un déterminant essentiel du développement humain. Clairement au cours des trente dernières années, le Ministère de la santé a œuvré pour que les actions sanitaires s'adaptent au contexte socio-économique. C'est à ce titre que, dès les années 80 et malgré le programme d'ajustement structurel, une priorité absolue avait été donnée aux soins de santé primaires dans l'objectif d'en faire bénéficier les populations les plus défavorisées et les zones géographiquement enclavées. La politique vaccinale a permis une couverture de 95% de la population infantile cible, le contrôle ou l'élimination de plusieurs maladies infantiles (poliomyélite, diphtérie, coqueluche, ...) et l'introduction de nouveaux vaccins contre l'hépatite B, le pneumocoque ou le rotavirus. La politique de construction, d'équipement et management des hôpitaux qui a permis au sein des 151 établissements (dont 6 Centres hospitaliers universitaires (CHU) d'admettre en 2017 plus de 9 millions de patients.

La politique en faveur de la santé de la mère et de l'enfant a permis la réduction de 70% de la mortalité de ces deux catégories populationnelles. La politique du médicament enfin qui a été un défi majeur relevé par le Ministère de la santé avec la promulgation de la loi 17-04 portant code du médicament et de la pharmacie. Cette politique a permis la disponibilité de cinq mille spécialités dont 70% fabriqués au Maroc, l'augmentation du taux de pénétration du générique (30%) et la réduction de prix de plus de 1200 spécialités, la mise en œuvre d'une logistique

d'approvisionnement nouvelle, l'actualisation de la nomenclature des médicaments et surtout l'encadrement des pharmacies provinciales et préfectorales par des docteurs en pharmacie.

Le dernier plan stratégique a innové en instituant de nouveaux principes pour un système performant répondant aux besoins de santé : séparation entre la prestation et le financement des services de santé, décentralisation et déconcentration des ressources et des programmes, mobilisation d'un financement innovant, optimal et équitable, une gouvernance optimale. Ce plan vise à opérationnaliser ces principes eu égard aux défis des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et particulièrement ceux relatifs à la santé de la mère et de l'enfant ainsi que les enjeux des objectifs de développement durable (ODD) à relever à l'horizon 2030.

L'insuffisance constatée dans la réalisation des objectifs a conduit les responsables à revoir l'échéance de l'évaluation du dernier plan stratégique et à identifier les raisons des dysfonctionnements et/ou insuffisances dans la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité ou encore la qualité des services de santé. En matière d'inter-sectorialité, les efforts de différents départements ministériels en matière de formation des professionnels, de préservation ou de promotion de la santé sont à souligner. C'est ainsi que le Ministère de l'enseignement supérieur de la recherche scientifique et de la formation des cadres y a contribué dans le cadre de la planification des facultés de médecine et de pharmacie de Fès et de Marrakech et plus récemment celle d'Oujda, d'Agadir, Laâyoune et de Tanger. Le Ministère des transports et des travaux publics a initié un plan ambitieux de grands travaux et particulièrement ceux relatifs au réseau routier ce qui a permis le désenclavement de plusieurs régions du Maroc et donc contribuer à améliorer l'accessibilité géographique des citoyens (le taux de desserte routière est passé de 36% à 68,5% en vingt ans). Le Ministère de l'agriculture, à travers la mise en place de l'Office National de Sécurité Sanitaire des Aliments (ONSSA), contribue de façon significative avec la Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies (DELM) à l'optimisation de la sécurité alimentaire et au meilleur contrôle des risques de toxiinfections alimentaires collectives (TIAC). D'autres départements tels ceux de l'aménagement du territoire, de l'intérieur, des affaires sociales, de la justice, de la jeunesse et sports, des Habous et affaires islamiques, à travers leurs attributions ou leur leadership, participent de façon directe ou indirecte à la promotion de la santé des citoyens. Depuis dix ans, le département de l'environnement a également entamé une collaboration avec les autorités sanitaires pour ce qui concerne le rôle de la dégradation de l'environnement sur la santé. En effet, selon la Banque Mondiale cet état de dégradation serait responsable d'au moins 26% de la charge de morbidité

enregistrée au Maroc. En 2014, l'impact de la dégradation de l'environnement sur la santé et la qualité de l'air a été estimé à 1,05% du PIB annuel marocain (Croitoru et Sarraf, 2017).

Par ailleurs et dans le but de repenser le rôle de l'État non plus comme « État providence » et opérateur mais comme un leader dans la conception, la régulation et le contrôle des interventions publiques, il a été décidé le transfert de compétences aux collectivités locales et de signer des partenariats avec la société civile. Le rôle des conseils régionaux par exemple dans la réalisation ou la maintenance d'établissements de soins ou encore dans l'acquisition d'équipements a été probant dans plusieurs provinces et préfectures du royaume. L'INDH dont le lancement a été initié par le Roi du Maroc dès 2005 a permis de réaliser des actions de prévention, de prise en charge des populations vulnérables et de financement de projets et infrastructures de santé.

De même la société civile, à travers les organisations non gouvernementales (ONG), que ce soit des associations ou des fondations, a marqué de leur empreinte la prise en charge de plusieurs problématiques de santé. On citera comme exemple particulier l'association Lalla Salma de lutte contre le cancer (ALSLCC) qui a donné une impulsion sans précédent reconnue internationalement dans la prévention et la prise en charge du cancer au Maroc.

Tous ces progrès réalisés et les réformes menées tant par l'État de façon générale que par le Ministère de la santé de façon spécifique ne peuvent toutefois pas occulter la persistance d'iniquités et de dysfonctionnement du système sanitaire. Il s'agit tout d'abord de noter les iniquités spatiales liées au milieu de résidence, à la zone géographique ou aux conditions de vie qui montrent toujours des disparités par rapport à l'espérance de vie, la mortalité maternelle et infantile, les morbidités transmissibles (tuberculose, diarrhées, infections respiratoires aiguës, maladies à transport hydrique), les maladies non transmissibles (MNT) et la qualité des soins. En deuxième lieu il s'agit de constater la persistance de l'iniquité dans l'accessibilité aux services de santé (géographique, économique). Sur le plan financier aussi bien la dépense globale en santé, la structure de dépenses du Ministère de la santé restent en deçà de l'adéquation demande-besoin-offre.

Clairement, le financement de la santé au Maroc reste inéquitable puisque supporté en majorité par les ménages et ne permettant pas un ajustement en fonction de la morbidité mais en fonction de la capacité individuelle de financement du ménage, liée généralement à leur appartenance

socio-économique. Le RAMED lancé officiellement par le Roi en Avril 2012 a aujourd'hui un bilan plutôt mitigé bien qu'il ait conduit à certains acquis pour la population vulnérable.

En matière de ressources humaines, l'insuffisance quantitative et qualitative des professionnels de santé, l'inadéquation encore persistante de la formation par rapport aux besoins (déficit dans des spécialités essentielles eu égard au contexte épidémiologique comme par exemple la cancérologie, la psychiatrie, la néphrologie hémodialyse, la gériatrie ou les maladies métaboliques), la répartition spatiale non optimale des médecins spécialistes particulièrement (près de 56% des médecins exercent sur l'axe côtier Tanger- Kénitra- Rabat- Casablanca- El Jadida- Safi- Agadir ). En matière de productivité et de performance, il y a encore des disparités régionales et par milieu dans les indicateurs de production hospitalière, dans l'utilisation des infrastructures et équipements sanitaires, dans la dotation en médicaments et consommables et dans la couverture médicale.

Au total, il y a une situation qui montre clairement des acquis mais avec le constat objectif d'une iniquité en santé persistante liée à des déterminants spatiaux et socio-économiques. Les défis sont importants mais ils peuvent être relevés eu égard aux capacités potentielles. Ces défis s'articulent autour de la capacité du système sanitaire marocain à atteindre les objectifs liés aux OMD, aux ODD et spécifiques à la santé :

- La capacité du système à donner accès à la majorité ou à toute la population aux services de santé préventifs et curatifs de qualité sans préjudice financier ;
- La capacité à mettre en œuvre un système de veille et de surveillance épidémiologique plus complet et plus fiable en intégrant le secteur privé et la société civile comme partenaires dans le système d'information ;
- La capacité du système à réorganiser, renforcer et assurer la prise en charge de la santé de l'enfant et de la mère en priorité ;
- La capacité à renforcer les compétences des médecins en formation et des médecins généralistes pour être au cœur du système de santé ;
- La capacité à mobiliser les autres acteurs de la santé, institutionnels ou non, publics ou privés et à lier des partenariats structurants et pérennes ;
- La capacité à mettre en place une culture qualité, un esprit d'humanisation des soins, une philosophie d'accréditation des services ;



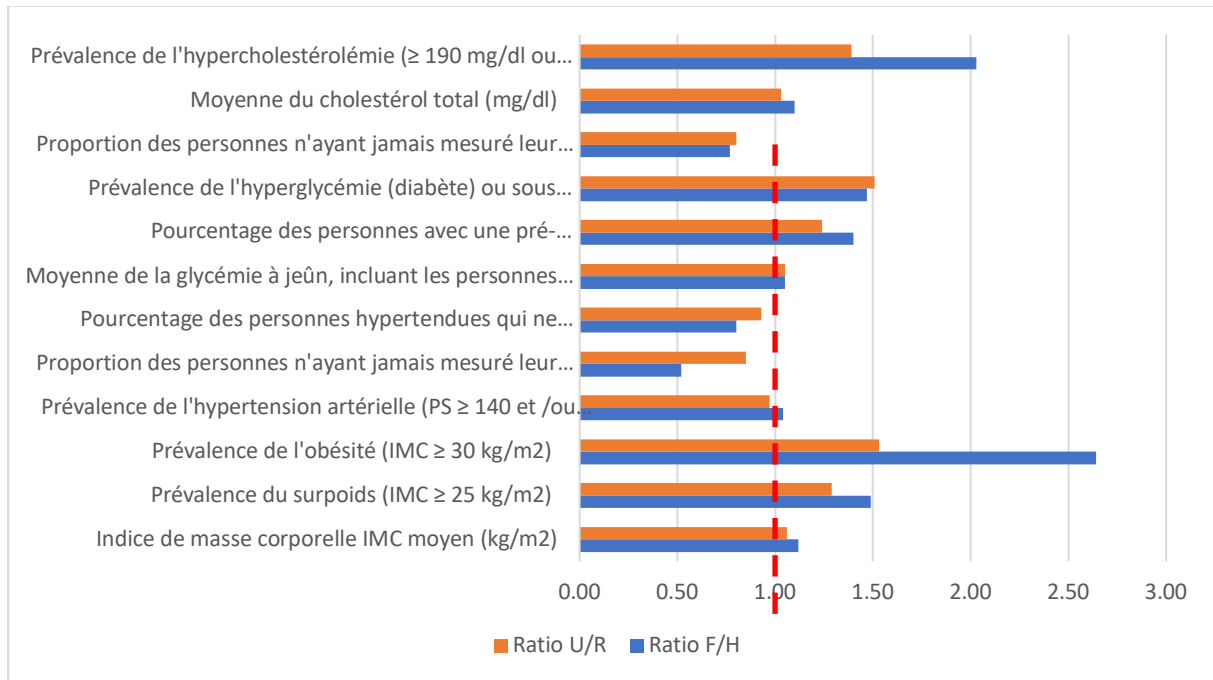
- La capacité à renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la collaboration intersectorielle (surtout pour lutter contre les déterminants que sont la pauvreté et la vulnérabilité), de décentraliser la prise en charge et la supervision de ces morbidités, de promouvoir la participation communautaire et réduire la stigmatisation qui peut en découler ;
- La capacité du système à être plus un leader qu'un acteur et qui doit s'adapter à l'évolution du marché sanitaire, à la croissance des dépenses de santé, innover et chercher des financements en réponse à des besoins de santé et à la charge catastrophique supportées par les ménages.

## **1.2. Genèse de la couverture sanitaire universelle au Maroc**

Depuis trois décennies, la CSU fait désormais partie des enjeux majeurs de toute politique de santé et le monitoring de son implémentation et de ses effets sont aujourd'hui le véritable défi du Maroc et des systèmes de santé des PRFI (Boidin, 2014). Les transitions démographiques et épidémiologiques ont conduit à un vieillissement de la population, une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles (MNT) et ont impacté les dépenses en santé de tous les pays du monde. C'est aussi le cas du Maroc où 10% de la population a plus de 60 ans et 78% des décès sont dues au MNT en 2018.

Les résultats de l'enquête STEPWISE (Ministère de la santé<sup>b</sup>, 2018) montrent une prévalence élevée des MNT et surtout une progression par rapport à la dernière enquête nationale réalisée en 2000. L'analyse détaillée indique que pendant les prochaines années ces morbidités vont entraîner une augmentation de l'utilisation des services de santé, une augmentation de la consommation des médicaments et des examens paracliniques et un accroissement de la charge financière pour les ménages. Par ailleurs, si l'on compare deux paramètres, à savoir le genre et le milieu de résidence, trois faits ressortent : les femmes sont plus touchées que les hommes, les urbains plus malades que les ruraux sauf pour l'HTA, les hommes et les ruraux moins observant et moins axés sur la prévention que les femmes et les urbains respectivement. (graphique 1 : enquête nationale Stepwise sur les Maladies non transmissibles au Maroc).

**Graphique 1 : Comparaison des ratios urbain/rural (U/R) et femme/homme (F/H) des Maladies Métaboliques -2018**



*Nb : le seuil de 1 signifie que les indicateurs sont comparables entre les femmes et les hommes et entre l'urbain et le rural*

*Source : OMS-DELM, 2018*

Cette double transition démographique et épidémiologique explique que l'accessibilité aux services de santé, la qualité de la prise en charge des patients et l'optimisation des dépenses de santé sont devenues une priorité absolue. Elles constituent la raison majeure de la mise en place d'un plan santé 2025 axé autour de trois piliers et faisant de la CSU un enjeu majeur de l'accessibilité aux services de santé corollaire à l'amélioration de la santé des populations (Ministère de la santé<sup>c</sup>, 2018).

A travers le monde, la mise en place de la CSU ne vise pas seulement à augmenter l'accessibilité aux services de santé mais surtout à réduire les iniquités inter-pays, intra-pays voire intra-régions au sein d'un même pays d'ici 2030 (UN General Assembly Resolution, 2015). Ce problème est évidemment plus critique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) comparativement à ceux ayant un revenu élevé (pays de l'OCDE par exemple) (Or et al, 2009). Plusieurs pays ont implanté une CSU sous différentes formes (partielle, État acteur exclusif, catégories de bénéficiaires etc...) et selon différents principes (solidarité, universalité, panier de soins défini etc..) avec les mêmes contraintes : le type d'accessibilité et le parcours de soins (Inde et Afrique du Sud par exemple) , la capacité à mettre en adéquation la demande et l'offre (Tanzanie par exemple), l'enjeu de la qualité et de l'équité des services (Indonésie par exemple)

et enfin la part contributive de l'utilisateur dans la dépenses de soins (Thaïlande et Nigéria par exemple) (Thandi et al, 2018 ; Manoj et al, 2016 ; Ouma et al., 2018 ; Bintabara et al., 2018 ; Wiseman et al., 2018 ; Patcharanarumol, 2018 ; Kruk et al., 2018; Uzochukwu et al., 2015).

Dans certains PRIF, des indicateurs de santé maternelle montrent un écart de 33% de couverture entre les personnes du quintile le plus pauvre par rapport à celles du quintile le plus riche. Ces constats d'iniquité se confirment lorsqu'il s'agit de comparer le rural et l'urbain, le genre, le type de couverture ou le niveau d'instruction de la population (Chakraborty, 2013 ; Hosseinpoor et al., 2014 ; Rouselle et al., 2013 ; Cash-Gibson et al., 2018). Au niveau de la région Moyen Orientale de l'OMS, le paiement direct des dépenses de santé des ménages reste à un niveau trop élevé pouvant atteindre 80% (OMS, 2013) .

Dans le cas du Maroc et jusqu'en 2002, 15% de la population bénéficiait d'une couverture médicale avec une faible accessibilité aux services de santé, une iniquité en matière de prestations médicales, des résultats sanitaires insuffisants et une performance du système de santé marocain faible (GBD, 2016). Pour des raisons politiques et particulièrement de revendications sociales majeures en matière d'éducation et de santé, une réforme sanitaire majeure a eu lieu avec la promulgation le 03 octobre 2002 de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base (CMB) ou couverture sanitaire universelle (CSU) avec une composante AMO (Assurance Maladie Obligatoire) et RAMED (Régime d'Assistance Médicale aux économiquement démunis).

Ce projet social est basé sur six principes fondamentaux: l'obligation, l'universalité, l'équité, la solidarité, l'interdiction de toute forme de discrimination et l'interdiction de la sélection du risque maladie. L'objectif de la CSU au Maroc était clair pour les décideurs politiques en 2002 : « améliorer le niveau de santé d'une grande partie de la population ne bénéficiant pas de couverture médicale en assurant à tous les citoyens l'égalité et l'équité dans l'accès aux services de santé, selon leurs besoins de santé et non leur capacité de paiement » (Loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base CMB).

De façon plus précise quatre enjeux soutenaient cette réforme :

- Accessibilité : améliorer l'accessibilité aux services de santé et en particulier aux plus démunis et aux personnes vivant dans des zones enclavées ;
- Prise en charge de qualité des pathologies chroniques, longues et coûteuses ;

- Gouvernance : optimisation du fonctionnement et de la performance des unités sanitaires ;
- Financement : réduire le fardeau de la dépense en santé pour l'État et pour les ménages.

Les départements directement impliqués dans cette réforme sont le Ministère de la Santé, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), le Ministère de l'Économie et des Finances, le Ministère de l'intérieur, le Ministère de l'Agriculture et de la pêche maritime, l'Entraide Nationale et les collectivités locales. Nous verrons que cela aura également contribué aux difficultés de mise en œuvre et aux résultats peu optimaux de la CSU.

Conceptuellement, l'AMO est fondée sur le principe contributif de chaque travailleur des secteurs publics et privés et sur celui de la mutualisation des risques, alors que le RAMED est fondé sur le principe de la solidarité au profit d'une population démunie et vulnérable estimée à l'époque à 8,5 Millions de personnes (également considérés comme vulnérables les pensionnaires des établissements pénitentiaires, de bienfaisance, orphelinats, hospices ou de rééducation, tout établissement public ou privé à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille et les Sans Domicile Fixe ).

Le RAMED qui entame sa 7<sup>ème</sup> année de mise en œuvre (effectif depuis Avril 2012), est financé principalement par l'État et les collectivités locales (40 dhs/personne/an) ainsi que la contribution des bénéficiaires en situation de vulnérabilité (120 dhs/personne/an avec un plafond de 600 dhs par ménage). La population éligible au RAMED, selon des critères socio-économiques pondérés définis par le ministère de l'intérieur, a droit à une prise en charge totale des prestations citées à l'article 121 de ladite loi n°65-00 relative aux affections nécessitant l'hospitalisation, aux soins ou aux examens pratiqués dans les hôpitaux et établissements de soins publics. Cette prise en charge ne concerne que 41 pathologies et syndromes considérés comme graves et coûteux et uniquement les examens paracliniques disponibles dans les structures de l'État.

Par ailleurs l'éligibilité au RAMED passe par une demande à l'autorité administrative locale où réside le demandeur et concerne les déclarations relatives aux revenus, au patrimoine et aux conditions socioéconomiques. Une commission permanente locale statue sur la demande en s'assurant que la personne ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux soins et qu'elle ne bénéficie d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base ou de toute autre couverture médicale, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit. Qu'ils soient dans la catégorie pauvre ou vulnérable, les bénéficiaires doivent utiliser la filière

de soins du réseau des établissements de soins de santé de base (centre de santé ou dispensaire) vers le réseau hospitalier de référence le plus proche du lieu d'habitation. Le texte relatif à la filière de soins du « Ramediste » stipule : « *En dehors des situations d'urgences, l'admission aux établissements de santé des bénéficiaires du RAMED a lieu selon la filière de soins organisée comme suit :*

1. *Première porte d'entrée obligatoire : Le centre de santé de rattachement au domicile du bénéficiaire, dont le nom est inscrit sur la carte RAMED.*
2. *En cas de besoin, le médecin du centre de santé réfère à la structure hospitalière la plus proche et la plus adaptée dans la filière de soins au sein de la province : hôpital local, provincial, ou hôpital spécialisé ».*
3. *Si les prestations ne sont pas disponibles, le médecin hospitalier réfère vers le centre hospitalier régional dont il relève.*

## **Section 2. Problématique actuelle relative à la CSU**

L'OMS indiquait également dans son dernier rapport 2018 que le Maroc ne consacrait que 3,8% du total des dépenses à certaines maladies non transmissibles (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers et broncho-pneumopathie chronique obstructive) alors que ces dernières représentent 76% de l'ensemble des décès. De même, le groupe de recherche (GBD, 2016) sur la performance des systèmes de santé a montré que le Maroc présentait des caractéristiques de financement et de niveau de santé peu optimaux et faibles avec un classement à la 109ème place mondiale (GBD, 2016). Par ailleurs, malgré plusieurs constats d'inefficience du système de santé marocain relevés par des instances en charge de l'évaluation des politiques publiques (Conseil économique social et de l'environnement (CESE) et Organisation national des droits humains (ONDH)), ce n'est qu'en Juillet 2018 qu'une prise de conscience de l'évaluation de la CSU a eu lieu suite au discours du Roi du Maroc qui a déclaré :

*".. il faut redresser les anomalies qui entachent l'exécution du programme de couverture médicale «RAMED», et, parallèlement, refondre en profondeur le système national de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion....."*

En effet, il faut rappeler que les quatre principales raisons à la mise en place de la CSU avaient été la nécessité de l'augmentation de l'accessibilité aux services de santé de la population marocaine, l'optimisation de la performance du système de santé particulièrement dans sa composante hospitalière, l'amélioration des résultats sanitaires et surtout la satisfaction de la population. Les éléments objectifs de la nécessité d'agir en 2002 étaient : la faible part du budget de l'État alloué à la santé (5,8%), une faible accessibilité aux services de santé (taux de contact médical annuel de 0,6), une iniquité sanitaire (56% des professionnels de santé et 60% de l'offre de soins répartis sur 5 villes), une contribution lourde des ménages aux dépenses totales de santé (57%), une gouvernance peu optimale du système de santé (78% des marocains insatisfaits de leur système de santé et des résultats économiques faibles des hôpitaux publics). Quinze années plus tard, plusieurs facteurs politiques, économiques et sociaux ont certainement redessiné le secteur sanitaire marocain (adéquation besoin, demande et offre) et une analyse de l'impact de la CSU s'impose eu égard aux effets inattendus observés.

## **2.1. Dépenses de santé essentiellement privées au Maroc**

### **2.1.1. Financement public limité du système de santé au Maroc**

Au Maroc, le budget de la santé est essentiellement consacré aux soins curatifs et particulièrement aux hôpitaux qui accaparent 53,1% du montant alloué en 2017. En 2018, seuls 9% du budget était consacré à la prévention (assurée essentiellement par le réseau des établissements de soins de santé primaire). Plusieurs éléments permettent de caractériser le financement du système de santé par l'État au cours de la période 2012 à 2017. Tout d'abord le budget du Ministère de la santé qui représente 7,7% du budget général de l'État (BGE), a évolué de 24,5%, passant de 11,8 Mds de dhs à 14,7 Mds de dhs sans que la dépense en santé publique par habitant n'ait connu progression similaire tenant compte de la croissance démographique (5% pour la même période).

Que ce soit la part de la santé dans le budget de l'État ou la dépense totale en santé par habitant (DTS/ha) qui est de 160\$US, le Maroc connaît les indicateurs les plus bas par rapport à un ensemble de pays comparables : l'Algérie (292 US\$ per capita, 7,1% du Produit intérieur brut (PIB) et 10,7% du BGE), la Tunisie (258 US\$ per capita, 6,7% du PIB, 13,6% du BGE), la Jordanie (257 US\$ per capita, 6,3% du PIB, 12,4% du BGE) ou encore le Liban (645 US\$ per capita, 7,4% du PIB, 14,3% du BGE).

Deuxièmement, l'évolution de l'offre de soins et de la productivité des unités sanitaires n'ont pas été optimales avec une stabilisation du nombre d'établissement de soins de santé primaire et des consultations ambulatoires/médecins ; une diminution des admissions hospitalières et du nombre d'interventions chirurgicales/médecin ; une augmentation de seulement 10% des lits hospitaliers (Voir Annexes P) alors que paradoxalement les maladies chroniques ont progressé de 25% et que la CSU a ouvert les services de santé publics à une population de 10,5 Millions de personnes supplémentaires.

Troisièmement, en matière de ressources humaines, le secteur privé reste plus doté que le secteur public aussi bien en termes de médecins généralistes que spécialistes et les ratios globaux de médecins ou infirmiers par habitant restent en deçà des minima exigés par l'OMS (1paramédical /605 habitants et 1 médecin/ 1650 habitants). Par ailleurs, le renouvellement partiel de 1225 départs en retraite en 2012 et 1397 en 2017 des médecins du secteur public aggravera le déficit et accentuera l'iniquité dans l'accès aux services de santé.

Quatrièmement, l'état n'a pu imposer au secteur privé un parcours de soins pour l'utilisateur ou une régulation de l'accès par les prix. De fait, le secteur privé reste libre et non soumis à un contrôle dans la mesure où la loi ne lui impose pas une tarification des actes, sauf pour ceux définis dans le tarif national de référence (TNR), dans le cadre du tiers payant. Or, le secteur privé est aujourd'hui l'acteur majeur dans la dispensation de plusieurs services de santé (laboratoires, explorations par imagerie, hémodialyse, chirurgie cardiaque etc...), le principal bénéficiaire des flux financiers des organismes tiers payants (90% des remboursements), qu'il s'agisse des assurances privées, de l'AMO et même du RAMED. Ce secteur est en pratique un employeur non déclaré, « officieux » d'une majorité de professionnels de santé (surtout des infirmiers), fonctionnaires de l'état. Ainsi, les hôpitaux ne peuvent assurer les demandes de soins et permettent au secteur privé d'utiliser ses ressources humaines, ce qui constitue une « une double peine » pour le secteur public.

Cinquièmement, les contraintes du financement viennent également de l'iniquité du système de santé dans la répartition des ressources sur le territoire puisque 80% des lits d'hospitalisation sont dans le secteur public (en réalité 48% sont utilisés) ; 65% des médecins sont répartis sur 5 villes, 56% de la capacité de diagnostic biologique ou radiologique se trouvent dans deux villes Casablanca et Rabat ; 95% des pharmacies et 90% des cabinets dentaires sont dans le secteur privé, 90% des unités de soins ambulatoires médicaux sont dans le secteur privé.

Ces contraintes expliquent les distorsions entre la demande et l'offre avec une inégalité interrégionale dans les dépenses en santé (voir les Dépenses Totales de Santé, Annexe D5).

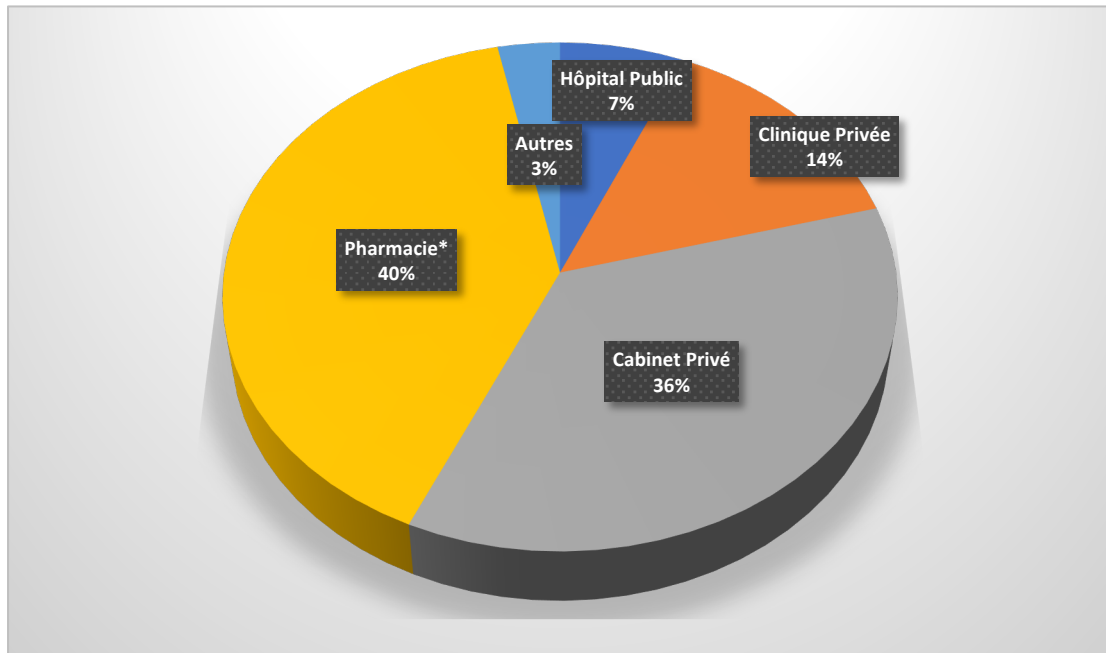
### **2.1.2. Une contribution élevée des ménages aux dépenses de santé**

En 2014, l'enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages, réalisée en par le Haut-Commissariat au Plan, montrait que le poste de dépenses « Hygiène et soins médicaux » des ménages a connu une progression de 71,3% (809 à 1386 dhs) et représentait près de 8,7% de leurs dépenses globales. Les comptes nationaux de la santé de 2015 montraient également que la contribution globale des ménages aux dépenses totales de santé (DTS) est passée de de 61,9% en 2010 à 63,3% en 2013 (50,7% hors contribution à la CMB) (Ministère de la santé <sup>a</sup>, 2015). En 2017, la dépense totale de Santé était de 52 milliards de dhs, constituant une évolution de la dépense de santé moyenne par habitant de 1498 à 1578 dhs entre 2012 et 2017. Concernant la part des DTS dans le PIB, il a été constaté une baisse entre 2010 et 2015 puisqu'elle est passé de 6,2% à 5,8% en deçà des normes de l'OMS et de la moyenne des pays membres de de l'OCDE (6,5 % et 8,9% respectivement). Cette évolution à la baisse a été constatée dans des pays comparables comme la Jordanie ou le Liban (8,4% à 7,2% et 7,2% à 6,6%) où la dynamique du PIB n'a pas suivi celle des dépenses totales de santé.

En termes de ventilation des dépenses de santé des ménages (DSM) (ou dépenses directes des ménages (DDM)), ce sont les pharmacies et équipementiers médicaux qui consomment le plus (40,4%), suivis des cabinets et cliniques privées (36,3% et 14,4%), des structures publiques 5,6% et autres prestataires 3,7%. C'est ainsi plus de de 90% des DSM vont vers le secteur privé et ce quel que soit le mode de couverture maladie (Graphique 2).



**Graphique 2 : Dépenses de santé des ménages (DSM) dans la population générale**

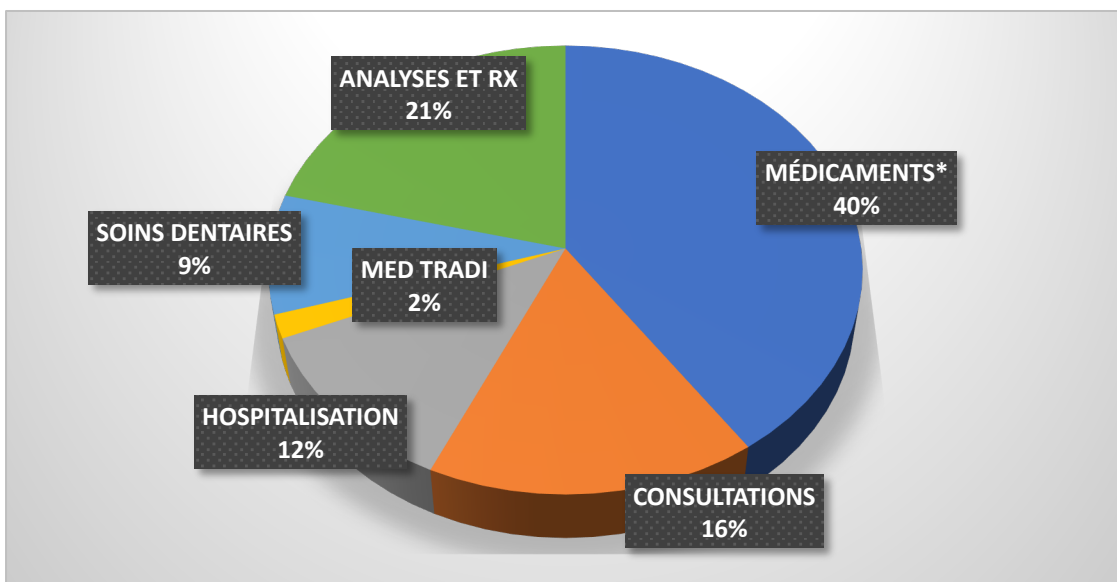


Source : ANAM, 2017

Pharmacie \* : Médicaments et consommables médicaux

L'automédication est également un facteur explicatif du recours à la pharmacie en tant que premier contact avec les services de santé. 56% des DSM sont relatifs aux consultations ambulatoires et les médicaments alors que l'hospitalisation et les examens paracliniques représentent 33% de ces dépenses (Graphique 3).

**Graphique 3 : DSM par type de services de santé au sein de la population ayant l'AMO**



Source : ANAM, 2017

Rx : examens radiologiques ; MED TRADI : médecine traditionnelle ; Médicaments\* : y compris produits pharmaceutiques et consommable médical

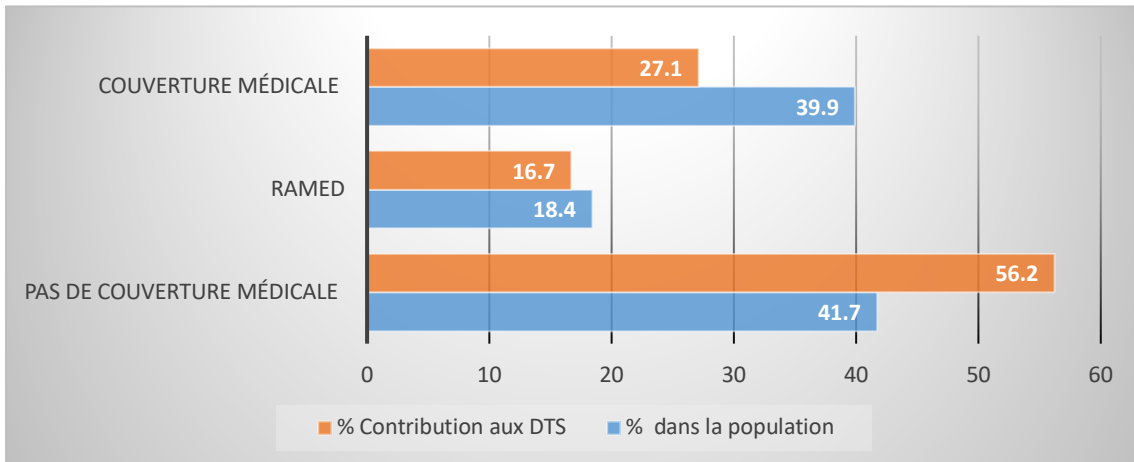
La généralisation du RAMED en 2012, la gratuité de certains médicaments au sein des centres de santé et la politique de réduction des prix des médicaments en 2013 auraient dû contribuer à une augmentation de l'accès aux services de santé et à une réduction de la contribution des ménages aux dépenses totales de santé (DTS). Cela n'a pas été le cas bien que la transition démographique et épidémiologique l'aurait justifié. Ce qui a été observé c'est plutôt une augmentation de l'utilisation des services de santé dans le secteur privé et une augmentation du recours aux examens paracliniques (plusieurs tests biologiques et examens comme le scanner se font dans le privé). Ceci est particulièrement vrai pour la majorité absolue des bénéficiaires de l'AMO et d'une partie des personnes pauvres et vulnérables (Ramedistes et les sans couverture médicale).

### **2.1.3. Les dépenses de santé sous RAMED**

La généralisation du RAMED en avril 2012 était une volonté royale de mettre en œuvre une composante essentielle de la CSU au Maroc qui depuis 2002 ne concernait réellement que l'AMO. Les populations pauvres et vulnérables recensées en 2017 à plus de 10,5 millions de personnes (2 millions de plus que ce qui avait été prévu dans le premier recensement) avaient des besoins de santé et des attentes non réalisées depuis la promulgation de la loi 65-00 portant couverture médicale de base.

En 2017, plusieurs éléments ont permis de constater que les dépenses directes moyennes en santé des Ramedistes étaient certes moins élevées que les personnes ne disposant pas de couverture mais qu'elles étaient plus élevées que celles des personnes disposant d'une couverture médicale (757 Dirhams contre 543 Dirhams pour les personnes ayant une assurance maladie et 1066 Dirhams pour les personnes ne disposant d'aucune couverture médicale). Le Ramediste contribue à près de 17% des DTS lors de l'utilisation des services de santé (Graphique 4).

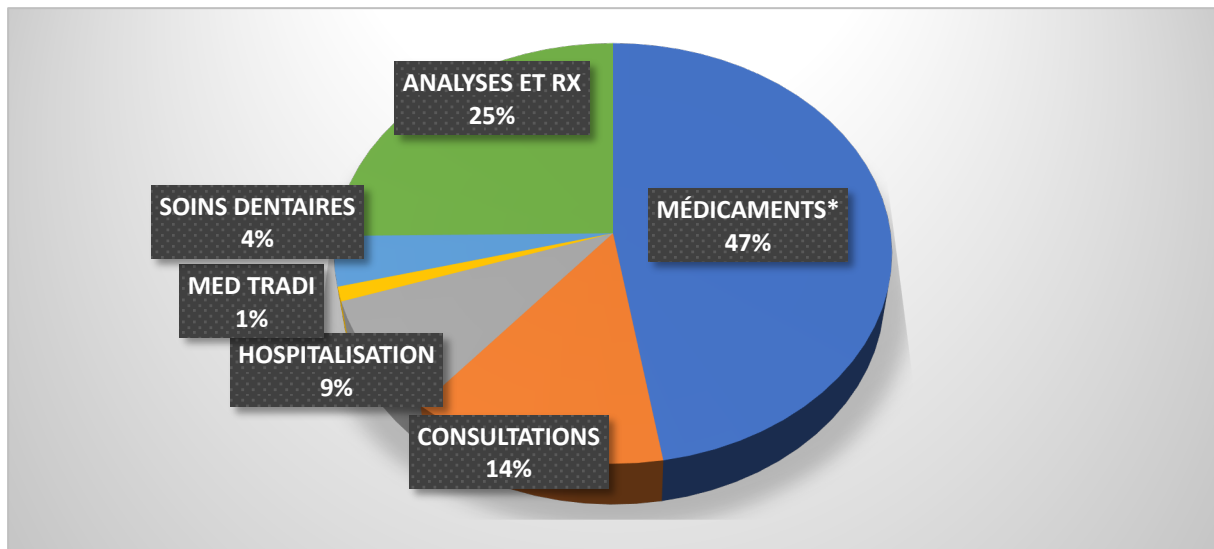
**Graphique 4: Contribution des ménages aux DTS selon le mode de couverture**



Source : ANAM, 2017

Comme pour les autres bénéficiaires de la couverture sanitaire ce sont les médicaments et biens médicaux qui représentent le poste de dépense le plus important (47%) suivi des examens paracliniques 25%, des consultations médicales 13,6% et des hospitalisations 8,7%. Cela signifie que non seulement les Ramedistes ne bénéficient pas totalement de la gratuité des médicaments et que bon nombre utilisent les structures privées pour plusieurs services de santé (Graphique 5).

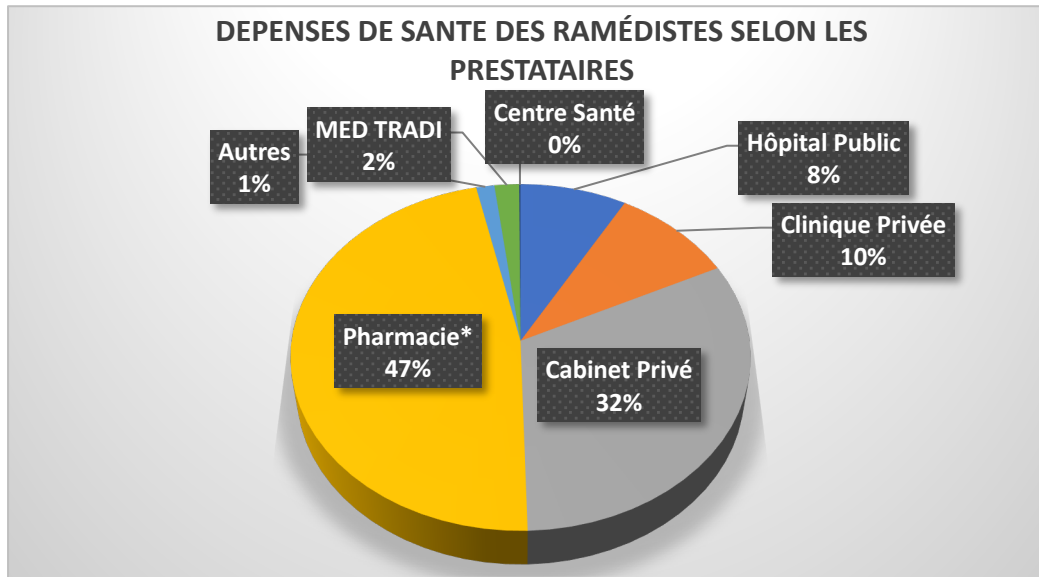
**Graphique 5 : Dépenses des bénéficiaires du RAMED selon les services**



Source : ANAM, 2017

En effet, d'autres éléments montrent que 88,3% des dépenses en santé des Ramedistes se font dans le secteur privé (47% dans les pharmacies, 32% dans les cabinets médicaux et 10% dans les cliniques privées) alors que paradoxalement l'hôpital public ne reçoit que 8,3% de leurs dépenses de santé (Graphique 6).

**Graphique 6 : Dépenses en santé des bénéficiaires du RAMED par prestataire**



Source : ANAM, 2017

L'absence de plusieurs médicaments et biens d'équipements, l'absence ou l'insuffisance de certains examens paracliniques, les rendez-vous lointains dans les structures publiques sont probablement les principales explications de l'utilisation par les Ramedistes des structures privées et la détérioration de leur situation financière (vulnérabilité aggravée).

## 2.2. État de santé de la population cinq ans après la mise en œuvre complète de la CSU

Les données épidémiologiques montrent qu'au lourd tribut des maladies infectieuses, le Maroc fait face à une augmentation significative des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risques (Ministère de la Santé<sup>b</sup>, 2018). Au cours des 15 dernières années, la mortalité infantile et maternelle a baissé (40 à 22,16 pour 1 000 et 227 à 72,6 décès pour 100 000 naissances vivantes respectivement) et les principales maladies infectieuses ont vu leur incidence chuter constituant un succès franc d'une politique de santé axée sur la vaccination et sur les programmes de santé de la mère et de l'enfant (Chadli, 2018). Au cours de la même

période les maladies chroniques ont par contre enregistré une progression de 60% pour le diabète, de 30% pour l'obésité et de 20% pour l'HTA.

Chiffres encore plus patents chez les sujets de plus de 60 ans et lorsque l'on analyse la proportion de sujets hypertendus non traités (71% des hypertendus diagnostiqués ne sont pas traités) (Ministère de la santé<sup>d</sup>, 2018). D'ailleurs l'analyse des données de l'enquête STEPWISE 2018 montre qu'au-delà d'une progression des maladies chroniques qui sont responsables de 78% des décès au Maroc, ce sont les femmes et le milieu rural qui montrent les chiffres les plus élevés comparativement aux hommes et au milieu urbain, pour le diabète, le surpoids, l'obésité ou encore l'hypercholestérolémie. Seule la prévalence de l'HTA est identique quel que soit le genre ou le milieu de résidence. Le mode de couverture médicale n'ayant pas été analysé, on peut se poser la question sur son rôle éventuel dans le retard au diagnostic ou l'observance du traitement.

### **2.3. Gouvernance de la CSU et du système de santé**

Le dernier rapport du Conseil Économique et Social et Environnemental (CESE) du Maroc indique que 79% des pauvres résident en milieu rural dont 64% sont en situation de vulnérabilité. En terme d'accès aux services de santé, 65% des professionnels de santé et près de 70% de l'offre de soins sont répartis sur cinq parmi les douze régions du royaume, 24% de la population rurale trouvent des difficultés particulièrement sérieuses pour bénéficier de prestations liées à la santé de la mère et de l'enfant (CESE, 2018). Cette iniquité d'accès et de disponibilité d'offre de soins a été entre autres l'argument en faveur de la mise en place de la CSU dans une organisation mixte de système national de santé et d'assurance maladie pour ceux ayant un revenu (AMO) et ceux qui n'ont en pas (RAMED) (Ferrié et al., 2018).

En 2018, douze ans après la mise en place de la CSU au Maroc, la dépense totale de santé est estimée à 60 milliards de dhs et la part des ménages dans ces dépenses à 63,3% au moins. Ainsi malgré une logique de construction d'une CSU selon le modèle français ou l'État joue son rôle régalien mais également d'acteur majeur du système, et hormis « le service sanitaire rendu » à certaines couches de la population, des défis quantitatifs et qualitatifs liés à la mise en œuvre et à la gouvernance de la CSU persistent :

- Une faible performance des modalités d'éligibilité de la population cible comme en témoigne le niveau insuffisant de cartes retirées (36% des Ramedistes ont retiré leur carte) ou encore de leur renouvellement (31% en 2016) (ONDH, 2017) ;
- Une demande de soins de santé qui a connu une hausse « mécanique » sans pour autant une amélioration concomitante de l'offre des soins;
- Une filière de soins non encore structurée ou régulée dans le public et dans le privé ;
- Une insuffisance de disponibilité et de qualité des services de santé répondant à des besoins ;
- Une insatisfaction quant aux attentes de soins créée par la mise en place du RAMED ;
- Un enjeu dans le financement, sur le plan législatif et dans la gouvernance du RAMED puisque l'ANAM, organe de régulation de l'AMO et de gestion du RAMED, reste sous tutelle du Ministère de la santé et est censé régler aux hôpitaux publics les prestations dispensées aux Ramedistes (un enjeu légal de collecte des cotisations des Ramedistes vulnérables versées aux collectivités locales et où l'ANAM est dans une situation de « juge » et partie en tant à la fois qu'assureur et prestataire, non prévu par la loi 65-00) ;
- 90% des paiements pour soins par les organismes gestionnaires de l'AMO se font en faveur du secteur privé, ce qui entraîne une paupérisation des hôpitaux et une accentuation de la défiance de la population vis-à-vis des services publics (avec un effet d'éviction des non-Ramedistes solvables) ;
- Les centres de santé et surtout les hôpitaux n'ont pas été préparés à l'afflux massif d'une nouvelle catégorie d'utilisateurs dont la demande n'a pu être satisfaite eu égard aux promesses de services de santé disponibles et gratuits ;
- Les ressources humaines n'ont pas été prises en compte lors de la mise en place de la CSU : les ratios professionnels de santé par habitant n'ont pas évolué dans le sens d'une adaptation à la nouvelle demande, des moyens n'ont pas été mis en place eu égard à la charge de travail supplémentaire et l'importance du travail « au noir » réalisé dans le secteur privé.

## **Section 3 : Bilan et perspectives de la CSU au Maroc**

### **3.1. Quel bilan de la CSU au Maroc en termes de prestations de santé ?**

Ces observations sur la CSU en terme d'objectifs de santé, d'accessibilité aux services de santé des citoyens surtout les plus vulnérables, de satisfaction des utilisateurs, de dépenses en santé, et de gouvernance du système, posent la question d'un effet paradoxal au Maroc. Les principaux résultats en 2017 montrent que 54,6% de la population est couverte (au lieu de 85% prévue), que les ménages contribuent à 63,3% au lieu de 61,9% (50,7% frais directs +12,6% de participation à l'assurance maladie) des dépenses totales de santé et que l'incidence des maladies chroniques a augmenté.

En ce qui concerne l'accessibilité « effective » aux services de santé, elle ne s'est pas améliorée de façon significative. En matière de financement, 90% des dépenses de l'AMO se font dans le secteur privé (aggravation de la situation financière des hôpitaux publics) et 80% des prestataires consultés sont des spécialistes (au détriment de la médecine générale et préventive), que la perception de la population sur le système de santé reste négative (ANAM, 2017). Dès la mise en œuvre de la CSU dans sa composante RAMED, il était manifeste qu'il y avait un décalage entre les investissements en infrastructures, le fonctionnement des unités de soins et la nouvelle demande induite. L'exemple du réseau des établissements de soins de santé primaires (RESSP) est à ce titre frappant. Le ratio centre de santé/hab. a augmenté entre 2012 et 2017 sans octroi parallèle des moyens sur le plan des équipements techniques, des ressources humaines ou des moyens financiers pour assurer leur fonctionnement (CESE dans son avis n°7/2013) ce qui ne permet pas la réalisation des missions de soins de base ou de référence et crée chez la population un sentiment d'insatisfaction (CESE, 2018).

Ainsi l'analyse de la contribution du tiers payant relatif aux organismes d'assurance maladie, montre que les hôpitaux publics n'ont bénéficié que de 10,3% de l'ensemble des paiements qui étaient de 7,1% en 2010 et 9,8% en 2006. Par contre, la part des cabinets et cliniques privées reste assez importante et a augmenté pour se situer à 65% alors qu'elle était de 59% en 2010 et 62% en 2006. De même les flux financiers directs des ménages relatifs aux dépenses de santé (consultations, hospitalisations, analyses paramédicales, médicaments et consommables) se font essentiellement vers le secteur privé (73,9%) qui ne couvre que le quart de la capacité litière hospitalière du pays. On note que seuls 2,2% des DTS sont consacrés à la prévention.

En termes de prestations assurées aux bénéficiaires de la CSU en 2017, on note 1052290 admissions hospitalières (1134947 dans les hôpitaux publics en 2016) et 1741487 passages aux urgences. En termes d'affections de longue durée (ALD) prises en charge, ce sont le diabète et l'HTA qui représentent 60% du total des services rendus et 22% des dépenses totales ALD (insuffisance rénale chronique 28,4% et Tumeurs malignes 22%). La dépense moyenne d'une ALD à l'hôpital public est 8 fois supérieure à celle des autres affections (13327 dhs versus 1647 dhs) et représente 48,2 % des dépenses de l'AMO. En terme budgétaire l'ANAM peut se prévaloir d'un excédent financier cumulé en 2017 de 26,1 Md de dirhams (2,4 Milliards d'euros) ce qui pose la question de l'inadéquation entre les besoins, la demande et le financement ou d'une planification peu optimale ou d'une gouvernance inefficente.

### **3.2. Le plan santé 2025 et futurs enjeux**

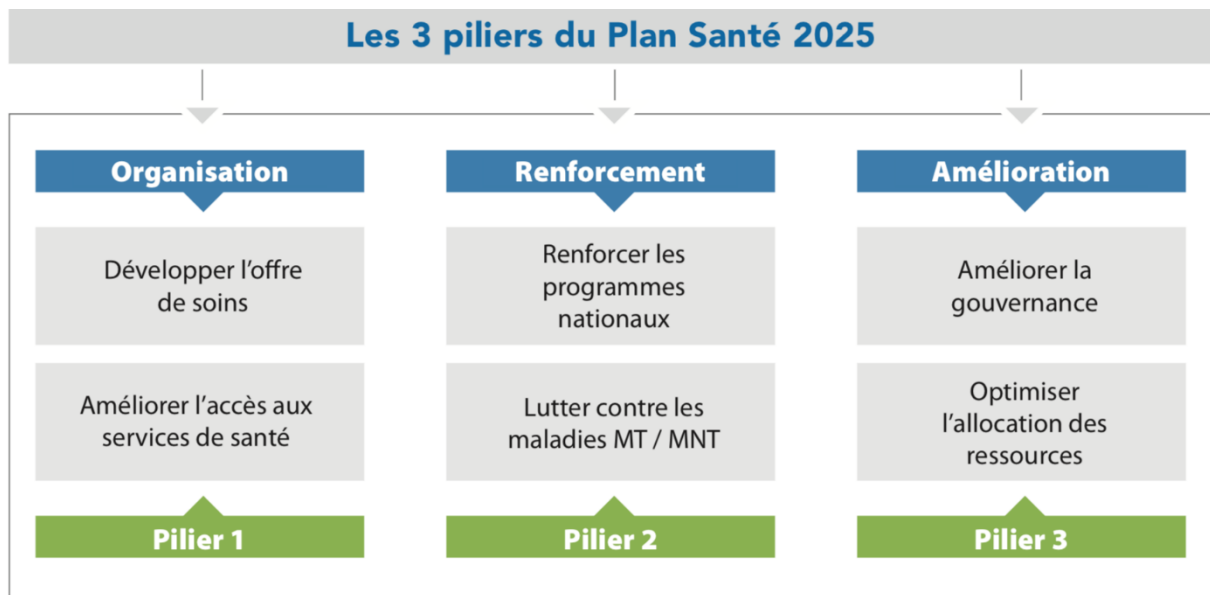
Le Plan Santé 2025 est une sorte de « plan ORSEC » qui a été élaboré suite au discours Royal de Juillet 2018 et qui a demandé au gouvernement de repenser la couverture sanitaire universelle afin de permettre un réel accès aux populations pauvres et vulnérables aux services de santé et de revoir en profondeur le système de santé en vue d'une refonte qui soit en adéquation avec les besoins de santé et le contexte démographique, épidémiologique et socio-économique. Ce plan élaboré en concertation avec les parties prenantes a pour socle l'accessibilité, la réduction des iniquités, la priorisation des soins de santé de base et la performance du système de santé. Il est en ligne avec les 9 cibles de l'ODD » de l'OMS

1. Faire passer la mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100000 naissances vivantes.
2. Eliminer les décès évitables des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans, et ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité infanto-juvénile à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.
3. « Mettre fin » à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies transmissibles.
4. Réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.
5. Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.



6. Diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route d'ici 2020.
7. Assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.
8. Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.
9. D'ici à 2030, réduire le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

**Figure 1 : Plan Santé 2025 proposé par le Ministre**



Source : Ministère de la Santé- Plan Santé 2025, Rabat. 2018.

Les différents constats et l'urgence d'une réforme du système de santé marocain, en particulier dans sa dimension couverture sanitaire universelle, posent des questions de fond et en particulier celle de l'inadéquation de modèles occidentaux d'organisation et de financement de la santé. Il semble en effet que la mise en place de la CSU surtout dans sa composante RAMED ait entraîné des effets inattendus voir « pervers ».

S'agit-il d'une inadaptation de l'offre en regard d'une nouvelle demande de soins ? Est-ce lié à un problème de financement insuffisant ou inéquitable entre les prestataires de services de santé ? L'organisation du système sanitaire marocain et sa gouvernance ont-ils contribué à ces effets ? La perte de confiance et l'insatisfaction de la population dans le système de soins, en raison d'une aggravation de l'iniquité en santé et d'une paupérisation des hôpitaux publics, sont-elles une conséquence directe de cette organisation et gouvernance défailtantes du système ?

### **Encadré 1 : Conclusion du Chapitre 1**

Au moment où le Maroc a souhaité des réformes plus soutenues en matière de développement socio-économique et humain soutenu et de priorisation des secteurs sociaux et sanitaire comme vecteur de stabilité et de paix sociale, la couverture médicale de base tant pour les salariés (AMO) que pour les pauvres et vulnérables (RAMED) semblait un projet ambitieux, structurant et porteur de bienfait sociétal. Les transitions démographiques et épidémiologiques, les défis du financement de la CSU et du système de santé, les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et surtout le manque de planification adaptée, ont conduit à des effets inattendus voir pervers tant en matière d'accessibilité, de parcours de soins, de qualité de la prise en charge des malades, de satisfaction des patients et d'impact sur la performance des structures de soins (paupérisation des hôpitaux et fuite des patients solvables vers le privé). Les conditions d'obtention et les « services » potentiels de la carte RAMED, la pression nouvelle sur les structures publiques, le niveau « d'out of pocket des ménages » (63,3%) et les résultats macro, tant sanitaires que de satisfaction montrent la non atteinte des objectifs de la CSU.

Ce projet sociétal qui se voulait adapté du modèle de sécurité sociale français dans ses principes et d'un mix entre caractéristiques Bismarckienne et Beveridgienne dans sa mise en œuvre, a perverti ce pourquoi il a été créé. Le déplacement des flux financiers santé vers le secteur privé au détriment des structures publiques, une demande non satisfaite sur plusieurs services, un « épuisement auto-induit » des ressources tant matérielles qu'humaines, une paupérisation des établissements de soins publics et une perception négative du système de santé en sont les effets directs relevés par les instances indépendantes du gouvernement.

Jusqu'en Juillet 2018 aucune instance gouvernementale en charge de la santé ne remettait pas en cause les effets de la CSU ou du RAMED. Les quelques insuffisances notées ont été considérées comme conjoncturelles, liées à une demande « inattendue », à un financement insuffisant et à des contraintes législatives. La mise en place de la CSU au Maroc a produit des effets positifs mais d'autres inattendus pour différentes raisons qui sont invoquées dans ce travail. Le rôle de l'offre inadaptée et non évolutive pourrait être mis en exergue par une étude empirique permettant d'identifier les facteurs explicatifs de tels résultats paradoxaux. C'est une dimension que doivent impérativement considérer en premier tous les responsables des pays comparables et qui sont en charge de la conception et la mise en œuvre d'une CSU.

## **Chapitre 2 : Le contexte international**

Dans ce chapitre, nous allons présenter les contextes internationaux dans lesquels est née la CSU ou les autres formes de couverture médicale. Dans les différents pays les impératifs sociaux et les coûts exponentiels des services de santé, ont conduit les gouvernements à proposer un modèle de protection contre le risque maladie. Les approches adoptées tiennent compte des contextes spécifiques mais ont comme objectif commun : l'égalité d'accès aux services de santé, l'équité dans la prise en charge de la maladie, la protection contre les risques financiers liés aux dépenses de santé. Nous verrons que, quel que soit le modèle, les systèmes de couverture sanitaire n'ont pas toujours pu atteindre les objectifs d'universalité, de qualité, d'adéquation entre la demande et l'offre, de satisfaction des bénéficiaires ou encore d'équilibre financier.

### **Section 1 : Évolution des systèmes de santé entre logique économique et adéquation besoin, demande et recours aux soins**

#### **1.1. Les systèmes de santé**

Le système de santé peut être considéré comme un « ensemble de moyens et de financement, d'information et de prévention organisé en vue de maintenir ou améliorer la santé » (D'Intignano, 2000). Il a pour objectif de penser, organiser et offrir des prestations en mesure de satisfaire les besoins de santé des usagers. Cette appellation « usager ou patientèle ou client-patient ou consommateur de services de santé etc... » n'est pas consensuelle entre les chercheurs et nous utiliserons un terme plus générique à savoir celui d'utilisateur des services de santé. L'évolution exponentielle des coûts et dépenses de santé depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle a conduit les politiques à repenser le système de santé dans son modèle conceptuel mais également dans son financement. L'importance d'une égalité d'accès aux soins, adjointe à des résultats sanitaires optimaux et un financement juste et équilibré demeurent depuis, le défi majeur.

Les déterminants de cet équilibre précaire sont aujourd'hui l'enjeu des politiques publiques et concernent le libre choix ou non des patients de leur prestataire et de l'offre disponible, la place et le statut des professionnels de santé dans le parcours de soins, le modèle de financement

institutionnel ou non et son pouvoir régulateur, et surtout le type d'alliance entre les différents acteurs du système de santé.

Globalement trois grands systèmes de santé existent dans le monde :

- Les systèmes nationaux régaliens où l'État est le concepteur, régulateur, acteur majeur des soins et maître d'œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU) ;
- Les systèmes d'assurance maladie où des caisses assurantielles privées ou semi publiques gèrent et régulent la CSU dans une organisation où l'État est un acteur important mais au côté d'un secteur privé prestataire de soins et décideur des modalités de fonctionnement de la CSU ;
- Les systèmes libéraux où les caisses d'assurance privée contrôlent les relations entre la demande, l'offre et les professionnels de santé et où l'État ne joue qu'un rôle régulateur et un financeur pour certaines catégories de la population (MEDICARE et MEDICAID aux USA par exemple).

La performance de ces systèmes est différente selon les critères et les objectifs des politiques de santé. Si les systèmes nationaux régaliens permettent une meilleure équité dans l'accès aux soins et des dépenses en santé relativement maîtrisées, la restriction de la liberté de choix de l'offre et des professionnels de santé, la qualité des prestations et les délais d'attente en sont les principales failles.

Les systèmes d'assurance maladie quant à eux permettent une liberté de choix de l'offre (parcours de soins libre), un accès à une technologie et une qualité des services mais au prix de dépenses élevées et d'une iniquité d'accès à certains soins. Enfin dans les systèmes libéraux la sélection de l'accès aux soins par le niveau des primes d'assurance ou de moyens financiers élevés en font des systèmes inéquitables, extrêmement dispendieux malgré une performance technologique et médicale reconnue.

Plusieurs approches ont été préconisées pour mettre en place une couverture sanitaire universelle ou une protection socio-médicale intégrant ou non l'obligation, l'universalité, le paquet de services, la sélection par le risque maladie, le niveau et le partage des contributions de différents acteurs, le rôle des professionnels de santé, le type de gouvernance par les caisses d'assurance maladie et l'État. Les enjeux financiers et politiques ont joué un rôle déterminant aussi bien dans les pays riches que dans ceux à revenu intermédiaire ou faible. Le cas du Maroc en est l'exemple type avec une décision politique de mise en place d'une CSU en réponse à une

pression sociale importante en raison d'une faible accessibilité aux services de santé, une qualité problématique et une incapacité du système publique à répondre à des demandes de soins poussant la population à se tourner vers le secteur privé et aggravant sa dépense catastrophique en santé.

Les approches Beveridgienne et Bismarckienne sont deux modèles de protection sociale, d'organisation et de financement du secteur de la santé à partir desquels plusieurs variantes ont été mises en œuvre. Le modèle libéral « américain » non interventionniste est spécifique puisqu'il est basé sur le volontariat, le choix du risque à couvrir et l'aide à une couche de la population que sont les sujets âgés et les pauvres/vulnérables (Medicare et Medicaid).

En ce qui concerne le système assurantiel proposé par Bismarck, il concerne la protection contre les risques maladie, accidents de travail, vieillesse et invalidité avec un sous-bassement politique comme beaucoup de systèmes mis en place par les pays depuis lors (Hassenteufel, 1997). Quatre principes sous-tendent ce système : l'obligation à tous, l'existence d'un travail rémunérateur, la contribution proportionnelle à la rémunération et non au risque, la gestion partagée entre salariés et employeurs. La France, les Pays bas, l'Autriche, la Norvège, la suède, l'Italie, la Belgique ou le Luxembourg se sont largement inspirés de ce système dans la mise en place de leur couverture sanitaire universelle.

Dans une autre approche dite des trois U, Beveridge axe sa vision sur l'universalité de la couverture et du risque, l'uniformité du « service de santé » selon les besoins et l'unité de la gestion par l'État régalien (Abel-Smith, 1992). Il s'agit en fait d'un compromis « Keynésien » puisque l'universalité, l'accessibilité aux services de santé et la gratuité de ce service publique n'est possible qu'avec une croissance soutenue (politique de plein emploi).

Aujourd'hui on observe davantage des systèmes complexes adoptant un mix entre le libéral, le socio-libéral et le social (Palier, 2017). Le système marocain est d'ailleurs « Bismaridgien » si l'on peut dire puisqu'il est à 80% Bismarckien et seulement à 20% Beveridgien en raison de la dimension universalité théorique de la couverture et du risque dans un système inéquitable où le secteur privé est un acteur essentiel de l'utilisation effective des services de santé.

Quel que soit le système, et au vu des transitions démographiques, épidémiologiques et sociales, les enjeux économiques (coût et financement) ont conditionné et conditionnent encore toute la réflexion autour des systèmes de santé et des CSU à mettre en place. Dans tous les cas, deux

questions de fond demeurent. Quel résultat santé attendu tenant compte de la demande, de l'offre, du parcours de soins ? Quel modèle de financement tenable ou pérenne ?

## **1.2. Demande et recours aux soins**

Dès les années 60 Kenneth Arrow montrait que l'économie de la santé prenait l'ascendant sur l'économie médicale (Arrow, 1963). La prise de conscience dans le domaine médical de la rareté des ressources (notamment financières), de la nécessité d'optimisation de la performance du système a conduit les décideurs publics à de nouvelles réflexions et stratégies. Micro économiquement, il s'agit de vérifier l'adéquation entre les ressources sanitaires utilisées et le résultat santé ; et macro économiquement il est plus question d'évaluer les facteurs environnementaux, socio-économiques et de couverture sanitaire universelle sur la croissance, la dynamique du marché sanitaire et la performance du système de santé.

Pour sa part, Grossman en s'inspirant de la théorie du capital-humain, présente les services de santé comme des biens intermédiaires et donne l'exemple de la nutrition saine ou la pratique d'une activité physique qui permettent d'obtenir un bien final en l'occurrence le bien-être physique mental et social (Grossman, 1972). Pour lui la santé est en fait un stock qui se déprécie avec le temps ou à cause « d'incidents » survenant au cours de l'itinéraire de vie de l'individu où différents facteurs sont à considérer comme la culture, la religion, la communauté et les groupes de référence (Grossman, 2000). Néanmoins, ce modèle est challengé voire remis en question depuis quelques années par différents auteurs soit pour son déterminisme simpliste (Dardanoni et Wagstaff , 1987), soit par le fait qu'il ne tienne pas compte de l'espérance de vie (Ehrlich et Chuma, 1990), soit parce qu'il part de l'hypothèse que la demande de soins dérive d'un besoin de bonne santé ( Zweifel et Breyer , 1997; p. 62).

Par ailleurs, les premières études empiriques relatives aux déterminants de la demande de soins ont mis en valeur des variables qui auraient peu ou pas d'impact comme le prix et le revenu des ménages (Akin et al.,1986). Néanmoins d'autres chercheurs ont émis d'autres points de vue à ce sujet en raison de l'importance de tenir compte de la notion d'utilité (Gertler et al. ,1987 ; Gertler et Van der Gaag, 1990). Cette vision de Grossman, issue de la théorie du choix rationnel et qui n'est pas en ligne avec les théories actuelles de l'économie de la santé, a pourtant influencé certains chercheurs comme Wolfe, qui développe le modèle de départ en retraite (Wolfe, 1985) ou encore Ehrlich et Chuma, qui développent la réflexion sur

l'investissement en capital-santé sous la forme d'un actif risqué (Ehrlich et al.,1990). Dans ce cadre théorique, ayant la volonté de conserver le plus longtemps possible ce « stock de santé », le comportement légitime de l'utilisateur, est de chercher à se soigner.

Mais cette conceptualisation d'une demande de soins ou d'une médecine de « parcours » n'a rien à voir avec le capital santé elle est plutôt en rapport avec où la disponibilité de l'offre de soins, l'utilisation des services de santé et la coopération entre les professionnels de santé (Lamine et al.,2010). Il existe d'autres conceptions de la demande de soins et l'approche en termes de capital santé fait l'objet de nombreuses critiques théoriques (Batifoulier, 2014). Le fait que l'on puisse concevoir la demande de soins sans lien avec l'offre, et uniquement motivée par un calcul cout avantage individuel, est suspecte.

Une conceptualisation alternative mettant en avant le lien entre la demande et l'offre est offerte par la notion de parcours de soins. Ce dernier est considéré comme « un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long d'une trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation » (Caillavet-Bachellez, 2010). De même Deccache et van Ballekom considèrent le parcours du patient comme « une intervention complexe pour une mutuelle prise de décision et d'organisation des soins prévisibles pour un groupe bien défini de patients durant une période bien définie » (Deccache et Van Ballekom, 2010).

Ce « parcours » ne peut débuter qu'après avoir déclenché la procédure de demande de soins qui dépend fortement de la couverture sanitaire universelle, de la maladie, des caractéristiques socio-économiques et culturelles de l'utilisateur des services de santé mais également de l'organisation du système de santé. La philosophie derrière une couverture médicale est de garantir à tous ceux qui ont besoin de services de santé, l'accès aux prestations sans ou avec une faible barrière financière. A cet effet, les objectifs de développement durable de l'OMS et de la Banque Mondiale 3.8.1 et 3.8.2 (sustainable development goals 3.8.1 & 3.8.2) sont à ce titre un enjeu pour les pays à faible revenu ou revenu moyen (The World Bank, 2017). Nous y reviendrons en détail pour expliquer dans quelle mesure les « recommandations » internationales n'ont pas produit les résultats attendus.

En ce qui concerne les soins de santé de base et les services préventifs (vaccination, planification familiale, éducation pour la santé etc...) ils ont démontré leurs intérêts d'un point de vue coût bénéfice mais ils ne sont pas ou insuffisamment intégrés dans les politiques de couverture sanitaire universelle comme c'est le cas également au Maroc. En 2017, seulement



la moitié de la population mondiale (33 % à 49 %) était couverte par des services de santé essentiels et la progression est en deçà des objectifs prévus (OMS, 2019). En effet, il n'existe pas beaucoup d'études spécifiques à travers le monde et au Maroc sur le recours aux soins préventifs dans le contexte de la CSU, bien qu'il semble constituer un bon marqueur des inégalités sociales, des iniquités de santé et de la pérennité du financement de cette dernière (Victora et al., 2012 ; Tangcharoensathien et al., 2014 ; Tan et al., 2014, Kenkel ; 1994). Le recours aux soins curatifs reste la priorité des politiques de santé pour des raisons d'impacts plus aisément mesurables à court et moyen terme.

Parmi les facteurs clés du recours aux soins, on trouve les facteurs socio- démographiques (âge de l'individu, le genre, la taille du ménage, le milieu de résidence, l'état matrimonial...Etc.), les facteurs socio-économiques du ménage (le revenu du ménage, l'éducation, le niveau de vie, ...Etc.), les facteurs socio-culturels (le niveau d'instruction du chef de ménage... Etc.). Le recours aux soins est aussi motivé par la couverture des frais de santé. C'est pourquoi, la théorie micro-économique de la santé considère que la couverture médicale a le potentiel d'augmenter l'utilisation des services de soins de santé. En effet, Zweifel et Manning (Zweifel et al, 2010 ; Manning et al., 1987) ont montré que l'assurance maladie pouvait augmenter la demande individuelle de soins médicaux et garantir aux assurés selon Caussat et Raynaud (2004) « la stabilité de leur niveau de vie ».

Dans un autre registre, des auteurs ont montré que plusieurs facteurs sociodémographiques comme l'âge, le genre et le statut matrimonial expliquaient le recours aux soins de santé (Piaser et Denis, 2002 ; Brinda et al., 2015). En fait la décision des individus de recourir également aux soins préventifs est très dépendante de leurs caractéristiques individuelles et de leurs conditions socio-économiques. Ainsi les conditions d'accueil dans les centres de santé (point de contact pour les services préventifs) peuvent décourager la population qui en a le plus besoin (pauvre et vulnérable) à revenir et solliciter des services de santé. Serin par exemple, défend le fait que les pauvres ne vont dans les centres de santé que lorsqu'ils sont sûrs de l'accessibilité financière, la qualité de la prise en charge et la disponibilité des médicaments (Serin, 2009).

D'autres chercheurs révèlent que les utilisateurs peuvent ne pas demander les soins auprès de leurs établissements de santé les plus proches et sont capables de voyager loin pour des services de qualité meilleure (Roh, 2006). Gertler et Van Der Gaag pour leur part, ont observé que les ménages à revenu élevé avaient une probabilité plus élevée de se faire soigner que les ménages défavorisés (Gertler et Van Der Gaag, 1990). Au Burkina Faso, Sirpe a fait ressortir un lien

positif entre le recours aux soins prénataux, le niveau éducatif, le coût des prestations ainsi que la distance aux centres de soins (Sirpe, 2015). En ce qui concerne les facteurs de risques individuels (tabagisme, drogue, alcool, etc...) Cawley et Ruhm estiment qu'ils déterminent le comportement d'une personne vis-à-vis du système sanitaire (Cawley et Ruhm, 2011). Labourdette, cité par Mariko (Mariko, 1999), pense que les différentes facettes de la demande n'expliquent pas le comportement global des utilisateurs des services de santé et considère que l'offre est un élément essentiel.

Selon une conception standard chez les économistes, l'offre peut être définie comme la quantité de bien ou de service que les détenteurs mettent sur le marché dans un objectif d'échange ou de vente (Robinson et Elkan, 1996). Dans le domaine de la santé, l'offre constitue l'ensemble des services de soins développés par les systèmes de santé et mis à la disposition des individus ayant un besoin de santé avec certaines particularités :

- Il s'agit de services ou biens mis à la disposition des individus malades ou non par des prestataires individuels ou par des organismes interdépendants ou complémentaires,
- Les prestations sont fournies par plusieurs intervenants (médecins/infirmiers.).
- Les moyens techniques mis à disposition peuvent être de sophistication et de qualité différente.
- L'offre peut montrer des externalités positives et dépend du milieu géographique ainsi que de la capacité d'accueil de la demande

Devant être en adéquation avec le besoin et la demande, l'offre de soins est le plus souvent « rationnée » ou proposée gratuitement dans la majorité des pays en développement. En effet les prestations de base ont été pendant longtemps gratuites mais l'évolution technologique, le coût des prestations et la demande induite ou non, a conduit plusieurs systèmes sanitaires à revoir l'universalité de l'accès et ce même dans les pays à revenu élevé (Jamison et al., 2018). Dans cette conception, la gratuité de l'offre est assimilée à un « rationnement indirect » en raison des délais d'accès aux services de santé et de l'insatisfaction générée par la non qualité perçue dans les établissements de soins publics (Stenberg et al., 2017). Dans ce sens et dès les années 90, la qualité de l'offre est apparue également comme facteur à considérer bien que sa mesure reste un sujet de débat scientifique (Ellis et Mwabu, 1991; Mwabu et al. 1993; Lavy et Germain, 1994; Akin et al., 1995, Mariko, 1999) comme le signalent certains auteurs (Dieng et al., 2015).

De façon synthétique, les études microéconomiques menées dans les pays en développement révèlent que le recours ou pas au système de santé (constituant la première étape du parcours de l'utilisateur) est vigoureusement concurrencée par l'automédication (moderne ou traditionnelle), la perception négative de la qualité et du coût des soins (Brunet-Jailly, 1999), des facteurs liés à l'accessibilité géographique, les moyens économiques, la confiance dans le système de santé et à l'existence de barrières culturelles (Roland-Ramzi, 2012). Enfin, dans une perspective plus globale, Boidin a récemment expliqué que les relations entre couverture sanitaire et recours aux services de santé, en Afrique par exemple, ne pouvaient être optimales que dans le cadre de politiques intégrées où l'offre est un maillon essentiel (Boidin<sup>a</sup>, 2018).

## **Section 2 : La CSU : une nécessité politique, sociale et économique**

### **2.1. La couverture universelle de santé : les grands principes théoriques**

L'objectif de la mise en place de la couverture sanitaire universelle est également de diminuer les difficultés financières inhérentes à l'accès au service de soins. La couverture sanitaire universelle implique l'existence d'un système de santé efficient, la mise en place d'une organisation basée sur l'équité, l'accès aux structures de soins, aux technologies médicales et aux médicaments et la disponibilité de professionnels en nombre suffisant, bien formés et motivés.

Dans un souci d'évaluation des progrès accomplis dans le processus de mise en place de la couverture sanitaire universelle, l'OMS a développé une analyse tridimensionnelle basée sur la largeur, la hauteur et la profondeur du processus.

- La largeur définit la proportion de la population ayant une couverture médicale. Elle met en avant la quantité de population couverte. Dans ce cadre, il conviendrait de considérer à part les plus démunis en leur assurant des soins gratuits ou en leur demandant une contribution minimale ;
- La hauteur définit la proportion de la totalité des coûts supportée par le préfinancement (financement direct des ménages). L'objectif sur le long terme est de ramener les paiements directs en deçà de 15 à 20% du coût total ;
- La profondeur définit les soins disponibles pour répondre aux besoins sanitaires.

L'un des objectifs majeurs des acteurs institutionnels nationaux et internationaux notamment l'OMS est d'atteindre la CSU pour un niveau élevé de la population sans conséquences financières sérieuses. Ceci voudrait dire que l'utilisateur doit accéder à des services de santé de qualité qui répondent à ses besoins sans avoir des difficultés financières (OMS, 2000). Le rapport de référence de l'OMS dans le domaine ; « Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle », met en exergue « les trois domaines fondamentaux du financement de la santé, qui sont :

1. Collecter suffisamment d'argent pour la santé ;
2. Supprimer les barrières financières à l'accès et réduire les risques financiers liés à la maladie ;
3. Faire un meilleur usage des ressources disponibles [...] » (OMS, 2010, p. 4).

En 2017 une majorité de pays restaient au-dessous des ambitions de la couverture sanitaire universelle posant la question de la nécessité de garder les trois dimensions ou en privilégier une sur l'autre (Jamison, 2013) ou s'interrogeant sur le degré d'équité qu'on est en droit d'en espérer (O'Connell et al., 2014). En effet les pays ne sont pas tous capables de façonner une offre de santé complète, mais ils sont dans l'obligation de garantir au moins les services essentiels à la majorité (soins de santé de base). Dans ce sens le rapport de suivi de l'OMS de 2017, prévoit plusieurs méthodes pour évaluer le système de la couverture de santé universelle et détaille un nombre important d'indices. Nous nous intéresserons à l'indicateur 3.8.1 des objectifs du développement durable qui concerne les services de santé universels.

En effet, l'indice se base sur un mécanisme pluriannuel d'analyse comprenant des examens mondiaux, des études de cas par pays, des consultations avec les responsables de ministères de la Santé et une consultation officielle de l'OMS avec les États Membres. Il s'articule autour de quatre principes directeurs, mais dont certains ne peuvent être pour l'heure pleinement suivis faute de disponibilité de certaines données. Le premier principe directeur concerne la préférence accordée aux mesures de couverture effective des services. Le deuxième principe, en accord avec la définition de la CSU, implique que l'indice devrait inclure des indicateurs associés à différents types de services, à savoir : la prévention (y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies), des indicateurs liés au traitement (notamment les services curatifs), la réadaptation et les soins palliatifs.

Il convient de noter que sont également compris les services et interventions extérieurs au secteur de la santé mais qui ont pour vocation principale l'amélioration de la santé (intersectorialité). Le troisième principe prévoit que l'indice couvre tous les principaux domaines liés à la santé reproductive, ainsi qu'à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et les traumatismes.

L'indicateur 3.8.1 prévoit quatre catégories d'indicateurs devant être ventilés par la dimension de l'inégalité ; on parle de :

- La santé reproductive de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;
- Les maladies infectieuses
- Les maladies non transmissibles ;
- La capacité des services et l'accès.

Selon le rapport de suivi de l'organisme onusien en charge de la santé, les résultats de l'indicateur 3.8.1 des objectifs du développement durable montre que les valeurs de l'indice de couverture des services de la CSU vont de 22 à 86 dans 183 pays, avec une valeur médiane de 65. Le Maroc étant à un indice de 65 et un niveau de dépenses catastrophiques (équivalent à au moins 25% du revenu du ménage) lié à la santé parmi les plus élevés au monde (indicateur 3.8.2 de 2,7%).

## **2.2. La protection financière dans le cadre de la CSU : une chimère ou un leurre ?**

On parle de la protection financière quand les usagers ayant besoin de soins ne rencontrent pas des difficultés financières à leur demande de soins (OMS, 2017). La relation entre les dépenses catastrophiques de santé et la qualité de vie a été montrée y compris dans les pays à revenu élevé (Seung Hyun Kang et al. 2018). Les données de l'OMS et de la Banque mondiale pour 2017 montrent encore que les dépenses en santé continuent d'appauvrir des millions d'individus. En effet, « 808 millions de personnes (11,7 % de la population mondiale) ont dû faire face à des dépenses catastrophiques au regard du seuil de 10 %. Au vu du seuil de 25 %, le chiffre est de 179 millions (2,6 % de la population et 2,7% au Maroc). Ces seuils font tous deux parties de l'indicateur 3.8.2 des ODD, indicateur des dépenses catastrophiques, définis comme « la proportion de la population dont les dépenses de santé représentent une large part du montant total des dépenses ou du revenu du ménage ». L'Amérique latine et les Caraïbes ont le taux le plus élevé au seuil de 10 % (14,8 %), suivies de l'Asie (12,8%), région qui compte

le plus grand nombre de personnes confrontées à des dépenses catastrophiques (Pallegedara et al, 2018).

En 2018, on estimait à 97 millions le nombre de personnes appauvries par les dépenses de santé au regard du seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour, soit 1,4 % de la population mondiale. Le chiffre était de 122 millions de personnes au regard du seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011, soit 1,8 % de la population mondiale. Au vu de ces deux seuils internationaux « santé-crash », les taux d'appauvrissement dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé sont proches de zéro ou nuls (WHO and the World Bank Group, 2017).

## **2.3. Impact de la CSU dans les pays à revenu faible et intermédiaire**

### **2.3.1. Les pays à revenu intermédiaire**

Le secteur de santé au niveau de la méditerranée orientale par exemple se caractérise par une forte composante du secteur public hospitalier qui fournit plus de 70% des lits. Les utilisateurs ont la liberté de choisir l'établissement ou le prestataire de soin. Il est à noter qu'en Iran, Turquie ou Tunisie par exemple, il n'existe pas de système d'orientation des soins, néanmoins on note une tendance à choisir le médecin généraliste « au détriment » du spécialiste sauf si ce dernier est un médecin de famille (LeBaron et Schultz, 2005). Le tarif des prestations de santé peu élevé permet aux utilisateurs de consulter facilement un médecin spécialiste. En Turquie, l'enjeu de la CSU est basé sur 4 grands principes : un panier de soins pour tous, une caisse unique, la séparation du financement et de la prestation et un rôle important de la médecine de famille et du secteur privé. En Iran, la CSU a été mise en place de façon concomitante à une réforme des hôpitaux et au système existant de l'assurance maladie.

Ce choix prononcé qu'ont les utilisateurs, permet dans une certaine mesure de réduire les inégalités dans l'accès aux soins, favorise la concurrence entre les prestataires de soins et accroît la réactivité et l'efficacité des prestations. Plusieurs travaux ont confirmé que les patients (in-patients et out patient), sur la base des études qualitatives et quantitatives, sont fortement influencés par le type de service, le type de l'hôpital, les tarifs, la localisation, la réputation, l'environnement physique l'expérience du corps professionnel, les comportements interpersonnels, la réputation de l'hôpital mais aussi et surtout l'assurance maladie (Wenya et al.,2016).

Dans ces différents pays, les critiques de l'inefficience de l'assurance maladie ne sont pas liées à l'accès aux services de santé, mais plutôt à la multiplicité et fragmentation de régime de couverture médicale, à la vulnérabilités des personnes vivant en milieu rural et surtout aux dépenses catastrophiques de santé (14,5% en Chine, 54,8% au Ghana, 76% au Soudan et 63% au Maroc)

En résumé, les défis réels de la CSU au niveau des PRFI ne sont pas liés à l'accès ou à la demande mais se résument globalement en trois points : faible engagement politique , faible gouvernance participative avec une offre inadaptée et une faible implication du secteur privé dans les missions de service public.

### **2.3.2. La CSU en Afrique : des résultats paradoxaux**

En Afrique, l'accès aux services de santé revêt un caractère d'urgence et la santé reste l'une des priorités majeures exigeant des dépenses publiques considérables. En effet, l'utilisateur Africain a peu accès aux services sanitaires de base et n'est pas protégé des risques financiers liés à la santé. La CSU prend un caractère d'urgence et les enquêtes menées dans 27 pays africains démontrent que les utilisateurs se plaignent fortement des coûts élevés, du temps d'attente jugé très long et du comportement irrespectueux des prestataires (OMS, 2018). La couverture sanitaire universelle est relativement faible dans la majorité des pays d'Afrique (indice de couverture de la CSU de 44) et les enquêtes menées auprès des ménages pendant la période 1990-2014, révèlent que des millions d'utilisateurs subissent des dépenses de santé jugées « catastrophiques » entraînant leur paupérisation (Seung Hyun Kang, 2018 ; Zeng et al, 2018).

Il est à rappeler que la couverture sanitaire universelle (CSU) est une cible générale de l'ODD 3 qui se base sur deux principales variables que sont la durabilité et l'universalité ; et couvre six domaines :

- La disponibilité des services essentiels (par cohorte d'âge) ;
- La couverture des interventions essentielles pour les cibles de l'ODD3 (préventif, curatif, palliatif et promotion de la santé) ;
- Protection contre les risques financiers (contre les dépenses de santé catastrophiques) ;
- La satisfaction à l'égard du service (adaptation aux besoins de la population) ;
- La sécurité sanitaire (prévention, détection et riposte aux flambées épidémiques).

- La couverture des cibles liées à la santé ne relevant pas de l'ODD3 (Social, économique, environnemental, politique).

Ainsi la demande de soins particulièrement pour les populations vulnérables (enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les adolescents et les personnes âgées) est un défi majeur pour la CSU en Afrique en raison de l'insuffisance voire l'absence de plusieurs services de santé (OMS et BM, 2018). Bien que la disponibilité des services ne veut pas dire qu'ils sont susceptibles d'être utilisés (niveau de d'utilisation) comme prévu par les utilisateurs ou qu'ils sont de qualité (niveau de satisfaction) signifiant tout l'enjeu de la demande effective de soins (c'est à dire celle adressée aux soignants) qui renvoie à la prédisposition des personnes à utiliser les services curatifs et préventifs. En effet une demande faible pourrait signifier une offre non appréciée par les usagers ou inaccessible.

Par ailleurs, le score de la demande dans les pays africains est relativement élevé par rapport aux autres mesures de performance. Ce score signifie que les systèmes de santé fournissent les services dont les gens ont besoin pour assurer leur santé et leur bien-être. Il est néanmoins possible de le faire progresser puisqu'il est de 67 % de la demande effective et ne parvient pas à atteindre une performance efficace. La demande effective varie considérablement d'un pays à un autre et, dans les pays à très faible revenu, elle représente la moitié de celle des pays ayant le niveau de revenu le plus élevé. Cette situation peut refléter les différentes approches adoptées pour accroître la demande effective, parmi lesquelles la politique liée à la CSU. Selon l'OMS « Seuls les petits États insulaires en développement (PEID) ont une demande effective clairement supérieure à celle des autres pays » (OMS, 2018).

En matière d'offre, les pays africains n'ont pas réussi à maximiser la couverture des besoins de santé de base pour faciliter l'évolution vers une CSU efficiente. La valeur de l'indice d'utilisation de l'ODD 3 de 0,57 indique que les populations de la région n'utilisent que 57 % des interventions nécessaires à l'atteinte des cibles de l'ODD 3, ce qui est un faible niveau d'utilisation. Comparé aux autres fonctions de santé publique, le contrôle des maladies transmissibles obtient le score le plus élevé (0,76) bien que le quart de la population ne bénéficie toujours pas des traitements adaptés. Le score des MNT est le plus bas (0,44) indiquant une très faible utilisation des traitements visant à prévenir ces maladies, ce qui est paradoxal avec le fardeau élevé des MNT dans la Région africaine et au Maroc également.

Le score régional africain indique également des différences entre les pays et à l'intérieur de ces pays. En effet à l'échelon régional, le score d'utilisation varie de 0,36 à 0,79 reflétant ainsi



les différents déterminants d'utilisation existants. Seuls quatre pays (l'Algérie, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles) ont obtenu un score supérieur à 0,70 qui indique une forte utilisation des interventions liées à l'ODD 3 (OMS, 2018).

Dans un souci d'analyse de l'état actuel des services dans les pays de la région africaine, les scores de chacune des six dimensions des services de santé et services connexes ont été consolidés par l'OMS. La valeur du score global pour l'ensemble de la région était de 0,48 cela signifie que la région ne peut assurer que 48 % des services de santé et autres prestations susceptibles d'être fournis à sa population. De même, le rapport du bureau régional de l'Afrique de l'OMS montre que le score de disponibilité des services de santé essentiels pour la région d'Afrique est de 0,36 et qu'en moyenne les pays de la région ne fournissent que 36 % des services essentiels, et donc ils ne peuvent satisfaire que le 1/3 des besoins de base de leurs populations. Ce besoin concerne aujourd'hui le contrôle des MNT (les infections respiratoires chroniques, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète et le cancer par exemple) en luttant contre quatre facteurs de risque (l'abus d'alcool, la sédentarité, la mauvaise alimentation et le tabagisme).

En effet un habitant africain âgé de 30 à 70 ans à 20,7% de risque de mourir de l'une de ces MNT majeures, une probabilité qui correspond à la tendance mondiale, soit 19,4 %. La probabilité la plus faible de mourir de ces maladies est enregistrée dans la Région des Amériques (15,4 %) et dans la Région européenne (18,4 %), probablement en raison d'une meilleure accessibilité, d'une couverture médicale et des services très spécialisés dont bénéficient les populations dans certains pays.

### **Section 3 : Le cheminement sans issue vers la CSU : Le « plan d'ajustement sanitaire » des organismes internationaux**

#### **3.1. « Un cube qui ne tourne pas rond »**

Les organismes internationaux considèrent la CSU comme élément essentiel des ODD et ont défini avec l'OMS (pour ne pas dire déterminé) les axes de son cheminement qu'ils ont déterminé sous forme d'un « cube » à trois paramètres. Il s'agit de la population couverte, des services offerts à la population et du reste à charge pour les patients. Ces trois dimensions vont déterminer l'effectivité de la couverture. (Nauleau et al., 2013). L'OMS estime que la réalisation

de ce cheminement vers la CSU est tributaire de la capacité des États à mobiliser des ressources et à les redistribuer pour améliorer l'accessibilité aux services de santé, assurer une prise en charge de qualité, réduire la charge financière sur les ménages et in fine tendre vers plus d'équité et de cohésion sociale (WHO, 2018). Cependant, les chiffres avancés par ces mêmes organismes en 2018 (l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et la Banque Mondiale (BM)), montrent que la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas encore d'une couverture totale pour les services essentiels, que la qualité du suivi de maladies chroniques est très insuffisante et que des millions de femmes et d'enfants ne reçoivent toujours pas les prestations essentielles de santé .

De même plusieurs auteurs dont Ridde ont insisté sur l'importance de baser les stratégies publiques internationales et nationales sur des évidences scientifiques (études empiriques) même si les enjeux politiques sont à considérer. Un des éléments du cube qui est la charge financière pour la population n'a pas toujours été résolu par les politiques « ambivalentes » d'abolition des frais de services de santé dans certaines situations. Dans plusieurs PRFI, le reste à charge continue d'être un problème surtout chez les populations vulnérables (Ridde, 2015 ; Nabyonga, 2011).

Ainsi la politique de gratuité a posé de sérieux problèmes au Mali et au Niger par exemple pour des raisons de mise en œuvre. Elle a été à certains égards un risque pour la pérennité du système de santé. En effet les organismes internationaux ont fait la même erreur qu'avec le secteur éducatif en privilégiant la quantité sur la qualité au nom de l'universalité de l'accès. Dans certaines situations il a même été observé des effets pervers des aides internationales sur les structures de santé (De Sardan et Ridde, 2018). L'exemple de l'Éthiopie qui a suivi à la lettre les recommandations de l'OMS en matière de création et mise en place de la CBHI (Community Health Base Insurance) et de la SHI (social health Insurance) est à ce titre éloquent. Les soins anténataux et la planification familiale restent problématiques du fait de la sous-estimation des capacités et de la motivation des professionnels face à une demande grandissante expliquent Lagarde et al (2019).

L'engagement des États, le soutien technique et financier d'organismes internationaux, les différentes actions de bailleurs de fond n'ont pas encore permis de visualiser de façon efficiente la progression vers l'universalité de la couverture sanitaire. Il est à redouter que cet objectif ne connaisse le même sort que « La santé pour tous en l'an 2000 », les OMD ou encore les projets de mise en place de l'assurance qualité. En effet, il faut reconnaître objectivement que l'on reste

loin des objectifs tracés et que les fossés entre pays riches et pauvres ou entre catégories socio-économiques au sein d'un même pays ou entre assurés et non assurés deviennent de vrais précipices dans beaucoup de cas.

Ce constat général n'occulte pas les résultats parfois spectaculaires en matière de contrôle voire d'éradication de maladies transmissibles ou encore les avancées en matière de financement ou management du système de santé. La réalité est que la progression de la CSU est lente et a généré dans certains pays dont le Maroc, des effets inattendus voir pervers sur certains indicateurs. La mesure par l'indice de couverture des services, pour les pays où les données sont disponibles, montre l'écart important entre pays riches et ceux à revenu faible ou intermédiaire (RFI) (écart entre 22 et 86), les difficultés d'accès aux services de santé utiles, l'indisponibilité des moyens de diagnostic, la rareté des médicaments et la charge financière persistante sur les ménages (OMS et BM,2017 ; Hogan, 2018). Dans notre réflexion, nous n'avons pas choisi de reprendre les idées maintes fois soulignées dans les rapports et les déclarations de l'OMS et de la BM, à savoir que pour atteindre l'universalité de la couverture sanitaire il faut exhorter les États à mobiliser des ressources pour la santé et à améliorer leur redistribution ou encore que la CSU est sous tendue par trois dimensions d'un modèle qu'il suffit de réaliser.

Ce modèle repris et sans cesse défendu dans la littérature thématique donne l'impression qu'il est fonctionnel à condition de prendre en compte la spécificité de la démarche de sa mise en œuvre pour chaque pays et le fait qu'il n'existe pas de modèle parfait ni de modèle international qui pourrait être plaqué partout. Dans ce sens nous considérons que le rôle de l'expert devient alors dangereux dans la production de vérités, leur maintien, leur reproductibilité et à la limite leur subversivité. Ce qui nous amène à nous poser deux questions. La première à propos du mode de production de ses vérités et la deuxième à propos du mode d'utilisation de ses vérités.

Nous pensons que ce modèle n'est pas neutre car il traduit les choix de ceux qui l'ont produit. Il ne peut pas être universel car les pays ne sont pas similaires et il ne peut pas être parfait car il est facilement altérable par l'insuffisance d'information fiable et vérifiable qui le nourrit. Nous allons questionner les assises théoriques du modèle car bâtir un modèle relatif à une politique publique est une tâche délicate. Il nous paraît légitime, avant d'inférer et de l'ériger comme modèle, de nous demander si la vérité contenue dans ce « cube » est une vérité de faits, elle impose, alors, de prendre en compte non seulement sa contingence mais aussi la possibilité d'occurrence de son contraire et c'est plutôt ce que nous pensons qu'elle est.

## **3.2. Caractéristiques du modèle**

### **3.2.1. Les valeurs**

Notre réflexion à propos du modèle ne s'est pas limitée aux objectifs de l'universalité de la couverture sanitaire, aussi louables soient-ils, mais aux valeurs qui les soutiennent. Pour nous, ce modèle n'est pas un modèle de développement mais plutôt un modèle de croissance pas toujours adapté aux PED et basé sur deux piliers. Le premier pilier étant le besoin d'aide financière extérieure par manque de ressources dans les PED. Le second étant la coexistence de structures traditionnelles et de structures industrielles poussant les experts à proposer des modèles plurisectoriels.

Le modèle plurisectoriel considère que le développement de certains secteurs en entrainera d'autres dans son sillage dès lors que le choix de l'écosystème leader permet d'intégrer les dimensions socio-économiques et humaines. Ce genre d'approche considère que les PED sont « désarticulés », « désorientés », « démunis » et qu'il faille leur importer un modèle préconstruit occidental ou institutionnel en l'occurrence qu'ils vont suivre. Le danger est double, tout d'abord parce que les concepts « considérés comme réussis » sont développés dans des pays riches et ensuite parce que les mises en œuvre sont destinées aux PED qui devront « s'adapter » aux modèles.

En résumé, nous pensons que cette démarche de « proposer (pour ne pas dire imposer) un modèle à suivre est sujette à caution. Elle réduit la diversité intra et inter étatique et ne tient pas toujours compte d'une réalité de terrain. En effet par la similitude de l'approche, elle considère les PED comme étant similaires. Deux pays dans la même région peuvent ne pas avoir la même vision, le même vécu, les mêmes moyens et les mêmes objectifs (Maroc et Tunisie par exemple) et avoir des indicateurs de la CSU identiques. Ensuite cette démarche est sujette à caution en raison de l'harmonisation des variables du modèle qui est alimenté par un système d'information variable d'un pays à l'autre voire au sein du même pays. En fait ce lissage des variables peut à lui seul tronquer le modèle.

### **3.2.2. Les variables**

Ce « cube » est basé sur un modèle qui met une relation déterminante (pour ne pas dire causale) entre des variables explicatives et une variable expliquée (la CSU en l'occurrence) et une relation déterministe entre les variables explicatives elles-mêmes. Il suppose qu'il n'y a pas de

cause implicite qui puisse modifier le modèle. Ce dernier part de l'hypothèse de la linéarité des variables mais dans le domaine politique et sociologique en particulier l'absence de relation linéaire entre les variables, en présence de distributions qui ne sont pas normales, ne permet pas de conclure qu'il n'y a pas de relation entre ses variables. Ce qui peut rendre la proposition de développer l'une ou l'autre des trois dimensions du cube difficilement opérationnelle.

Chaque pays qui s'engage dans le processus d'étendre la couverture sanitaire se voit obligé de faire des choix qui ont une grande charge éthique. Quel service de santé à prioriser pour quel groupe de population et avec quel système de prépaiement. Au-delà des aspects éthiques de justice et d'équité, il y a les choix politiques de chaque pays qui habillent ses actions publiques et par conséquent il y a la contrainte économique de collecte de fonds pour la santé et de leur redistribution. Ce qui nous amène à questionner le processus de mise en place de la CSU.

### **3.3. Mode d'utilisation du modèle**

Depuis 2005, la CSU est présentée non comme une nécessité de soins mais comme une nécessité de financement des systèmes de santé. Le financement des systèmes de santé constitue la référence de la CSU (Paul. et al. , 2016). L'OMS a identifié trois fonctions du système de financement de la santé : la collecte de fonds, leur mise en commun et l'achat de services. Le modèle proposé sépare clairement la fonction de financement de la santé et la fonction d'achat de services.

#### **3.3.1. Collecte de fonds**

Dans ce domaine les études abondent sur l'augmentation de l'espace fiscal pour collecter suffisamment d'argent pour la santé. Les voies proposées pour réaliser ce qui est défini comme équité verticale englobent un ensemble de mesures qui tournent autour de l'augmentation des recettes fiscales, parafiscales et des emprunts pour des pays en majorité surendettés et où le secteur informel pèse lourd dans leur économie.

Tous les PED connaissent des difficultés économiques et se trouvent devant obligation de traiter avec le FMI et/ou la Banque Mondiale (sauf Cuba et la Corée du nord). Le problème doit donc être posé en termes politiques car les PED sont dans des configurations économiques où ils n'ont que le choix de se soumettre aux exigences de ces deux institutions et à accepter leur

« directives » plus ou moins freinée lors des négociations, en fonction du système de gouvernance et de la souveraineté des pays (cas des quatre pays dits dragons :

La Corée du sud, Hong Kong, Singapour et Taïwan) ou l'intervention des deux institutions a été bénéfique. Dans les autres PED, leur intervention semblait rendre plus pauvre les États pauvres en raison des ajustements structurels restrictifs des politiques sociales et économiques des années quatre-vingt (cas du Maroc dans les années 80 et de l'Argentine dans les années 2000).

L'équation devient alors insoluble. L'OMS et la BM proposent d'augmenter la collecte de fonds pour la santé dans des pays soumis aux politiques de régulation de l'économie par le biais des finances. Ces mêmes pays quand ils cherchent à avoir de la liquidité devront, en contrepartie d'obtention des crédits, réduire le déficit de la balance des paiements et ce en coupant dans les dépenses publiques, en augmentant les impôts, en privatisant, en libérant le marché du travail... La conséquence fût la « vulnérabilisation » encore plus profonde de pans de leurs populations. En fait la BM dans ses projets de lutte contre la pauvreté se trouve confrontée à des résultats inhérents aux coupes dans les dépenses sociales imposées par le FMI. Cette situation perdure malgré que depuis 2008 ces deux institutions, qui devaient réguler et stabiliser l'économie mondiale, n'y arrivent plus. Le taux d'échec des projets financés par la BM reste supérieur à 50% et le FMI est souvent critiqué en raison d'une certaine opacité d'octroi des fonds. Bien plus, cet alignement dans le sens d'une doctrine particulière a nourri un système néolibéral qui a fragilisé les États, imposé une forme d'habillage idéologique spécifique et crée une injustice par rapport aux politiques publiques sociales.

### **3.3.2. Services couverts**

Cette dimension du modèle reste imprécise et pose la question légitime de sa faisabilité du moment que le modèle sépare la fonction de collecte de fonds et celle d'achat de services. En fait, il réduit le rôle de l'État à la régulation. Il nous parait, dans ce contexte, difficile de réaliser l'équité horizontale car l'articulation du public-privé répond à des dynamiques différentes de marchandisation ou non de la santé.

Les priorités pour la CSU relatives aux types de services (préventifs, curatifs, adaptatifs, palliatifs ou promotionnels), aux niveaux de soins (primaire, secondaire ou tertiaire) ou aux

profils du prestataire de service (public, privé) sont autant de questions à poser pour les différents pays engagés dans la CSU.

Les choix sont difficiles car les outils d'aide à la décision permettant de prioriser tel service ou tel autre, exigent le prérequis de disposer d'un système d'information solide, fiable, de qualité, actualisé et réactif. Ils nécessitent la disponibilité d'indicateurs objectivement vérifiables, de disposer d'enquêtes ponctuelles et d'études régulières concernant la charge de morbidité et les causes de mortalités. Enfin ils impliquent de disposer de différents baromètres de santé qui agrègent les données sanitaires avec celles socio-anthropologiques et culturelles. En effet l'utilisation des services de santé ne dépend pas uniquement de sa « présence physique » mais de sa qualité, sa continuité et son « outcome ». Ils sont en fait conditionnés par les connaissances, comportements, attitudes et croyances des populations qui existent dans un environnement spécifique. Devant l'insuffisance de ces outils dans la majorité des PED, les pays priorisent selon les directives d'organisme internationaux et qui peuvent ne pas correspondre à la configuration du trépied besoin-demande-offre.

Nous pensons que l'information est un « pouvoir » que les États ont tout à gagner à assoir pour que le système d'information joue son rôle. Qu'il puisse remonter des informations valides et utiles à la planification stratégique et non à la consommation des politiques internes ou externes. Les choix sont aussi difficiles car le modèle proposé semble mettre au-devant une vision décomposée du système de santé qui n'est plus perçu comme un réseau intégré (Sengupta, 2014) . Cette situation au lieu d'améliorer l'utilisation des services de santé peut ériger des barrières à l'accès ou à un renoncement aux soins par les populations les plus vulnérables.

### **3.3.3. Coûts couverts**

Le modèle propose, pour réduire les paiements directs, la mutualisation des fonds, la mise en place progressive des cotisations obligatoires proportionnelles à la capacité de payer et la réduction des paiements directs pour les services de santé de base (prioritaires). (OMS, 2015). La question de l'étendue des coûts couverts est cruciale pour l'ensemble des PED. La réduction des paiements directs pour les groupes les plus vulnérables (« gratuité » des soins au niveau primaire, régimes d'aide pour les plus démunis...), ne semblent pas être des initiatives contribuant à l'apport de tous les bénéfices escomptés théoriquement. Elles contribueraient même à créer des effets paradoxaux de « médecine à vitesses différentes », de qualité discutable

des prestations, d'aggravation des dépenses catastrophiques des ménages et de genèse de paiements indirects voire illicites (nous verrons le RAMED au Maroc qui en est un cas d'école). L'augmentation de l'assiette fiscale peut aussi créer un climat social congestionné et suspicieux (cas de politique fiscale prônée par le Maroc ces trois dernières années) par manque de transparence par son caractère « aléatoire » et surtout inéquitable.

### **3.3.4. Population couverte**

La dualité du tissu économique des PED, la précarité des emplois, la pauvreté, le chômage, le surendettement constituent des contraintes qui isolées ou réunies posent des problèmes éthiques et de capacité financière à décider des populations à couvrir en priorité. Les choix des populations à inclure en premier sont difficiles pour les mêmes raisons que précédemment. Ils dépendent de la définition que donne le pays à la vulnérabilité, à la pauvreté, à l'extrême pauvreté et aux données factuelles sur les structures de fonctionnement des ménages et les types de consommation. Les concepts de classes sociales liés aux modes de production, de détention de richesses restent valables. Encore une fois le choix se fera sur les données des recensements d'enquête en faisant participer toutes les forces sociales dans un climat serein pour limiter les tendances à la fraude (choix de population vulnérables pour le RAMED au Maroc est un cas édifiant). Ces choix dépassent le secteur de santé et s'inscrivent dans le cadre d'une politique globale et intégrée de lutte contre la pauvreté. En effet les projets de développement économiques réels doivent être mis en œuvre sur le terrain pour éviter que les actions menées jusqu'à maintenant confortent les politiques d'assistanat et ne renforcent pas la « capacitation » des populations à sortir de l'engrenage de la pauvreté. A travers des projets de société pour améliorer l'éducation et lutter contre l'analphabétisme, ou encore à travers des projets de développement qui auront de l'impact direct sur les populations enclavées géographiquement (exemple de l'INDH au Maroc) ou enfin à travers des politiques sociales qui responsabilisent les acteurs par la promotion de la reddition des comptes, la lutte contre l'économie de rente et l'organisation du secteur informel.

Pour mesurer la progression de la CSU, l'indice de couverture des services a été développé par la BM et défendu par l'OMS comme étant un indice pouvant servir de référence entre les pays. Nous nous sommes basés sur ce classement pour le choix des exemples que nous citons même si nous avons des réserves sur l'acuité du classement lui-même. Il pourrait être exploitable pour analyser les tendances et non à un temps donné. Le classement des 183 pays, pour lesquels les



données de 2015 ont été exploitées varie de plus de 80 pour les pays riches à moins de 35 pour les pays à faible revenus (Hogan, 2018). Nous sommes « dubitatifs » devant les arguments avancés pour expliquer la position des pays en fin du classement en raison des conflits armés qui y sévissent. Comment expliquer alors les indices des pays comme l'Iraq et la Lybie (63) ou la Syrie (60).

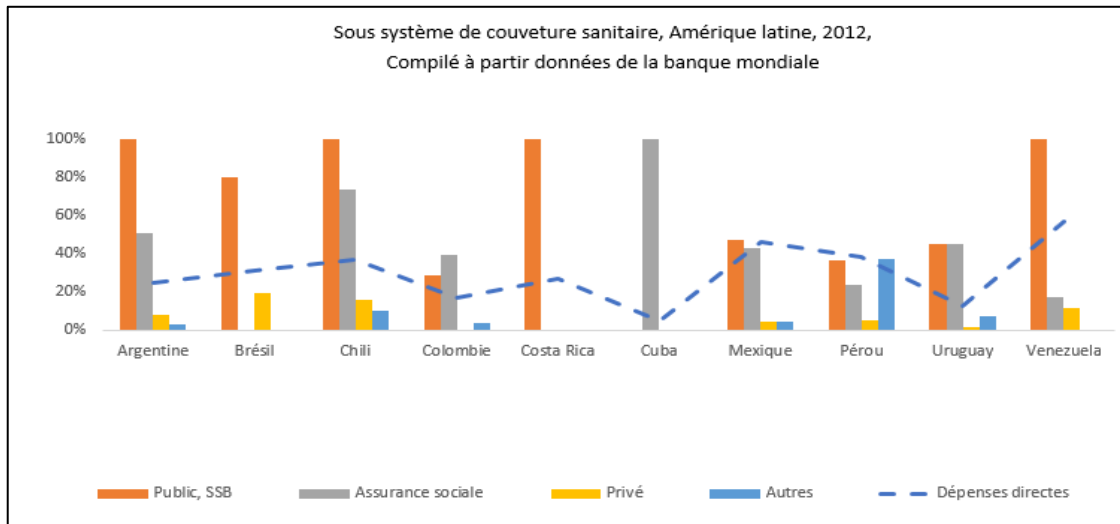
S'il est clair que la mise en place de la CSU au sein d'un pays est l'aboutissement à un droit aux soins, il n'en demeure pas moins qu'elle soulève de nombreuses interrogations vu qu'elle n'est pas tributaire du système de santé mais plutôt de plusieurs politiques publiques (Ottersen, et al., 2014). Les experts et les « directives des organisations internationales n'ont pas tenu compte des réalités locales et particulièrement des conditions d'expression de ce droit, des capacités de performance et de résilience des systèmes de santé (Robert, Lemoine et Ridde , 2017). De façon claire aussi bien l'OMS que la Banque Mondiale savaient que le principe de la CSU serait porté par l'ensemble des pays surtout les plus pauvres en raison de l'enjeu politique qu'elle représente et de leur propres agendas nationaux. Mais en pratique cela était une mission impossible car les systèmes de santé des PRFI sont fragiles (une santé publique défaillante et une médecine à plusieurs vitesses), les ressources disponibles inadaptées aux nouveaux besoins de soins pouvant être générés par la CSU et la gouvernance inefficente (Deville et al, 2018) ;

### **3.4. Cas de quelques pays d'Amérique latine**

Les contextes politique et historique des pays d'Amérique Latine ont impulsé une critique précoce de la société civile qui s'est opposée aux politiques restrictives du FMI, en particulier au Costa Rica et au Mexique. La santé comme un droit fondamental est devenue une revendication essentielle. Ces pays n'ont pas tous été des « exécutants » passifs du consensus de Washington. Depuis 1980, pour améliorer l'accès aux services de santé, nombre de ces pays ont adopté deux stratégies globales intégrées. L'exemple de la lutte contre la pauvreté par des programmes de transfert monétaire conditionnels visant les femmes et les populations les plus vulnérables est un bel exemple. Les plus connus sont la *Bolsa familia* Brésilienne et l'*Oportunidades* Mexicaine. Le cas également de la réforme du système de santé à travers les soins de santé primaires complets touchant la santé maternelle et infantile est à souligner.

Les systèmes de santé rencontrés sont soit un système de santé unifié financé par les impôts (Brésil, Cuba et Costa Rica), soit des sous-systèmes fragmentés et parallèles d'assurance et de prestations entraînant une ghettoïisation (Argentine, Chili, Colombie, Mexique, Pérou, Uruguay et Venezuela). Ces pays ont majoritairement des indices de couverture des services élevés : Argentine (76), Brésil (77), Chili (70), Colombie (76), Costa Rica (75), Mexique (76), Pérou (78), Uruguay (79) et le Venezuela (73).

**Graphique 7: Les sous-systèmes de couverture sanitaire en Amérique latine**



Si ces politiques ont permis de sortir de la pauvreté 60 millions de personnes, d'augmenter les dépenses pour la santé et d'étendre la couverture sanitaire, les iniquités continuent à fragiliser ces avancées. Les facteurs de vulnérabilité sont multiples. Ils sont socio-économiques, en particulier les disparités sociales entre les quintiles les plus riches et ceux les plus pauvres ainsi que la corruption, l'inflation et le ralentissement de la croissance économique depuis la crise de 2008. Ils sont politiques, surtout concernant la décentralisation non régulée qui risquent de créer des poches de « laissés pour compte ». Ils sont organisationnels, touchant la fragmentation des systèmes de santé, la dérégulation du privé et la segmentation du financement (à l'exception de Cuba, du Costa Rica et du Brésil). Ils sont financiers, relatifs à la part que représentent les paiements directs qui restent très élevés dans les pays à forte représentativité du secteur privé. Ils sont liés à la charge de morbidité globale avec les transitions démographiques et épidémiologiques que connaissent ces pays. Triples fardeaux des maladies transmissibles, non transmissibles et des accidents liés à la violence et à l'usage de drogues. Ils sont urbanistiques, liés à l'extension de mégapoles avec de larges population vivant en périphérie et non couverts par les services de santé.

Cette situation nous conforte dans notre raisonnement. La progression vers une CSU est tributaire de choix politiques et d'engagement réel de l'État dans la mise en place d'un système de santé unifié, intégré et réactif guidé par le principe d'équité et de justice.

Nous avons souligné la nécessité d'avoir un système d'information fiable, réactif et permettant de calculer des indicateurs objectivement vérifiables de même que la nécessité d'avoir des enquêtes ponctuelles pour attester de la véracité des données rapportées. Certaines études relèvent des situations paradoxales concernant la mise en place de la CSU aussi bien pour le taux de couvertures qui peuvent masquer les inégalités existantes en réalité que la fraude par rapport aux proportions des paiements directs qui peuvent cacher la non adéquation entre les besoins réels des populations vulnérables et les services couverts.(Lagomarsino et al., 2012)

### **3.5. Cas de quelques pays Africains**

L'Afrique peut être subdivisée en sous-systèmes en matière de CSU eu égard aux multiples modèles soient hérités de la colonisation soient initiés ou repensés depuis le début des années 90 (Wright et al, 2019). Le Burkina Faso, qui est un exemple de modèle de la CSU en Afrique francophone, s'est engagé pour mettre en place une assurance maladie généralisée avec l'objectif ultime d'atteindre la CSU en 2025 et un objectif intermédiaire d'atteindre 20% de la population couverte en 2017 (réparti entre secteur formel 85% et secteur informel et rural 10%). Pour la collecte de fonds pour la santé ce pays s'appuie sur un système mixte. Étatiste contributif de ceux qui peuvent payer et une subvention totale par l'État pour les plus pauvres. En 2013 la couverture était de 1.5% par des régimes privés prépayés. Le pays ambitionnait de couvrir par l'État de 80 à 100% des prestations de soins primaires, secondaires et tertiaires et une subvention de 100% pour les « indigents » et des subventions partielles pour le secteur rural et informel. La gratuité couvre la santé maternelle et infantile et certaines maladies comme le paludisme, la filariose lymphatique et du ver de Guinée et l'infection par le VIH ; par contre la planification familiale n'est subventionnée qu'en partie.

Ce pays bénéficiait d'aides financières de la BM pour des projets de « gestion basée sur les résultats » et pour une multitude de mutuelles communautaires. Les assurances privées ciblent le secteur formel. L'indice de couverture des services est de 39 ce qui illustre que le chemin vers la CSU n'est pas uniquement une question de financement du système de santé. Dans ce cas le financement de la santé est fragmenté et peut engendrer plusieurs déperditions des

ressources en logistique (Ridde et al., 2014). Mais il y a surtout de la situation socio-économique du pays ou le secteur informel reste majoritaire, une large population vit dans des zones enclavées. Investir uniquement dans la santé ne peut garantir une CSU sans un projet de développement du pays. (Agier et al., 2016).

Au Sénégal, le mode financement de la santé est aussi mixte. L'État à travers un budget général mais aussi par certains programmes spécifiques (Plan sésame pour les plus de 60 ans qui, en principe leur confère une gratuité des services sur présentation de la carte sésame mais son utilisation reste limitée). Le financement se fait aussi à travers une assurance maladie sociale, une institution de prévoyance maladie (pour le secteur formel couvre 24% de la population assurée), des assurances maladie communautaires et des assurances maladie privées. Le constat est que les paiements directs sont encore élevés (près de 50%). Ce pays projetait 100% de couverture pour 2017. Il n'a atteint que 20% et l'indice de couverture des services est de 41. Bien plus, les utilisateurs ont rapporté une forme « d'exclusion sociale » pour trois raisons : le manque d'information sur le plan sésame, sa perception d'inutilité dans le cadre de l'USS et l'iniquité d'accès aux services de santé. L'explication pourrait être en rapport avec la « non capacité » des pouvoirs publics à offrir le service ou encore les disparités sociales même entre différentes classes vulnérables (Mladowski et Ba, 2017). Plus récemment, il a été montré dans le cas de la santé maternelle et infantile que l'iniquité s'observait surtout lorsque c'est l'offre qui induit l'USS puisqu'elle était l'apanage des riches et qu'à l'inverse lorsque l'inducteur était la demande il s'agissait plus fréquemment de populations pauvres ou vulnérables (Parmar et Banerjee, 2019).

De même, pour le Bénin, le financement de la santé est mixte. L'État, l'assurance maladie sociale, les assurances maladie communautaires (200 mutuelles mais ne couvrent que 4.7% de la population) et l'assurance maladie privé pour le secteur formel (elle ne couvre que 5.4%). Dans ce pays les dépenses des ménages pour la santé s'élèvent à 42% alors que le taux de pauvreté atteint les 39% de la population. Les bailleurs de fonds financent 29% le système de santé. L'indice de couverture par les services est de 41 et il a été constaté que la gratuité pour plusieurs services n'a pas poussé à la surconsommation. D'autres facteurs comme l'accessibilité, la qualité et la confiance jouent un rôle important (Atchessi et al., 2016).

La situation est similaire au Cameroun où l'on retrouve un indice de couverture de 44. Avec un financement mixte et fragmenté entre l'État, les assurances maladie communautaires (158 mutuelles qui ne couvrent que 1.3% de la population et l'État projette d'en augmenter le

nombre), un régime d'assistance sociale pour les populations vulnérables (prestations dans les hôpitaux publics sont payées par le Ministère des Affaires Sociales), la sécurité sociale obligatoire pour le secteur formel dans un pays où 80% du tissu économique est informel et une assurance maladie privée (qui couvrait 0,2 % en 2014). Le paiement direct par les ménages atteint 52% avec un taux de pauvreté de 40% qui s'est aggravé en raison également des dépenses catastrophiques de santé. (Nde, 2019)

Le Ghana longtemps cité comme exemple pour les pays de la région en matière de couverture sanitaire et de performance du système, connaît actuellement des difficultés à atteindre ses populations enclavées, à monitorer l'impact sur des programmes prioritaires, à étendre la CSU (indice de couverture des services à 45) et accuse un déficit dans le financement de cette couverture (Ntui Asundep, 2013 ; Nyonator, 2014). Dans une étude relative à l'allocation des ressources pour des services de santé de base dans 43 pays africains, seulement 28% répondaient au minimum requis de 60\$US/personne (Avila et al., 2013).

En résumé les politiques d'exemptions au paiement de certains services de santé particulièrement ceux relatifs à la santé de la mère de l'enfant, ont certes eu des effets sur la barrière économique à l'accès mais elles n'ont pas eu tous les effets attendus. Elles ont été implantées dans le contexte de systèmes sanitaires instables voire arborant des dysfonctionnements majeurs. (Ridde et al., 2012)

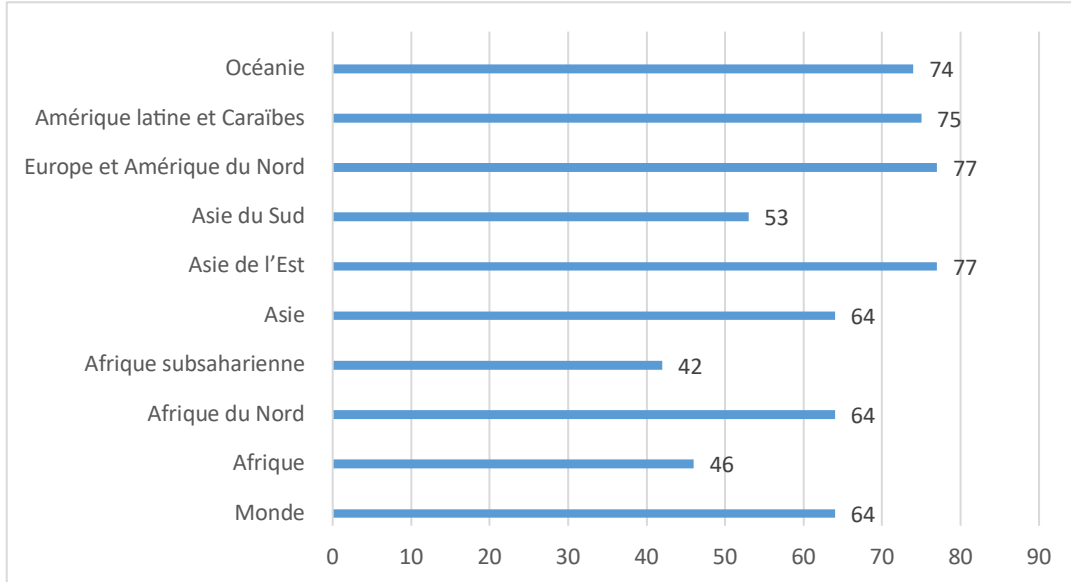
### **3.6. Synthèse sur la CSU « made in OMS-BM »**

Pour dresser un bilan de la CSU vu par les organismes internationaux que sont l'OMS et la BM, on peut aussi regarder du côté de l'Asie. L'indice de couverture du Vietnam de 73 est dans la tranche des pays à bonne couverture de services. Pourtant, on peut questionner cette performance en analysant de près quelques données sur les déterminants de la santé et en particulier l'accès au réseau d'assainissement qui demeure très faible. L'utilisation des services de santé est entravée par l'enclavement des régions dont le taux d'utilisation est quatre fois moindre par rapport aux populations des villes. De plus le paiement direct des ménages reste élevé et atteint 40%.

Ainsi les indices ne reflètent qu'une partie de la réalité comme le montre le graphique 8. Ainsi l'Afrique du Nord où se trouve le Maroc a un indice juste au niveau de la moyenne mondiale alors que l'Afrique subsaharienne a un indice 52% inférieur. Il serait pertinent d'analyser la signification des indices de couverture des services similaires dans des pays comme la Tunisie

(65), le Maroc (65) ou l’Egypte (68) où la situation socioéconomique, les problèmes structurels et la gouvernance du système de santé sont décriés.

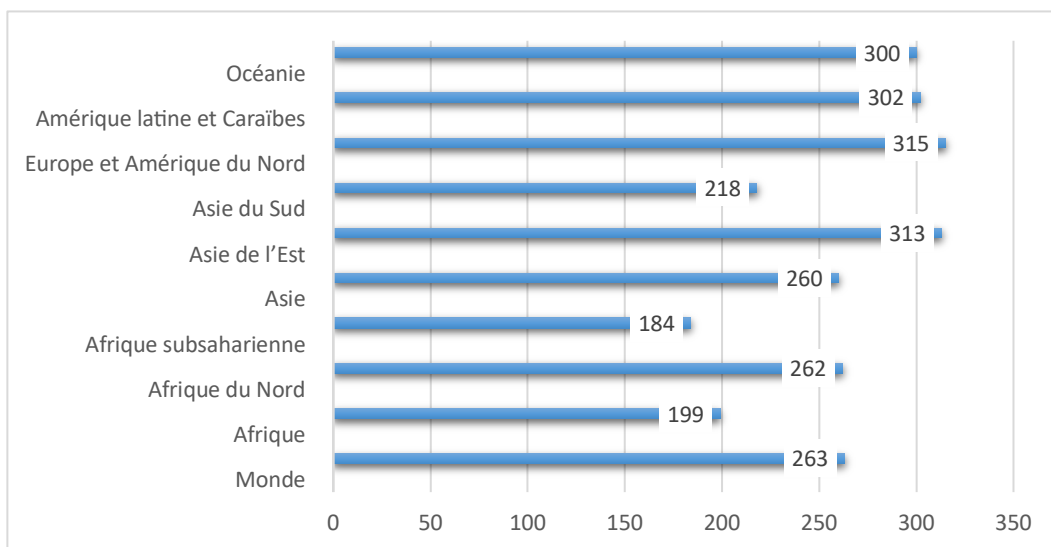
**Graphique 8 : Moyennes régionales (pondérées selon la population) pour l’indice de couverture (IC) des services de la CSU**



Source : Données OMS-Banque Mondiale 2018

En fait l’intérêt de l’IC de la CSU est surtout dans ses sous dimensions que sont la santé reproductive (santé de la mère, du nouveau né et de l’enfant), les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et les capacités des services-accès. Ils sont en fait en adéquation avec le niveau de couverture de la CSU (graphique 9).

**Graphique 9 : Scores globaux des 4 sous dimensions de l’IC de la CSU**



Source : Données OMS-Banque Mondiale. 2018

Quand un modèle ne donne pas les résultats escomptés nous avons la responsabilité en tant que scientifique et acteur de santé publique de questionner la trame idéologique qui a permis sa production. Les approches de pensée « néolibérale » qui sous-tendent les interventions des institutions internationales et déteignent sur les politiques des PED gagneraient à être critiquées ou au moins « challengées ». La monétarisation de l'action de santé porte un danger pour les gouvernements en place car ils sont un facteur de dislocation de la cohésion sociale. Réduire la CSU à un système de financement détourne l'attention du rôle des États et de leur responsabilité vis-à-vis de leur population, crée une dérégulation qui ne peut pas garantir la justice et l'équité, creuse encore plus le surendettement des ménages et déstabilisent les pays en les précipitant dans des mouvements de contestation non maîtrisé et non maîtrisable. D'ailleurs dès son élection en 2017, le Directeur Général de l'OMS considérait que le CSU était un axe prioritaire et majeur des ODD mais très vite il a reconnu les difficultés réelles de conceptualisation et de mise en œuvre dans les PED (Lavers, 2019).

La CSU doit répondre à des besoins et des attentes spécifiques des populations de chaque pays selon sa culture et ses croyances. Les choix politiques sont les seuls garants de sa progression. C'est pour cela que nous sommes convaincus qu'elle doit être une démarche qui émerge du pays lui-même encadré par un système de gouvernance transparent et faisant intervenir tous les acteurs nécessaires (Akhniif et al., 2018).

Notre travail propose de montrer un exemple typique d'échec programmé d'une CSU qui s'est voulue un mixte entre les approches Beveridgienne et Bismarckienne sans tenir compte d'un contexte. Un échec car l'État a induit une nouvelle demande inadaptée à une offre qu'il savait insuffisante et inefficace. Un échec car les piliers de la réussite d'une CSU « recommandés » par les institutions internationales ne sont pas adaptés au terrain des pays en voie de développement. Bien qu'il n'existe pas de recette unique de la réussite d'une CSU dans les PED, nous monterons que cet échec programmé dans le cas du Maroc aurait pu être évité par une meilleure planification, une meilleure adéquation besoins-demande-offre, une meilleure gouvernance et un modèle de financement plus équitable.

### **Encadré 2 : Conclusion du Chapitre 2**

L'analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable, objective des inégalités très prononcées dans l'utilisation des services de santé et explique la vulnérabilité des systèmes de santé des pays à Revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2018) :

- Les services de santé disponibles dépendent du niveau de revenu du pays et le score d'utilisation des services de santé par les utilisateurs a tendance à augmenter de manière significative avec le classement économique du pays.
- Dans les pays qui affichent des dépenses de santé les plus élevées, on note principalement un recours aux soins curatifs et de réadaptation.
- Dans les pays les moins peuplés on remarque un recours plus fréquent aux interventions probablement en rapport avec une plus grande facilité à la couverture sanitaire et au recensement des populations ayant des besoins de santé. L'écart est plus patent avec les petits Etats insulaires en développement (PEID), dont le score d'utilisation est supérieur à 10 %.
- Les inégalités en matière d'accès aux soins existent entre les pays d'Afrique mais aussi à l'intérieur des pays. En matière de santé maternelle et infantile par exemple plusieurs éléments indiquent une réduction moyenne de 22 % de la couverture, entre le quintile le plus élevé et le quintile le plus bas de la région.

Sur le plan des dépenses catastrophiques de santé et selon le rapport de l'OMS en 2018 ; l'indice de la protection contre les risques financiers (IPRF) ne représentent que 34 % de ce qui est possible dans les pays concernés par l'étude. Cet indice varie sensiblement d'un pays à l'autre allant de 10 à 70% et est liée essentiellement aux :

- Faibles investissements des pouvoirs publics dans la CSU (score de 0,16 contre 0,35 et 0,52 pour les paiements directs et les dépenses publiques, respectivement).
- Niveaux de revenu dans le pays, puisque plus la catégorie de revenu est élevée, plus l'indice l'est aussi.
- Inégalités des dépenses de santé globales : le pays qui dépense le plus dans la santé a l'indice de protection contre les risques le plus élevé et vice-versa.
- Nombres d'habitants des pays : moins le pays est peuplé, plus la protection contre le risque financier est élevée.



Sur le plan risque sanitaire, la CSU contribue à la performance du système sanitaire lorsqu'un pays est davantage en mesure d'acquérir les capacités de base pour prévenir, détecter et intervenir efficacement en cas de catastrophes ayant des répercussions sur la santé. La surveillance de ces capacités nationales se fait à l'aide du Règlement Sanitaire International (RSI) et l'analyse du score RSI élaboré par l'OMS indique que 57% seulement des compétences requises existent dans les pays de la région de l'Afrique. C'est le taux le plus bas de toutes les régions de l'OMS, le deuxième plus bas (la région de la Méditerranée orientale) étant à 74 %. Les taux les plus élevés sont de 80% dans les régions d'Asie du Sud-Est et d'Europe. Par ailleurs il y a une corrélation claire entre le score RSI et le niveau de revenu du pays (les pays à revenu élevé ayant les scores les plus élevés).

Le niveau de sécurité sanitaire est inférieur de 64% dans les pays à faible revenu, comparativement à ceux ayant des revenus élevés et les pays qui ont des dépenses de santé élevées ont un système de sécurité sanitaire sensiblement plus performant (plus réactif) que ceux qui dépensent moins.

La couverture sanitaire est un droit de chaque individu pour accéder aux services de santé et faire face aux dépenses afférentes qui peuvent être imprévisibles. Son universalité est un devoir des États vis-à-vis de leurs populations. Le bienfondé de la CSU n'est pas sujet à discussion par contre les modèles proposés jusqu'à maintenant ont montré leurs limites aussi bien conceptuelles que de faisabilité. La principale raison est à notre avis relative à la multidimensionalité du concept tant sur le plan politique, sociétal qu'économique.

Les capacités à évaluer le cheminement vers la CSU sont quasi-impossible pour trois raisons majeures : une insuffisance voir absence de données sanitaires essentielles au sein de plusieurs pays (système d'information sanitaire défaillant), une iniquité importante entre pays riches et pauvres, entre pays à revenu intermédiaire et entre régions d'un même pays conduisant à des médianes ou moyennes nationales biaisées et enfin la validité et fiabilité des index ou proxy permettant de mesurer l'efficacité de la CSU (Hogan, et al., 2018).

## **Chapitre 3 : Politiques publiques et genèse de la CSU : une ambivalence**

Dans ce chapitre nous traiterons des politiques de santé et les enjeux de leurs performances. Nous exposerons la genèse des couvertures sanitaires universelles selon les contextes et leurs rôles dans l'efficacité d'un système de santé. Au Maroc la CSU inspirée du modèle français est largement présente bien qu'au fur et à mesure une approche « hybride » entre différents modèles européens reflète le système actuel. Situation à l'origine du décalage qu'il y a, et que nous démontrerons dans les prochains chapitres, entre une projet sociétal politique nécessaire et des effets paradoxaux générés par une planification peu optimale.

### **Section 1 : L'efficacité des systèmes de santé : Déterminants et évaluation**

Dans les années 2000, l'OMS a publié un classement des pays qui a concerné 191 pays selon la performance de leur système de santé. Ce classement a intéressé beaucoup de chercheurs et a fait émerger un débat sur les indicateurs de mesure de la performance et leurs pondérations. La majorité des études faites dans ce cadre soulignent la complexité de l'évaluation du système et questionnent les méthodes de collecte de données. Mesurer la performance reviendrait selon l'OMS et la Banque Mondiale à évaluer certains indicateurs comme le caractère approprié des soins (efficacité), la réponse aux besoins et attentes de la population (principe de stewardship), l'équité et la productivité de l'offre de soins (efficacité) (Sebai, 2015). La réalisation des objectifs de développement durable nécessitera de nouveaux investissements financiers, passant de 134 milliards USD à 371 milliards USD par an d'ici 2030 (OMS, 2000).

#### **1.1. Approches théoriques de l'évaluation des systèmes de santé**

Plusieurs travaux se sont intéressés à l'évaluation des systèmes de santé et ils se sont accordés sur l'existence de quatre grands modèles (Amar et Berthier, 2007) ;

- **Le modèle rationnel/ accomplissement des objectifs** : il s'intéresse à mesurer la capacité d'un système à répondre aux objectifs. Ce modèle s'attache pratiquement à évaluer le volume de production et la qualité des biens et services offerts (Price, 1972) ;
- **Le modèle des relations humaines** : il s'intéresse aux dimensions rattachées à « l'humain » et ses relations entre les acteurs de la santé comme le climat social, les

conflits, la cohésion entre les professionnels et les interactions. (Connolly T et al., 1980).

- **Le modèle du système ouvert sur l'environnement** : il s'intéresse à l'environnement extérieur et son impact sur la demande et l'offre de soins et arrive à atteindre ses objectifs grâce à la flexibilité et à l'adaptation aux supports externes (Sebai, 2015) ;
- **Le modèle du processus interne** : Il s'intéresse aux processus internes en termes de mode de gouvernance, de prise de décision, de gestion des relations entre les parties prenantes, la gestion des flux d'informations, etc.) permettant de produire l'offre adaptée à la demande de soins.

En effet, chaque modèle met en lumière un aspect mais laisse un autre dans l'ombre. De ce fait, il n'existe pas de « one best way » et aucune étude ne permet de prouver qu'un modèle est meilleur que l'autre. Certains, se revendiquant d'une inspiration économique s'appuient sur une notion d'efficacité, d'autres tournés aussi vers d'autres disciplines valorisent encore plus la notion d'efficience .

## **1.2. Modèles de management et d'évaluation des systèmes de santé**

### **1.2.1. L'approche par la chaîne de valeur de Porter**

Développé dans les années 90, le modèle de Porter se base sur le management par la valeur. Il s'est initialement basé sur l'avantage concurrentiel mais il s'est enrichi dans le temps pour intégrer d'autres dimensions comme celles de l'avantage concurrentiel par les coûts ou par la différenciation, la performance pour le client, la performance pour l'investisseur. On parle d'un processus qui s'intéresse à trois types de relations pouvant exister entre les parties prenantes à savoir ; l'influence de l'environnement, l'interaction des activités impliquant des relations de cause à effet et les flux de valeurs de l'entreprise vers les parties bénéficiaires. Dans le cas de la santé, cette approche intègre différentes dimensions ; l'écoute du patient (information et participation à la décision de soins), le rôle des professionnels de santé en tant qu'acteur de la disponibilité et qualité de l'offre (comité médical d'établissement), le modèle sanitaire organisationnel (filiales et parcours de soins), l'audit qualité (démarche d'accréditation et de certification) et les interactions entre toutes les parties prenantes de la chaîne de valeur santé (Sebai, 2015).

L'évaluation de la performance selon ce modèle serait donc orientée vers quatre axes :

- Performance des établissements de soins sur le plan opérationnel en termes de maîtrise des coûts et en termes de classement selon les indicateurs liés à la qualité de la prise en charge des patients.
- Performance sur le plan des impacts sanitaires et de satisfaction des besoins sanitaires des utilisateurs.
- Performance en terme financier et économique au vu de la participation à l'effort pour l'ensemble des financeurs (ménages, État-collectivités, organismes gestionnaires, tiers payant privé etc.).
- Performance sur le plan organisationnel (cohérence de l'offre de soins, coordination des parcours des patients, coopération entre les professionnels, mutualisation des ressources, etc.) en termes de bénéfices partagés (Murray et Frenk, 2000).

L'approche de Porter bien que compliquée au vu de la multiplicité des parties prenantes, pourrait permettre de réfléchir à une variété de critères évaluatifs tout en se positionnant au niveau général de la performance de l'organisation.

### **1.2.2. L'approche New Public Management**

Cette approche née dans les années 80 est basée sur des théories diverses issues notamment des sciences économiques, du management, des politiques publique, etc... Le New Public Management ne s'est pas imposé partout avec la même intensité a imprégné, à des degrés différents, la culture des administrations publiques de plusieurs pays (Amar et Berthier, 2007 ; Reiter et Klenk , 2018).

En effet, il s'agissait d'introduire au sein du secteur public bureaucratique wébérien et centralisé, une vision managériale privée de la gestion de la « chose publique » où la réduction des coûts du système (économie), les résultats sanitaires (efficacité) et l'optimisation des moyens pour répondre aux besoins de la patientèle (efficience) étaient le *primum movens* (Simonet, 2011). La force de ce modèle adapté au secteur de la santé résiderait dans le fait qu'il sépare les décisions politiques des actions de gestion ou plus exactement qu'il dissout les choix politiques dans des considérations de « bonne gestion ». En effet, la pertinence des décisions publiques revient aux décideurs politiques et l'efficacité des services est à la charge des gestionnaires opérationnels (les professionnels de santé, les partenaires, etc.).

Il s'agit donc de mettre en adéquation la justesse des choix politiques, l'efficacité des acteurs sanitaires de terrain et le modèle de gouvernance du système (Galdemar et al.2012).

### **1.2.3. Autres approches d'évaluation des systèmes de santé**

Évaluer un système de santé sur la base d'indicateurs sociaux, organisationnels ou sanitaires permet d'appréhender d'une autre façon le rôle des parties prenantes (pouvoirs publics, praticiens, cadres, assureurs, payeurs, usagers, citoyens...) et d'estimer la qualité des décisions prises (Gao J, 2015).

Des chercheurs se sont penchés sur l'historique de l'évaluation de la performance des systèmes de santé et ont constaté que cette volonté n'est pas une émanation du 19<sup>ème</sup> siècle. Cela remonte à plus de 250 ans (Loeb, 2004 ; McIntyre et al., 2001). Nightingale et Codman, sont considérés comme des pionniers dans la généralisation de l'emploi des méthodes d'évaluation de la performance dans le domaine des services de santé, quoique des freins d'ordre empirique et politiques (l'exemple de l'échec des systèmes informatiques dû à la résistance des professionnels) ont empêché la concrétisation de ces principes (Spiegelhalter, 1999). Cette résistance a diminué dans le temps et les travaux entrepris au cours des vingt dernières années sur la mesure des performances des systèmes de santé ont permis de connaître des améliorations très notables tant du côté de la demande que du côté de l'offre. Du côté de la demande : les utilisateurs prennent de plus en plus de décisions par rapport à leur processus de médication et sont de plus en plus exigeants, ce qui a contribué à l'amélioration des systèmes de santé. Du côté de l'offre, les technologies d'information et la communication ont permis d'améliorer le traitement des données de santé avec différentes approches et instruments de mesure (Chib et al.,2015).

En termes de résultats de santé, les travaux menés comme les études prospectives ou les études d'intervention depuis 20 ans n'ont pas permis de répondre de façon optimale à la problématique suivante : jusqu'à quel point le système de santé contribue-t-il à une meilleure santé de la population ? (Langlois et al., 2019). Tout d'abord Donabedian (1966) estimait que les études cliniques ne sont significatives que lorsqu'il s'agit de maladies chroniques puisque l'utilisateur devient habitué et les résultats ou du moins la réactivité du système de santé devient évaluable.

D'autres chercheurs comme Campbell et al. ont essayé de jauger la contribution du système de santé en s'appuyant sur des études cliniques et ce, en administrant des questionnaires détaillés auprès d'un échantillon représentatif pour mesurer une maladie spécifique ou un état sanitaire (Campbell et al., 2000). Enfin, selon Nolte (2004), la réponse à ce genre de questionnement nécessiterait la mise en place de nouveaux instruments tels que concept de mortalité évitable ou d'années de vie préservées en bonne santé .

### **1.3. Approches globales**

#### **1.3.1. Approches institutionnelles internationales**

Pour l'OMS, l'évaluation de la performance des systèmes de santé repose impérativement sur la méthodologie empruntée dans la collecte des données, le traitement des résultats, leurs interprétations et leurs notifications régulières. De ce fait, l'OMS propose d'évaluer les systèmes de santé sur la base de cinq résultats distincts : le niveau de santé, la distribution de la santé au sein de la population, l'expérience vécue par la patientèle, l'équité en termes de contribution financière et les ressources disponibles (cf. Annexes F). Ces méthodes d'évaluation de la performance des systèmes de santé permettent aux pays de suivre leurs réalisations et d'estimer leur efficacité. L'interprétation des résultats permettrait aux parties prenantes d'améliorer leur système en termes de protection sanitaire universelle, de l'offre et de la demande (Jamison, 2018).

L'OCDE a lancé pour sa part en 2011 un projet sur l'étude des indicateurs susceptibles de mesurer la qualité des soins de santé à l'échelle internationale. Ces indicateurs ont pour objectif de recueillir des données comparables permettant de faire un benchmark entre les territoires en termes de la qualité des soins proposés (Carinci, 2015). Cette étude s'est intéressée à cinq domaines :

- La sécurité des patients ;
- La qualité des soins en santé mentale ;
- La qualité de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des soins primaires ;
- La qualité des soins en matière de diabète ;
- La qualité des soins en matière des maladies cardiaques.

### **1.3.2. Approche globale multidimensionnelle**

Le modèle d'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS) est un modèle mis en place par Contandriopoulos et al. (1990), Sicotte et Champagne (1998) (Annexes E). Il est fondé sur la base de la théorie de l'action sociale qui stipule que tout système d'action doit accomplir quatre fonctions pour se maintenir à savoir ; l'adaptation, l'atteinte des buts, le maintien des valeurs et la production (Parsons, 1977). Le modèle a été mis en place au Canada et a été opérationnalisé au Brésil.

Le modèle EGIPSS qui est composé de quatre dimensions (adaptation, atteinte des buts, maintien des valeurs et la production) présente un certain nombre d'avantages :

- Rassemble un certain nombre de modèles ;
- Donne une vision intégrée de plusieurs variables ;
- Met en exergue des dimensions de la performance souvent négligées notamment la dimension des valeurs ;
- Relève sur les relations reliant les dimensions.

Le modèle EGIPSS n'a pas eu le succès escompté en termes d'implantation dans les pays à faible revenu ou revenu moyen. Les dimensions et sous dimensions sont pertinentes et traduisent l'importance de leur dynamique : l'adaptation, l'atteinte des buts, le maintien des valeurs et la production. Au Maroc les valeurs différentes des partenaires du système de santé, une production très variable et non mesurable dans le secteur privé ainsi que les difficultés d'adaptation le rendent inapplicable.

## **Section 2 : La Couverture sanitaire universelle comme indicateur de la performance des systèmes de santé**

De plus en plus et dans le cadre des ODD, la disponibilité de la couverture sanitaire universelle est considérée comme un indicateur important dans mesure de la performance des systèmes de santé et de l'état de santé des populations (Naylor et al.,2002). La banque mondiale et l'OMS ont proposé deux indicateurs pour évaluer le système de santé en relation avec la couverture sanitaire universelle. Ces deux indicateurs se basent d'abord sur le niveau général de la CSU et ensuite sur son équité en termes de capacité de protection contre les risques financiers à tous

(comptant aussi les zones rurales et isolées). En, pratique il s’agit des indicateurs 3.8.1 et 3.8.2, respectivement :

- La proportion de la population pouvant avoir accès à des services de santé essentiels de qualité ;
- La proportion de la population dépensant une part importante des revenus familiaux pour la santé.

Les différents résultats montrent que l’évaluation des systèmes de santé eu égard à la couverture sanitaire universelle est complexe et dépend des raisons politiques de la mise en œuvre de la CSU, du contexte démographique et épidémiologique national voire régional, du modèle organisationnel et de gouvernance du système de santé et enfin des capacités de financements institutionnels et individuels.

L’OMS propose 16 services de santé essentiels dans 4 catégories comme indicateurs du niveau et de l’équité de la couverture dans les pays (Tableau 1) :

**Tableau 1 : Indicateurs du niveau et de l’équité de la couverture dans les pays (OMS)**

Catégorie	Service de santé
Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l’enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planification familiale ;</li> <li>- Soins prénatals et obstétriques ;</li> <li>- Vaccination complète de l’enfant ;</li> <li>- Demande de soins pour la pneumonie.</li> </ul>
Maladies infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement de la tuberculose ;</li> <li>- Traitement antirétroviral pour le VIH ;</li> <li>- Traitement pour l’hépatite ;</li> <li>- Utilisation de moustiquaires imprégnées d’insecticide pour la prévenir le paludisme ;</li> <li>- Services d’assainissement suffisants.</li> </ul>
Maladies non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention et traitement de l’hypertension artérielle;</li> <li>- Prévention et traitement de l’hyperglycémie;</li> <li>- Dépistage du cancer du col de l’utérus;</li> <li>- Non consommation des produits du tabac.</li> </ul>
Capacités des services et accès	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès aux services hospitaliers de base;</li> <li>- Densité des personnels soignants;</li> <li>- Accès aux médicaments essentiels;</li> <li>- Sécurité sanitaire: respect du règlement sanitaire international.</li> </ul>

Source :Auteur adapté de l’étude de l’OMS sur le CSU, 2017



Le fait de recourir à des approches ou modèles internationaux est toujours bénéfique comme exercice académique et en termes de comparabilité entre pays à revenu élevé, mais ne semble pas être pertinent dans le contexte des pays à revenu intermédiaire ou faible. La couverture sanitaire universelle et son « corolaire » de réduction des dépenses catastrophiques de santé est-elle la réponse adéquate à la problématique de l'accès aux services de santé dans le cadre d'un parcours de soins rationnel ? La réponse est plus complexe et explique les hypothèses de ce travail

Le chapitre suivant présente la méthodologie de l'enquête qui a été menée en vue de déterminer les étapes du parcours de soins (tous les contacts faits avec le système de soins) et l'impact de la CSU, analyser les dépenses au cours de ce parcours de soins, comprendre les attitudes et perceptions des utilisateurs de services de santé vis à vis de l'offre de soins et d'évaluer leur satisfaction.

### **Encadré 3 : Conclusion du Chapitre 3**

Les systèmes de santé ont évolué et ont dû s'adapter à un contexte économique et d'augmentation des coûts de la santé. La CSU comme réponse à la pression sociale et aux dépenses catastrophiques de santé des ménages est une politique qui a tout son sens. Néanmoins les modèles mis en place pour répondre tant à l'élargissement de l'accessibilité, à la réduction de la contribution des ménages aux dépenses de santé et à la disponibilité d'autres services sanitaires n'ont pas toujours répondu aux contextes locaux. En effet Cette couverture selon son mode de financement et son utilité contribue certes à une utilisation des services de santé mais n'est pas une barrière à l'appauvrissement des utilisateurs.

Elle doit s'inscrire dans un parcours de soins coordonné et une offre de services adaptée à la dynamique du besoin et de la demande. A cet effet L'évaluation des systèmes de santé montre que l'utilisation effective des services de santé dans un contexte de CSU permet de mieux comprendre le parcours de soins tenant compte de l'adéquation entre le besoin, la demande et l'offre sanitaire. Cette compréhension se conçoit dans un environnement politique, démographique, épidémiologique, social et économique spécifique. Les tentatives d'importation de modèles de financement des systèmes de santé ont montré un intérêt relatif voire inexistant.

Dans un contexte de transition démographique et épidémiologique où la charge morbide des maladies non transmissibles est lourde, la CSU peine à répondre à ses objectifs d'accessibilité aux services de santé à tous à un coût soutenable et juste. Cet impact soulève la question de la performance des politiques de santé et de leur évaluation. Les politiques publiques sanitaires devraient s'inscrire dans un nouveau paradigme et assurer une fonction nouvelle où l'État est un visionnaire, un organisateur, un régulateur, un facilitateur et un lobbyiste pour trouver les moyens et ressources publiques et privées permettant d'assurer une accessibilité juste et durable aux services de santé nécessaires à un coût individuel et collectif raisonnable. C'est l'objet même de la nouvelle approche des 3 D préconisée par l'OMS en 2019 (Data – Debate - Decision) qui se base sur les données scientifiques collectées (Data), qui les remet dans les contextes des besoins et demandes populationnelles (debate) et les soumet à la décision politique (Decision) (Agnes Soucate, The Challenge of Universal Health Coverage, Rabat April 8th 2019). Finalement la CSU ou la « vraie-fausse » gratuité des soins, n'influence pas systématiquement la demande de soins, le parcours rationnel de soins et le résultat de santé optimal.

## **Chapitre 4 : Démarche méthodologique**

Dans cette partie, nous exposerons le « cœur » de ce travail qui est constitué par des enquêtes de terrain auprès des ménages sous forme d'une étude qualitative puis quantitative. Cette combinaison est à notre sens nécessaire pour comprendre les raisons et conditions d'utilisation des services de santé par les marocains. Elle permettra avec l'étude quantitative une démarche confirmatoire des résultats obtenus qualitativement et de valider des hypothèses soulevées. Nous montrerons comment à travers des focus group nous avons abordé les problématiques liés à la perception des marocains quant au système de santé et aux dépenses lors du parcours de soins. Nous exposerons leur perception vis à vis des services offerts, les déterminants de leur utilisation, leurs perceptions quant aux prestations reçues et leurs coûts. Également sera abordé l'impact de la couverture médicale dans le contexte marocain et le niveau de satisfaction de la patientèle. Nous exposerons de façon détaillée les modèles d'analyse multivariés permettant d'identifier les facteurs les plus impactant d'utilisation effective des services de santé. Enfin nous présenterons les profils d'utilisateurs des services de santé selon le mode de couverture tenant compte des facteurs sociodémographiques , épidémiologiques et d'offre de soins.

### **Section 1. Démarche méthodologique globale**

#### **1.1. Objectif global**

Lors de la dernière conférence nationale sur la santé en 2013, le Ministère de la Santé, les acteurs sociaux et les professionnels de la santé reconnaissaient que le mode de financement régimes de couverture sanitaire, leur gouvernance, les difficultés d'accès aux services de santé et l'organisation des prestations sanitaires sont les principaux facteurs limitant la réussite de ce projet social. La mesure des indicateurs de la CSU dans ses dimensions d'accessibilité, de qualité de services, de niveau de satisfaction et de capacité de paiement est complexe mais nécessaire pour appréhender la performance globale de tout système de santé. Plusieurs pays à faible ou revenu moyen comme le Maroc, connaissent des difficultés dans la mise en œuvre de la CSU car la problématique demeure l'inadéquation entre besoins, demande et offre de soins. Cela a engendré voire aggravé non seulement une iniquité mais aussi une insatisfaction vis-à-vis des services de santé (dans les dimensions infrastructures, ressources matérielles et professionnels de santé) (ANAM, 2017 ; ONDH, 2017 et WHO<sup>b</sup>, 2016).

Un tel constat explique que l'évaluation de l'impact des indicateurs de la CSU ne peut se concevoir sans tenir compte des autres déterminants socio-économiques et humains de la santé (WHO, 2015 ; Marten et al. 2014 ; Giedion et al. 2013 ; Chakraborty, 2013 ; Montenegro, 2013 ; Maeda et al., 2014). Dans ce sens les approches uniquement quantitatives, les enquêtes ménages ou encore les instruments de mesure sanitaire classiques ne permettent pas toujours d'appréhender les dimensions psychologiques, culturelles ou simplement contextuelles du parcours de soins, de l'efficacité de la CSU ou de la satisfaction des utilisateurs de services de santé (Jacobs et al., 2012 ; The world health report, 2013).

Néanmoins, il n'existe pas de rapports scientifiques au Maroc ayant analysé le rôle du financement du système de santé et de la couverture médicale AMO (assurance maladie obligatoire) et RAMED (régime d'assurance maladie pour les économiquement défavorisés) dans l'utilisation effective des services de santé et aucune étude scientifique à notre connaissance n'a pu à ce jour mesurer la perception des ménages et utilisateurs du système, ni évaluer les éléments objectifs expliquant l'impact de l'AMO et du RAMED. Il est à rappeler que la couverture AMO s'adresse à tous les salariés du public ou du privé et permet une prise en charge de certaines pathologies et syndromes selon des conditions spécifiques et un niveau de remboursement déterminé dans toutes les structures de soins publiques et privées au Maroc. Le RAMED concerne une population de pauvres ou démunis qui bénéficie également d'une prise en charge de ces mêmes pathologies et syndromes gratuitement au sein des structures de santé publiques.

L'objectif premier de ce travail est d'étudier sur le terrain le parcours de soins de la population marocaine bénéficiant ou non d'une couverture médicale. De façon plus spécifique il s'agit de déterminer le rôle de la CSU dans l'utilisation effective des prestations de soins et de mieux appréhender les attentes de la population en matière de services de santé. Une étude de terrain était nécessaire pour évaluer la CSU au Maroc et précisément retracer le parcours de soins des marocains pour mieux comprendre comment ce parcours (stochastique) peut expliquer l'échec de la CSU en matière d'utilisation effective des services publics de santé. Tenant compte des déterminants socio-économiques et humains de la santé, notre enjeu est de faire ressortir le rôle de la couverture sanitaire universelle dans l'utilisation effective des services de santé (WHO, 2014 ; Alebachew et al., 2014 ; Dmytraczenko et al., 2015) .

Nous analyserons l'offre disponible puis le parcours de soins chez les bénéficiaires et les non bénéficiaires d'une couverture médicale et nous donnerons un éclairage sous le quadruple registre de l'accessibilité, de l'équité, de l'efficacité et de la satisfaction. L'évaluation de la CSU par l'analyse de l'offre apportera une nouvelle compréhension quant à la distorsion entre la disponibilité de la CSU et l'utilisation effective des services de santé. Dans une nouvelle perspective, évaluer les effets de la CSU au Maroc par une analyse de l'offre de soins là où d'autres focalisent sur la demande de soins aidera à comprendre son échec cinq ans après sa mise en place. Il nous apparaît clairement que différents responsables et institutions nationales et internationales ont pensé que la réussite ou l'échec de la CSU relève de la demande de soins. La CSU a alors pour mission de développer la demande de soins en solvabilisant les patients et en particulier les patients les plus pauvres. Pourtant, il ne suffit pas de développer la demande si l'offre ne peut pas ou ne sait pas y répondre. Ne pas avoir tenu compte du paramètre offre a été l'enjeu crucial et probablement le déterminant majeur des effets observés bien que, comme l'affirme l'ONDH, le décideur public savait à l'avance les insuffisances d'une offre et son inconsistance face à une demande stimulée, induite par la mise en œuvre d'une couverture (ONDH, 2018).

Notre travail s'appuie sur une approche mixte, à la fois qualitative et quantitative. Il s'agit de connaître et de comprendre le parcours de soins de différentes catégories cibles de la population marocaine et de discuter des facteurs déterminants. Cette enquête de grande envergure, jamais réalisée au Maroc a pour objectif de faire une analyse objective des effets de la CSU et proposer un projet global de sa révision pour une meilleure efficacité.

En fait la mise en place d'un système de couverture sanitaire universelle crucial pour le pays avec des caractéristiques de financement inspiré des modèles européens n'a pas donné les résultats escomptés aussi bien en termes d'accessibilité, de performance économique ou de niveau de santé ( Ntui Asundep et al, 2013; Cawlay et Ruhm, 2011).). Étudier l'incidence de la CSU au Maroc en analysant les niveaux de santé atteints par la population, l'accessibilité aux services de santé publiques par les populations vulnérables, la satisfaction des bénéficiaires de services de santé publiques ou privés, la productivité des établissements de santé publiques est la première étape à une refonte du système de santé attendue pour 2025.

## 1.2. Objectifs spécifiques de l'analyse empirique

De façon plus précise cette étude de terrain vise cinq objectifs spécifiques

1. Évaluer les déterminants d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires AMO/RAMED au Maroc ;
2. Déterminer les perceptions et le niveau de satisfaction des bénéficiaires de l'AMO/RAMED en relation avec les conditions de leur prise en charge par les établissements de santé ;
3. Estimer les dépenses de santé des ménages couverts par l'AMO/RAMED, assurances, « out of Pocket » et le ticket modérateur éventuel ;
4. Analyser l'impact économique des 5 années d'AMO/RAMED sur l'ensemble des structures de santé publique ;
5. Proposer un modèle de parcours de soins au Maroc.

Le cadre théorique de ce projet est de mesurer le rôle attribuable de la couverture sanitaire universelle dans ses composantes AMO et RAMED , des déterminants socio-économiques, des facteurs de risque, des facteurs liés à l'offre, dans l'utilisation effective des services de santé. Cette mesure est pensée dans le cadre de l'étude et de l'analyse du parcours de soins d'un utilisateur de l'offre de soins disponible aussi bien dans le secteur public que privé.

## 1.3. Les hypothèses de recherche

**L'hypothèse générale** de ce travail est que la couverture médicale n'a pas permis une amélioration de l'accessibilité aux services de santé, une organisation d'un parcours de soins coordonné et une satisfaction des utilisateurs de services de santé.

**Les hypothèses spécifiques** de ce travail sont :

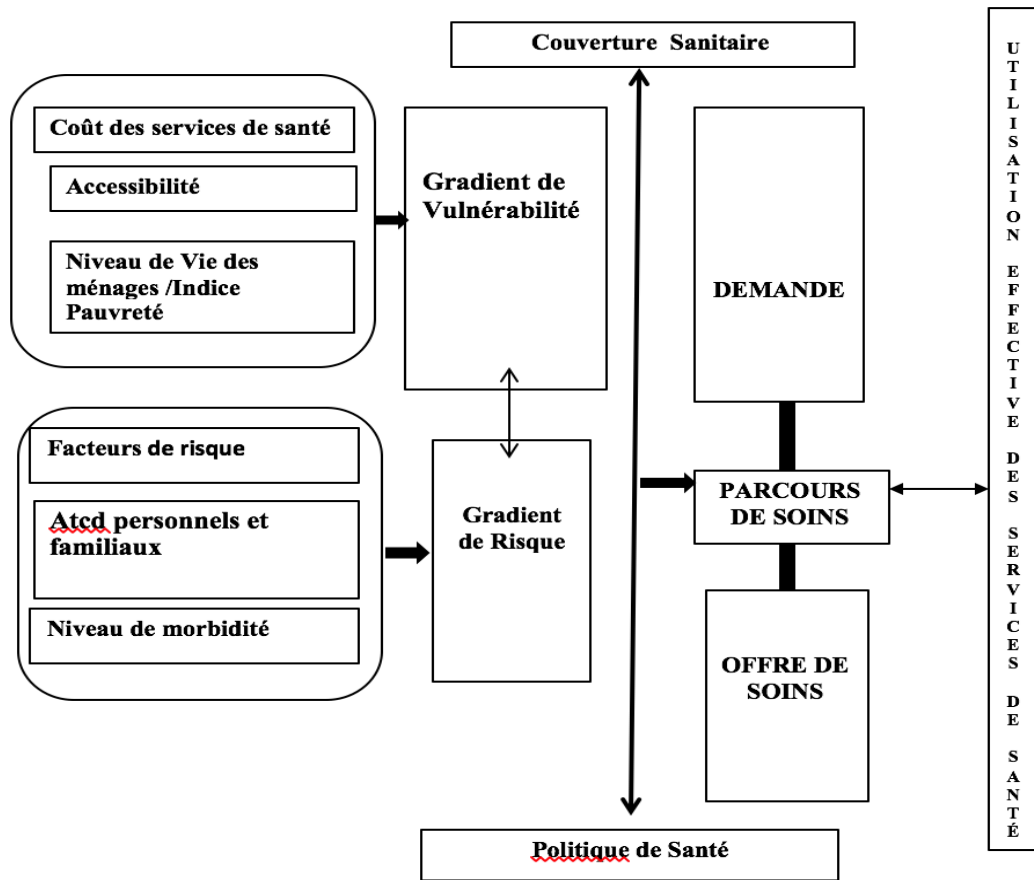
- Depuis leur mise en œuvre , l'AMO et le RAMED n'ont pas amélioré l'accessibilité aux services de santé hospitaliers publics qui se sont paupérisés ;
- Le parcours de soins des bénéficiaires de l'AMO et des Ramedistes est « erratique » ;
- Les hôpitaux publics n'ont pas amélioré leurs indicateurs de productivité et les flux financiers des bénéficiaires de la CSU ont plus profité au secteur privé ;

- La population utilisatrice des services de santé n'est pas satisfaite du système de santé et considère le secteur privé comme la meilleure alternative en cas de problème de santé.

Une approche mixte quantitative (collecte des données complétée d'une étude empirique quantitative) et qualitative (entretiens et focus groupes) a été mobilisée. L'originalité de cette approche est de permettre la compréhension d'un comportement de santé des utilisateurs et de leur parcours de soins et d'évaluer leurs perceptions par rapport au système de santé auquel ils ont été confrontés eux-mêmes ou leur famille. Nous avons voulu le vérifier auprès des utilisateurs, déterminer le parcours de soins du patient marocain et comprendre l'efficacité de la CSU dans ses dimensions accès aux services de santé, utilité, reste à charge et satisfaction des bénéficiaires.

Il s'agit de proposer un cadre conceptuel médico-économique où la couverture sanitaire universelle (notamment son financement et sa gouvernance) contribue à une accessibilité effective aux soins de qualité et sans dépenses de santé catastrophiques pour les ménages. Les facteurs environnementaux globaux qui définissent des gradients de vulnérabilité et de risque doivent être considérés dans l'adéquation entre la demande et l'offre de soins (figure 2).

**Figure 2: Déterminants de l'utilisation effective des Services de Santé dans le cadre de la CSU au Maroc**



Source : Auteur

## Section 2 : Devis de recherche

### 2.1. Enquête qualitative

La méthodologie adoptée dans la première phase de ce projet est de type qualitative. Elle mobilise la technique des groupes de discussion ou « focus group » réunissant 8 à 10 participants pour une durée moyenne de 2h30 à 3h.

Cette approche permet d'analyser en profondeur et dans le détail les pratiques en rapport avec les parcours de soins et de comprendre les attitudes et les perceptions qui l'entourent.



Plus précisément, la démarche reposait d'une part sur une analyse de la pratique des individus en reconstituant les parcours de soins dans des contextes empiriques typiques (structures fréquentées, dépenses, satisfaction...) et d'autre part sur une analyse des enjeux et des représentations du système de santé et de ses structures spécifiques.

Le nombre et le profil des personnes enquêtées ont été déterminés selon un choix raisonné, avec pour objectif d'assurer la diversité des points de vue et des expériences. En effet, dans le cadre d'une approche qualitative l'analyse des données ne cherche pas à déterminer la fréquence d'une opinion ou d'un phénomène mais à représenter la diversité des pratiques et leurs déterminants. Tout en cherchant la diversité, il est impératif que les groupes de discussion soient homogènes afin d'enrichir les expériences communes vécues par les participants et favoriser une réelle dynamique de groupe lors des discussions (Gardiol, 2003).

### **2.1.1. Le raisonnement par l'abduction**

Nous avons opté pour une logique abductive (David, 1999), développée initialement par Peirce (La ville, 2000). Nous estimons que c'est le raisonnement le plus pertinent pour mieux répondre à notre problématique. En effet, c'est à travers une démarche abductive qu'on « va constamment mêler les caractéristiques de notre cas, celles d'autres situations comparables, ainsi que différentes constructions théoriques, faisant ainsi progressivement émerger de multiples raisonnements heuristiques » (La ville 2000). Cette méthode permet de facilement de « procéder par allers-retours entre des observations et des connaissances théoriques tout au long de la recherche » (Charreire et Durieux, 2007). De plus, l'abduction nous offre l'occasion de faire une construction « successive progressive de la connaissance en relation avec les savoirs déjà admis » (Jolibert et Jourdan, 2006).

Vu que l'on étudie un phénomène assez complexe qui est la perception des coûts des soins par les usagers marocains, et du fait de la multiplicité des perceptions et du profil de l'échantillon, l'approche qualitative s'avère « un mode de production très efficace compte tenu de nos considérations épistémologiques et méthodologiques, elle permet de prendre en considération un caractère idiographique des données et également de développer nos capacités d'empathie » (Perret et Séville, 2007). Elle est d'une énorme richesse, souple et flexible pour permettre une logique abductive par allers-retours entre les données empiriques et les théories (Milles et Huberman, 1994 ; Anadon et Savoie-Zajc, 2009).

Le choix des focus groups pour révéler la perception des usagers du financement des soins de santé revient au fait que ce type d'entretien de groupe puise ses sources dans la théorie de la dynamique des groupes restreints de Lewin (Lewin K,1952). Nous réunissons des utilisateurs de services de santé pour exprimer leurs perceptions, leurs attentes, leur vécu, leurs dépenses et leur satisfaction lors d'un parcours de soins. Le focus group repose sur la technique de libre association d'idées ce qui permet aux participants de travailler en synergie et d'explorer les pratiques et les imaginaires au-delà des discours rationalisant. Il s'agit ainsi de tirer profit des interactions entre les membres dans le but de faciliter la parole, stimuler les échanges et accroître la production d'information sur tous les éléments de l'expérience de soins.

### **2.1.2. La méthode de collecte des données**

Dans le cadre de ce projet, nous avons conduit à l'échelle nationale et pendant près de six mois, 35 groupes de discussion auprès de la cible suivante : femmes et hommes âgés de 25 ans et plus, résidant en milieu semi-urbain/rural et urbain et appartenant, pour le milieu urbain, aux catégories socio-professionnelles (CSP) A (classe supérieure), B (classe moyenne supérieure), C (classe moyenne inférieure) et D (classe démunie) E (classe très démunie) telles que déterminées par le Haut Commissariat au Plan . L'étude a porté sur toutes les régions du Maroc disposant d'un CHU (régions avec 75% de la population, 68% de l'offre de santé et 70% de la production de soins). Deux critères de diversification ont été retenus : la présence ou non de maladies chroniques dans le ménage et le type de couverture médicale détenue par le répondant à savoir : aucun régime de couverture médicale, AMO, RAMED, mutuelle/assurance privée.

Les participants aux groupes de discussion ont été recrutés par des enquêteurs sur la base d'un questionnaire de recrutement. Les recrutements ont été conduits au niveau de chaque chef-lieu de région au sein des quartiers correspondants aux CSE visées jusqu'à atteinte des groupes homogènes. Le recueil des données a été réalisé grâce à un enregistrement audio des groupes de discussion. Une transcription des enregistrements a été ensuite réalisée avec une anonymisation des données individuelles des participants.

#### 2.1.2.1. La méthode de traitement de données

L'exploitation des données consiste à appliquer sur le corpus les codes attribués, les classer et les compter. Cette étape consiste donc à aboutir au codage, au comptage et à la classification. Nous avons automatisé un certain nombre d'opérations en s'appuyant sur les fonctionnalités du logiciel Nvivo11. L'utilisation du matériel informatique ne se substitue en aucun cas à notre travail de formulation des codes, du classement et de l'interprétation des données. Son rôle capital étant de nous faciliter le traitement et le croisement des données.

#### 2.1.2.2. Traitement des résultats, inférence et interprétation :

Dans cette étape nous nous sommes appuyés sur les apports de Gavard-Perret (Gavard-Perret et al., 2008) concernant la déconstruction et puis la reconstruction constituant deux étapes d'analyses primordiales en isolant des éléments sélectionnés de leur contexte. Par la suite, regrouper et proposer un nouvel assemblage des données interprétées en les mettant en relation. Tesch (1990) parle de la dé-contextualisation et de la ré-contextualisation, il s'agit donc de détacher les éléments du contexte puis les regrouper par catégorie ou par thèmes par des mises en relation et par des typologies. « Tout dépend de notre interprétation des propos avancés. C'est une production et non pas une donnée dont l'analyse fait ressortir le message et le sens qui va en être dégagé » (Blanchet et Gotman, 2001).

L'analyse de contenu est la technique qui a été retenue pour analyser les propos collectés. Elle a donné lieu à une grille d'analyse thématique qui a été utilisée pour analyser l'ensemble des données collectées. Les principaux thèmes investigués dans l'approche qualitative eu égard aux objectifs de l'étude ont été l'image du système de santé ; les usages- pratiques - parcours de soins selon le mode de couverture sanitaire et la perception quant au coût des services de santé au Maroc qui est le thème d'intérêt. Elle aura permis d'affiner et préciser les variables en jeu permettant de tester les hypothèses de travail lors de l'enquête quantitative.

## **2.2. Enquête quantitative**

Il s'agit d'une étude populationnelle auprès de 1800 ménages et 7244 personnes visant à identifier les déterminants d'utilisation effective des services de santé (UESS) et de satisfaction des patients selon le mode de couverture sanitaire. L'évaluation des effets de la CSU, tenant

compte de certains facteurs médiateurs, est conçue de façon multidimensionnelle : accessibilité et parcours de soins, niveau de satisfaction des patients utilisateurs, dépenses lors d'une expérience de soins.

Une analyse multivariée de type régression logistique polytomique est menée pour comprendre le rôle de la CSU et des déterminants environnementaux sur l'utilisation effective des services de santé mesurée de façon binaire ou polynomiale.

Ainsi chaque facteur (variable indépendante) est évalué pour estimer son rôle explicatif dans la variance de l'UESS et ce tenant compte des autres facteurs. La vérification des conditions d'utilisation des tests non paramétriques a été réalisée à chaque étape de l'analyse.

Le parcours de soins, la répartition de l'offre des soins, la performance médicale et économique des structures de soins, le niveau de santé de la population sont analysés avec une approche de corrélations spatiales pour déterminer des modèles systémiques sanitaires régionaux et préfectoraux.

## **2.2.1. Échantillonnage**

### 2.2.1.1. Estimation de la taille d'échantillon

Dans le cadre du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2014, le HCP a réalisé une opération de grande envergure relative au découpage du territoire national en zones géographiques, appelées districts de recensement (DR), permettant de procéder au recensement exhaustif de la population du pays sans omission, ni double compte. Outre ce découpage en DR, l'opération cartographique vise également à mettre au point une documentation fiable en cartes et de données géographiques permettant de localiser sans aucune ambiguïté, au niveau de chaque district, les ménages et les différents éléments de l'infrastructure de base. Cette cartographie a servi de base de sondage pour cette enquête (l'échantillonnage a été fait à partir de l'échantillon maître ayant servi au RGPH 2014).

La méthode de tirage de l'échantillon est un sondage par grappe, stratifié à 3 degrés : les unités primaires (UP), la grappes ou unités secondaires (US) et les ménages ou unités tertiaires. La taille de l'échantillon est principalement fixée en fonction de la précision escomptée et a nécessité que certains facteurs soient spécifiés alors que pour d'autres, nous avons posé des hypothèses. Ces facteurs sont les suivants :

1. La précision ou la marge d'erreur *relative* recherchée ;
2. Le niveau de confiance statistique souhaité ;
3. La proportion de la population estimée (ou connue) dans un groupe cible donné ;
4. La prévalence estimée d'un indicateur donné ;
5. L'effet du plan de sondage (*deff*) ;
6. La taille moyenne du ménage ;

Un coefficient d'ajustement pour les cas éventuels de non-réponses.

La formule de calcul est proposée ci-dessous :

$$n = [t_{\alpha}^2(p)(1-p)(deff)(1.1)] / [ (0,05p)^2 (Pop) (n_h) ]$$

Où :

- **n** est la taille requise de l'échantillon - exprimée en nombre de ménages - pour l'indicateur-CLÉ ;
- $t_{\alpha}^2$  est la valeur de la loi de Gauss pour un niveau de signification de 95% d'intervalle de confiance ;
- **p** est la prévalence (taux de couverture) estimée ou escomptée pour l'indicateur-clé à estimer (c'est-à-dire le % de Ramedistes) ;
- **1,10** est le facteur nécessaire pour augmenter la taille de l'échantillon de 10 % afin de tenir compte du taux de non réponse ;
- *deff* est le symbole représentant l'effet du plan de sondage. Le *deff* est une mesure qui compare les ratios de la variance d'échantillonnage de l'échantillon de l'enquête stratifié par grappe à un échantillon aléatoire simple<sup>3</sup> de même taille globale ;
- **0,05p** est la marge d'erreur raisonnable pour un intervalle de confiance de 95%, définie comme 5 pour cent de p (5% est donc la marge d'erreur relative de p) ;
- **Pop** est la proportion de la population totale sur laquelle l'indicateur p est basé, et
- **n<sub>h</sub>** est la taille moyenne du ménage.

L'estimation première de la taille de l'échantillon par strate (urbain/rural) est faite sur la base des données du RGPH 2014. De plus, afin de maintenir la représentativité de l'échantillon au niveau national et par milieu de résidence, le questionnaire des ménages est administré à tout ménage sélectionné, même si aucun sujet éligible n'est présent. Le ménage sera donc considéré comme inclus, et ne sera en aucun cas remplacé.

Deux types de stratification ont été réalisés. En urbain, le type d'habitat avec les modalités suivantes a été utilisé : villa, quartier industriel, moderne, ancienne médina ou logement social, bidonville. Cette variable est très corrélée au niveau de vie, elle peut donc expliquer des disparités de comportement. Pour le rural, la stratification selon le type d'accessibilité à l'établissement de santé (Centre de Santé Communal ou hôpital) n'existe pas elle a donc été effectuée à postériori.

Deux règles générales régissent le choix du nombre d'UP et la taille des grappes : plus le nombre d'UP sélectionnées est important, plus la représentation géographique et la fiabilité d'ensemble de l'échantillon sont importantes ; plus la taille des grappes est petite, plus les estimations sont fiables. La taille de chaque grappe a été fixée à 10 ménages minimum.

De ce fait, l'échantillon est issu d'au moins 180 grappes de taille moyenne de 10 ménages, tirées à partir de l'EM 2014. Les unités aréolaires finales sont tirées avec probabilité proportionnelle à la taille, et les unités ménages avec probabilité inverse, afin d'obtenir un échantillon auto-pondéré.

La base de sondage proposée pour mener cette enquête a été la liste des zones géographiques ou unités primaires, sélectionnées de l'échantillon-maître 2014. Il s'agit de zones géographiques délimitées par des limites facilement identifiables sur le terrain et comportant près de 6 unités secondaires chacune, en moyenne.

Ces unités primaires obéissent à une stratification géographique et selon le type d'habitat dominant en milieu urbain et par province en milieu rural. La taille globale de l'échantillon a été déterminée en fonction de la précision désirée, des moyens matériels et humains disponibles, de la logistique d'enquête à mettre en place et du temps nécessaire à la réalisation de l'enquête. Le tableau suivant donne l'estimation de la taille de l'échantillon selon la proportion à estimer et l'erreur relative souhaitée. La taille de l'échantillon est d'au moins 1596 ménages (nous avons estimé 1800 avec 10% de non réponse).

Cette taille est jugée suffisante pour avoir une représentativité de la population cible par milieu de résidence (urbain/rural). Elle permet de ce fait, d'estimer toute proportion d'intérêt de l'ordre de 30% et plus avec une marge d'erreur relative ne dépassant pas 15%.

**Tableau 2: Taille de l'échantillon selon l'erreur et la proportion d'intérêt**

er\p	10%	15%	20%	30%	50%
<b>0,01</b>	2281910	1436758	1014182	591606	253546
<b>0,05</b>	91276	57470	40567	23664	10142
<b>0,1</b>	22819	14368	10142	5916	2535
<b>0,15</b>	10142	6386	4507	2629	1127
<b>0,2</b>	5705	3592	2535	1479	634
<b>0,3</b>	2535	1596	1127	657	282
<b>0,4</b>	1426	898	634	370	158
<b>0,5</b>	913	575	406	237	101
<b>0,6</b>	634	399	282	164	70

#### 2.2.1.2. Tirage et allocation de l'échantillon

La taille de l'échantillon proposée est de 1800 ménages répartis en 1200 ménages urbains et 600 ménages ruraux. Cette taille est jugée suffisante pour atteindre les objectifs assignés à l'enquête. L'échantillonnage adopté est de type stratifié à trois degrés de sondage. Ces degrés se définissent comme suit :

- **Premier degré** : consiste en la sélection, à probabilité proportionnelle à la taille de la strate, en termes de ménages, de 90 unités primaires parmi 122 unités primaires sélectionnées de l'Échantillon maître 2014.
- Les dossiers cartographiques des unités primaires et secondaires retenues ont été mis à notre disposition.
- **Deuxième degré** : chaque unité primaire comporte en moyenne 6 unités secondaires ou grappes de 20 ménages chacune.
- **Troisième degré** : les unités du troisième degré de sondage est le ménage. Cette enquête couvrira les ménages échantillonnés indépendamment de la présence ou non de la population cible. L'identification des ménages à enquêter est réalisée sur la base de la fiche du dénombrement élaboré.

Ainsi, à l'intérieur de chaque US sélectionnée, un échantillon de 20 ménages, est tiré selon la méthode systématique à un seul point de démarrage avec probabilité égale. Pour chaque ménage tiré, le chef de ménage et 4 personnes ayant utilisé les services de santé au cours des cinq dernières années âgée de plus de 18 ans sont sélectionnées pour faire l'objet de l'enquête (interview) s'ils sont présents dans le ménage. Si plus de 5 personnes répondent aux critères d'inclusion au niveau d'un ménage, un tirage aléatoire en se basant sur la table de Kish est réalisé par le chef d'équipe.

La répartition des 1800 ménages à enquêter entre le milieu urbain et le milieu rural est proportionnelle au poids de chaque milieu en termes de ménages dégagé par le RGPH 2014. Le fait de retenir **20** ménages à enquêter au niveau de chaque unité secondaire nécessite la sélection de **90** unités primaires au niveau national (60 unités primaires urbaines et 30 unités primaires rurales (soit 1200 ménages à enquêter en milieu urbain et 600 ménages à enquêter en milieu rural) (Tableau 3).

**Tableau 3: Répartition des ménages à enquêter selon la région et le milieu**

Région	Nombre de grappes		Nombre de ménages à enquêter	
	Urbaines	Rurales	Urbain	Rural
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	6	3	130	60
Oriental	4	2	80	40
Fès-Meknès	7	3	150	70
Rabat-Salé-Kenitra	9	3	190	60
Béni Mellal-Kenitra	3	3	70	60
Grand Casablanca-Settat	15	4	300	80
Marrakech-Safi	6	6	110	120
Drâa-Tafilalet	2	2	30	40
Souss-Massa	5	3	90	60
Guelmim-Smara	1	1	20	10
Laâyoune-Sakia Al Hamra	1	0	20	0
Ed Dakhla-Oued Ed Dahab	1	0	10	0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>1200</b>	<b>600</b>



Les données des enquêtes auprès des ménages peuvent comporter des biais pour plusieurs raisons. Ces biais peuvent être regroupés en deux grandes catégories :

- **Les biais d'échantillonnage** peuvent se produire aléatoirement parce que l'enquête interroge un échantillon de personnes enquêtées et non la population entière. Des erreurs peuvent aussi se produire parce que l'échantillon n'est pas représentatif de la population entière. Pour éviter ce genre d'erreurs on s'est assuré auprès du service central des études et de la statistique du Ministère de la santé que la base de sondage est adaptée et que la taille de l'échantillon est optimale pour les mesures attendues.
- **Les biais de mesure** : résultent de la façon imparfaite de mesurer ce que l'on souhaite mesurer et sont plus sérieux que les erreurs de sondage (parfois non détectés). L'enquête pilote dans deux régions s'est assurée que les interviews étaient menées par des enquêteurs de terrain bien formés et bien supervisés. De plus pour assurer la meilleure qualité possible des données, un processus rigoureux a été mis en place :
  - a) Conception d'un questionnaire, avec un minimum de questions ouvertes, structuré par thèmes et traduit en langue dialectale;
  - b) Recrutement de personnels (enquêteuses, chefs d'équipe, superviseurs, encadrant) qualifiés et expérimentés dans le domaine ;
  - c) Formation théorique et pratique avec tests à la fin de la formation ;
  - d) Prétest au niveau de deux régions sanitaires pour compléter la formation et suivre de près le personnel et leur niveau de compréhension de la méthodologie ;
  - e) Supervision intensive au début et à la fin par des encadrants qualifiés dans leur domaine et élaboration d'une application informatique pour le suivi et l'évaluation des performances du personnel de l'enquête ;
  - f) Conception d'un outil pour le suivi et évaluation des équipes sur le terrain ;
  - g) Mise en place d'un système de validation de la saisie de la base de données analysée ;

#### 2.2.1.3. Aspects opérationnels : Systèmes de Positionnement Géographique (GPS)

Des récepteurs de Système de Positionnement Géographique (GPS) ont été utilisés pendant le travail de terrain afin d'enregistrer des informations sur la localisation géographique précise de

la grappe échantillonnée. Cela a permis de lier les données de cette enquête entre elles et avec d'autres séries de données présentant les mêmes informations géographiques.

L'utilisation par les superviseurs d'un outil de positionnement géographique permet une mise à jour des grappes sélectionnées et facilite les opérations de repérage des ménages.

### **2.2.2. Saisie et traitement des données**

Le but du traitement primaire et secondaire des données est de produire des fichiers de données propres et apurés. Il est constitué des étapes suivantes :

- Saisie de tous les questionnaires d'une grappe dans un fichier de données.
- Contrôle de la structure du fichier de données ;
- Deuxième saisie des données et vérification du fichier de données ;
- Sauvegarde du fichier de données contrôlées et vérifiées ;
- Apurement secondaire du fichier des données ;
- Sauvegarde du fichier de données apurées, ou fichier final.

Les données ont été étudiées avec SPSS version 22 et des analyses uni, bi et multivariées ont été conduites. La démarche a consisté en une analyse structurée comme suit :

1. Analyses univariées descriptives de l'échantillon
2. Analyses des parcours de soins possibles
3. Analyses des corrélations entre les flux financiers et les indicateurs de l'offre de soins
4. Analyses des associations entre le mode de couverture sanitaire et les facteurs sociodémographiques, de risque santé et d'offre de soins
5. Analyse des associations entre le mode de couverture , parcours de soins , dépenses de santé et satisfaction des utilisateurs
6. Analyse spatiales des typologies de parcours de soins et de dépenses de santé selon les territoires sanitaires
7. Analyses territoriales selon la production des unités de soins hospitalières publiques
8. Analyses multivariées des facteurs explicatifs du niveau de satisfaction des utilisateurs
9. Analyses multivariées des déterminants de l'utilisation effective des services de santé
10. Analyses multivariées des déterminants de l'utilisation future des services de santé

#### **Encadré 4 : Conclusion du Chapitre 4**

L'exploration du parcours de soins du patient marocain et des facteurs d'utilisation des services de santé a été réalisée par une approche mixte qualitative et quantitative.

L'approche qualitative permet d'analyser en profondeur et dans le détail les pratiques en rapport avec les parcours de soins et de comprendre les attitudes et les perceptions qui l'entourent. Dans le cadre de cette étude, nous avons conduit 35 groupes de discussion auprès de la cible suivante : femmes et hommes âgés de 25 ans et plus, résidant en milieu semi-urbain/rural et urbain.

L'étude a porté sur toutes les régions du Maroc disposant d'un CHU (régions avec 75% de la population, 68% de l'offre de santé et 70% de la production de soins). Deux critères de diversification ont été retenus : la présence ou non de maladies chroniques dans le ménage et le type de couverture médicale détenue par le répondant, à savoir : aucun régime de couverture médicale, AMO, RAMED, mutuelle/assurance privée. Les principaux thèmes qui ont émergé eu égard aux objectifs de l'étude se présentent comme suit : *l'univers de la santé-connaissance-notoriété des services de santé ; l'image du système de santé au Maroc ; usages- pratiques - parcours de soins.*

L'enquête de terrain a été menée auprès des 1812 ménages et a concerné 7244 individus analysant le détail de leur parcours de soins selon leur mode de couverture maladie . L'analyse des facteurs associées au parcours de soins dans un premier temps puis la détermination des modèles explicatifs de l'utilisation des services de santé par la technique de la régression logistique multiple permet de dresser par type de couverture un profil d'utilisateur. La combinaison des deux approches est une première dans le contexte marocain pour disposer de données objectives visant à évaluer l'impact et les effets de la CSU considérée comme le principal acquis sociétal des 15 dernières années.

Les résultats sont présentés selon 5 dimensions d'intérêt : Perception globale sur le système de santé au Maroc, Perception du coût de l'utilisation des services de santé (USS), Rôles de la couverture sanitaire et en particulier de l'AMO et du RAMED dans l'utilisation effective des services de santé, Caractéristiques du parcours de soins et ses déterminants et Rôle de l'offre dans les effets inattendus de la CSU et du RAMED en particulier.

## **Partie 2 : Etudes empiriques**

---

## **Chapitre 5 : Couverture médicale : enjeux et défis**

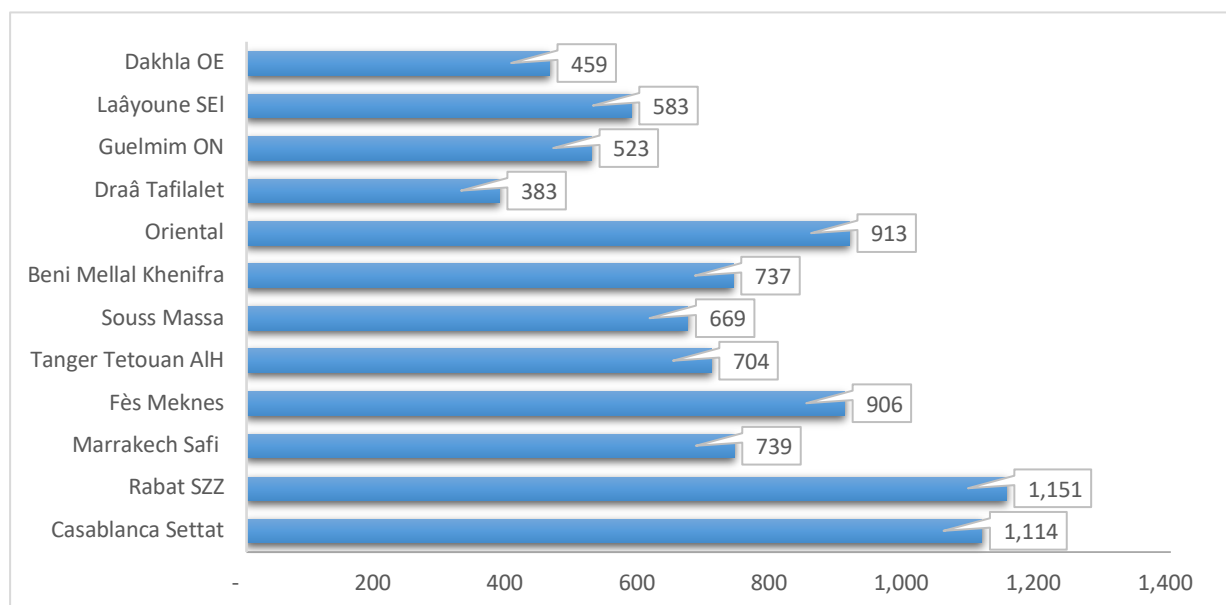
Dans ce chapitre nous présentons les données relatives à la couverture médicale au Maroc ainsi que l'analyse de l'offre de soins qui permettant la compréhension des déterminants de l'utilisation effective des services de santé. Nous mettrons en avant les résultats d'un projet original au Maroc effectué près de deux ans sur le terrain où nous avons travaillé auprès des ménages et les utilisateurs de services de santé. Ce travail d'enquête détaillée a consisté à étudier le vécu et la perception des marocains quant au système de santé, la couverture sanitaire et les services utilisés ; et à analyser les déterminants du parcours de soins.

### **Section 1 : Bilan de la couverture médicale au Maroc**

Les données par préfecture et région ont été colligées auprès des institutions concernées (ANAM, Direction des hôpitaux, DPRF), puis traitée avant d'être analysée. Il s'agit de colliger les informations sur les dépenses relatives aux bénéficiaires de la CSU par type d'acte utilisé, selon le type de couverture, selon la préfecture et la région sanitaire.

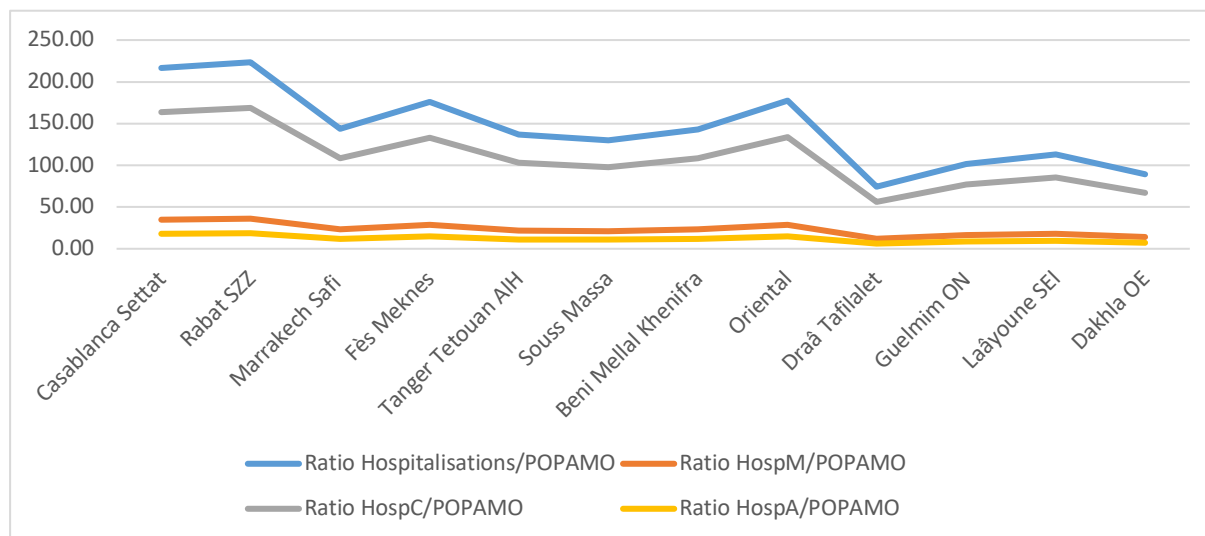
L'analyse de 2017, puis de la période 2012-2017 a mis en valeur les résultats « macro » de la CSU qui ont permis de mieux appréhender l'enquête de terrain auprès des ménages. L'analyse « micro » a concerné les déterminants du parcours de soins et l'utilisation effective des services de santé selon le mode de couverture médicale.

Le graphique 10 montre les dépenses moyennes payées par région et par bénéficiaire de l'AMO avec une variabilité importante de 383 dhs à 1151 dhs (3% à 200%). Il ne s'agit que de la part des organismes de prévoyance sociale qui rembourse les syndromes et pathologies définis dans la loi 65-00 et ses décrets d'application, selon le lieu de l'acte (70 à 90%), selon l'emploi du bénéficiaire privé ou public (70 à 100%) et selon la liste des médicaments remboursables (70%). Cette variabilité ne s'explique pas par la présence des CHU ou du secteur privé puisqu'elle persiste entre les deux grandes régions Casablanca- Rabat et les autres régions ayant un secteur privé développé et un CHU à savoir Marrakech, Tanger, Fès, Oujda et Agadir (26 à 56%). Il y a donc une inégalité entre régions qui doit être expliquée.

**Graphique 10 : Ratio Dépenses des tiers payants par bénéficiaire de l'AMO-2017 (Dhs)**

En ce qui concerne l'utilisation des services hospitaliers publics, ils reflètent la gravité de la demande de soins et constituent une étape importante dans le parcours de soins des maladies chroniques. En 2017, les dépenses de l'AMO relatives à l'hospitalisation représentaient 43% des dépenses totales des organismes de prévoyance sociale (OPS) (3,64 Milliards de dhs sur 8,489 Milliards de dhs) sachant que la durée moyenne de séjour est de 4 jours. Les examens paracliniques biologiques et les explorations radiologiques ou spécialisées sont essentiels durant l'hospitalisation et sont source de transfert vers le privé. Les coûts de ces différents examens sont très variables d'une région à l'autre (26 à 78 dhs). Néanmoins les différences régionales sont surtout le fait des hospitalisations chirurgicales où encore des régions de Marrakech et de Tanger où la dépense par bénéficiaire est la plus basse (143,41 dhs et 136,67 dhs) comparativement à celle de Rabat qui est de 223,41 dhs (Graphique 11).

**Graphique 11 : Dépenses hospitalières par les OPS par bénéficiaire AMO-2017**

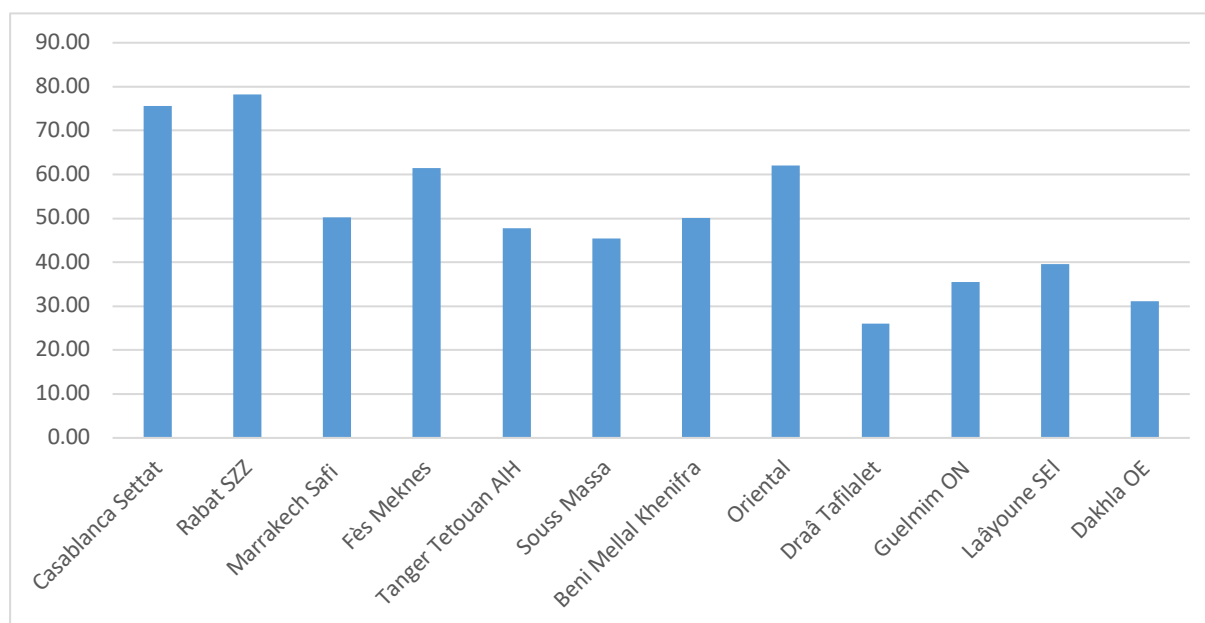


Source : Données ANAM et OPS

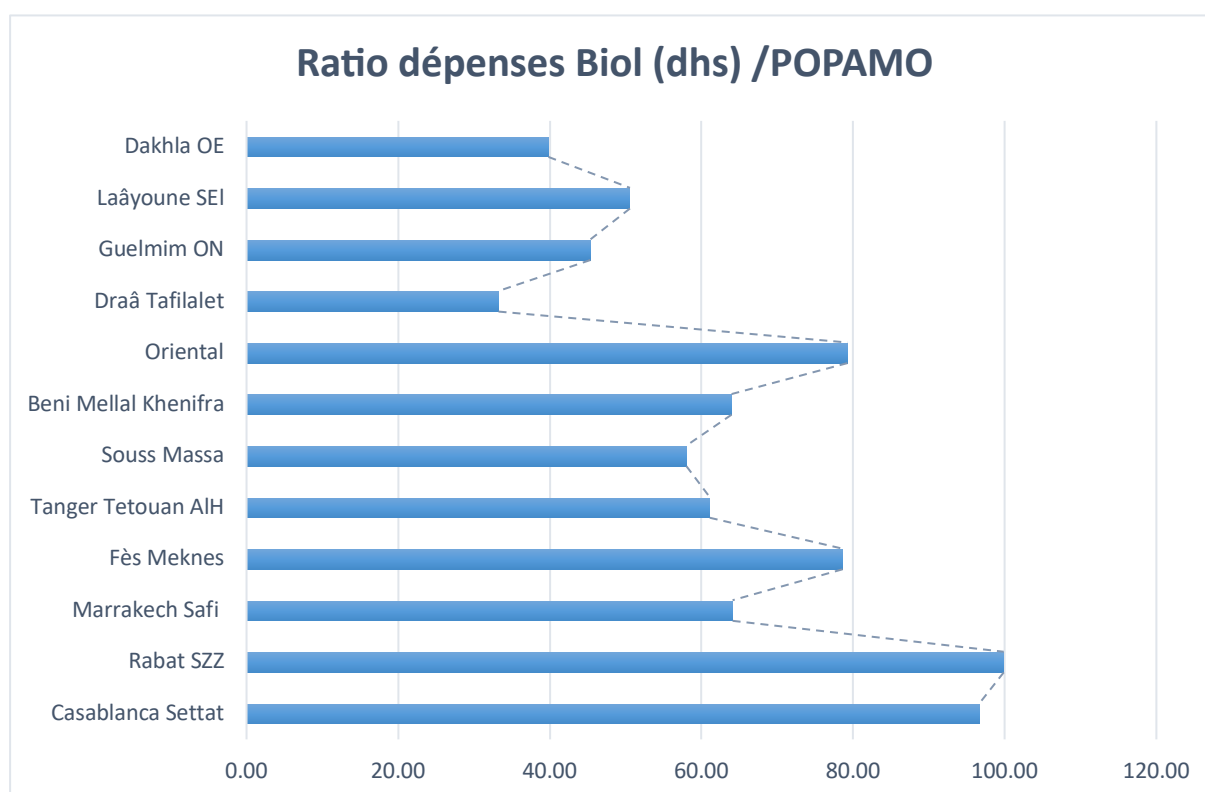
HospC : Hospitalisation chirurgicales ; HospM : hospitalisations médicales ; HospA : Ambulatoires

Il en est de même pour les examens biologiques que nous avons comparés par rapport à la population bénéficiaires de l'AMO et par rapport aux dépenses hospitalières globales (graphiques 12 et 13).

**Graphique 12 : Dépenses des examens spécialisés pendant l'hospitalisation**



Source : Données ANAM et OPS

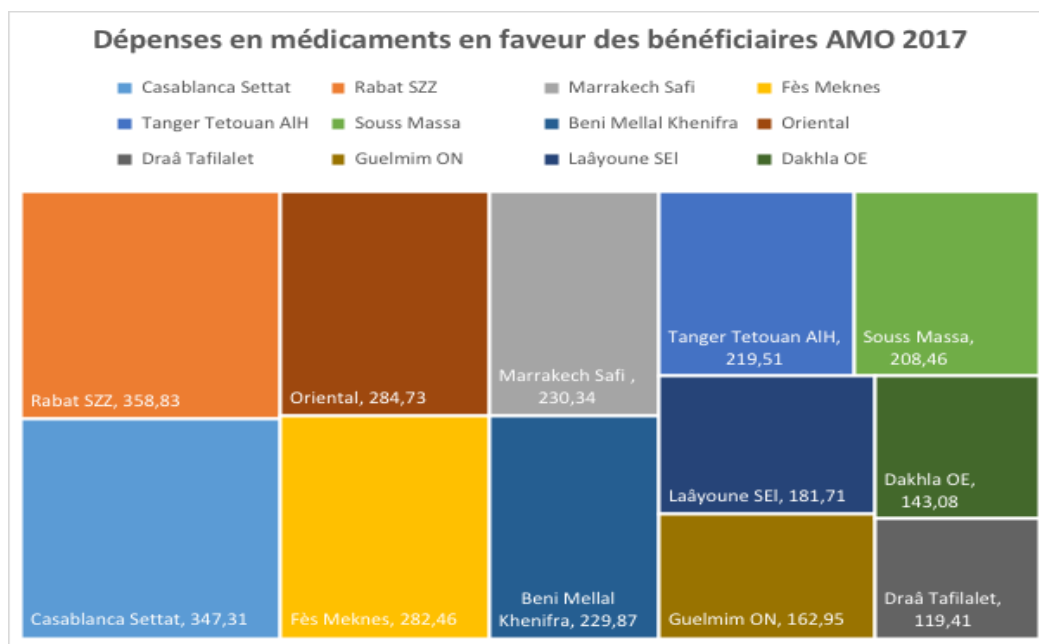
**Graphique 13 : Dépenses des examens biologiques pendant l'hospitalisation**

Source : Données ANAM et OPS

Un des postes de dépense les plus élevés au niveau des OPS dans le cadre de l'AMO reste le médicament. En effet il représente le premier poste de dépenses sur l'ensemble des charges ambulatoires (43%) et le troisième poste de dépenses sur l'ensemble des charges d'hospitalisations (15,72%) après la chirurgie et la dialyse. Un ticket modérateur de 30% du PPM demeure à la charge du patient. Sur le plan régional, ce ratio de dépenses/bénéficiaire varie de façon significative entre 119,41 dhs au niveau de Draâ Tafilalet à 347,31 dhs au niveau de Rabat Salé (Graphique 14). Hormis la région de Tanger Tetouan, ce sont les régions disposant d'un CHU qui ont la dépense la plus élevée. Avec comme pour tous les paramètres vus précédemment les régions de Rabat et de Casablanca qui se détachent clairement. La différence de dépense en médicaments par bénéficiaire varie entre les régions universitaires de 11,52dhs à 139,22 dhs. Ceci n'est pas explicable par l'offre de soins privé uniquement mais probablement par le type de pathologies pris en charge, le comportement prescriptif des médecins, l'automédication et le parcours de soins emprunté par les utilisateurs. Comme nous le montrerons au sein des analyses de parcours de soins, les postes de dépenses médicaments, examens paracliniques, et séjour sont très différents selon l'offre de soins.



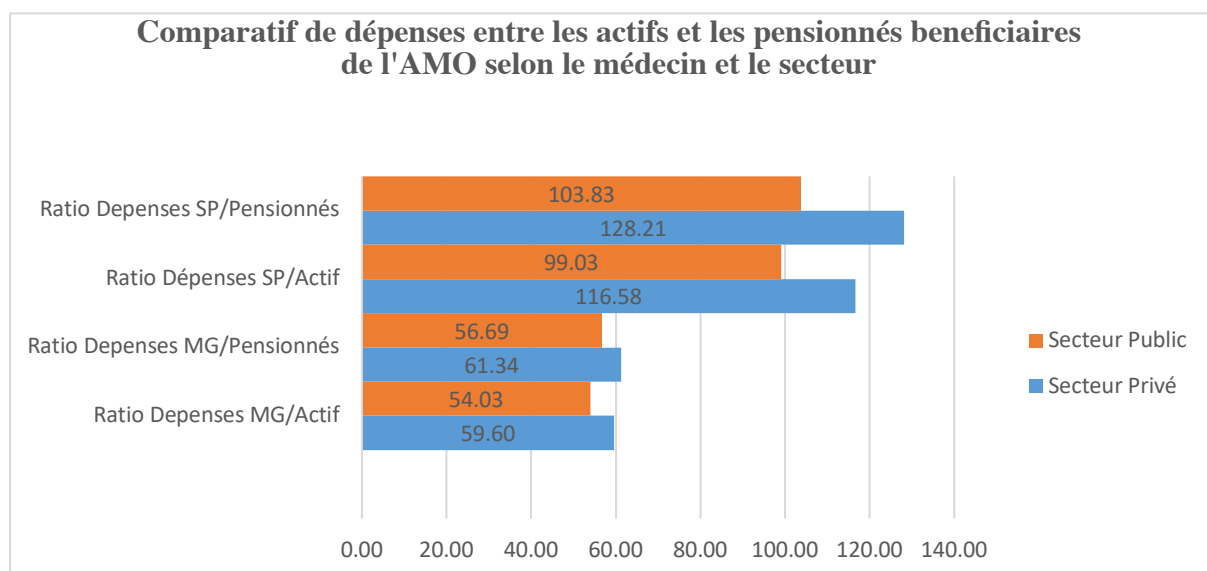
**Graphique 14 : Dépenses des organismes de prévoyance sociale (OPS) en médicaments par bénéficiaire**



Source : ANAM et OPS- 2017

Les ayants droits (actifs et pensionnés qui comprennent les retraités que les veuf-ves et les orphelins) n’ont pas la même demande de santé et nous avons analysé les dépenses selon les actes (Graphique 15).

**Graphique 15 : Comparatif de dépenses entre les actifs et les pensionnés bénéficiaires de l'AMO-2017**

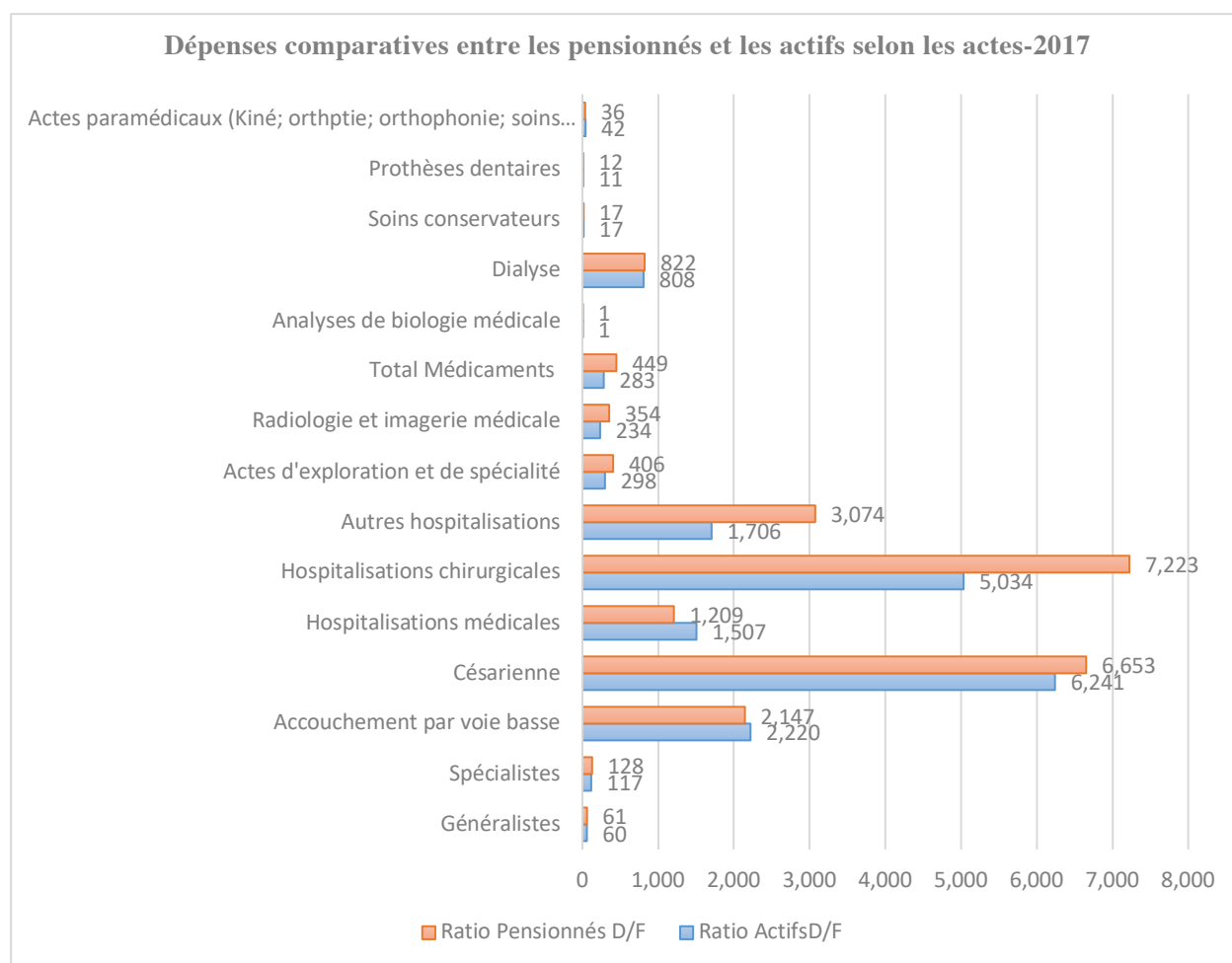


Source : Données ANAM et OPS

Comme attendu les dépenses des pensionnés restent supérieures à celle des actifs de 3 à 5% chez les généralistes et de 5 à 10 % chez les spécialistes. Néanmoins le constat à relever est la différence significative de dépenses entre les secteurs publics et privés (8 à 10 % pour la consultation de médecine générale et 17 à 23% pour la consultation chez le spécialiste).

Lorsque l'on s'intéresse aux différentes dépenses selon les actes, il y a également une tendance à des dépenses supérieures chez les pensionnés (Graphique 16).

**Graphique 16 : Dépenses des OPS par bénéficiaire (pensionné ou actif) -2017**



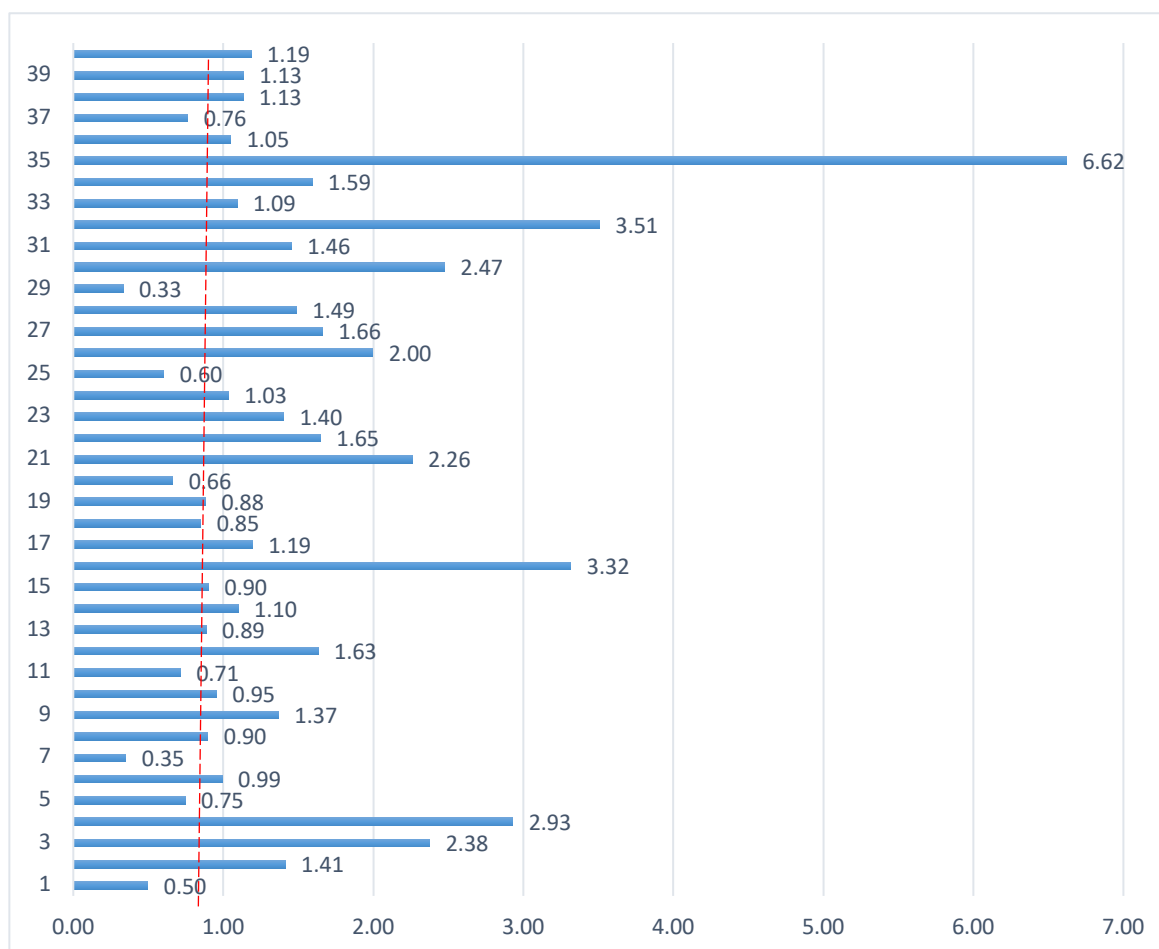
Source : Données ANAM et OPS (D/F : dépenses par rapport aux fréquentations)

Néanmoins les écarts sont plus importants pour les hospitalisations, les actes d'explorations et de diagnostic ainsi que les médicaments. La nature des pathologies, le type de structures d'accueil ou les caractéristiques techniques des équipements d'investigation ou d'intervention est une des explications possibles. Il ne semble pas que cela soit en relation avec le professionnel de santé généraliste ou spécialiste puisque les dépenses sont comparables ou légèrement plus élevées chez le spécialiste. De même lorsqu'un acte est très bien codifié (c'est

à dire que son prix clairement fixé par la tarification nationale de référence (TNR)) comme la dialyse ou la biologie les dépenses sont identiques. L'enjeu majeur pour les OPS reste au niveau des pathologies non codifiées et dans les actes prescrits hors nomenclature et dont le RAC est élevé.

Concernant les ALD/ALC (2,3% de bénéficiaires du secteur privé et 4,5% des bénéficiaires du secteur public) les frais remboursés (sans tenir compte des frais engagés par les bénéficiaires), l'analyse des données montre que pour une grande majorité d'ALD/ALC le différentiel entre le public et le privé va de -14282 dhs pour les cardiopathies congénitales à +117350 dhs pour les troubles héréditaires de l'hémostase (graphique 17). Pour les pathologies les plus prévalentes dans le pays et qui constituent des problèmes de santé publique, nous constatons un « surcoût » dans le secteur public de 37% pour le diabète, 10% pour l'HTA sévère, 13% pour les tumeurs malignes, 19% pour l'insuffisance rénale chronique, 40% pour les hépatites B et C chroniques actives et 66% pour les psychoses.

**Graphique 17 : Ratio des coûts directs Privé/Public des ALD/ALC 2017**



Source :Données ANAM (Le seuil de 1 sur l'axe des abscisses signifie coût identique dans le public et le privé)

Voir tableau 4 pour Les noms des pathologies correspondant aux numéros des ALD/ALC

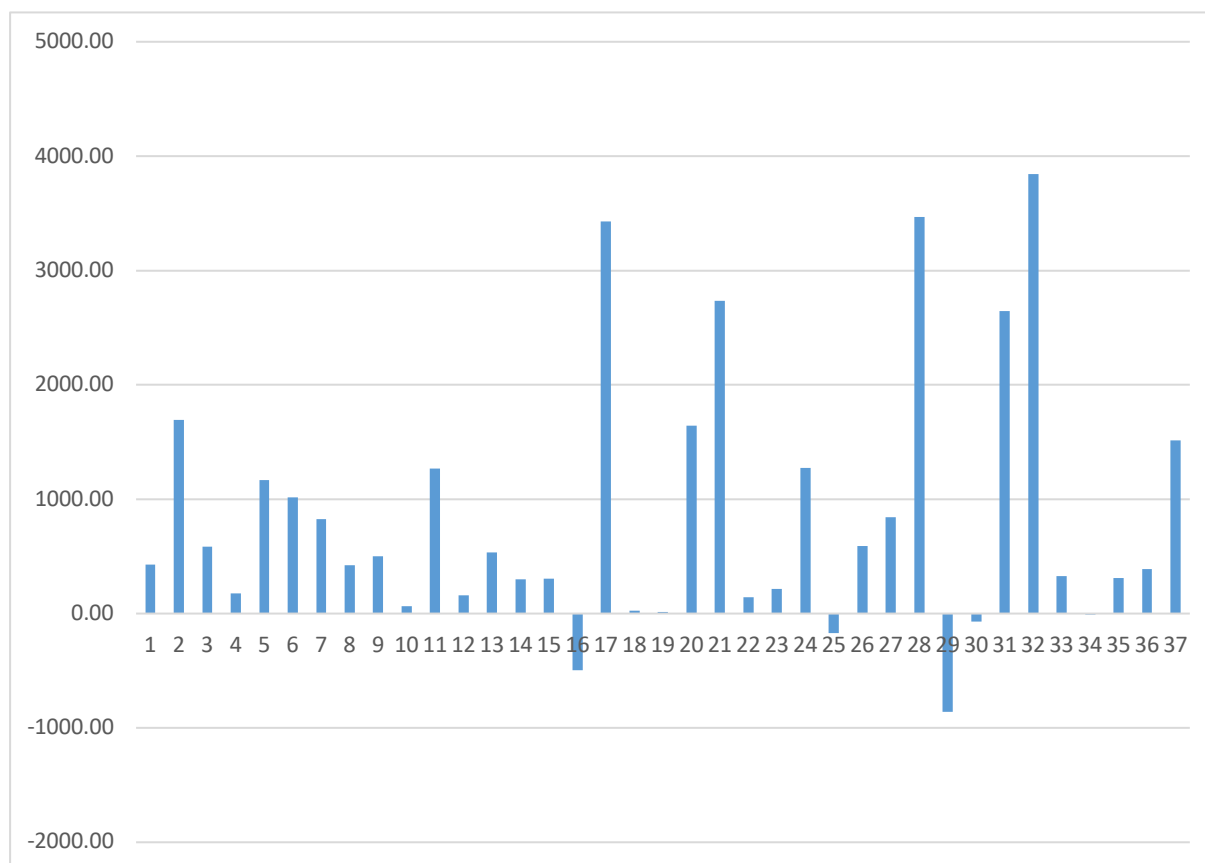
En fait 2,3% des ALD du secteur privé contribuent à 51,5% des dépenses totales alors que 4,5% des ALD du secteur public génèrent 44,9% des dépenses totales. Ce constat étonnant pourrait trouver son explication dans le fait que la prise en charge est différente (parcours de soins, âge, genre, gravité ou comorbidités, durée de séjour, protocole thérapeutique ou outils de diagnostic etc...).

Le Ministère de la santé comme le secteur privé ne disposent pas de comptabilité analytique du coût direct des actes médicaux. L'établissement du TNR qui a fait et continue de faire polémique n'a pas été basé sur le coût des pathologies ou des actes mais sur une capacité de paiement des ménages (applicable depuis 2006 et non révisé tous les trois ans comme le stipule la loi). Une nouvelle tarification devrait entrer en vigueur au cours de 2020 eu égard aux problématiques créées par une « anarchie des prix » impactant les prestataires, les gestionnaires et les bénéficiaires.

En termes de déboursement à faire par le bénéficiaire, il y a une « contribution » supérieure dans le secteur privé de 51% pour le diabète, 27 % pour l'HTA sévère, 34 % pour les tumeurs malignes, 174% pour l'insuffisance rénale chronique, 55% pour les hépatites B et C chroniques actives et 81% pour les psychoses. Cela signifie par exemple que pour un cas de diabète le patient paiera de sa poche 498,5 dhs en sus de la prise en charge par l'OPS ou encore 3843,5 dhs pour la spondylarthrite ankylosante (Graphique 18).

Ces différents points relatifs au RAC entre les secteurs public et privé, les caractéristiques du bénéficiaire et selon les pathologies a connu une certaine évolution. Le RAC des assurés du secteur public est passée de 26,8% en 2010 à 31,3% en 2016, alors sur la même période il est passé de 33,1% à 39,9% pour le secteur privé (ANAM, 2017).

Lorsqu'il s'agit d'actes ambulatoires, le RAC est de 49,4% et 40,0% respectivement pour les secteurs privé et public alors qu'il est de 26,2% et 9,9% pour l'hospitalisation. Le taux de remboursement différent (70% et 80% dans le privé et le public respectivement) est probablement un facteur explicatif. Quant aux différences entre type de bénéficiaire, le RAC pour les actifs est de 43,0% et de 33,5% alors que le RAC pour les pensionnés est de 35,8% et 28,7% respectivement pour les secteurs privé et public. Ces différences sont en rapport avec la prévalence des maladies chroniques plus élevée au sein des pensionnés mais aussi avec les caractéristiques d'exonération accordés dans le cadre de la loi 65-00 (plus élevées si fonctionnaires et si utilisation de l'offre publique).

**Graphique 18 : Différentiel Privé/Public de RAC en dhs pour 41 ALD/ALC**

Source : Données ANAM

Les chiffres négatifs indiquent un ticket modérateur inférieur dans le privé par rapport au public

Les chiffres de 1 à 41 sur l'axe des ordonnées correspondent aux codes des ALD/ALC

Par ailleurs, il est important de noter que la « discordance économique » entre la demande et l'offre est une réponse à l'écart entre un tarif officiel et un tarif appliqué. La consultation du spécialiste est tarifée à 150 dhs mais en réalité facturée entre 250 dhs et 300 dhs ; le séjour en réanimation est tarifé à 1500 dhs mais en réalité facturé entre 2500 dhs et 4000 dhs. Le résultat est évident : un reste à charge (RAC) plus élevé, une insatisfaction des patients et une « obligation » pour les médecins « d'ajuster » les modalités de prise en charge (faire payer au patient l'écart). Lorsqu'il s'agit de vérifier le RAC pour les patients bénéficiant de l'AMO, l'on remarque que ce dernier est supérieur dans le privé par rapport au public. Cela signifie que le bénéficiaire contribue selon la pathologie et le secteur à hauteur de 1 à 444%. Par exemple pour le diabète (numéro 9), le RAC dans le privé est de 51% supérieur à celui du public (Tableau 4).

**Tableau 4 : Ratio Privé/public du reste à charge (RAC) selon les ALD/ALC**

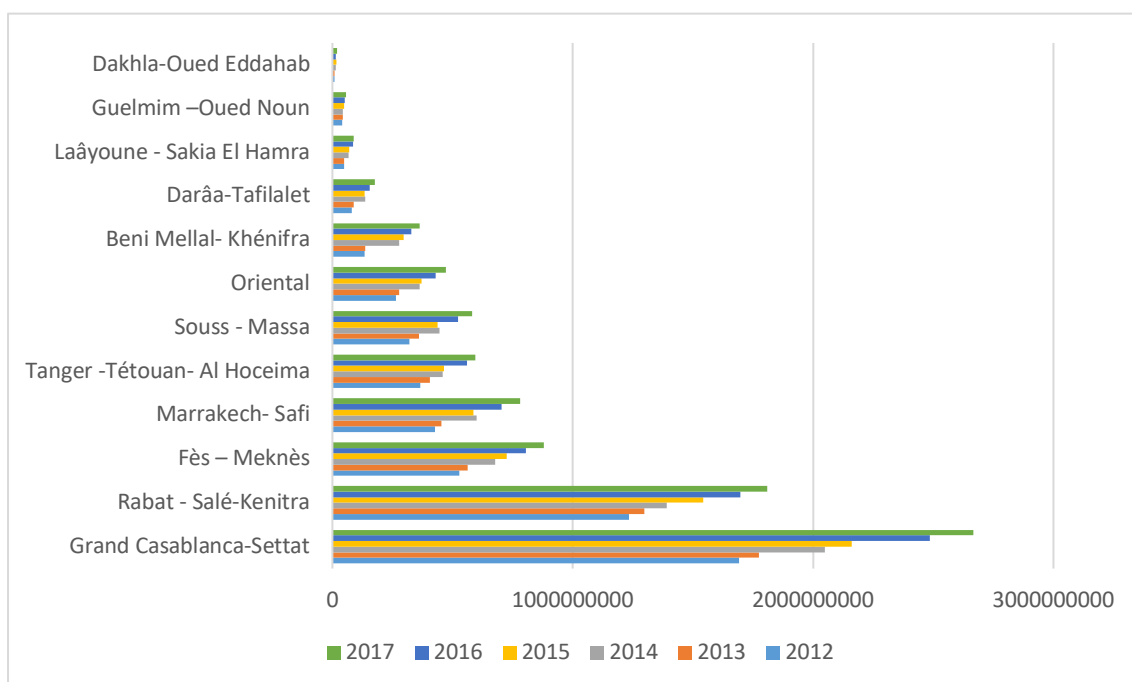
	ALD	Ratio RAC Priv/Pub
1	AVC ou médullaire ischémique ou hémorragique	-4%
2	Affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique	69%
3	Anémies hémolytiques chroniques sévères	253%
4	Aplasies médullaires sévères	75%
5	Artériopathies chroniques	45%
6	Asthme sévère	27%
7	Cardiopathie congénitale	-29%
8	Cirrhoses du foie	1%
9	DID et DNID	51%
10	Epilepsie grave	7%
11	Etat de déficit mental	24%
12	Formes graves des affections neurologiques et NM	50%
13	Glaucome chronique	15%
14	Hypertension artérielle (HTA) sévère	27%
15	Insuffisance cardiaque	7%
16	Insuffisance rénale aiguë	79%
17	Insuffisance rénale chronique terminale	174%
18	Insuffisance respiratoire chronique grave	3%
19	Lupus érythémateux aigu disséminé	2%
20	Maladie coronaire	27%
21	Maladie de Crohn évolutive	258%
22	Maladie de Parkinson	54%
23	Maladies chroniques actives du foie (hépatites B et C)	55%
24	Myélodysplasies sévères	28%
25	Néphropathies graves	-2%
26	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	126%
27	Psychoses	81%
28	Rectocolite hémorragique évolutive	157%
29	Rétinopathie diabétique	10%
30	Sclérodermie généralisée évolutive	77%
31	Sclérose en plaques	165%
32	Spondylarthrite ankylosante grave	441%
34	Syndromes néphrotiques	41%
35	Troubles graves de la personnalité	32%
37	Troubles mentaux et/ou de personnalité dus à une lésion, à un dysfonctionnement cérébral ou à une lésion physique	34%
38	Troubles permanents du rythme et de la conductivité	21%
39	Tumeurs malignes « TM »	34%
41	Vascularites	22%

Enfin il faut relever que la dépense moyenne d'un assuré actif du secteur public (3034 dhs) représente 3,8 fois celle d'un assuré actif dans le secteur privé (789 dhs). Ce rapport est de 1,58 pour les pensionnés (5141 dhs versus 3237 dhs). Un assuré actif du secteur public consomme par an 1,73 fois plus qu'il ne contribue alors qu'un assuré actif du secteur privé ce ratio est de 3,25. Pour l'assuré pensionné du secteur public il consomme 3 fois plus qu'il ne contribue à l'AMO alors que celui du privé consomme 4,23 fois plus qu'il ne cotise (ANAM, 2017). Pourtant le taux de contact médical au Maroc est bas (0,6/an), le taux d'occupation moyen (TOM) des hôpitaux faible (57%) et la contribution des ménages aux dépenses totales de santé extrêmement élevée. Ces discordances de données sont probablement en rapport avec le parcours de soins « erratique », une utilisation peu effective des services de santé, une gouvernance de la couverture universelle non efficiente.

## Section 2 : Bilan de la couverture médicale entre 2012 et 2017

L'analyse de cette période est essentielle dans le cadre de ce projet car il s'agit d'identifier les caractéristiques de ce régime pendant la période de mise en place du RAMED qui fera l'objet d'une analyse séparée. L'évolution des dépenses directes de l'AMO a connu une croissance moyenne de 10% sur la période 2012-2017 avec une grande variabilité régionale (Graphique 19). Les dépenses AMO varient selon les régions du royaume en effet les plus élevées s'observent au niveau de la région du grand Casablanca-Settat 2,6 Milliards en 2017.

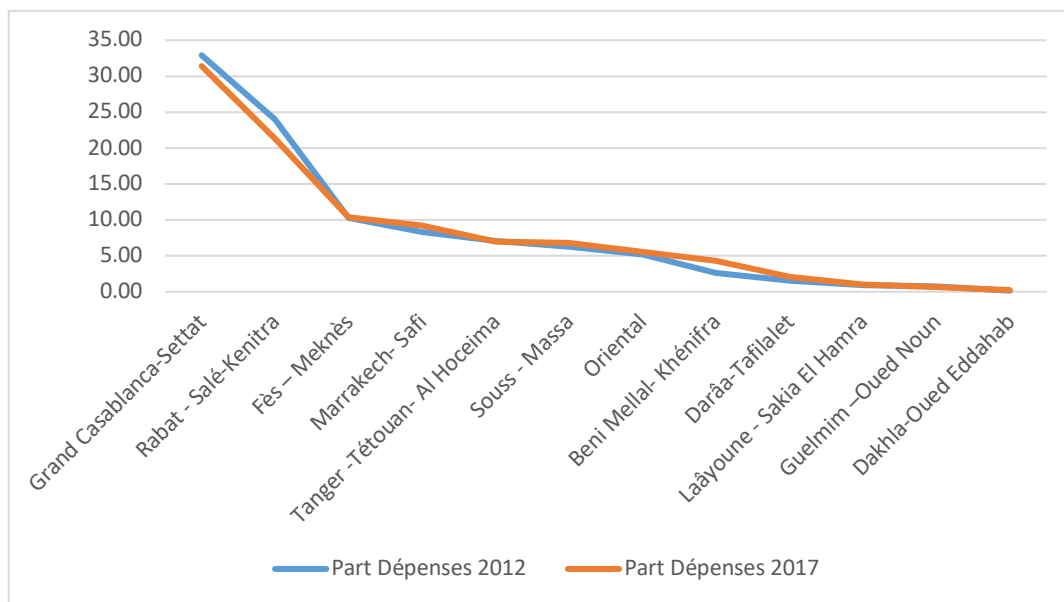
**Graphique 19 : Dépenses de l'AMO par région entre 2012 et 2017**



Source : Données ANAM et OPS.

La part de chaque région dans les dépenses de l'AMO est sensiblement identique entre 2012 et 2017 et c'est toujours 4 régions sur 12 qui s'accaparent 75% des dépenses totales et traduisent une autre forme d'iniquité. Ces régions sont celles des 4 principaux CHU sur les 7 que compte le pays (Graphique 20).

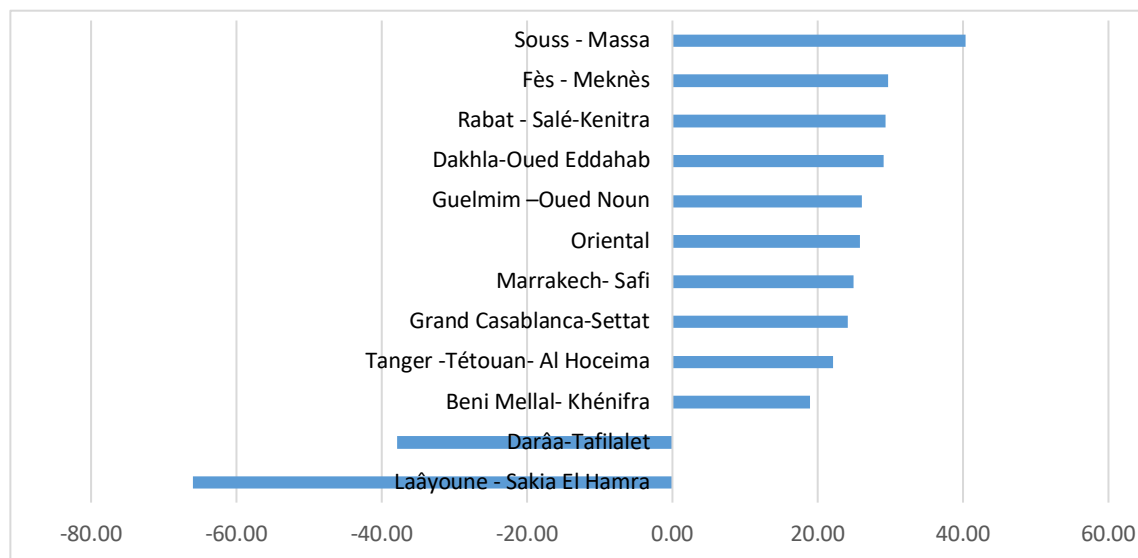
**Graphique 20 : Dépenses liées à l'AMO par région entre 2012 et 2017**



Source : Données ANAM et OPS

Hormis deux régions (Laâyoune et Daraâ), toutes les autres ont connu une augmentation substantielle des dépenses par personne entre 2012 et 2017. Celle-ci a été en moyenne de 20% sauf pour la région de Souss Massa qui a vu la dépense par bénéficiaire évoluer de 40% (Graphique 21).

**Graphique 21 : Évolution % des Dépenses/bénéficiaire AMO et par région (2012-2017)**

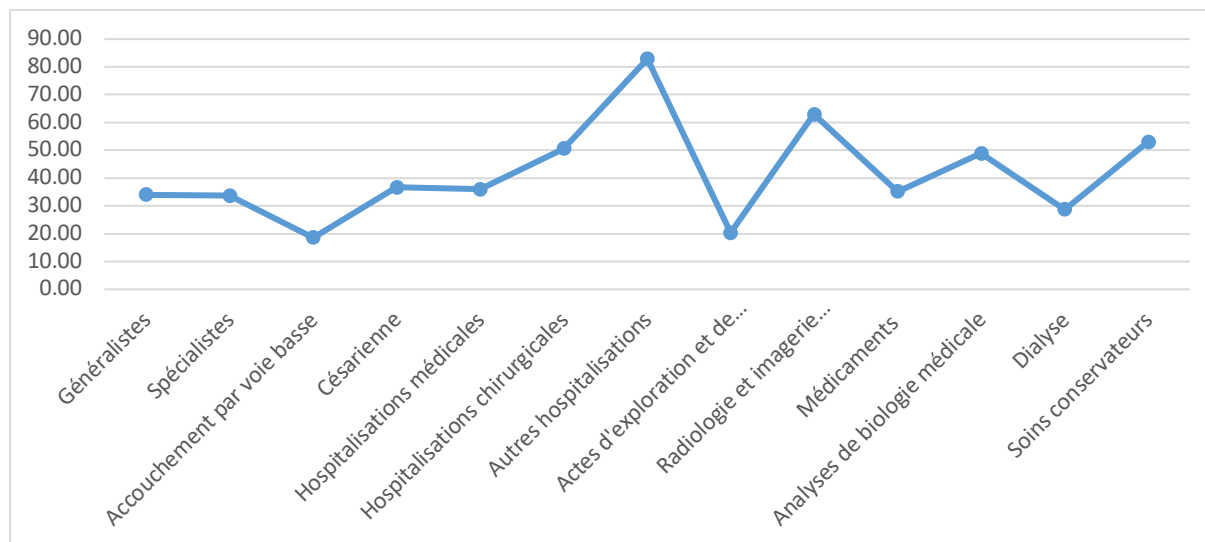


Source : Données ANAM et OPS



En 2012 la dépense moyenne par bénéficiaire AMO était de 678,24Dhs , alors qu'elle s'établissait à 888,65 dhs en 2017. L'évolution médiane des dépenses par adhérent AMO a été de 34% entre 2012 et 2017. Lorsqu'il s'agit d'analyser les dépenses par type de professionnel prescripteur ou par type de service utilisé, on constate une augmentation minimale de 20% des dépenses quel que soit le service utilisé sauf pour les professionnels de santé où l'évolution est de 30% et les hospitalisations de 35 à 80% (Graphique 22).

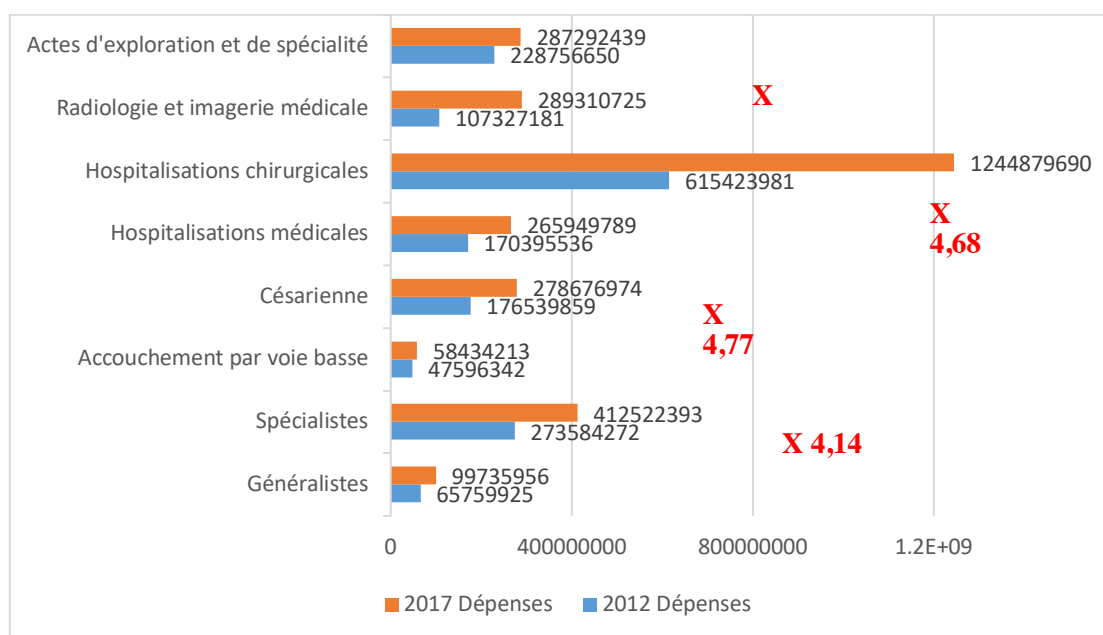
**Graphique 22 : Évolution en % des dépenses par famille de soins AMO 2012-2017**



Source : Données ANAM et OPS

Lorsque l'on compare les dépenses (en dhs) par groupe d'actes on constate des coefficients d'écart très importants non justifiés par le TNR sauf pour les explorations (Graphique 23).

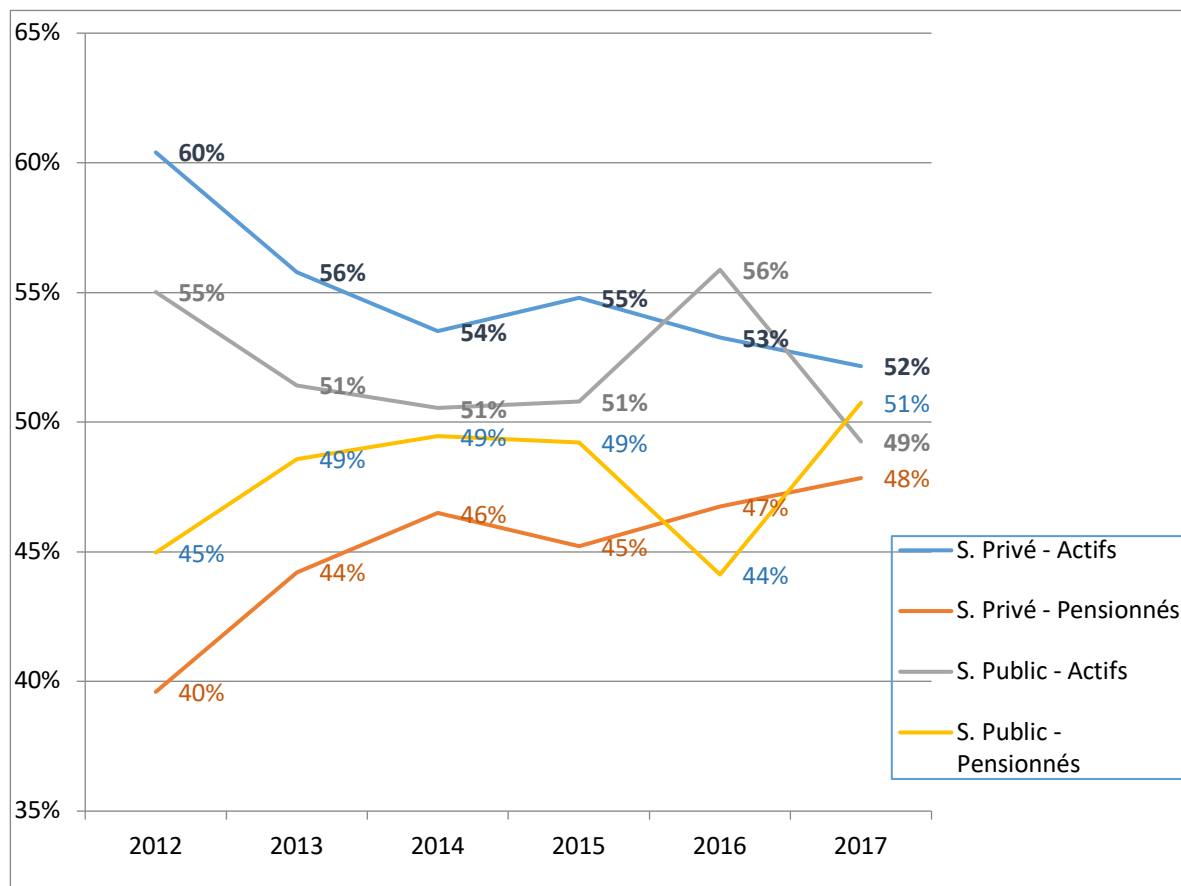
**Graphique 23 : Coefficient multiplicatif entre des groupes d'actes AMO (2012-2017)**



Source : Données ANAM et OPS

En fait la transition démographique que connaît le Maroc explique que les maladies chroniques (et principalement les ALD/ALC) ont vu leur incidence ainsi que l'utilisation des services de santé augmenter. Ceci impacte les dépenses de santé aussi bien chez les actifs que chez les pensionnés qui ont vu leur contribution aux dépenses totales augmenter et particulièrement dans le secteur public (Graphique 24).

**Graphique 24 : Évolution de la contribution des actifs et pensionnés selon le secteur**



Source : Données ANAM et OPS

Ainsi les dépenses des césariennes sont 4,77 fois plus élevées que celles des accouchements par voie basse alors que l'écart au niveau des tarifs conventionnés est de deux fois plus (3000 dhs pour un accouchement par voie basse et 6000 dhs pour une césarienne). Le même constat est fait entre les dépenses chez le spécialiste et le généraliste (4,14 fois alors qu'il est de 1,85 fois au niveau du TNR).

Au total l'analyse des données collectées sur l'AMO a permis de montrer les cinq tendances suivantes qui n'ont pas évolué de façon optimale au cours de la période 2012-2017 :

- La transition épidémiologique est bien présente et les maladies non transmissibles sont la principale morbidité des marocains ;
- Il y a une iniquité régionale et intrarégionale des dépenses de santé chez les personnes bénéficiant de l'AMO ;
- Il y a une disparité claire entre les dépenses de l'AMO dans le secteur privé par rapport au secteur public et selon le type d'assuré ;
- Il existe une incohérence dans les dépenses par famille de soins aussi bien entre secteur privé et public qu'entre les régions ;
- Le RAC reste élevé même chez les bénéficiaires de l'AMO ce qui influence le parcours de soins et l'utilisation effective des services de santé.

L'étude sur le terrain relative aux parcours de soins, aux dépenses réelles liées aux services de santé, à l'utilisation effective des services de santé au cours des cinq dernières années et au niveau de satisfaction perçue permettra de répondre à certaines questions en suspens. Au total l'analyse des données relatives à l'AMO et au RAMED au cours des cinq dernières années objective des résultats problématiques pour le système de santé marocain.

Tout d'abord, les dépenses de santé ont évolué de façon plus importante que la croissance économique au cours de la même période (10 fois plus pour certaines prestations de santé) et que cette croissance était systématique bien que variable selon les régions du pays.

Deuxième constat : les dépenses par pathologie prioritaire de santé publique étaient supérieures dans le secteur public comparativement au privé ce qui n'est pas explicable car aussi bien le coût du personnel, de médicaments, de frais de soins ambulatoires et hospitaliers ou les charges d'exploitation sont inférieures.

Troisième constat : le reste à charge pour les patients qui est bien que supérieur dans le secteur privé demeure très élevé pour tous les bénéficiaires. Ce fait à priori incohérent, car la couverture médicale privée concerne des personnes plus privilégiées socio-économiquement parlant et mieux portantes ; pourrait trouver son explication non pas dans le niveau de remboursement (80% en général pour l'assurance privée et 70% pour l'AMO) mais dans la « grande liberté » des prix appliqués dans le secteur privé.

Quatrième constat : les différences des coûts des services de santé entre le secteur public et privé varient d'un facteur de 1 à 15 pour le même poste de dépense avec l'hospitalisation et le poste médicaments qui expliquent la majorité de l'écart.

Cinquième constat : les actifs bénéficiaires de « l'AMO fonctionnaires » dépensent plus que les bénéficiaires de l'AMO travaillant dans le secteur privé. Dans les deux cas ils dépensent nettement plus que leur contribution à l'AMO ce qui est un signal d'alarme d'un déficit financier qui pointe à l'horizon.

Ces cinq « avatars » de la CSU au Maroc sont un indicateur de l'inégalité, de l'iniquité et des objectifs non atteints d'un projet sociétal crucial pour le pays. Le travail sur le terrain va permettre d'éclairer les vraies raisons « d'un échec programmé » qui n'est peut-être pas un problème de demande ou de financement mais probablement plus une question d'offre de soins, de mise en œuvre de la CSU et d'organisation du système de santé dans sa globalité.

### **Section 3 : Une offre de soins inadaptée à la CSU et peu performante**

#### **3.1 L'offre de soins au Maroc depuis l'avènement de la CSU**

Les déterminants à l'origine de la CSU trouvent leur justification dans l'importance du politique dans les enjeux sociaux mais la mise en œuvre au Maroc n'a pas répondu à la raison d'être d'une couverture sanitaire universelle à savoir le droit aux soins pour tous. L'amélioration de l'accessibilité aux services de santé, la réduction de la charge financière sur les ménages et le repositionnement du secteur public comme acteur majeur de la délivrance des services de santé n'ont pu être réalisés tels qu'attendus.

Si la demande devait en toute logique être liée à l'offre, le Maroc aurait dû multiplier cette dernière par trois, au moins dans ses dimensions matérielles, humaines et financières (investissement). Nous le verrons cela n'a pas été le cas et la productivité du système sanitaire public n'a pas bénéficié du saut qualitatif et quantitatif qu'auraient dû induire la CSU.

Si l'accessibilité devait en toute logique être facilitée par la disponibilité d'une couverture médicale, elle l'est aussi par l'accès géographique, les délais de rendez-vous pour l'hospitalisation, la disponibilité des ressources humaines et des moyens techniques et la qualité de la prise en charge. Mais là aussi le milieu rural, l'iniquité sanitaire régionale, la formation et les moyens des professionnels de santé « minent » l'utilisation effective des services de santé.

Si l'organisation d'un système de santé et son financement sont un défi pour la CSU, force est de constater que l'État a laissé le secteur privé se substituer à lui au moins dans la dimension couverture des soins de sa fonction régaliennne. LA CSU visait à permettre aux patients et aux

plus vulnérables en particulier à accéder à l'hôpital public. On observe au contraire un afflux vers l'hôpital privé, pourtant plus cher. C'est un effet paradoxal de la CSU. Depuis la mise en place de la couverture médicale, 60% des patients marocains et 90% des détenteurs d'une assurance médicale se font soigner dans le secteur privé (ANAM,2017). 60% à 70% des infirmiers et 25% à 30% des médecins du secteur public (fonctionnaires n'ayant pas le droit d'exercer dans le privé) pratiquent dans les cabinets ou cliniques privées au détriment du temps « public » et aggravant au moins cinq paramètres :

- Les délais de rendez-vous dans les hôpitaux publics ;
- La faiblesse du TOM des hôpitaux publics ;
- L'insuffisance de la qualité de la prise en charge des patients vulnérables ;
- L'insatisfaction des patients et de leur famille ;
- La faible performance économique des hôpitaux.

A cela s'est rajoutée la non prise en compte d'une transition démographique et épidémiologique, l'absence d'une revalorisation optimale des conditions de travail des professionnels de santé, l'inadéquation de la formation des professionnels de santé avec les besoins régionaux et l'incapacité d'un contrôle rigoureux du secteur privé devenu par la force des choses le titulaire d'une pole position.

Ce nouveau rôle auquel le privé ne s'attendait pas a conduit à de nouveaux effets encore plus pervers : appauvrissement des ressources du secteur public qui accepte volontiers de répondre à la demande grandissante, paupérisation des hôpitaux publics, « adaptation à la hausse » des tarifs des prestations par les cliniques et cabinets médicaux eu égard à la pression de la demande , aggravation du RAC pour les patients, sentiment des familles à revenu limité particulièrement d'être otage d'un système injuste voir «malsain ». Finalement quinze ans après la création d'un projet social et cinq ans après sa généralisation, des indicateurs montrent un retour à une situation semblable voir plus complexe que celle de 2002 et un État qui répond par une sanction politique (3 ministres de la santé nommés en 5 ans) et une augmentation de 27% du budget du Ministère pendant la même période (14,7 à 18,6 milliards de dhs).

Dans le cadre du renforcement de la CSU, l'État a prévu un investissement dans l'offre de soins en 2020 avec l'extension et la mise à niveau de l'offre de soins hospitalière (augmentation de la capacité litière (+ 10.327 lits) avec création de 13 nouveaux hôpitaux pour une capacité de 1.085 lits)) et l'octroi de 4000 postes budgétaires. Néanmoins les besoins en ressources

humaines sont de minimum 15000 postes et que le problème de l'offre est d'abord lié à son modèle organisationnel et sa performance (TOM de 60% au mieux).

Les enjeux majeurs qui expliquent les résultats peu probants de la CSU n'ont pas été abordés sur le plan politique ni budgétaire d'ici les prochaines élections législatives prévues en 2021 puisque ni la loi de finances 2020, ni le nouveau modèle de développement de nouveau souhaité par le Roi n'ont mesuré les défis de la CSU et les enjeux à risque politico-sociaux :

- Absence d'une agence ou d'un office national en charge de la gestion du RAMED indépendante du ministère de l'intérieur et de la santé dotée d'une personnalité morale et autonomie financière permettant de collecter les cotisations et de payer les prestations aux ayant droits ;
- Pas de réorganisation du système de santé hospitalier et ambulatoire avec une vision régionale en intégrant le privé (acteur majeur de fait) pour une offre intégrée et complémentaire dynamique ;
- Pas de positionnement le réseau ambulatoire (soins de santé primaires) au cœur du système dans un parcours structuré médico-économique optimal entre le centre de santé, le cabinet médical et la pharmacie ;
- Pas de restructuration des OPS publics et de l'ANAM pour mieux sélectionner les ayants droits, adopter un TNR juste et pérenne ;
- Pas de politique RH claire en termes de vase communicant entre les secteurs.

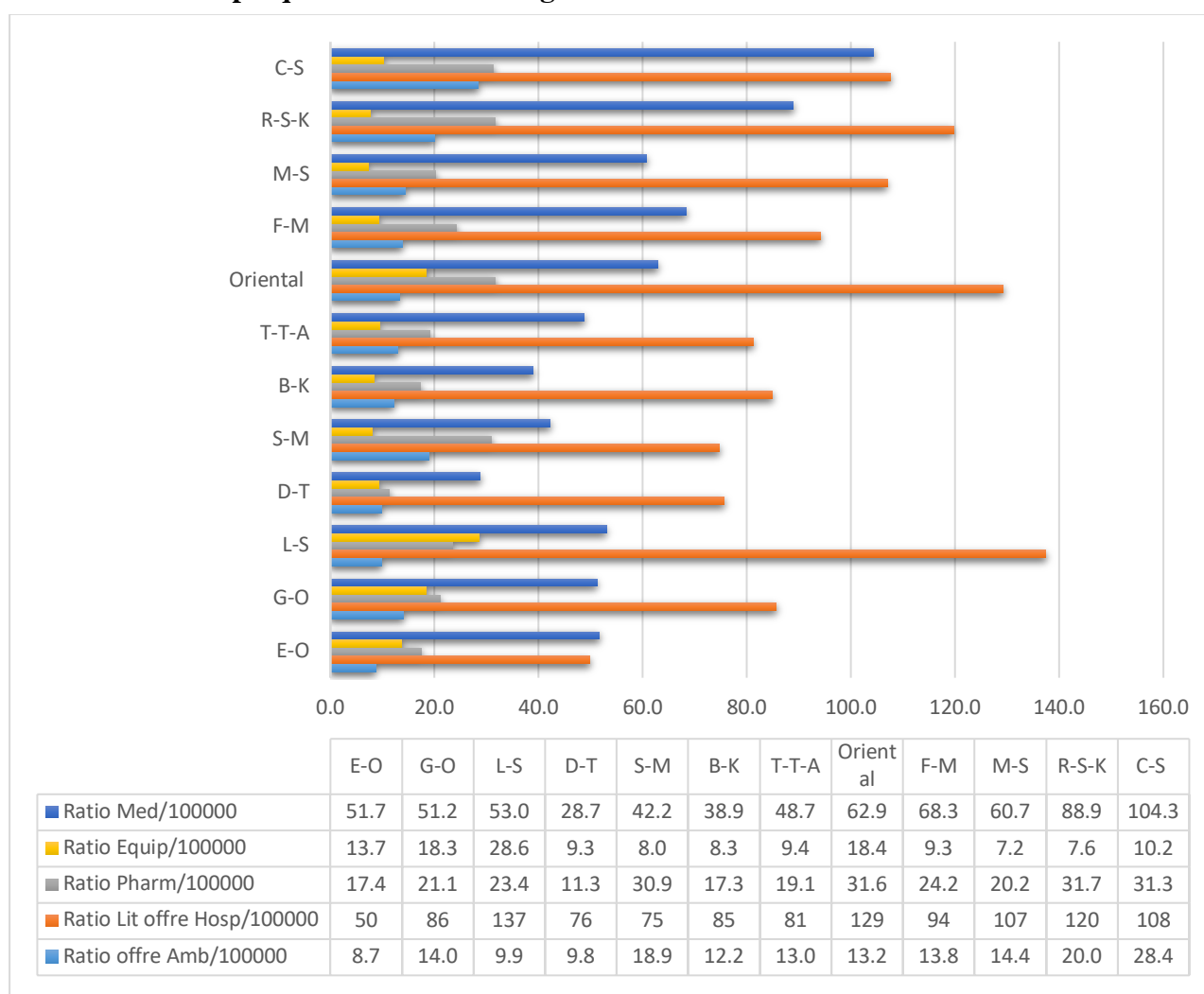
En résumé des différents constats observés et les résultats relatifs à l'utilisation des services de santé, montrent des effets paradoxaux et pervers, tout d'abord parce que l'offre de soins « marocaine » n'est pas adaptée à la CSU « marocaine » mise en place.

### **3.2 . Indicateurs de productivité des hôpitaux publics**

S'il est évident qu'il existe un déficit dans l'offre et une iniquité dans sa répartition, notre étude nous a permis de collecter les données factuelles à l'échelle nationale sur les activités des établissements de soins. Nous avons pu mettre en exergue des variations importantes inter et intra-régionales en matière d'indicateurs d'offre de soins et également de productivité au cours des cinq dernières années. Ainsi les indicateurs globaux d'offre de soins montrent que les régions sont différemment productives avec des écarts allant du simple au triple en matière de ratio Médecin/100000 hab. ou encore en matière d'offre ambulatoire/100000 hab. (Graphique 25). Les régions disposant d'un CHU ont des ratio médecin/hab. et pharmacien/hab. les plus

élevées mais en matière de lits/hab. ou d'équipements/hab. elles sont moins dotées paradoxalement. L'impact est moins patent sur la population car le secteur privé va compenser puisque les régions disposant d'un CHU sont celles ayant le secteur privé le plus développé (ratio cabinet/hab. ou clinique/hab.). Ceci n'est pas illogique au contraire, puisque ce sont les professeurs de médecine qui à temps partiel (dans le cadre du temps plein aménagé leur permettant une pratique privée externe au CHU de deux demi-journées par semaine) ou « à temps plein » assurent la production et la réputation de plusieurs cliniques privées.

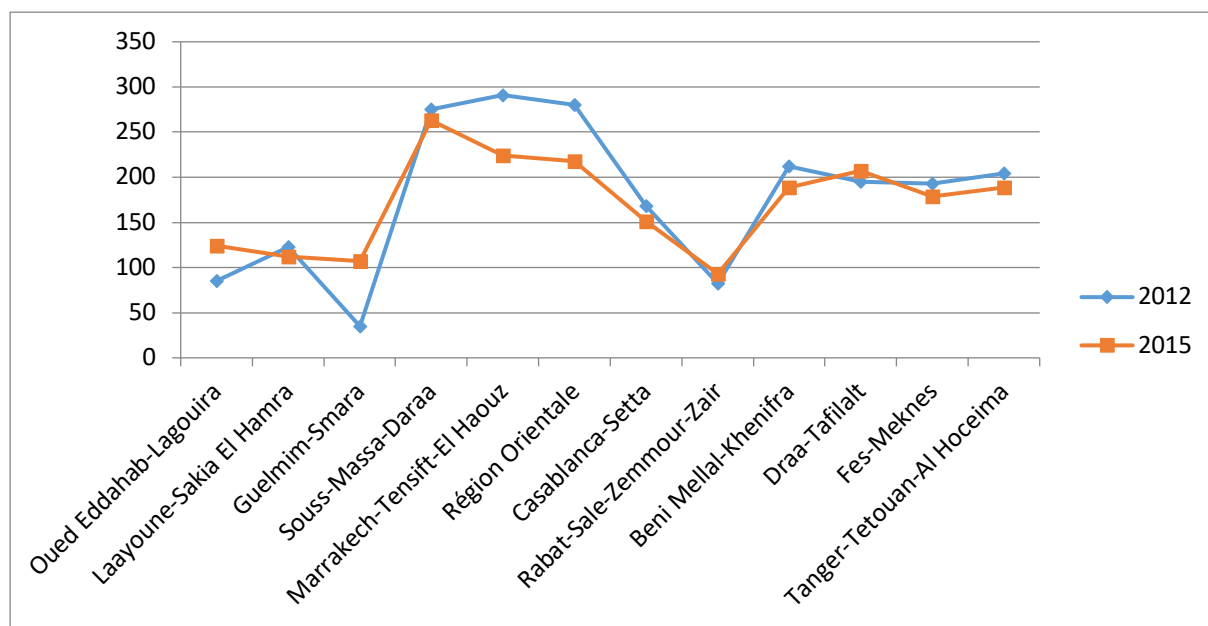
**Graphique 25 : Indicateurs globaux d'offre de soins au Maroc**



L'évolution des ratios actes de chirurgie/chirurgien et du TOM entre 2012 et 2015 ne montre pas un saut quantitatif attendu avec la CSU (Graphiques 26 et 27). Plusieurs régions ont moins « performé » ou ont évolué faiblement par rapport à 2012. C'est particulièrement le cas pour les régions les plus privilégiées comme Casablanca et Rabat comme le montre l'analyse des données collectées auprès du ministère de la santé.

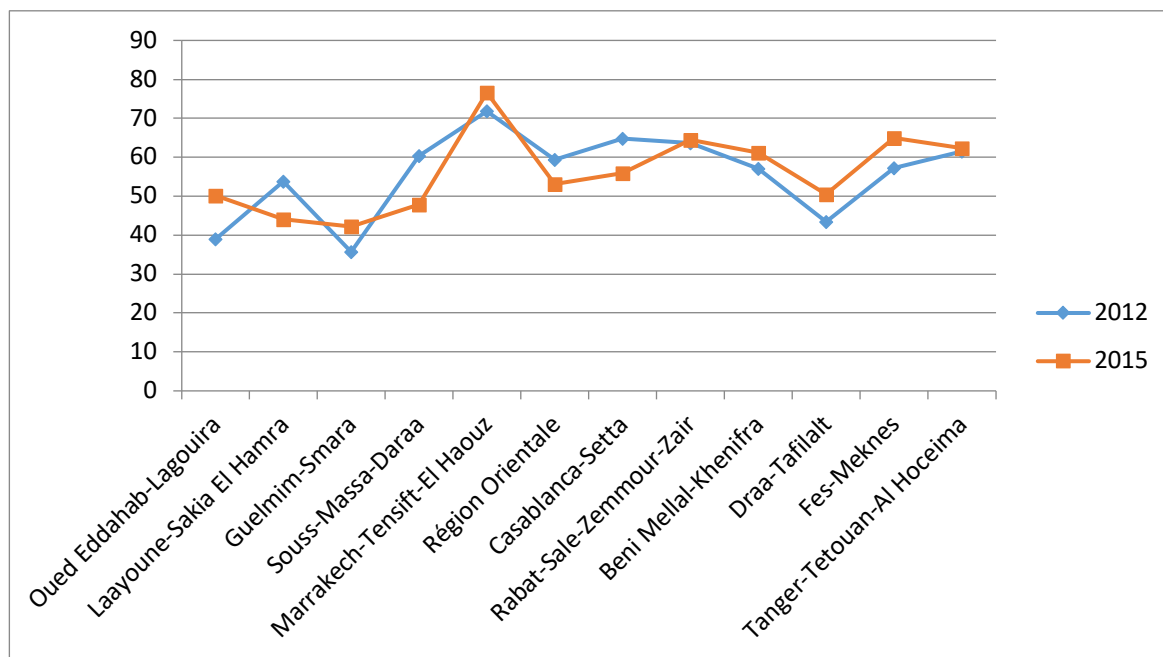
C'est encore une fois un des effets « spéciaux » du fonctionnement du système de santé marocain. Le secteur privé prend la relève du secteur public dans plusieurs domaines de la médecine et particulièrement dans les explorations ce qui impactera les dépenses de santé des ménages et aggravera le TOM des hôpitaux publics au profit des cliniques privées.

**Graphique 26 : Évolution régionale des ratios actes chirurgie/chirurgien- hôpitaux publics**



Source : Données Hôpitaux publics

**Graphique 27 : Évolution selon les régions des TOM des hôpitaux publics**



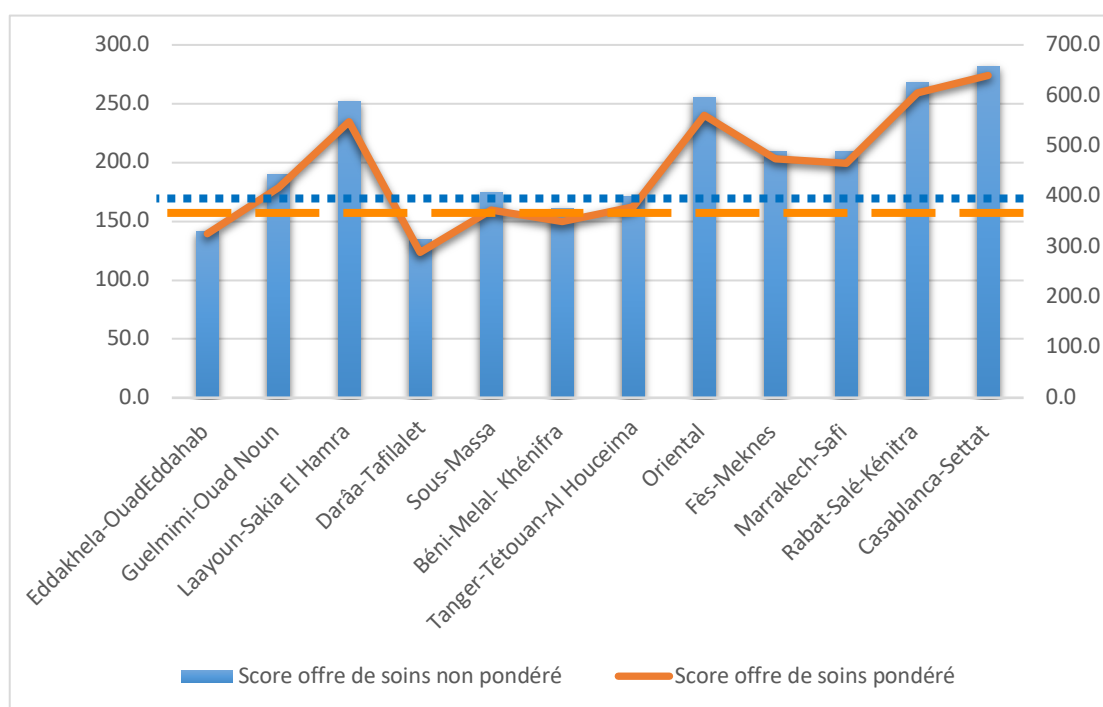
Source : Données Hôpitaux publics



Si l'on s'intéresse aux consultations externes au sein des hôpitaux, on remarque que la médiane nationale est de moins de 3 consultations /médecin/ jour (250 jours ouvrables) entre 2012 et 2015, avec un maximum de 3,58 consultations/médecin pour la région de Rabat (RSK) et un minimum de 1,52 pour la région de Oued Eddahab Lagouira( OL). Six régions sur douze en 2015 contre quatre en 2012 ont une « productivité médicale » supérieure à la médiane nationale (2,95 en 2015 et 2,75 en 2012).

Nous avons analysé la productivité qui correspond au nombre de consultations ou d'actes par médecin ou chirurgien par exemple. Puis nous avons élaboré un score global de productivité de l'offre de soins (le score global étant la sommation des scores de 5 indicateurs de productivité) utile pour évaluer le potentiel de chaque région. Le score pour chaque indicateur a été calculé par rapport à l'importance de la région au sein de l'ensemble des régions. Une sommation des scores a été faite (score global non pondéré) puis une pondération a été réalisée pour donner plus de poids aux actes chirurgicaux/ césarienne (30%) ; puis le TOM (20%) ; puis les consultations hospitalières et ambulatoires (10%). La tendance reste la même pour les scores pondérés et non pondérés. Ainsi six régions sur douze n'atteignent pas la médiane nationale (Graphique 28).

**Graphiques 28 : Scores régionaux de productivité de l'offre de soins**



Source : Données Hôpitaux publics

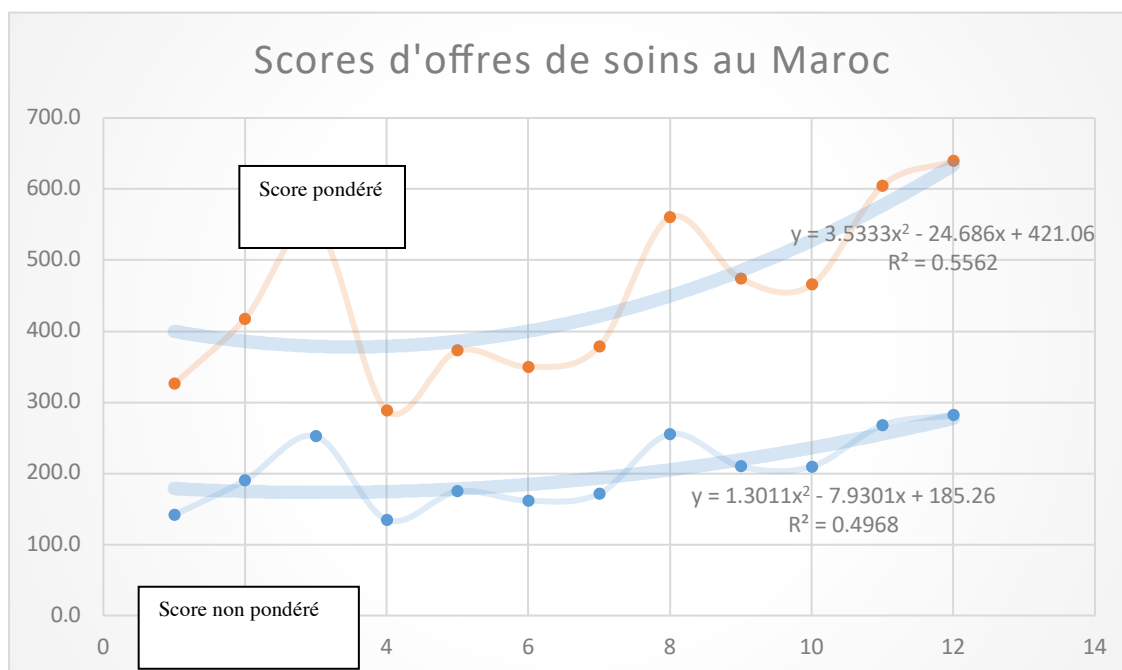
Plus le score est élevé plus la région performe en terme d'activité de soins essentiels.

S'il semble normal que Casablanca et Rabat se détachent en termes de productivité eu égard à leur statut (capitale économique et diplomatique), à leur historique sanitaire (abritent les deux premiers CHU) et à leur richesse en terme d'offre de soins publique et privée (56% de l'outil diagnostic paraclinique et 30% de l'ensemble des ressources sanitaires), on ne comprend pas la performance de leur offre depuis l'avènement de la CSU. La captation par le secteur privé d'une patientèle initialement destinée au secteur public et « la contribution marquée » des ressources humaines du secteur public à la productivité des cliniques privées est une des principales explications.

Par ailleurs les régions de Sous Massa et Tanger Tetouan Al Hoceima (abritant chacune un nouveau CHU, la présence de clinique de la CNSS, un secteur privé important) montrent une faiblesse étonnante des scores. Les explications sont multifactorielles et seraient probablement liées à l'importance du rural et de la vulnérabilité des populations, mais aussi à l'existence de zones montagneuses aggravant l'accessibilité aux services de santé.

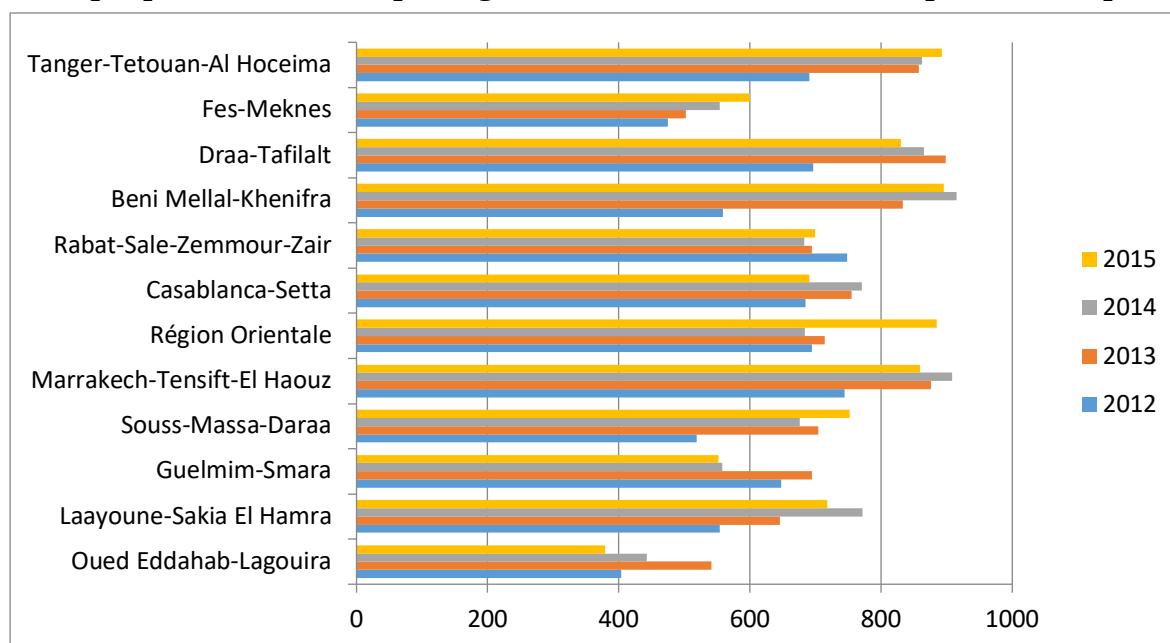
La modélisation polynomiale de ces scores a pu montrer un niveau explicatif de près de 56% (Graphique 29) et pourrait servir de base à la construction d'échelles de mesure de la productivité sanitaire régionale.

**Graphique 29 : Modélisation polynomiale des scores d'offres de soins**



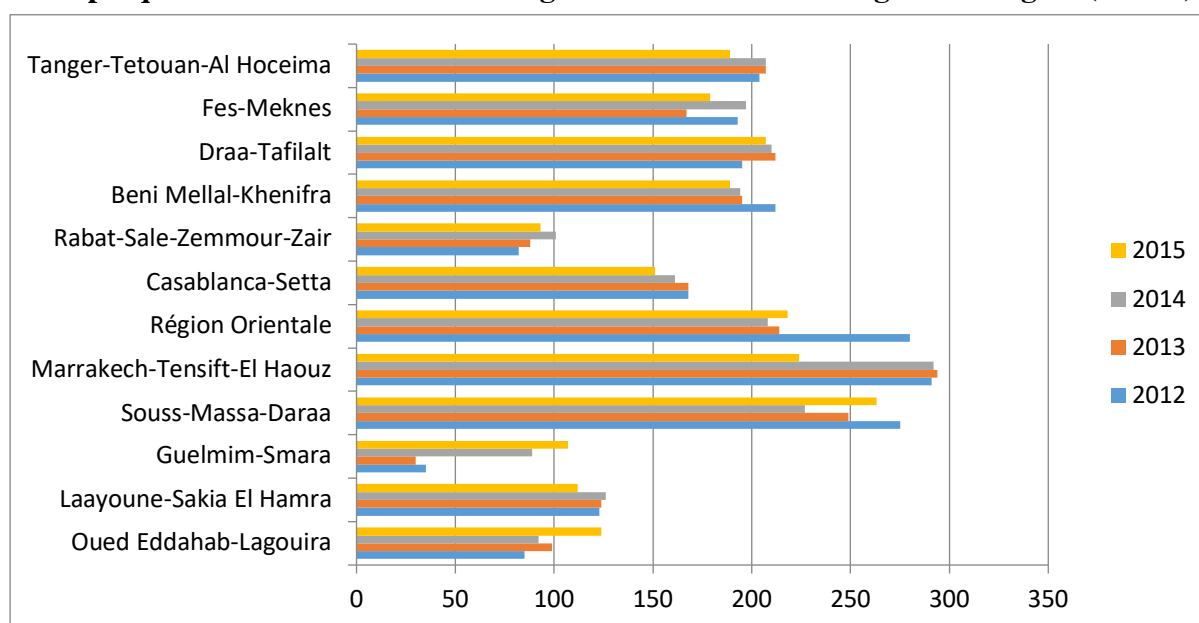
On constate par ailleurs que le tiers des régions du Maroc n'a pas amélioré le ratio consultations médicales /médecin (graphique 30), que les deux tiers n'ont pas augmenté leur nombre d'actes de chirurgie/ chirurgien (graphique 31) et que le quart n'a pas fait évoluer ni les soins curatifs au sein des centres de soins qui est le premier recours des populations vulnérables (graphique 32), ni le TOM au sein des hôpitaux publiques (graphique 33).

**Graphique 30 : Évolution par région des consultations médicales par médecin par an**



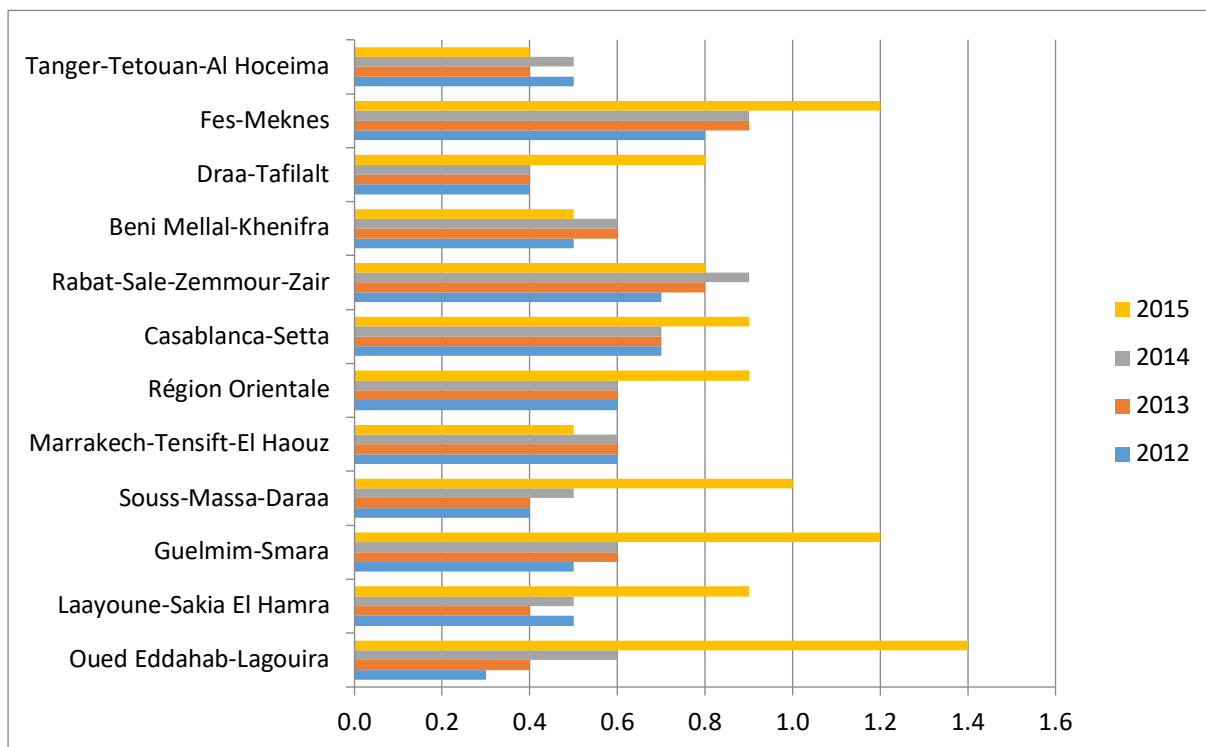
Source : Données Hôpitaux publics

**Graphique 31 : Évolution selon les régions des actes de chirurgies/chirurgien (Public)**



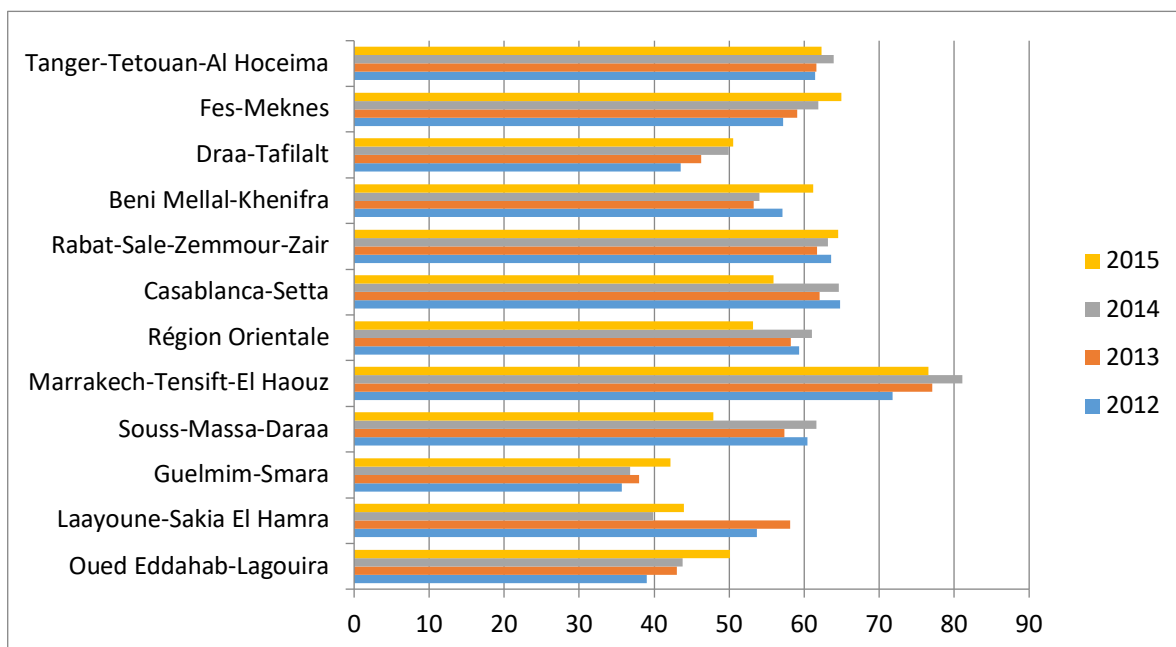
Source : Données Hôpitaux publics

**Graphique 32 : Évolution selon les régions des soins curatifs au sein des CS**



Source : Données Réseau des établissements de soins primaires (RESSP)

**Graphique 33 : Évolution selon les régions des TOM au niveau des hôpitaux publics**



Source : Données Réseau des établissements de soins primaires (RESSP)

Toutes ces données que nous avons collectées au sein du Ministère de la Santé indiquent que le secteur public n'a pas pu améliorer comme attendu ses indicateurs de productivité alors que dans la même période la mise en place de la CSU devait augmenter la demande et l'accessibilité de la patientèle particulièrement vulnérable (Ramedistes) et optimiser la performance des acteurs et services de santé. C'est surtout le secteur privé qui a profité d'un flux nouveau de patients comme en témoigne l'augmentation de 300% des remboursements par les organismes de prévoyance sociales (la CNSS et la CNOPS) des prestations vers les cabinets et les cliniques (7,65 Md de dhs en 2017 contre 2,486 Md de dhs en 2012).

En fait, et c'est tout le paradoxe de la situation marocaine, la contribution du secteur public aux services médicaux n'est pas optimale et ne s'est pas amélioré par la mise en place de la CSU. Le faible contrôle des ressources médicales et paramédicales qui désertent régulièrement les services publics au profit du privé, l'insuffisance des moyens techniques, la faiblesse de la politique de maintenance biomédicale à l'origine des pannes fréquentes en imagerie, les conditions d'accueil et de prise en charge des patients et de leur famille est un élément déterminant des résultats paradoxaux de la CSU au Maroc.

### **Encadré 5 : Conclusion du Chapitre 5**

L'analyse des données relatives à l'AMO et au RAMED au cours des 5 dernières années objectivent des résultats problématiques pour le système de santé marocain. Nous avons mis en évidence 6 faits stylisés

1. Les dépenses de santé ont évolué de façon plus importante que la croissance économique même si on observe des différences selon les régions en défaveur des zones rurales et enclavées.
2. Les dépenses par pathologie prioritaire de santé publique sont supérieures dans le secteur public comparativement au privé ce qui n'est pas explicable en raison des coûts de prise en charge, des tarifs appliqués et des charges d'exploitations inférieures
3. Au Maroc, le reste à charge demeure très élevé pour tous les bénéficiaires et il l'est plus encore pour le privé alors que la couverture privée s'adresse aux plus aisés. Ceci peut s'expliquer non pas dans le niveau de remboursement (80% en général pour l'assurance privée et 70% pour l'AMO) mais dans la « grande liberté » des prix appliqués dans le secteur privé.
4. Les coûts des services de santé entre le secteur public et privé varient de 1 à 15 pour le même poste de dépense. L'hospitalisation et le poste médicaments qui expliquent la majorité de l'écart.
5. Les actifs bénéficiaires de l'AMO pour fonctionnaires dépensent plus que les bénéficiaires de l'AMO travaillant dans le secteur privé.
6. L'AMO a donné lieu à une augmentation des dépenses, notamment des dépenses privées de santé au Maroc en contradiction avec une des dimensions du « cube CSU ».

En ce qui concerne l'offre de soins au Maroc, elle n'a pas évolué pour répondre aux besoins de santé issus de la transition démographique et épidémiologique et aux nouveaux défis de la mise en place de la CSU. La vétusté des hôpitaux publics, l'insuffisance des ressources humaines médicales et paramédicales, la répartition inéquitable des ressources sur le territoire expliquent les résultats de productivité des unités de soins.

Le nombre de Ramedistes pris en charge, le manque de moyens techniques et particulièrement biologiques et radiologiques, le reste à charge financier pour les patients et leur famille ont créé une situation paradoxale d'augmentation des flux vers le secteur privé.

## Chapitre 6 : Les enquêtes terrain auprès des utilisateurs

Ce chapitre présente les résultats issus à la fois de l'étude qualitative et quantitative. La première section se focalise sur la perception générale du système de santé qui à travers les profils est plutôt négative. La deuxième section adresse la composante coût du parcours de soins et confronte les perceptions à la réalité telle qu'elle est vécue par les patients lors de leur expérience de soins.

### Section 1 : Perception générale : un jugement sévère du système de santé

#### 1.1. L'univers de la santé, la connaissance et la notoriété des services de santé

Entre Janvier et Mars 2018 nous avons mené 35 groupes de discussion homogènes totalisant 325 personnes (170 femmes et 155 hommes) au niveau des régions totalisant 80% de la population et comprenant un CHU. Sur le plan des pathologies, 19 groupes sur 34 concernaient des ménages avec au moins une personne souffrant d'une maladie chronique. Sur le plan de la couverture médicale, 11 groupes disposaient du RAMED, 10 de l'AMO, 7 d'une assurance privée et 6 sans couverture.

Nous avons conduit 25 focus-groups en milieu urbain et 10 en milieu rural. Dans le milieu urbain les différentes catégories socio-professionnelles ont été couvertes et sont déterminées en fonction de la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage telles que définies par la classification du Haut-Commissariat au Plan (HCP) :

- A : Employeur non agricole, cadre supérieur et membre de profession libérale et scientifique
- B : Profession de cadre moyen
- C : Employé administratif, de commerce et de service & ouvrier qualifié
- D : Exploitant agricole Commerçant, artisan et indépendant non agricole
- E : Ouvrier et manœuvre agricole et non agricole

Le tableau suivant présente la répartition des focus groups par genre, âge, milieu, couverture et statut pathologie (tableau 5).

Pour chaque discussion on seïn des focus groupe on précise **le genre** (Femme F ou Homme H), la **CSP** (A ou B ou C ou D ou E) , **la couverture** ( PC non couvert, RAMED, MP mutuelle privée, AMO), **la présence d'une maladie chronique** (MC Maladie chronique, NC pas de maladie chronique).

**Tableau 5 : Répartition des focus group**

<b>RG</b>	<b>Genre</b>	<b>Age</b>	<b>Milieu</b>	<b>Couverture</b>	<b>Statut pathologie</b>
RG1	FEMME	25-40 ans	Urbain	Assurance privée	Maladies chroniques
RG2	HOMME	45-60 ans	Urbain	Assurance privée	Sans
RG3	FEMME	25-40 ans	Urbain	AMO	Maladies chroniques
RG4	HOMME	45-60 ans	Urbain	AMO	Sans
RG5	FEMME	45-60 ans	Urbain	AMO	Sans
RG6	HOMME	45-60ans	Urbain	AMO	Maladies chroniques
RG7	FEMME	45-60 ans	Urbain	RAMED	Maladies chroniques
RG8	FEMME	25-40 ans	Rural	RAMED	Sans
RG9	HOMME	25-40 ans	Rural	RAMED	Maladies chroniques
RG10	HOMME	45-60 ans	Urbain	RAMED	Sans
RG11	HOMME	25-40 ans	Urbain	Aucune	Maladies chroniques
RG12	FEMME	45-60 ans	Urbain	Aucune	Sans
RG13	FEMME	45-60 ans	Urbain	Assurance privée	Maladies chroniques
RG14	HOMME	25-40 ans	Urbain	AMO	Maladies chroniques
RG15	FEMME	45-60 ans	Rural	RAMED	Sans
RG16	HOMME	25-40 ans	Urbain	Aucune	Sans
RG17	HOMME	45-60 ans	Urbain	Assurance privée	Maladies chroniques
RG18	FEMME	45-60 ans	Urbain	AMO	Sans
RG19	HOMME	45-60 ans	Urbain	RAMED	Maladies chroniques
RG20	FEMME	25-40 ans	Rural	RAMED	Sans
RG21	HOMME	25-40 ans	Urbain	Aucune	Sans
RG22	FEMME	25-40 ans	Urbain	Assurance privée	Sans
RG23	HOMME	25-40 ans	Urbain	AMO	Maladies chroniques
RG24	FEMME	45-60 ans	Rural	RAMED	Sans
RG25	HOMME	45-60 ans	Rural	Aucune	Maladies chroniques
RG26	HOMME	45-60 ans	Urbain	Assurance privée	Sans
RG27	HOMME	45-60 ans	Urbain	AMO	Maladies chroniques
RG28	FEMME	25-40 ans	Urbain	AMO	Sans
RG29	HOMME	25-40 ans	Urbain	RAMED	Maladies chroniques
RG30	FEMME	45-60 ans	Rural	RAMED	Sans
RG31	FEMME	25-40 ans	Rural	Aucune	Maladies chroniques
RG32	HOMME	25-40 ans	Urbain	Assurance privée	Maladies chroniques
RG33	FEMME	45-60 ans	Urbain	AMO	Sans
RG34	HOMME	25-40 ans	Rural	RAMED	Maladies chroniques
RG35	FEMME	45-60 ans	Rural	Aucune	Sans



L'analyse de l'ensemble des transcriptions montre que la santé renvoie à un imaginaire convoqué avec deux univers opposés.

Un univers **positif** relatif à la fonction vitale de la santé. Celle-ci est perçue comme un axe de vie crucial qui permet de réaliser les tâches quotidiennes et d'être actif pour sa famille et son pays. La dimension préventive est également invoquée principalement chez les CSP B/C et D où la santé est spontanément associée à une dimension religieuse « plutôt prévenir que guérir ».

Un univers **néгатif** principalement chez les CSP E et dans le milieu semi-urbain/rural où les difficultés d'accès aux services de santé pour des raisons de « confiance » dans les structures de santé publiques, de distance géographique, de moyens économiques ou de perception négative des compétences techniques sont invoquées. Le volet financier est très prégnant dans cette perception. En effet, le maintien d'une bonne santé coûte très cher au Maroc. C'est un élément qui nourrit angoisse et inquiétude, particulièrement chez les hommes chefs de famille, sans couverture médicale ou bénéficiant du RAMED.

En termes de connaissance, les services de santé sont bien connus à travers les groupes mais leur notoriété est variable selon le milieu de résidence et l'expérience vécue (pharmacie, centre de santé, hôpital préfectoral, hôpital régional, CHU, cabinet privé, clinique privée, polyclinique de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)-, infirmerie privée, médecine traditionnelle). Néanmoins, on retrouve une tendance globale relative au recours et au parcours de soins qui est segmentée selon la couverture médicale. Les personnes non couvertes ou bénéficiant du RAMED ont d'abord recours à la pharmacie et court-circuitent la consultation médicale. Ce constat est surprenant par rapport aux pratiques habituelles en Europe notamment. Au Maroc, c'est l'officine qui est le premier recours. En cas de persistance des symptômes, le centre de santé, puis l'hôpital préfectoral, puis l'hôpital régional et enfin le CHU sont consultés.

Ce parcours peut changer dès que les moyens financiers deviennent disponibles (par l'emprunt ou la famille) et intègre alors le cabinet privé, la clinique ou la polyclinique de la CNSS (unité privée à but non lucratif). En cas de couverture par une mutuelle ou d'une assurance privée, le recours au secteur privé est systématique. Cependant, le parcours peut également changer mais pour des raisons économiques. Ainsi lorsque les moyens financiers ont été épuisés ou lorsqu'il s'agit d'une expertise spécifique, le patient rejoint le secteur public classique ou le CHU.

Les polycliniques de la CNSS sont un recours de première intention pour les salariés ayant des soucis de santé mineurs et qui considèrent ces unités comme un juste milieu entre l'hôpital

« peu cher mais de qualité discutable » et la clinique « de qualité appréciable mais trop chère ». Ces polycliniques sont de « qualité acceptable à un prix raisonnable ». Enfin la médecine traditionnelle est un recours rare mais considéré comme faisant partie du système de santé. Elle est utilisée lorsque la guérison ou rémission n'ont pas été obtenues au sein circuits médicaux classiques.

La notoriété de l'offre de soins est construite selon 4 proxys et reste liée à l'hospitalisation. Ces proxys sont relatifs à la gravité de la maladie, la compétence des ressources humaines, les moyens techniques et la couverture médicale. Pour les femmes bénéficiant de l'AMO ou d'une assurance privée, la qualité et les moyens techniques seraient l'apanage des cabinets et cliniques privées alors que le CHU se distingue par la compétence des ressources humaines. Pour les hommes « Ramedistes » ou sans couverture médicale, la notoriété est liée à la taille de l'hôpital.

Notre étude montre que la perception du système de santé au Maroc est majoritairement négative. Le secteur est décrit comme manquant de rigueur et de transparence, élitiste et inéquitable. Il faut néanmoins nuancer cette perception qui distingue clairement les différences entre les secteurs public et privé. Ainsi, le secteur public pâtit d'une faible qualité de service et de gouvernance avec une corruption endémique, un manque de moyens techniques et un personnel démotivé :

*« Tu ne cesses de payer dès que tu mets le pied à l'hôpital, si tu as besoin de savoir par exemple où se situe le bloc X il faut que tu donnes 10dh à l'agent de sécurité pour qu'il te l'indique » (Femme, D, 45-60 ans, RAMED, Marrakech).*

Quant au secteur privé, il bénéficie d'une image double. D'une part, une image positive induite principalement par une perception d'un service de qualité, des infrastructures aux normes, des médecins compétents ; et, d'autre part, une image négative induite par des comportements « mercantiles » incompatibles *a priori* avec la santé qui ne devrait pas être considérée comme un bien marchand :

*« Les cliniques sont toutes « guezara » (bouchers) quand y rentres tu ne sais pas ce que tu vas dépenser beaucoup d'argent et tu ne peux même pas prévoir combien » (Homme, Semi-Urbain, 25-40 ans, RAMED, Marrakech).*

Au final, le secteur privé est décrié pour son coût imprévisible mais apprécié pour la qualité des soins

## 1.2. Usages, pratiques et parcours de soins

Théoriquement, le parcours de soins dans le secteur public est préétabli par le ministère de la santé qui a défini une filière de services de santé allant du centre de santé communal (soins de santé primaires) vers l'hôpital préfectoral ou provincial (soins de santé secondaires) puis l'hôpital régional (soins de santé secondaires spécialisés) et enfin le CHU de la région la plus proche (soins de santé tertiaires).

Dans le secteur privé, le parcours de soins n'est pas prédéfini mais implicite. Il débute par le cabinet médical, puis la clinique ou encore la polyclinique de la CNSS puis l'hôpital voire le CHU. Dans tous les parcours de soins, la pharmacie est un recours qui court-circuite souvent la consultation médicale au sein des populations vulnérables et pauvres.

Les résultats montrent que deux principaux critères semblent impacter le parcours de soins adopté par le patient, à savoir la gravité perçue de la maladie et la capacité financière/type de couverture médicale détenue :

*« Ça dépend de ton état et de tes moyens financiers si tu as vraiment mal quelque part et tu as pris un médicament en vain, bien sûr que tu vas voir un médecin, mais quand tu n'as pas les moyens tu reportes ça au maximum et c'est l'hôpital »  
(Femme, D, 45-60 ans, RAMED, Marrakech).*

### 1.2.1. Parcours de soins hors maladies chroniques

Lorsque la maladie n'est pas chronique, l'intensité du symptôme et la capacité financière déterminent les parcours de soins. Les entretiens nous ont permis de définir différentes situations type de parcours de soins

#### Situation 1 : Un symptôme banal et une bonne capacité financière/couverture médicale

Deux parcours sont empruntés par ordre de priorité :

- Automédication puis Cabinet médical privé,
- Pharmacie puis Cabinet médical privé.

*« On commence par le pharmacien bien sûr puis le médecin généraliste si ça ne marche pas » (Homme, 45-60 ans, B., Mutuelle privée, Oujda).*

Situation 2 : Un symptôme banal et une capacité financière limitée/aucune couverture Médicale ou Ramed

Trois parcours sont empruntés par ordre de priorité :

- Automédication puis Dispensaire puis Hôpital public
- Dispensaire puis Cabinet médical privé
- Pharmacien puis cabinet médical.

*« Quand je ne me sens pas bien la première des choses je vais au dispensaire, le médecin me prescrit des médicaments et parfois je les récupère du dispensaire, parfois je les achète à la pharmacie" (Homme, 45-60 ans, C, Mutuelle RAM, Tétouan).*

Situation 3 : Un symptôme grave et une bonne capacité financière/couverture médicale

Quatre parcours sont empruntés par ordre de priorité :

- Cabinet du spécialiste
- Clinique privée
- Polyclinique de la CNSS
- Hôpital public/CHU puis clinique privée.

*« On préfère les cliniques en cas d'urgence parce que la prise en charge est immédiate tu n'attends pas. En plus, le cadre est bien, c'est propre, c'est calme et après nous on a la mutuelle donc on est remboursés" (H, 45-60, B, Mutuelle Privée, Marrakech).*

Situation 4 : Un symptôme grave et une capacité financière limité/aucune couverture médicale ou Ramed

Trois parcours sont empruntés par priorité :

- Cabinet du spécialiste
- Hôpital public
- Hôpital public/CHU puis Polyclinique de la CNSS/ clinique privée ;

*« On va toujours à l'hôpital parce qu'on ne peut pas se permettre d'aller à la clinique ça coûte très cher. Mais parfois à l'hôpital ils ne te rendent pas service tu attends longtemps pour rien et en cas d'urgence chaque minute compte donc si*

*c'est quelque chose d'abordable ou de très douloureux tu vas à la clinique. (Homme, 25-40 ans, D, RAMED, Marrakech ).*

### **1.2.2. Les parcours de soins avec maladies chroniques**

Au Maroc près d'un ménage sur sept vit avec une maladie chronique comme le diabète, l'HTA, le cancer, l'insuffisance rénale ou la maladie mentale, et près d'un ménage sur deux a un membre de la famille au premier degré souffrant de l'une de ces maladies [21]. Tous les groupes soulignent l'ampleur des difficultés rencontrées dans l'accès aux services de santé et dans le suivi médical eu égard au traitement à vie et des visites médicales régulières nécessaires. Comme pour le cas des maladies aiguës et des urgences, la situation financière et le type de couverture médicale déterminent le type de recours aux soins pour lequel opte le patient atteint d'une maladie chronique.

On distingue différents types de parcours en cas de maladie chronique :

#### Situation 1 : Patients disposant d'une couverture médicale (AMO, Mutuelle, Assurance privée)

Quel que soit le service pour lequel le patient a opté pour le diagnostic, le suivi se fait chez un médecin spécialiste soit dans un cabinet privé, une clinique ou une polyclinique dépendamment du lieu d'exercice du médecin.

Deux parcours sont empruntés par priorité :

- Cabinet du généraliste
- Cabinet spécialiste puis clinique privée.

#### Situation 2 : Patients sans couverture médicale et sans RAMED

En milieu urbain, le suivi se fait généralement dans un cabinet de médecin spécialiste malgré le coût. En effet, pour ces patients non bénéficiaires du RAMED, la consultation à l'hôpital est également payante mais le service reçu est perçu comme de moins bonne qualité. En milieu rural, les patients s'adressent au centre de santé qui les réfère à l'hôpital public pour le suivi. Pour les malades atteints de diabète, les médicaments sont récupérés gratuitement auprès du dispensaire ou de la commune. Deux parcours sont empruntés par ordre de priorité :

- Centre de santé puis hôpital public
- Cabinet médical privé puis hôpital public.

### Situation 3 : Patient disposant du RAMED

Dans la plupart des cas, le patient opte pour le dispensaire/centre de santé, un choix motivé principalement par la gratuité du service et la proximité. Pour le suivi, les patients ont recours à l'hôpital public. Une minorité opte pour le cabinet du médecin spécialiste car la fréquence des visites médicales n'est pas importante (une fois tous les six mois). Deux parcours sont empruntés par ordre de priorité :

- Centre de santé puis hôpital public
- Centre de santé puis clinique privée.

*« La difficulté majeure c'est l'argent, le manque des moyens, si j'avais l'argent je pourrais faire les analyses tout le temps et continuer à aller chez le médecin et tout » (Homme, 45-60 ans, E, RAMED, Tétouan).*

Au final, les groupes de discussion ont permis de recueillir les perceptions et d'identifier certains comportements de santé au niveau de différentes régions du Maroc. La gravité du symptôme ou la chronicité de la maladie ainsi que la couverture médicale apparaissent comme les principaux facteurs de l'utilisation des services de santé.

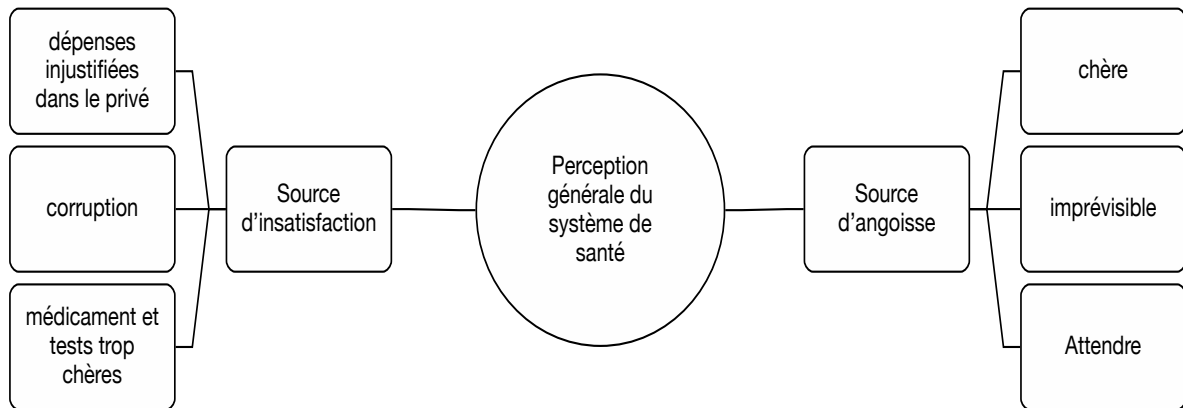
L'accessibilité géographique, les moyens et ressources des structures sont moins déterminants. La segmentation publique/privée en termes d'infrastructure, d'accueil, de personnel, de qualité du service, de coût des prestations et de satisfaction est claire pour tous. Seul le CHU garde une notoriété technique en cas de situation sérieuse et eu égard à l'expertise médicale reconnue. Quant aux caractéristiques liées au genre, elles ne sont pas ressorties comme facteur de différenciation dans le parcours soins.

Enfin, le parcours de soins n'est pas uniforme surtout pour les populations démunies. Le RAMED n'a pas été un facteur d'utilisation du parcours de soins préétabli par le ministère de la santé. Il est plutôt vécu comme un droit théorique souvent inefficace en pratique et source de frustrations.

Globalement, les marocains jugent sévèrement le système de santé, qui est une source d'angoisse dans le sens où il est jugé peu accessible, à l'origine de délais d'attente inacceptables dans le secteur public, de qualité discutable, et générant le plus souvent des dépenses imprévisibles particulièrement dans le privé. Ce n'est pas la maladie uniquement qui est source d'inquiétude mais la façon dont elle va pouvoir être prise en charge. Le système de santé est

aussi une source de colère et de frustrations dans le sens où il y a un manque de transparence dans le privé, de la corruption dans le secteur public et un coût des médicaments et de tests paracliniques jugés dispendieux voir inaccessibles comme le montre la carte mentale ci-dessous qui elle met en relief les mots les plus cités par les participants. (figure 3).

**Figure 3 : Carte mentale générée par Nvivo 11 : les mots les plus cités par les participants.**



Ces résultats sont confirmés chez les personnes ayant utilisé les services de santé puisque la perception vis à vis du système de santé (l'idée que l'on se fait du système de santé) est négative chez 76% d'entre eux et particulièrement chez les personnes ayant une assurance privée (Tableau 10). Parmi les personnes ayant utilisé les services de santé et ayant une perception négative, 58,1% sont des Ramedistes ou des personnes sans couverture sanitaire (Khi-carré de Pearson, 49,492 ;  $p = .000$ ).

Avec le système éducatif, c'est probablement la perception négative la plus consensuelle au Maroc et le point le plus critique pour les responsables politiques. Les facteurs explicatifs comme nous le verrons dans la partie utilisation des services est plus relative à l'accessibilité financière que géographique, la disponibilité des ressources techniques, la qualité de la prise en charge, les fonctions de support au sein des établissements hospitaliers et le coût ou encore le reste à charge pour les assurés des prestations.

Selon les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques le profil de « l'insatisfait » est une personne homme ou femme indifféremment vivant dans un habitat sommaire, ayant un niveau d'instruction et un niveau socio-économique bas, souffrant de maladie chronique (76,8% des maladies chroniques, 74% des HTA et 72% des diabétiques), n'ayant pas de couverture médicale ou bénéficiant du RAMED, utilisant les services de santé ambulatoires. L'insatisfaction demeure à un niveau de 74% avec l'augmentation de la

fréquentation de ces services (plus de 3 fois au cours des 2 ou des 5 dernières années est source d'insatisfaction comparativement à 1 ou 2 fois ou moins). La disponibilité d'une couverture médicale n'est pas un facteur associé à la satisfaction puisque même les personnes disposant d'une couverture privée ou de l'AMO sont à plus de 80% insatisfaits (Tableau 6).

**Tableau 6 : Perception globale vis à vis du Système de Santé (SS)**

		Perception globale par rapport au système de santé		
		Plutôt négative	Plutôt positive	Total
Privé	Effectif	166	23	189
	% dans couverture	87,8%	12,2%	100,0%
	% dans Perception sur SS	12,1%	5,3%	10,4%
	% du total	9,2%	1,3%	10,4%
AMO	Effectif	410	79	489
	% dans couverture	83,8%	16,2%	100,0%
	% dans Perception sur SS	29,8%	18,2%	27,0%
	% du total	22,7%	4,4%	27,0%
RAMED	Effectif	337	145	482
	% dans couverture	69,9%	30,1%	100,0%
	% dans Perception sur SS	24,5%	33,3%	26,6%
	% du total	18,6%	8,0%	26,6%
Sans couverture	Effectif	461	188	649
	% dans couverture	71,0%	29,0%	100,0%
	% dans Perception sur SS	33,6%	43,2%	35,9%
	% du total	25,5%	10,4%	35,9%
Total	Effectif	1374	435	1809
	% dans couverture	76,0%	24,0%	100,0%
	% dans Perception sur SS	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	76,0%	24,0%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 49,492 ; p value : .000*

Lorsque l'on s'intéresse à la catégorie d'offre, on constate que l'hospitalisation au sein d'un hôpital public génère le plus d'insatisfaction chez les bénéficiaires d'une assurance privée et de l'AMO. Mais la moitié de l'insatisfaction est exprimée par ceux qui n'ont pas le choix à savoir les Ramedistes (Tableau 7).



**Tableau 7 : Satisfaction lors du séjour à l'hôpital pour ceux ayant utilisé la couverture médicale (CM)**

		Satisfaction de l'hospitalisation		
		Plutôt insatisfait	Plutôt satisfait	Total
Privé	Effectif	39	2	41
	% dans Utilisation CM	95,1%	4,9%	100,0%
	% dans satisfaction Hosp	12,9%	3,1%	11,1%
	% du total	10,6%	0,5%	11,1%
AMO	Effectif	115	25	140
	% dans Utilisation CM	82,1%	17,9%	100,0%
	% dans satisfaction Hosp	38,0%	38,5%	38,0%
	% du total	31,3%	6,8%	38,0%
RAMED	Effectif	149	38	187
	% dans Utilisation CM	79,7%	20,3%	100,0%
	% dans satisfaction Hosp	49,2%	58,5%	50,8%
	% du total	40,5%	10,3%	50,8%
Effectif		303	65	368
% dans Utilisation CM		82,3%	17,7%	100,0%
% dans satisfaction Hosp		100,0%	100,0%	100,0%
% du total		82,3%	17,7%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 5,520 ; p value : .063*

Lorsqu'il s'agit de voir quelle est la perception des ménages par rapport à la dernière hospitalisation privée ou publique, on constate que ce sont les personnes avec une assurance privée qui ont eu une opinion favorable (66,7%) (Tableau 8). Parmi ceux ayant une opinion défavorable sur l'hospitalisation, 66,5% sont des Ramedistes ou des personnes sans couverture médicale (Khi-carré de Pearson 40,783 ; P = .000). Ces résultats relatifs à l'hospitalisation peuvent être en rapport avec plusieurs situations. D'une part une incapacité du secteur public à répondre aux exigences de bases en et qui se traduit par des délais d'attente, de défaut de présence des professionnels de santé et de disponibilité des médicaments et des examens complémentaires (voir tableau sur les raisons de l'insatisfaction par secteur) et d'autre part un secteur privé dont les coûts sont « exorbitants » même pour ceux ayant une couverture médicale à fortiori pour les Ramedistes ou ceux sans couverture.

**Tableau 8 : Satisfaction globale vis-à-vis de la dernière expérience d'hospitalisation**

		Satisfait ou très satisfait	Peu ou pas du tout satisfait	
Privé	Effectif	84	42	126
	% dans Couverture	66,7%	33,3%	100,0%
	% dans Niveau Satisfaction	15,2%	6,9%	10,9%
	% du total	7,2%	3,6%	10,9%
AMO	Effectif	161	162	323
	% dans Couverture	49,8%	50,2%	100,0%
	% dans Niveau Satisfaction	29,2%	26,6%	27,8%
	% du total	13,9%	14,0%	27,8%
RAMED	Effectif	161	151	312
	% dans Couverture	51,6%	48,4%	100,0%
	% dans Niveau Satisfaction	29,2%	24,8%	26,9%
	% du total	13,9%	13,0%	26,9%
Sans couverture	Effectif	146	254	400
	% dans Couverture	36,5%	63,5%	100,0%
	% dans Niveau Satisfaction	26,4%	41,7%	34,5%
	% du total	12,6%	21,9%	34,5%
	Effectif	552	609	1161
	% dans Couverture	47,5%	52,5%	100,0%
	% dans Niveau Satisfaction	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	47,5%	52,5%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 40,783 ; p value : .000*

Une autre explication pourrait être en rapport avec la perception de l'état de santé différente entre les populations pauvres et vulnérables comparativement aux personnes plus nanties et également entre ceux n'ayant pas de couverture et ceux disposant de l'AMO ou d'une assurance privée (Tableaux 9 et 10).

Les dernières études nationales sur le niveau de morbidité et les perceptions des ménages quant à leur état de santé retrouvent les mêmes résultats que notre travail puisque 16% des personnes interrogées se considèrent en mauvais état de santé. 65,6% de ceux qui ont cette perception sont soit Ramedistes soit sans couverture médicale comparativement à 34,4% des bénéficiaires de l'AMO ou d'une assurance privée (Khi-carré de Pearson 40,152 ; p = .000). Ce constat est encore plus problématique par rapport au système public lorsque l'on sait que le principal facteur de réutilisation des services de santé est l'expérience passée.

**Tableau 9 : NSE et satisfaction vis-à-vis du système de santé**

			NSE Élevé	NSE Moyen	NSE Bas	Total
Satisf Maroc	SS Plutôt ou très satisfait	Effectif	112	1332	730	2174
		% dans Satisf	5,2%	61,3%	33,6%	100,0%
		% dans NSE	56,6%	30,0%	29,0%	30,0%
		% du total	1,5%	18,4%	10,1%	30,0%
	Peu ou pas du tout satisfait	Effectif	86	3102	1882	5070
		% dans Satisf	1,7%	61,2%	37,1%	100,0%
		% dans NSE	43,4%	70,0%	71,0%	70,0%
		% du total	1,2%	42,8%	26%	70,0%
Total	Effectif	198	4434	2612	7244	
	% dans Satisf	2,7%	61,2%	36,1%	100,0%	
	% dans NSE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	2,7%	61,2%	36,1%	100,0%	

*Khi-carré de Pearson 72,478, P-value 0.000*

**Tableau 10 : État de santé perçu selon le mode de couverture**

		Mauvais état de santé	État de santé plus ou moins correct	Bon état de santé	Total
Privé	Effectif	26	141	12	179
	% dans Prive versus Autres	14,5%	78,8%	6,7%	100,0%
	% dans Etat de sante Perçu	9,3%	11,6%	4,8%	10,2%
	% du total	1,5%	8,1%	0,7%	10,2%
AMO	Effectif	70	342	52	464
	% dans Prive versus Autres	15,1%	73,7%	11,2%	100,0%
	% dans Etat de sante Perçu	25,1%	28,0%	21,0%	26,6%
	% du total	4,0%	19,6%	3,0%	26,6%
RAMED	Effectif	68	295	103	466
	% dans Prive versus Autres	14,6%	63,3%	22,1%	100,0%
	% dans Etat de sante Perçu	24,4%	24,2%	41,5%	26,7%
	% du total	3,9%	16,9%	5,9%	26,7%
Sans couverture	Effectif	115	442	81	638
	% dans Prive versus Autres	18,0%	69,3%	12,7%	100,0%
	% dans Etat de sante Perçu	41,2%	36,2%	32,7%	36,5%
	% du total	6,6%	25,3%	4,6%	36,5%
	Effectif	279	1220	248	1747
	% dans Prive versus Autres	16,0%	69,8%	14,2%	100,0%
	% dans Etat de sante Perçu	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	16,0%	69,8%	14,2%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 40,152 ; p value : .000*

En fait le niveau de santé perçu n'est pas un déterminant essentiel d'utilisation des services de santé, mais ce sont plutôt les capacités financières et le type de couverture détenue qui sont primordiales.

En ce qui concerne la satisfaction selon 9 critères proposés aux utilisateurs des services de santé hospitaliers, clairement le secteur privé est déclaré le plus apprécié. Cette appréciation montre un écart d'au moins 40 points sauf pour le coût des prestations qui est l'objet majeur d'insatisfaction dans les deux secteurs. (Tableau 11). Ainsi chez les personnes qui ont été hospitalisées et qui ont émis un avis, on observe trois tendances entre les secteurs privés et publics : ce sont les médecins qui donnent le plus de satisfaction ; ce sont les coûts des prestations (facturation) qui donnent le moins de satisfaction et quel que soit l'indicateur le niveau de satisfaction est nettement plus élevé dans le privé (Khi-deux de Pearson 82,543 ;  $p < 0.001$ ) (Tableau 11).

**Tableau 11: Niveau de satisfaction entre hôpital public et clinique privée (N=1812)**

Indicateurs	Niveau de Satisfaction Hôpital %	Niveau de satisfaction Clinique %
Accueil	51,7	90,1
Procédures Adm.	47,9	87,8
Infirmières	43,7	86,6
Médecins	57,5	90,7
Restauration	28,1	80,4
Hygiène	44,3	87,8
Moyens techniques	41,5	86,6
Sortie	44,8	84
Coût des prestations	41,5	46,9

*Khi-deux de Pearson 82,543 ;  $p < 0.001$*

## Section 2 : Perceptions et réalités du coût de la santé au Maroc

### 2.1. Le prix à payer pour se soigner au Maroc

La variable financière représente un élément majeur dans la perception de la santé dans sa globalité. En effet, la santé constitue à elle seule une source d'inquiétude et d'angoisse comme exprimé par tous les groupes. Au-delà de l'anxiété liée au résultat du diagnostic, des analyses, du traitement, etc., le coût des soins favorise cette anxiété.

*« La santé dans notre pays est très chère par rapport à notre mode de vie et notre pouvoir d'achat, si l'on prend les gens qui touchent le SMIG (2500 dhs/mois équivalent à 230 euros) nous jugeons que c'est très difficile pour eux » H, 45-60, B, MP, MC, Oujda.*

Une angoisse beaucoup plus présente chez les personnes qui n'ont pas une couverture médicale et particulièrement celles qui souffrent de maladies chroniques et dans le milieu rural. Ceci d'autant plus qu'il n'existe pas au Maroc de soins gratuits (en théorie la gratuité est assurée uniquement dans les centres de santé et dans les hôpitaux pour les Ramedistes) mais plutôt des services plus accessibles que d'autres en termes de dépenses. Un interviewé de Casablanca affirme :

*« Quelle que ce soit la maladie ou le service que tu demandes, tu es sûr et certain que tu vas dépenser de l'argent soit dans le public soit dans le privé. C'est vrai que ce n'est pas pareil mais si quelqu'un accède à l'hôpital public c'est qu'il n'a pas d'argent et qu'il souhaite dépenser le minimum alors que juste 'la corruption' nécessite beaucoup d'argent ».*

Pour un autre père interrogé, même si un montant de frais à payer se justifie eu égard à la pathologie traitée, il reste trop élevé dans le contexte marocain. Il juge que c'est un montant « aberrant car correspondant au smig » qui n'est pas abordable pour des personnes qui ont une situation financière limitée et n'ont pas de couverture médicale.

*« Mon fils a passé une seule nuitée à la polyclinique de la sécurité sociale suite à une crise de reins et j'ai payé 2400dh » H, 45-60, B, MP, MC, Oujda.*

De façon unanime, les utilisateurs marocains sont convaincus qu'une offre de soins gratuite n'existe pas au Maroc :

*« Tout d'abord on ne peut pas parler de gratuité, car rien n'est gratuit et même à l'hôpital public tu payes 'l'éosine' ou tu donnes 20dh de corruption à l'agent de sécurité ou à l'infirmière. Même quand tu vas au dispensaire tu dois aller dans 90% des cas acheter le médicament à la pharmacie » H, 25-40, D, PC, MC, Casablanca.*

Cette situation de manque de moyens de financement du traitement amène beaucoup d'utilisateurs à ne plus être observant des recommandations médicales et donc à un risque majeur de complications :

*« Quand ils ne me donnent pas l'insuline au dispensaire j'arrête de le prendre parce que je n'ai pas 200dh pour l'acheter" F, 25-40, PC, MC, Marrakech-Rural.*

Les personnes ayant contribué à notre étude ont résumé la relation entre l'offre et la demande de soins en un mot « Argent » (figure 4 : Perception des coûts de santé au Maroc). Le consensus est unanime à ce sujet :

*« Qui dit santé dit argent pour se soigner. Si tu n'as pas les moyens tu ne peux pas avoir accès aux soins et la plupart des gens n'ont pas la couverture médicale donc même si tu dépenses je ne sais pas combien d'argent tu ne seras pas remboursé" H, 25-40, D, PC, MC, Casablanca.*

**Figure 4 : Nuage des mots généré par Nvivo11 (plus la taille du mot est importante plus il a été cité lors des focus group).**



Les premières constatations de l'étude nous amènent à identifier trois principaux éléments qui impactent la perception du coût des services de santé à travers les profils :

- Le côté imprévisible du coût ;
- L'iniquité qui touche particulièrement les populations vulnérables ;
- Le régime de couverture détenu.

## 2.2. Le côté imprévisible du coût

Il s'agit d'une dimension angoissante pour la grande majorité des usagers. En effet, Pour n'importe quelle prestation médicale, certains coûts sont prévisibles (le prix d'une consultation), tandis que d'autres sont difficiles à prévoir ou à estimer et ce sont ces derniers qui inquiètent le plus le patient, quel que soit son profil que ce soit dans le cadre d'une consultation ou dans le cadre d'une hospitalisation.

### 2.2.1. Dans le cadre d'une consultation

Globalement, le coût de la consultation ne constitue pas un souci majeur du fait que le montant est abordable selon la spécialité (0 à 60 dhs en moyenne dans le public et 150 à 500 en moyenne dans le privé) et connu à l'avance.

D'autres éléments par contre suscitent l'inquiétude du patient, notamment le coût des actes supplémentaires associés à une consultation surtout quand il s'agit d'un médecin spécialiste : échographies, injections, etc. De surcroît les interviewés citent aussi le coût des tests pouvant être nécessaires pour le diagnostic ; analyses biologiques, échographie, scanner, IRM, etc... Ces examens sont souvent inexistantes ou « en panne » dans les hôpitaux publics ce qui impose de les réaliser dans le secteur privé à des prix inabordables.

Par ailleurs les utilisateurs appréhendent le coût des médicaments qui est en général impossible à prévoir et qui peut dépasser toutes les prévisions du patient. Par manque de moyens financiers, certains patients, de CSP D qui n'ont pas de couverture ou qui ont le RAMED ainsi que les usagers se trouvant dans le milieu rural, achètent uniquement une partie des médicaments prescrits ;

*« Parfois je paye la consultation si je suis vraiment très malade et je ramène l'ordonnance ..je n'ose même pas aller demander au pharmacien combien ça coûte...sinon je lui demande de me donner un ou deux médicaments seulement" F, 25-40, D, RAMED, NC, Oujda-Rural.*

De surcroît les répondants notent que les villes où le choix en termes de services de soins est limité notamment, Agadir, Tétouan et Béni Mellal, les tarifs des prestations (consultations, analyses, scanner, etc.) sont plus élevés comparativement aux plus grandes villes comme Casablanca.

*« Les soins ici à Agadir sont trop chers pour ce que c'est, les consultations, les analyses, les radios tout est plus cher comparativement aux autres villes" H, 25-40, D, AMO, MC, Agadir.*

### **2.2.2. Dans le cadre d'une hospitalisation**

Nous distinguons dans notre étude l'hospitalisation dans le secteur public et l'hospitalisation dans le secteur privé. Nous avons également comparé en termes de coût les durées moyennes de séjour et analysé les catégories de dépenses dans chaque secteur.

Comme nous le montrerons dans l'analyse de l'offre de soins, les différences sont non seulement inhérentes à la catégorie de services reçus mais également à la région d'appartenance de la population.

- **Dans le secteur public**

Dans l'hôpital public existe d'un côté un coût fixe, celui de la caisse (40dh pour les hôpitaux provinciaux ou régionaux et 60dh pour les CHU) quel que soit le cas du patient et la prestation dont il a besoin. Et d'un autre côté un coût variable qui varie en fonction de l'acte médical et de la durée passée à l'hôpital et qui peut comprendre :

- L'achat de tout le matériel nécessaire à l'acte quelle que soit sa valeur : pansement, seringues, matériel orthopédique... ;
- L'achat des médicaments prescrits ;
- Le coût des tests : scanner, radio, analyses... en cas de besoin. Quand elles sont faites au sein de l'hôpital, ces prestations coûtent moins chères comparativement aux structures privées mais là encore se pose le problème des délais ;
- Le coût des interventions chirurgicales ;
- Le coût de l'hospitalisation qui varie en fonction du nombre de nuitées passées à l'hôpital ;
- Les sommes d'argent données en « extra » (corruption, nourriture par exemple).

Il importe de noter que les bénéficiaires du RAMED sont exonérés des coûts de la caisse, de l'hospitalisation, des chirurgies et de n'importe quelle intervention faite au sein de l'hôpital.



Mais les patients subissent en général un délai d'attente trop long avant de décrocher un rendez-vous.

*« Une voisine à nous qui n'a pas les moyens (elle a juste le RAMED) avait le cancer du sein et quand elle est parti à l'hôpital Mohammed 6 ils lui ont donné un RDV après 6 mois. Son état était vraiment grave elle fût obligée d'aller faire une radio et des analyses dans une clinique ce qui lui a coûté 7000dh » F, 45-60, RAM, NC, Marrakech-Rural.*

- **Dans le secteur privé**

A l'exception des quelques prestations pour lesquelles le patient connaît à l'avance le tarif tel que l'accouchement et les chirurgies banales (lithiase vésiculaire, appendicectomie...) il est impossible de prévoir le coût de la majorité des actes médicaux :

- Le matériel nécessaire pour toute intervention est disponible au sein de la clinique et son cout est intégré dans le montant global de la facture
- Les actes jugés nécessaires par le médecin traitant sont assurés par la clinique également : injections, analyses, scanner... mais dont le coût est méconnu par le patient

La majorité des interviewés ayant participé à notre étude note un manque de transparence de la part des cliniques.

*« Même si tu fais un scandale et tu demandes le détail ils vont te dire on t'a fait l'injection X et on t'a donné le médicament Y. Qu'est-ce que tu pourras dire ou faire dans ce cas. Rien !! ».*

Les structures privées restent très critiquées relativement au manque de détail du montant de la facture ou à l'exhaustivité du listing des actes dont le patient aurait bénéficié. Dans le même sens, les patients se plaignent des conditions d'octroi de certains actes vitaux comme la transfusion sanguine (c'est à la famille de trouver les donneurs et le coût des analyses est à leur charge également). Dans tous les cas comme nous le verrons dans le détail comparatif des prestations entre le privé et le public, le coût à l'hôpital public qui bien que parfois dispendieux, reste accessible par rapport à celui des cliniques privées.

### 2.2.3. Les frais du parcours de soins

Dans notre étude 83,5% des personnes interrogées ont payé 20dhs (2 euros) ou plus pour se rendre aux structures de soins. Parmi ceux qui ont payé le plus (> à 20dhs), 75,6% sont des Ramedistes ou des personnes sans couverture médicale (Tableau 12) ce qui constitue une peine supplémentaire. Comme pour la demande, ce facteur ne discrimine pas entre les types de couverture médicale (Khi-carré de Pearson 3,801 ;  $p = .704$ ).

Ces frais de « transport » concernent surtout les plus vulnérables qui n'ont pas leur propre véhicule (les plus nantis minimisent le coût du transport car ne « l'intègrent pas » dans le coût du parcours de soins). Plusieurs études montrent que le coût du transport est une barrière à l'accès aux soins surtout pour les populations vulnérables.

**Tableau 12 : Déterminants d'USS selon le mode de couverture médicale : Coût du transport**

		Dépense pour se rendre au SS			Total
		0 dh	20dh et moins	Plus de 20dh	
Privé	Effectif	7	15	11	33
	% dans couverture	21,2%	45,5%	33,3%	100,0%
	% dans frais de transport E	6,3%	5,1%	4,1%	4,9%
	% du total	1,0%	2,2%	1,6%	4,9%
AMO	Effectif	30	61	54	145
	% dans couverture	20,7%	42,1%	37,2%	100,0%
	% dans frais de transport E	27,0%	20,9%	20,2%	21,6%
	% du total	4,5%	9,1%	8,1%	21,6%
RAMED	Effectif	45	130	117	292
	% dans couverture	15,4%	44,5%	40,1%	100,0%
	% dans frais de transport E	40,5%	44,5%	43,8%	43,6%
	% du total	6,7%	19,4%	17,5%	43,6%
Sans couverture	Effectif	29	86	85	200
	% dans couverture	14,5%	43,0%	42,5%	100,0%
	% dans frais de transport E	26,1%	29,5%	31,8%	29,9%
	% du total	4,3%	12,8%	12,7%	29,9%
	Effectif	111	292	267	670
	% dans couverture	16,6%	43,6%	39,9%	100,0%
	% dans frais de transport E	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	16,6%	43,6%	39,9%	100,0%

Khi-deux de Pearson 3,801, P-value=.704

Nb : Frais de transport E (entrée hôpital ou clinique) et S (sortie hôpital ou clinique)

Même constat après avoir bénéficié des soins hospitaliers. En effet 73,7% des personnes ayant payé plus de 20 dhs pour transport après la sortie d'hospitalisation, sont des Ramedistes ou n'ont pas de couverture médicale (Tableau 13). La couverture n'étant pas là aussi un facteur discriminant (Khi-carré 4,891 ;  $p = .558$ ) bien que les Ramedistes ou les sans couverture médicale aient dû payer un moyen de transport après l'hospitalisation. Ceci peut s'expliquer par le fait que les nantis ont leur propre moyen de transport personnel ou familial ou encore le fait que l'accès aux services de santé n'est pas couvert y compris pour ceux disposant d'une assurance maladie.

**Tableau 13 : Dépenses pour repartir après USS selon le mode de couverture médicale**

		Dépense transport après sortie			Total
		0 dh	20dh et moins	Plus de 20dh	
Privé	Effectif	8	14	12	34
	% dans couverture	23,5%	41,2%	35,3%	100,0%
	% dans Frais de transport S	5,9%	4,9%	4,3%	4,9%
	% du total	1,1%	2,0%	1,7%	4,9%
AMO	Effectif	38	57	61	156
	% dans couverture	24,4%	36,5%	39,1%	100,0%
	% dans Frais de transport S	28,1%	19,8%	21,9%	22,3%
	% du total	5,4%	8,1%	8,7%	22,3%
RAMED	Effectif	53	128	116	297
	% dans couverture	17,8%	43,1%	39,1%	100,0%
	% dans Frais de transport S	39,3%	44,4%	41,7%	42,4%
	% du total	7,6%	18,3%	16,5%	42,4%
Sans couverture	Effectif	36	89	89	214
	% dans couverture	16,8%	41,6%	41,6%	100,0%
	% dans Frais de transport S	26,7%	30,9%	32,0%	30,5%
	% du total	5,1%	12,7%	12,7%	30,5%
	Effectif	135	288	278	701
	% dans couverture	19,3%	41,1%	39,7%	100,0%
	% dans Frais de transport S	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	19,3%	41,1%	39,7%	100,0%

Khi-deux de Pearson 4,891  $p$ -value .558

Au total 62,7% des utilisateurs de services de santé n'ont pas payé pour les consultations à l'hôpital avant hospitalisation. Il peut s'agir d'urgences ou de personnes ayant le Ramed (49,6%). Pour les dépenses élevées de consultation (plus de 200 dhs) on constate que 61,1% sont des Ramedistes ou des personnes qui n'ont pas de couverture médicale comparativement

à 31,5% de bénéficiaires de l'AMO ou d'une assurance privé (Khi-carré de Pearson 36,608 ;  $p=.000$ ) ce qui est paradoxal.

En fait seulement 3,7% des personnes ayant dépensé plus de 200 dhs (20 euros) en frais de consultation pré-hospitalisation sont bénéficiaires d'une assurance privée (Tableau 14). Ces résultats indiquent les caractéristiques de parcours de soins des personnes vulnérables ou pauvres avant hospitalisation, qui ont dû consulter au minimum dans un cabinet privé avant de se rendre à l'hôpital public.

**Tableau 14 : Dépenses de consultations avant hospitalisation selon le mode de couverture**

		Dépenses consultations avant Hospitalisation				Total
		0dh	200dh et moins	Plus de 200dh	NSP	
Privé	Effectif	24	7	2	5	38
	% dans couverture	63,2%	18,4%	5,3%	13,2%	100,0%
	% dans dépenses consult AH*	5,1%	4,1%	3,7%	9,3%	5,1%
	% du total	3,2%	0,9%	0,3%	0,7%	5,1%
AMO	Effectif	92	44	19	12	167
	% dans couverture	55,1%	26,3%	11,4%	7,2%	100,0%
	% dans dépenses consult AH	19,6%	25,6%	35,2%	22,2%	22,3%
	% du total	12,3%	5,9%	2,5%	1,6%	22,3%
RAMED	Effectif	233	49	16	16	314
	% dans couverture	74,2%	15,6%	5,1%	5,1%	100,0%
	% dans dépenses consult AH	49,6%	28,5%	29,6%	29,6%	41,9%
	% du total	31,1%	6,5%	2,1%	2,1%	41,9%
Sans couverture	Effectif	121	72	17	21	231
	% dans couverture	52,4%	31,2%	7,4%	9,1%	100,0%
	% dans dépenses consult AH	25,7%	41,9%	31,5%	38,9%	30,8%
	% du total	16,1%	9,6%	2,3%	2,8%	30,8%
	Effectif	470	172	54	54	750
	% dans couverture	62,7%	22,9%	7,2%	7,2%	100,0%
	% dans dépenses consult AH	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	62,7%	22,9%	7,2%	7,2%	100,0%

Khi-carré de Pearson 38,608  $p$ -value 0.000\*

Nb : consult AH\* : consultations avant hospitalisation

Concernant les dépenses en cabinet médical privé avant hospitalisation à l'hôpital public, (43,5% des personnes hospitalisées) on observe la même tendance en termes de charge financière sur les ménages (tableau 15). Ce sont les plus vulnérables ou ceux qui n'ont pas de

couverture qui payent le plus. Ainsi, 62% des dépenses de consultation de plus de 200 dhs sont réalisées par les Ramedistes ou les personnes sans couverture médicale (Khi-carré de Pearson 36,503 ;  $p = .000$ ). L'analyse détaillée montre que celui qui n'a pas de couverture paye en moyenne 116,67 dhs la consultation médicale pré-hospitalisation chez le généraliste, le Ramediste 104,81 dhs alors que le bénéficiaire d'une assurance privée 89,71 dhs. Ce constat paradoxal se retrouve également pour les frais de séjour, les dépenses liées aux médicaments, examens paracliniques biologiques et radiologiques (Annexes O, Tableau O1).

**Tableau 15 : Dépenses en cabinet privé avant hospitalisation selon le mode de couverture**

		Dépenses en cabinet médical avant hospitalisation				Total
		0dh	200dh et moins	Plus de 200dh	NSP	
Privé	Effectif	23	6	5	4	38
	% dans couverture	60,5%	15,8%	13,2%	10,5%	100,0%
	% dans dépenses CabAH*	5,4%	3,9%	4,1%	7,8%	5,1%
	% du total	3,1%	0,8%	0,7%	0,5%	5,1%
AMO	Effectif	72	42	41	12	167
	% dans couverture	43,1%	25,1%	24,6%	7,2%	100,0%
	% dans dépenses CabAH	17,0%	27,3%	33,9%	23,5%	22,3%
	% du total	9,6%	5,6%	5,5%	1,6%	22,3%
RAMED	Effectif	209	44	44	17	314
	% dans couverture	66,6%	14,0%	14,0%	5,4%	100,0%
	% dans dépenses CabAH	49,3%	28,6%	36,4%	33,3%	41,9%
	% du total	27,9%	5,9%	5,9%	2,3%	41,9%
Sans couverture	Effectif	120	62	31	18	231
	% dans couverture	51,9%	26,8%	13,4%	7,8%	100,0%
	% dans dépenses CabAH	28,3%	40,3%	25,6%	35,3%	30,8%
	% du total	16,0%	8,3%	4,1%	2,4%	30,8%
	Effectif	424	154	121	51	750
	% dans couverture	56,5%	20,5%	16,1%	6,8%	100,0%
	% dans dépenses CabAH	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	56,5%	20,5%	16,1%	6,8%	100,0%

Khi-carré de Pearson 36,503 p-value .000

Nb : dépenses CabAH\* : dépenses dans cabinet médical privé avant hospitalisation

Une majorité des personnes hospitalisées au sein des hôpitaux publics n'ont payé aucun frais (56,5%) (Tableau 16). Parmi ceux qui n'ont pas payé l'hospitalisation, 77,6% sont soit des Ramedistes soit des personnes n'ont pas de couverture médicale (Khi-carré 41,226 ;  $p=.000$ ). Ce constat est un facteur qui explique l'aggravation des finances des hôpitaux publics et leur paupérisation au cours du temps. Néanmoins la CSU dans sa composante RAMED et AMO

était sensée faciliter l'accès aux services de santé et surtout permettre aux établissements publics de fournir des services de santé aux Ramedistes en priorité et aux bénéficiaires de l'AMO. Ceci en contrepartie d'une compensation financière (subvention pour les Ramedistes pris en charge et remboursement à hauteur de 90% pour les prestations fournies aux bénéficiaires de l'AMO) quasiment pas obtenue au bout de 7 ans de mise en œuvre de la CSU.

Même la majorité des bénéficiaires d'une assurance privée (60,5%) n'ont pas payé le moindre frais et il n'est pas certain que l'hôpital public ait pu recouvrer le montant de la facture.

**Tableau 16 : Montant des frais d'hospitalisation selon le mode de couverture**

		Frais d'hospitalisation				Total
		0dh	200dh et moins	Plus de 200dh	NSP	
Privé	Effectif	23	4	7	4	38
	% dans Couverture	60,5%	10,5%	18,4%	10,5%	100,0%
	% dans Frais séjour Hôp	5,4%	3,2%	4,6%	8,7%	5,1%
	% du total	3,1%	0,5%	0,9%	0,5%	5,1%
AMO	Effectif	77	33	45	12	167
	% dans Couverture	46,1%	19,8%	26,9%	7,2%	100,0%
	% dans Frais séjour Hôp	18,1%	26,2%	29,6%	26,1%	22,3%
	% du total	10,3%	4,4%	6,0%	1,6%	22,3%
RAMED	Effectif	218	38	43	15	314
	% dans Couverture	69,4%	12,1%	13,7%	4,8%	100,0%
	% dans Frais séjour Hôp	51,2%	30,2%	28,3%	32,6%	41,9%
	% du total	29,1%	5,1%	5,7%	2,0%	41,9%
Sans Couverture	Effectif	108	51	57	15	231
	% dans Couverture	46,8%	22,1%	24,7%	6,5%	100,0%
	% dans Frais séjour Hôp	25,4%	40,5%	37,5%	32,6%	30,8%
	% du total	14,4%	6,8%	7,6%	2,0%	30,8%
	Effectif	426	126	152	46	750
	% dans Couverture	56,8%	16,8%	20,3%	6,1%	100,0%
	% dans Frais séjour Hôp	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	56,8%	16,8%	20,3%	6,1%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 41,226, p-value .000*

Parmi les dépenses les plus élevées et qui sont liées à l'hospitalisation on retrouve les examens paracliniques (analyses biologiques et imagerie médicale). On note que 60,7% des personnes ayant séjourné à l'hôpital public ont dépensé moins de 100 dhs en analyses biologiques (Tableau 17). Néanmoins les dépenses les plus élevées (>100 dhs) sont essentiellement

honorées par les Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture (66,4%) (Khi-carré de Pearson 14,095 ;  $p = .029$ ).

L'indisponibilité de ces examens et leur coût dans le secteur privé représente une des principales plaintes ou insatisfactions des utilisateurs de services de santé publique. Il est à rappeler que 56% de l'ensemble de l'outil diagnostic biologique et d'imagerie médicale dans le pays est localisé dans deux villes Casablanca et Rabat signant une nouvelle iniquité dans l'accessibilité aux services de santé.

**Tableau 17 : Dépenses liées aux analyses biologiques durant l'hospitalisation**

		Frais Analyses Biologiques			Total
		moins de 100dh	100 dh et plus	NSP	
Privé	Effectif	19	15	4	38
	% dans Couverture	50,0%	39,5%	10,5%	100,0%
	% dans Dépenses Biologie	4,2%	6,2%	7,4%	5,1%
	% du total	2,5%	2,0%	0,5%	5,1%
AMO	Effectif	89	66	12	167
	% dans Couverture	53,3%	39,5%	7,2%	100,0%
	% dans Dépenses Biologie	19,6%	27,4%	22,2%	22,3%
	% du total	11,9%	8,8%	1,6%	22,3%
RAMED	Effectif	213	83	18	314
	% dans Couverture	67,8%	26,4%	5,7%	100,0%
	% dans Dépenses Biologie	46,8%	34,4%	33,3%	41,9%
	% du total	28,4%	11,1%	2,4%	41,9%
Sans couverture	Effectif	134	77	20	231
	% dans Couverture	58,0%	33,3%	8,7%	100,0%
	% dans Dépenses Biologie	29,5%	32,0%	37,0%	30,8%
	% du total	17,9%	10,3%	2,7%	30,8%
	Effectif	455	241	54	750
	% dans Couverture	60,7%	32,1%	7,2%	100,0%
	% dans Dépenses Biologie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	60,7%	32,1%	7,2%	100,0%

Khi-carré de Pearson 14,095,  $p$ -value .029

En ce qui concerne les examens radiologiques, on note que 70,1% des personnes ayant séjourné à l'hôpital public ont dépensé moins de 100 dhs en examens radiologiques (Tableau 18). Néanmoins les dépenses les plus élevées (>100 dhs) sont essentiellement honorées par les Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture (65%) (Khi-carré de Pearson 17,343 ;  $p=.008$ ).

L'approche qualitative et les données relatives aux dépenses extrahospitalières, montrent que la majorité de la patientèle des hôpitaux publiques sont obligés de réaliser certains examens spécialisés en imagerie médicale dans le secteur privé.

Parfois ils sont obligés de parcourir plus de 300 kms pour bénéficier d'une IRM par exemple et dépensent en moyenne 176 dhs avec un maximum pouvant atteindre 870 dhs chez les Ramedistes (Annexe O, Tableau O1)

**Tableau 18 : Dépenses liées aux examens radiologiques durant l'hospitalisation**

		Frais de radiologie			Total
		moins de 100dh	100 dh et plus	NSP	
Privé	Effectif	25	8	5	38
	% dans Couverture	65,8%	21,1%	13,2%	100,0%
	% dans Dépenses Radiologie	4,8%	4,7%	9,1%	5,1%
	% du total	3,3%	1,1%	0,7%	5,1%
AMO	Effectif	105	51	11	167
	% dans Couverture	62,9%	30,5%	6,6%	100,0%
	% dans Dépenses Radiologie	20,0%	30,2%	20,0%	22,3%
	% du total	14,0%	6,8%	1,5%	22,3%
RAMED	Effectif	242	55	17	314
	% dans Couverture	77,1%	17,5%	5,4%	100,0%
	% dans Dépenses Radiologie	46,0%	32,5%	30,9%	41,9%
	% du total	32,3%	7,3%	2,3%	41,9%
Sans couverture	Effectif	154	55	22	231
	% dans Couverture	66,7%	23,8%	9,5%	100,0%
	% Dépenses Radiologie	29,3%	32,5%	40,0%	30,8%
	% du total	20,5%	7,3%	2,9%	30,8%
	Effectif	526	169	55	750
	% dans Couverture	70,1%	22,5%	7,3%	100,0%
	% Dépenses Radiologie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	70,1%	22,5%	7,3%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 17,343, p-value .009*

Comme mis en évidence dans l'étude qualitative, les médicaments constituent un motif d'insatisfaction important des utilisateurs aussi bien au regard de la disponibilité dans les structures publiques et que du coût lorsqu'il s'agit de les acheter. En effet, 74,1% des personnes ayant séjourné à l'hôpital public ont dépensé moins de 300 dhs en médicaments (Tableau 19). Néanmoins les dépenses les plus élevées (>300 dhs) sont essentiellement réalisées par les Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture (66,5%). Il n'y a pas de différence entre les types



de couverture en ce qui concerne les dépenses en médicaments (Khi-carré de Pearson 7,468 ;  $p = .280$ ).

Cet aspect confirme la charge supplémentaire sur les ménages les plus vulnérables puisque sur tous les aspects de l'hospitalisation ils subissent un impact financier aussi lourd ou plus que celui des personnes plus nanties. Ajouté à cela il est important de signaler que les dépenses supplémentaires post hospitalisation en médicaments sans ordonnance (court-circuit des dépenses de la consultation de suivi) ne sont pas éligibles au remboursement.

En effet la moyenne de dépenses en médicaments lors de l'hospitalisation dans le public est de 206,19 dhs avec 108,71dhs, 151,52 dhs, 208,90 dhs et 279,98 dhs respectivement pour les sans couverture, les bénéficiaires d'une assurance privée, les bénéficiaires de de l'AMO et les Ramedistes (annexe O, tableau O1).

**Tableau 19 : Dépenses liées aux médicaments durant l'hospitalisation**

		Dépenses en médicaments			Total
		Moins de 300dh	300dh et plus	NSP	
Privé	Effectif	25	8	5	38
	% dans Prive versus Autres	65,8%	21,1%	13,2%	100,0%
	% dans V198BIS	4,5%	6,0%	8,3%	5,1%
	% du total	3,3%	1,1%	0,7%	5,1%
AMO	Effectif	116	37	14	167
	% dans Prive versus Autres	69,5%	22,2%	8,4%	100,0%
	% dans V198BIS	20,9%	27,6%	23,3%	22,3%
	% du total	15,5%	4,9%	1,9%	22,3%
RAMED	Effectif	242	53	19	314
	% dans Prive versus Autres	77,1%	16,9%	6,1%	100,0%
	% dans V198BIS	43,5%	39,6%	31,7%	41,9%
	% du total	32,3%	7,1%	2,5%	41,9%
Sans couverture	Effectif	173	36	22	231
	% dans Prive versus Autres	74,9%	15,6%	9,5%	100,0%
	% dans V198BIS	31,1%	26,9%	36,7%	30,8%
	% du total	23,1%	4,8%	2,9%	30,8%
	Effectif	556	134	60	750
	% dans Prive versus Autres	74,1%	17,9%	8,0%	100,0%
	% dans V198BIS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	74,1%	17,9%	8,0%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 7,468, p-value .280*

Relativement à dépenses liées au parcours de soins ce sont les « extras », le séjour et les analyses biologiques qui représentent les trois principaux postes de dépenses (19,58%, 18,88% et 17,49% respectivement) à l'hôpital alors qu'à la clinique ils représentent 10,83%, 52,94% et 10,83% respectivement.

Au total lorsque nous comparons les dépenses entre les secteurs publics et privés lors d'une hospitalisation de 5 jours en moyenne et pour le même type de pathologie, l'écart est important avec une dépense 5 fois plus élevée dans la clinique (15483,69 dhs versus 2787,76) Les écarts les plus importants étant dans les postes « séjour », médicaments et « extras » (Tableau 20). Ces écarts ne peuvent être expliqués dans le cadre de l'AMO car le TNR est fixé mais probablement par les dépassements d'honoraires, les tarifs libres du séjour et une surfacturation des prescriptions.

**Tableau 20 : Dépenses moyennes au cours du parcours de soins dans les deux secteurs public et privé**

Caractéristiques du Parcours de soins	Dépenses moyennes USS Hôpital (dhs)	Dépenses moyennes USS Clinique (dhs)
Accès aux Services	41,27	72,13
Consultations hôpital	66,69	214,09
Consultations cabinet	117,02	254,49
Séjour	526,39	8197,65
Analyses	487,68	626,31
Radiologie	176,47	544,67
Médicaments	206,19	3025,24
Consommables et matériel	36,33	0,00
Nourriture	40,80	0,00
Déplacement après sortie	37,85	92,89
Autres dépenses Hôpital	545,71	1676,31
Dépenses après la sortie liées à la maladie	505,36	779,91
Total parcours (coûts directs)	2787,76	15483,69

### 2.3. Un coût variable selon les régions

La localisation géographique est un facteur à considérer dans l'utilisation des services de santé particulièrement pour la population rurale. Les résultats de notre étude qualitative et

quantitative ont montré que la perception du coût global varie en fonction de la région et la proximité par rapport aux services de santé. Ainsi différentes difficultés sont rencontrées par la population dépendamment du milieu de résidence.

### **2.3.1. L'accessibilité géographique dans le milieu urbain**

Globalement dans le milieu urbain, c'est surtout le coût direct des soins qui est considéré : consultation, médicaments, analyses, etc. La proportion des autres charges comme le transport dans le montant global dépensé reste assez faible. Toutefois, comme vu précédemment, le coût du transport constitue une source d'angoisse pour certains participants de la CSP D et particulièrement ceux qui habitent loin des hôpitaux. Une difficulté qui prend toute son ampleur quand il s'agit d'une urgence le soir. A noter que dans l'enquête qualitative, les personnes mettent l'accent sur l'éloignement des CHU dans les villes de Marrakech et Oujda par exemple.

Il importe de relever que la frustration liée à la localisation géographique est encore plus présente chez les habitants de Tétouan et Beni Mellal car ils sont souvent dirigés vers d'autres villes pour recevoir les soins. Les habitants de Tétouan optent pour Tanger, Rabat et Casablanca respectivement car les charges augmentent proportionnellement avec la distance. Pour la même raison, les habitants de Beni Mellal se dirigent souvent vers Marrakech ou Casablanca et rarement vers Rabat. Mais quelle que soit la destination, le déplacement nécessite des frais importants de transport, d'alimentation et parfois même d'hébergement.

*« On a beaucoup de gens qui souffrent des frais du transport déjà parce qu'il y en a qui doivent aller à Tanger, Rabat ou Casa pour se soigner. A part les frais de transport qui sont importants il faut rajouter la bouffe et l'hébergement s'il n'y a personne de la famille chez qui ils peuvent loger " H, 25-40, D, AMO, MC, Tétouan.*

### **2.3.2. L'accessibilité géographique dans le milieu rural**

Dans le cas des usagers dans le milieu rural, au-delà du coût du traitement, le transport et les coûts afférents constituent une part importante dans le coût global. Ces charges supplémentaires varient en fonction du lieu de traitement et de la durée de ce dernier.

L'expression qui revient le plus dans notre étude est « source d'angoisse » particulièrement quand il s'agit d'une urgence car cela coûte nécessairement plus cher. A titre d'exemple, pour

aller de la région d'Aourir au centre-ville d'Agadir, le grand taxi coûte 7dh alors que pour une urgence cela peut aller jusqu'à 150dh.

Par ailleurs le coût augmente proportionnellement à la durée de l'hospitalisation car les visites quotidiennes de la famille engagent des frais importants de transport.

Les retours du patient dans le lieu du traitement pour le suivi ou pour les soins postopératoires par exemple augmentent considérablement le prix des soins. Notons aussi que ces frais de déplacements sont en général multipliés par deux car le patient est souvent accompagné par quelqu'un de sa famille. Les personnes questionnées expriment une nette préférence pour les services de soins situés en zone urbaine la plus proche car cela impacte les frais engagés. Dans cette perspective les personnes que nous avons interviewés dans la zone rurale de Casablanca préfèrent largement les structures situées à Casablanca car le coût du transport est abordable (grand taxi à 10dh) et la distance est courte ce qui leur permet de passer la nuit chez eux. Mais le coût est beaucoup plus important quand ils sont dirigés vers l'hôpital d'El Jadida (grand taxi à 50dh) ou celui de Berrechid (taxi à 75dh).

Hormis le coût du transport, il existe un autre type de problème dans certaines zones rurales ; celui de faire face à la difficulté de trouver un moyen de transport pour arriver à la destination et particulièrement le soir. Ceci peut être expliqué par le fait que la majorité des usagers ne possède pas un véhicule personnel et que les bus ne sont pas disponibles dans toutes les zones rurales, le seul moyen de transport public qui relie cette population à la ville sont les grands taxis et dont la disponibilité n'est pas toujours garantie et particulièrement le soir. A noter que certains chauffeurs de taxi refusent de transporter des patients en cas d'urgence par peur des conséquences : « *C'est très difficile pour nous de trouver un taxi pour aller à Fqih ben saleh ou Beni Mellal et surtout le soir* » F, 45-60, PC, MC, Beni Mellal-Rural. Ainsi que par le manque des ambulances voire leur absence dans certaines zones, hormis le fait qu'il ne s'agit pas d'un service gratuit car le patient est amené à payer le gasoil et le chauffeur pour pouvoir en bénéficier.

### **Encadré 6 : Conclusion du Chapitre 6**

Si effectivement l'accessibilité géographique est un facteur clef dans l'USS, la répartition de l'offre de soins est un déterminant. L'analyse de la répartition des structures et établissements de soins, des ressources humaines et des équipements lourds (TDM et IRM en premier) au Maroc montre que malgré les efforts en termes d'investissement (20% d'augmentation en 10 ans) ce dernier demeure à hauteur de 16% du budget du ministère de la santé (50% les ressources humaines et 34% du budget fonctionnement. Cette iniquité dans la répartition régionale des ressources est un des principaux griefs des marocains vis à vis de leur système de santé.

Ces derniers n'ont pas une opinion favorable sur leur système de santé et jugent sévèrement l'offre disponible . De plus la disponibilité d'une couverture médicale n'a pas permis une perception positive ni une propension à utiliser les services de santé publics.

Il est paradoxal de constater que depuis l'avènement de la CSU au Maroc, le recours au secteur privé s'est renforcé.

Le secteur public a été en fait dans l'incapacité de répondre à un nouveau flux de patients. L'inadaptation des ressources et leur productivité sont vécues et perçues par la population sans ressources ou « Ramediste » comme un ensemble de défaillances du système et de la CSU. Ces insuffisances sont liées à l'accueil, à la qualité de la prise en charge médicale, au comportement du personnel et à la charge financière qui persiste malgré la couverture médicale.

Dans le secteur privé, la perception d'une meilleure qualité et technicité est masquée par l'angoisse des coûts « exorbitants probables » et impossibles à prévoir.

## **Chapitre 7 : Des ménages qui utilisent des services de santé selon leur capacité de paiement**

Ce chapitre traite de l'utilisation des services de santé par les ménages en mettant en lumière l'impact de la capacité de paiement sur le parcours de soins. La première section s'intéresse aux caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des ménages et leur impact sur l'utilisation des services de santé. La deuxième section couvre l'évaluation des différents régimes de couverture par les utilisateurs.

### **Section 1 : L'utilisation des services de santé par les ménages**

#### **1.1. Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques**

L'étude détaillée du parcours de soins a permis d'identifier les principaux facteurs d'utilisation des services de santé d'abord des ménages et ensuite des individus pris isolément. Le comportement de santé des individus lors d'un épisode de soins pourrait ressembler ou différerait de celui des ménages. L'idée est de vérifier principalement s'il existe une sorte de mimétisme familial, et si tel est le cas, est-il en rapport avec un déterminant particulier.

Ci-dessous, la répartition des ménages selon les régions avec un nombre cible qui correspond à leur poids populationnel. Les sept régions qui comprennent un CHU (Tanter-Tétouan-Al Hoceima, Oriental, Fès-Meknes, Rabat-Salé-Kénitra, Casablanca-Settat, Marrakech Safi et Souss Massa) représentent 86,4% de la population étudiée et 92 % de l'outil de production sanitaire (offre de soins et ressources humaines) (tableau 21).

**Tableau 21 : Répartition par région des ménages étudiés (N=1812)**

Régions	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	194	10,7	10,7	10,7
Oriental	122	6,7	6,7	17,4
Fès-Meknès	227	12,5	12,5	30,0
Rabat-Salé-Kénitra	251	13,9	13,9	43,8
Béni Mellal-Khénifra	127	7,0	7,0	50,8
Grand Casablanca-Settat	388	21,4	21,4	72,2
Marrakech-Safi	236	13,0	13,0	85,3
Drâa-Tafilalet	77	4,2	4,2	89,5
Souss-Massa	149	8,2	8,2	97,7
Laayoune-Sakia El Hamra	41	2,3	2,3	100,0
Total	1812	100,0	100,0	

L'analyse des données sociodémographiques des ménages enquêtés montre que l'échantillon était constitué de 51% de femmes, de 56,3% de personnes âgées de moins de 40 ans, de 42,2% qui étaient en activité professionnelle, de 40,2% d'analphabètes ou ayant moins de 3 années d'école primaire, de 69,9% de personnes mariées, de 34,2% habitant en milieu rural, de 41,6% n'ayant aucun revenu et de 35% n'ayant pas de couverture médicale (tableau 22).

**Tableau 22 : Données Socio démographiques (n=1812)**

<b>Variabes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>% valide</b>
<b>Genre</b>	1812	100
<i>Femme</i>	921	50,8
<i>Homme</i>	891	49,2
<b>Age</b>	1812	100
<i>18-24</i>	287	15,8
<i>25-29</i>	275	15,2
<i>30-39</i>	458	25,3
<i>40-49</i>	389	21,4
<i>50-59</i>	291	16,1
<i>60+</i>	112	6,2
<b>Situation Professionnelle</b>	1807	99,9
<i>En activité</i>	765	42,2
<i>Retraité/Femme au foyer/R</i>	745	41,1
<i>Étudiant/Sans emploi</i>	297	16,4
<b>Niveau D'instruction</b>	1787	98,6
<i>Analphabète ou quasi</i>	729	40,2
<i>Secondaire</i>	371	20,5
<i>Technique/Lycée</i>	445	24,5
<i>Université</i>	242	13,4
<b>Statut Marital</b>	1811	99,9
<i>Célibataire./Divorcé</i>	545	30,1
<i>Marié/veuf</i>	1266	69,9
<b>Habitat</b>	1812	100
<i>Urbain Haut</i>	310	17,1
<i>Urbain maison ou sommaire</i>	881	48,6
<i>Rural Haut</i>	267	14,7
<i>Rural maison ou sommaire</i>	354	19,5
<b>Revenus du ménage</b>	1812	100
<i>Moins du Smig</i>	753	41,6
<i>Smig ou moins (&lt;3000 dhs)</i>	502	27,7
<i>3000-7000 dhs</i>	380	21
<i>+7000</i>	177	9,7
<b>CSP</b>	1812	100
<i>ABC (Privé/AMO)</i>	405	22,3
<i>DE (RAMED et sans couverture)</i>	1407	77,6
<b>Couverture Médicale</b>	1812	100
<i>Pas de couverture</i>	651	35,9
<i>RAMED</i>	482	26,6
<i>AMO</i>	490	27
<i>Privé</i>	189	10,4



En termes de facteurs de risque ou d'ATCD médicaux (Tableau 23), 30% étaient fumeurs réguliers, 70,8% ne pratiquaient pas d'activité physique régulière. En termes de morbidité, 19,3% étaient diabétiques 22,7% hypertendus, et 48,1% avaient un membre de la famille de premier degré souffrant d'une maladie chronique.

Ces chiffres sont en adéquation avec les données nationales sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles. Les résultats relatifs à la perception quant au surpoids et à l'obésité sont probablement sous estimées puisque les données des enquêtes nationales (STEPWISE 2018) montrent que l'obésité touche 20 % des adultes marocains soit deux fois plus que dans cette enquête.

**Tableau 23 : Facteurs de risque et morbidités (N=1812)**

Facteurs de risque/ Morbidités	Fréquence	% valide
<b>Fumeur régulier</b>		
Oui	557	30,7
Non	1255	69,3
<b>Activité physique régulière</b>		
Oui	530	29,2
Non	1282	70,8
<b>Diabète diagnostiqué</b>		
Oui	350	19,3
Non	1462	80,7
<b>HTA diagnostiquée</b>		
Oui	411	22,7
Non	1401	77,3
<b>Maladies Chroniques autres</b>		
Oui	266	14,7
Non	1552	85,3
<b>Mal. Chron. Famille 1<sup>er</sup> degré</b>		
Oui	871	48,1
Non	941	51,9

Sur le plan utilisation des services de santé au moins une fois au cours des deux dernières années on retrouve la pharmacie comme premier recours ce qui confirme les données nationales sur l'automédication dans le contexte marocain.

En effet 64,1% avaient utilisé les services d'un centre de santé, 75,9% ceux d'un cabinet médical privé, 41,9% ceux d'un hôpital public, 17,1% ceux d'une clinique privée, 97% ceux d'une pharmacie et 9,5% ceux de la médecine traditionnelle (Tableau 24).

**Tableau 24 : Utilisation des services de santé au moins une fois**

Services de santé utilisés	Fréquence	% valide
Centre de santé		
<i>Au cours des 5 ans</i>	1162	64,1
<i>Au cours des 2 ans</i>	1061	64,5
Cabinet médical privé		
<i>Au cours des 5 ans</i>	1408	77,7
<i>Au cours des 2 ans</i>	1310	75,9
Hôpital public		
<i>Au cours des 5 ans</i>	750	41,4
<i>Au cours des 2 ans</i>	630	41,9
Clinique		
<i>Au cours des 5 ans</i>	343	18,9
<i>Au cours des 2 ans</i>	237	17,1
Pharmacie		
<i>Au cours des 5 ans</i>	1766	97,5
<i>Au cours des 2 ans</i>	1750	97,0
Traditionnel		
<i>Au cours des 5 ans</i>	169	9,3
<i>Au cours des 2 ans</i>	129	9,5

## 1.2 . Indicateurs d'utilisation des services de santé et parcours de soins

En ce qui concerne le dernier service utilisé au cours de l'année (tableau 25), il s'agit du cabinet médical privé (48,9%), suivi par le centre de santé (35,8%) puis l'hôpital public (10,3%).

**Tableau 25 : Utilisation des services de santé par les ménages**

<b>Indicateurs</b>	<b>Mesure</b>	<b>Mesure</b>
<b>Nombre moyens de visite au cours des 2 dernières années</b>	<b>Moyenne/(Médiane)</b>	<b>Ecart Type</b>
<i>Centre de santé</i>	8,1 (5)	14,5
<i>Cabinet médical privé</i>	5,7 (4)	5,2
<i>Hôpital public</i>	4,3 (2)	5
<i>Clinique privée</i>	2,7 (1)	6,7
<i>Pharmacie*</i>	17,8 (15)	13,8
<i>Traditionnel</i>	3,8 (2)	5
<b>Dernier service médical utilisé cette année</b>	<b>Fréquence</b>	<b>% valide</b>
<i>Cabinet Privé</i>	886	48,9
<i>Centre de santé</i>	648	35,8
<i>Hôpital</i>	187	10,3
<i>Clinique</i>	41	2,3
<i>Traditionnel</i>	23	1,3
<i>Aucun</i>	27	1,5
<b>Parcours n-1 du dernier service utilisé</b>	<b>Fréquence</b>	<b>% valide</b>
<i>1. Cabinet</i>	146	8,2
<i>2. Hôpital</i>	129	7,2
<i>3. Centre de santé</i>	105	5,9
<i>4. Clinique</i>	45	2,5
<b>Parcours n-2 du dernier service utilisé</b>	<b>Fréquence</b>	<b>% valide</b>
<i>1. Hôpital</i>	97	7,9
<i>2. Cabinet Privé</i>	89	7,2
<i>3. Centre de santé</i>	87	7,1
<i>4. Clinique</i>	44	3,6
<b>Parcours n-3 du dernier service utilisé</b>	<b>Fréquence</b>	<b>% valide</b>
<i>1. Hôpital</i>	44	8,1
<i>2. Centre de santé</i>	39	7,2
<i>3. Cabinet médical privé</i>	23	4,2
<i>4. Clinique</i>	21	3,9

En ce qui concerne le parcours de soins médicalisé plusieurs trajectoires ont été identifiées selon le dernier service utilisé non hospitalier (tableaux 26 et 27).

En effet soit il s'agit du premier contact avec le système de santé soit il se fait après « consultation » en pharmacie. Il n'y a pas de « pattern » hormis celui-là. Avant le centre de santé ou avant le cabinet médical il y a un parcours qui n'est pas celui d'une filière de soins logique. Soit c'est la pharmacie ou aucun service de soins comme étape précédente (cabinet privé vers le centre de santé ou centre de santé vers le cabinet privé en 3<sup>ème</sup> choix).

Ce qui est clair c'est que le dernier contact n'a pas été un motif de satisfaction des utilisateurs puisque 76% étaient peu ou pas du tout satisfaits du contact dont 51% dans le système public.

**Tableau 26 : Parcours de soins avant la consultation dans un cabinet privé (n= 886)**

Parcours de soins	Fréquence	% valide
Pharmacie	519	58,6
Aucun	241	27,2
Centre de santé	55	6,2
Clinique	34	3,8
hôpital	34	3n,8

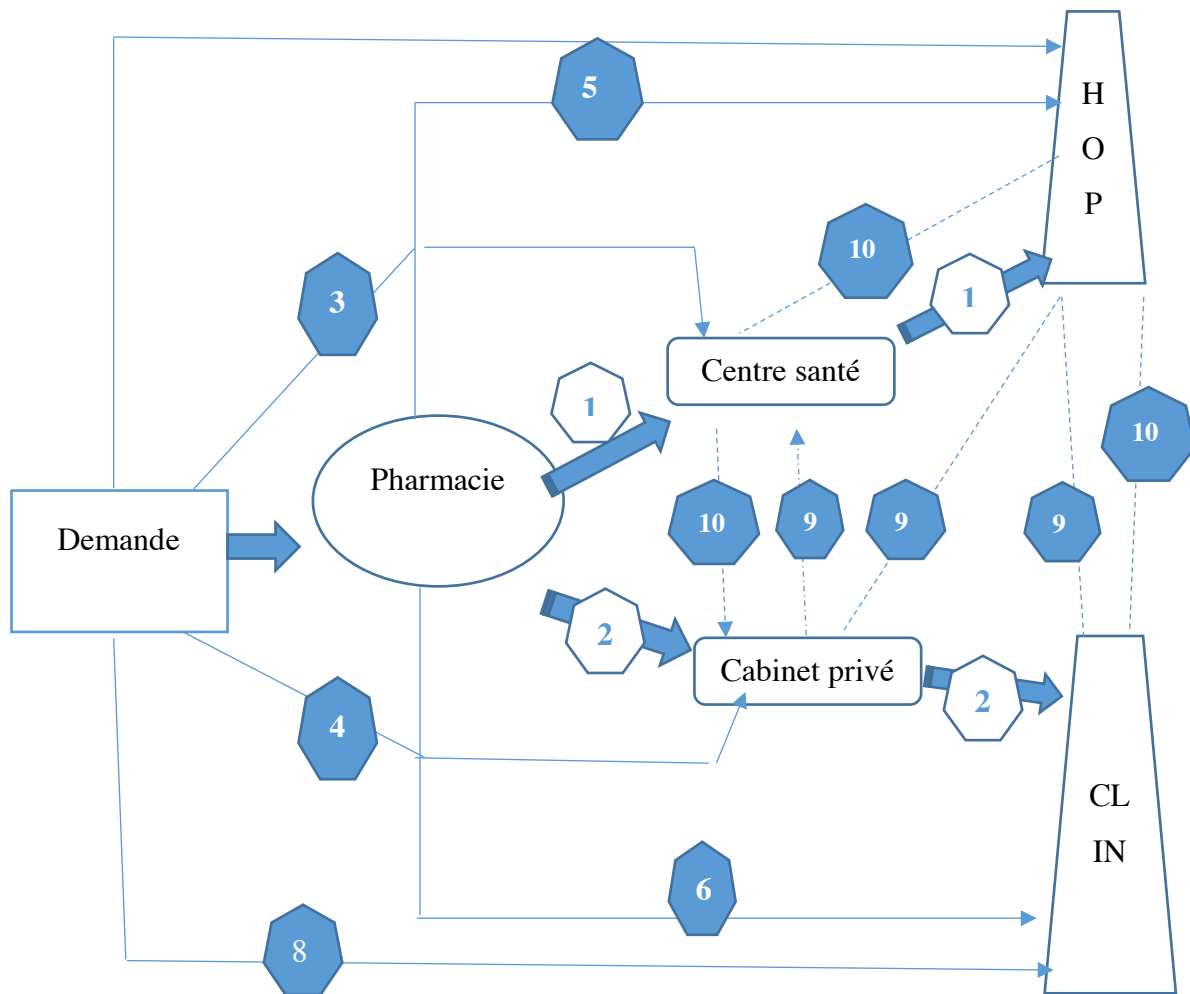
**Tableau 27 : Parcours de soins avant la consultation dans un centre de santé (n= 648)**

Parcours de soins	Fréquence	% valide
Aucun service avant	246	38,0
Pharmacie	200	30,9
Cabinet privé	102	15,7
Hôpital	91	14,0
Clinique	6	0,9

Lors de l'étude qualitative nous avons constaté que le premier contact suite à une demande était la pharmacie (Heikel et Chafai, 2018).

Les données du terrain confirment la multiplicité des parcours de soins à partir de la pharmacie mais également directement vers le public et le privé (Figure 5). Il est paradoxal de constater que toutes les possibilités de parcours sont possibles à partir de la demande et que plusieurs combinaisons de cheminement existent alors que certaines filières de soins sont bien déterminées pour les bénéficiaires du RAMED ou ceux ne disposant pas de couverture médicale.

**Figure 5 : Cadre opérationnel du parcours de soins au Maroc**



- Cheminement le plus classique.** 1 et 2
- Cheminement fréquent** 3 à 8
- parcours possibles** 9 à 10

Les facteurs de risque santé, la couverture médicale, l'organisation de l'offre de soins et la perception vis-à-vis du système de santé expliquent en partie le cadre opérationnel du parcours de soins actuel au Maroc. En effet une personne exposée à des facteurs de risque ou malade aurait tendance à utiliser des services de santé. Si elle n'a pas les moyens (RAMED ou sans couverture) elle devrait aller vers le centre de santé puis l'hôpital le cas échéant.

Une personne qui a les moyens financiers ou une couverture médicale AMO ou privée devrait consulter un cabinet privé puis une clinique le cas échéant. La réalité est tout autre puisqu'il semble y avoir un parcours « stochastique » sans cheminement déterminé.

Les facteurs de risque ou maladies sont en adéquation avec les dernières données nationales (ENPSF 2018 où 21,0% de la population marocaine est atteinte d'au moins d'une maladie chronique et 64,4% chez les personnes âgées de 60 ans et plus) sauf pour le surpoids et la maladie mentale qui sont sous-estimés. Il est probable que cela soit dû à des facteurs culturels (la dépression ou les troubles anxieux ou le surpoids ne sont pas considérés comme des pathologies et font partie d'un état « normal » (Tableau 28).

**Tableau 28 : Données relatives aux facteurs de Risque et morbidités**

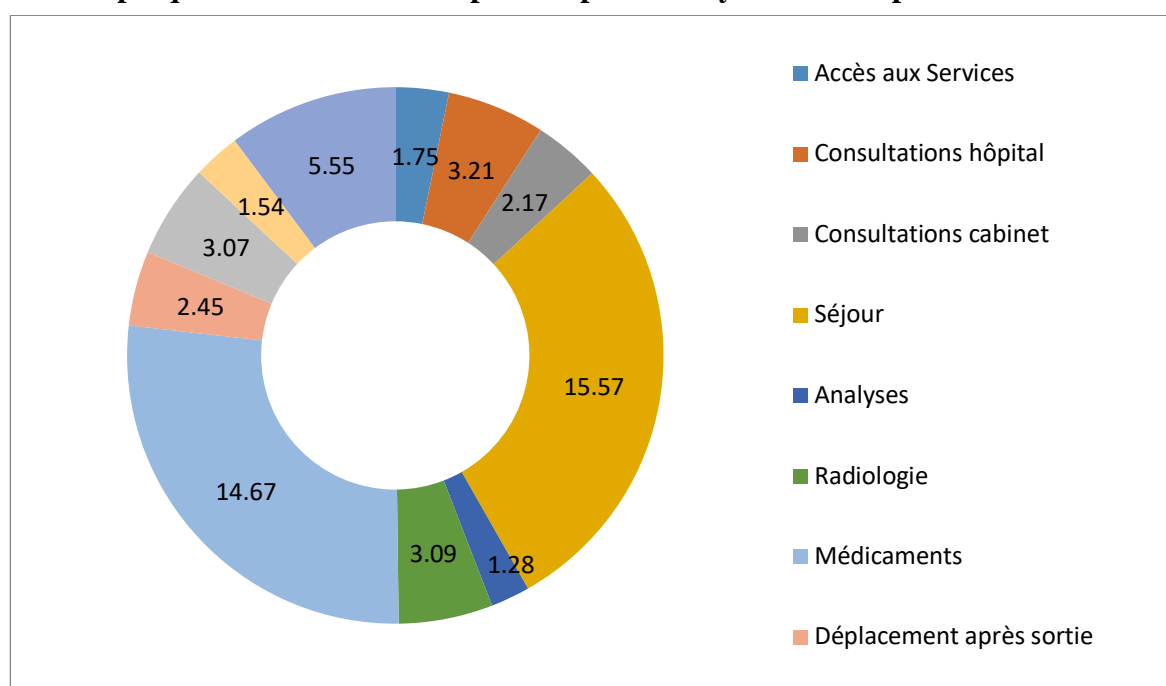
FR ou morbidité	Prévalence %	Nombre de ménages
Diabète	19,3	350
HTA	22,7	411
Cancer	1,3	23
Hypercholestérolémie	6,4	116
Maladie Mentale	4,2	76
Insuffisance Rénale/Autres	9	163
Tabagisme	30,7	557
Surpoids	3,5	64
Activité physique	29,2	530
Pathologie chronique dans la famille premier degré	48,1	871

Lorsqu'il s'agit de pathologie ayant nécessité l'utilisation des services de l'hôpital (750 ménages), 26,4% ont passé en moyenne 5 nuitées et 25,2% n'ont pas constaté d'amélioration voire même une aggravation de leur cas. Lorsque l'on compare pour une même durée moyenne de séjour (5j et une médiane de 3j) et la même maladie chronique, tous les postes de dépenses sont supérieurs dans le secteur privé. Le différentiel va de 3 à 15 fois le montant dépensé dans le secteur public. Sur le coût total moyen un utilisateur du secteur privé payera 5,5 fois que

celui qui utilisera le secteur public (15483,69 dhs versus 2787,76 dhs) (Tableau 20 et Graphique 34).

Le séjour et les médicaments sont les principaux facteurs explicatifs de la différence de dépenses entre le secteur privé et public puisqu'ils représentent 82% du différentiel. En ce qui concerne les déterminants d'utilisation du dernier service de santé, les ménages affirment que les trois principaux facteurs du choix sont la disponibilité d'une couverture médicale, l'orientation par un membre de la famille et la confiance dans la structure de santé (29,7%, 21,8% et 15,6% respectivement).

**Graphique 34 : Ratio Clin/Hôp des dépenses moyennes d'un parcours de soins**



La demande, les moyens techniques et la proximité géographique sont les trois autres facteurs cités (Tableau 29).

**Tableau 29 : Déterminants du choix du dernier service de santé utilisé (N=1809)**

Critères de choix	Fréquence	% Valide
Couverture médicale	538	29,7
Conseil par la famille	394	21,8
Confiance	283	15,6
Raison liée à la demande	210	11,6
Moyens techniques/Qualité	198	10,9
Proximité géographique	186	10,3

## Section 2 : Un régime de couverture qui ne « couvre presque rien »

### 2.1. Rôle du régime de couverture détenu

Le type de couverture médicale détenu participe en grande partie dans la perception du coût des soins et de la propension à utiliser un service de santé. Être bénéficiaire d'un régime de couverture médicale permet au patient d'être rassuré et diminue en quelque sorte la frustration liée à la santé. Ainsi, les personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture médicale sont les plus inquiétées et particulièrement quand les moyens financiers sont limités.

Le type de couverture médicale détenu permet également de déterminer le type de services de soins pour lequel va opter le patient : une structure publique ou privée (tableau 30).

**Tableau 30 : Réactions des utilisateurs selon le type de couverture**

Le régime détenu	Réaction des usagers
Aucun régime de couverture médicale	Le patient se trouve dans l'obligation d'opter pour le service le moins coûteux, notamment publiques.
RAMED	<p>Les usagers sont peu ou pas rassurés dans le sens où le régime est perçu comme étant beaucoup moins efficace que les autres régimes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des délais trop longs nécessaires pour recevoir le traitement à l'hôpital ;</li> <li>- Le RAMED ne permet pas le remboursement des médicaments et autres prestations faites en dehors de l'hôpital public.</li> </ul>
AMO/CNOPS/Assu.Privée	<p>Donnent plus au moins un sentiment de réconfort chez la majorité de la cible ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des taux de remboursement intéressants et une possibilité d'opter pour la prise en charge dans le cas d'une hospitalisation, d'un accouchement, des tests coûteux, etc. ;</li> <li>- Même lorsque les moyens financiers sont limités, le patient se permet de faire appel à un service coûteux en optant pour un crédit/emprunt car le remboursement rassure.</li> </ul>

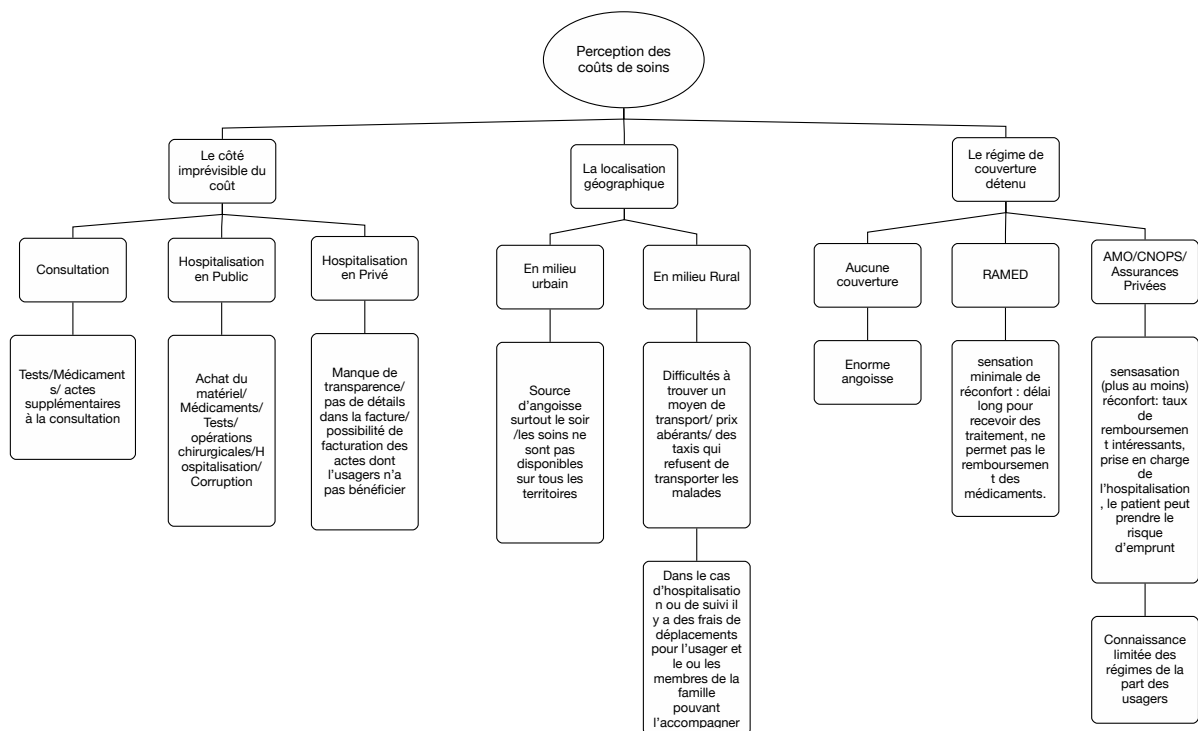
Nous avons noté aussi chez les répondants que la connaissance limitée des régimes donne lieu à une frustration liée à la possibilité de rejet des dossiers médicaux, du retard de remboursement ou de la prise en charge etc... (figure 6). Il y a eu un défaut de communication de la part de



l'institution en charge du RAMED pour expliquer les droits, les conditions et les modalités d'utilisation de la carte en cas de besoin de soins.

« Même si on a une couverture on pense au coût parce que finalement tu dois payer sur le champ et tu attends après le remboursement. En cas d'urgence, si tu n'as pas d'argent immédiatement pour sauver la vie de la personne concernée, à quoi sert le remboursement dans ce cas ? » H, 25-40, C, AMO, MC, Agadir.

**Figure 6 : Carte mentale représentant les principaux éléments qui impactent la perception des coûts décrite par le traitement des fréquences des mots évoqués par les interviewés (assisté par Nvivo11).**



## 2.2. Connaissance et évaluation des régimes de couverture de santé autre que le RAMED

L'étude a confirmé que les régimes de couverture médicale sont connus de la grande majorité des utilisateurs à l'exception d'une partie de la gente féminine dans le milieu rural. Les autres répondants sont au courant de l'existence des différents régimes de couverture médicale au Maroc, bien qu'ils n'aient pas été capables de déterminer leurs conditions d'octroi, leurs périmètres de couverture et leurs conditions d'utilisation.

Le point essentiel est que les autres régimes hors RAMED permettent d'accéder au secteur privé. Il s'agit des « régimes » suivants :

- La CNOPS (organisme gérant l'AMO des salariés du public) ;
- La CNSS (organisme gérant l'AMO des salariés du privé) ;
- Les assurances privées : AXA, SAHAM, RMA WATANYA et ATLANTA sont les plus citées à travers les profils ;
- Quelques mentions pour la caisse mutuelle interprofessionnelle marocaine (CMIM) et la mutuelle destinée aux salariés de l'OCP.

En revanche, les répondants, particulièrement les femmes, même étant bénéficiaires du régime, ont une faible maîtrise des caractéristiques de chacun des régimes. On note que les bénéficiaires n'ont pas de connaissance précise sur les taux de remboursement, les modalités de cotisation ou encore le délai de remboursement. Les tableaux 31, 32 et 33 évaluent les forces et les faiblesses perçues par les utilisateurs vis-à-vis des régimes détenus par les salariés du public et du privé. Clairement, hormis les procédures et délais de remboursement, les personnes ont une appréciation plutôt positive de « la couverture médicale » AMO ou privée. Mais c'est le coût bénéfice des services reçus qui constitue la véritable raison de l'insatisfaction vis-à-vis du système de santé pour cette catégorie de bénéficiaires.

**Tableau 31 : Évaluation du régime de couverture AMO par les fonctionnaires**

Perception	Cible	Évaluation des utilisateurs	
		Forces	Faiblesses
Apprécié	Fonctionnaires de l'État	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un taux de remboursement jugé élevé : 75% ou 80% pour les maladies ponctuelles et 100% pour les maladies chroniques</li> <li>- Un régime qui couvre tous les types de soins sauf les soins esthétiques</li> <li>- Le complément à travers l'assurance privée SAHAM permet un remboursement à 100%</li> <li>- Une plateforme en ligne facile à utiliser, qui permet de faire le suivi des dossiers</li> <li>- Plusieurs membres de la famille en bénéficient : le conjoint, les enfants et selon certains participants, les parents également</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le délai de remboursement est jugé long : de 40 jours à 3 mois</li> <li>- En cas de problème, nécessité de se déplacer jusqu'au siège social à Rabat</li> <li>- Les soins dentaires et l'ophtalmologie sont plafonnés</li> <li>- La demande de la prise en charge prend beaucoup de temps</li> </ul>

**Tableau 32 : Évaluation du régime de couverture AMO par les salariés du privé**

Perception	Cible	Évaluation des utilisateurs	
		Forces	Faiblesses
Nécessite des améliorations pour donner satisfaction mais valorisée	Les salariés du secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un taux de remboursement jugé satisfaisant pour la majorité : 70% pour les maladies ponctuelles et 100% pour les maladies chroniques</li> <li>- Pour un complément de dossier, la demande arrive directement à l'adresse de résidence du bénéficiaire</li> <li>- Le remboursement ne prend pas beaucoup de temps selon une partie de la cible : en moyenne 15 jours</li> <li>- A l'exception des soins esthétiques, tous les types de soins sont couverts par l'AMO</li> <li>- Une plateforme en ligne facile à manipuler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune clarification sur les motifs du rejet du dossier médical</li> <li>- Pour une minorité, le taux de remboursement est jugé faible 50% pour les maladies ponctuelles et 70% pour les maladies chroniques : les personnes bénéficiant d'une mutuelle privée en plus de l'AMO préfèrent déposer leurs dossiers médicaux auprès de la mutuelle privée . Le délai de remboursement peut aller jusqu'à 4 mois</li> <li>- Toutes les prestations sont plafonnées : consultations, les soins dentaires, l'ophtalmologie...</li> </ul>

**Tableau 33 : Évaluation du régime de couverture privé par les utilisateurs**

Perception	Cible	Évaluation des utilisateurs	
		Forces	Faiblesses
Très bien perçue	Les salariés du secteur privé Et Indépendants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un taux de remboursement de 70%, 80% ou 85% selon le taux appliqué par chaque assurance en cas de maladies ponctuelles et un taux de 100% en cas de maladies chroniques</li> <li>- Quand les deux conjoints bénéficient de la même assurance ils ont la possibilité d'être remboursés à 100% . Un délai de remboursement généralement court : &lt; 30 jours</li> <li>- Le bénéficiaire reçoit une lettre avec le détail du dossier après remboursement : les taux appliqués, la base de remboursement... → plus de transparence comparativement aux autres régimes</li> <li>- Dans le cas d'une prise en charge, le taux varie entre 80% et 90% en fonction de la prestation et de la maladie</li> <li>- Les personnes indépendantes ont la possibilité de choisir le pack qui leur convient le mieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les soins dentaires et l'ophtalmologie sont plafonnés</li> <li>- L'orthodontie n'est remboursable que pour les enfants âgés de moins de 12 ans</li> <li>- Chez certaines assurances, les lunettes ne sont remboursables qu'une fois tous les 2 ans</li> <li>- Le remboursement se fait sur la base d'un plafond dans le cas des consultations médicales</li> </ul>
Très bien perçue	Les salariés du secteur bancaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un taux de remboursement jugé élevé (85% et 90%)</li> <li>- Un délai de remboursement qui ne dépasse pas les 20 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun point faible n'a été cité</li> </ul>

### 2.3. Connaissance et évaluation du système de couverture RAMED

Il importe de noter que la majorité des répondants de notre étude connaissent peu ou pas le système de couverture RAMED (Tableau 33). En effet, les conditions à remplir pour bénéficier du RAMED restent floues par manque d'information. Pour la majorité des personnes, le RAMED est destiné à des personnes sans revenu ou avec un revenu faible, des personnes sans aucune propriété et qui ne bénéficient d'aucun régime de couverture médicale. Pour les mineurs, la seule condition pour bénéficier du RAMED est de n'être affilié à aucun régime de couverture sociale peu importe la situation financière.

En termes de fonctionnement, les connaissances autour du RAMED sont souvent soit incomplètes soient erronées :

- Pour tous, la carte RAMED est l'équivalent de « warkat liihtyaj », un document fourni par le ministère de l'intérieur qui a été souvent utilisé par les personnes démunies pour faciliter l'accès aux soins ;
- La carte RAMED n'est opérationnelle qu'au sein des hôpitaux publics. Toute prestation faite dans une clinique privée, un cabinet médical, un laboratoire ou autre n'est pas prise en charge ni remboursable par le RAMED ;
- Le RAMED couvre tous les types de soins et toutes les interventions au sein de l'hôpital public : opérations chirurgicales, consultations, soins d'urgence, accouchement, scanner, etc. ;
- Une partie de la cible est au courant des deux catégories de régime existantes, notamment : la pauvreté (al fa9r) et la vulnérabilité (al hachacha) ;
- La cible ignore les différences entre les deux catégories, de même que pour les éléments qui permettent de catégoriser les bénéficiaires (pauvre ou vulnérable) mais affirme que les deux cartes permettent les mêmes avantages et ont la même durée de vie qui est de 3 ans ;
- La seule différence mentionnée à travers les groupes c'est que la carte de « Al fa9r » est gratuite, tandis que celle de « al hachacha » est payante (dans ce cas les ménages bénéficiaires sont amenés à payer 120dh/an/personne à concurrence de 600dhs au maximum).

**Tableau 34 : Évaluation du régime RAMED par ses utilisateurs**

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les répondants signalent une procédure de demande globalement satisfaisante.</li> <li>- Les pièces demandées sont faciles à préparer, aucuns frais de dossier n'est exigé,</li> <li>- Nécessite peu de déplacement (le dépôt et la récupération de la carte se font au niveau de l'arrondissement) ;</li> <li>- Prend en charge des interventions couteuses telles que les chirurgies cardiaques.</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les médicaments et le matériel médical achetés ne sont pas remboursables ;</li> <li>- Les prestations faites dans les structures privées (cabinet médical, radiologie, clinique, laboratoire...) ne sont pas couvertes par le RAMED ;</li> <li>- Les délais d'attente dans l'hôpital public sont trop longs, chose qui oblige parfois la cible à opter pour des structures payantes ;</li> <li>- Les utilisateurs du RAMED sont parfois amenés à payer pour des prestations couvertes par le régime (scanner, radio, analyses...) à cause de la malhonnêteté du personnel et un manque d'informations ;</li> <li>- Une insatisfaction exprimée par les bénéficiaires de la carte de « al hachacha » (vulnérabilité) à cause du montant qu'ils sont amenés à payer annuellement et particulièrement quand la taille de la famille est importante ;</li> <li>- Le délai de traitement des dossiers est souvent long et peut aller jusqu'à 8 mois voire 1 an.</li> </ul>

De façon générale, le RAMED est considéré comme une bonne initiative qui vise à aider les personnes à revenu limité mais qui, pour réussir, nécessite l'amélioration des conditions d'octroi de la carte et surtout des services rendus par les hôpitaux publics. En effet la perception des Ramedistes utilisateurs des services de santé hospitaliers est globalement négative en raison d'un intérêt jugé limité pour ce régime. En effet, l'usage de la carte est limité aux hôpitaux publics pour lesquels l'accès aux soins est plutôt difficile et doit passer par une filière de soins pré déterminée.

### **Encadré 7 : Conclusion du Chapitre 7**

La perception des utilisateurs de services de santé au Maroc dépend également de l'expérience vécue par eux-mêmes ou leur proche avec une indulgence vis-à-vis des médecins et une attitude de méfiance et rancœur vis-à-vis des paramédicaux et des services administratifs. Dans tous les cas ce ne sont pas les autorités locales qui sont responsables des maux du système mais bien « l'État » qui n'a pas assuré aux populations vulnérables les conditions d'accès à des services de santé essentiels. Les Ramedistes dénoncent non seulement des conditions d'accès, des délais de prise en charge, de l'attitude désagréable et de la malhonnêteté d'une partie du personnel mais surtout d'une gratuité utopique. Plusieurs médicaments et une majorité d'analyses paracliniques ne sont pas remboursables quel que soit le montant dépensé.

L'AMO composante de la CSU est perçue comme étant le régime de couverture médicale le plus fiable en termes de garantie d'accès aux services de santé mais le moins avantageux en raison des taux de remboursements jugés insuffisants dans le secteur privé et dont le fonctionnement nécessite des ajustements. Quel que soit le statut « bénéficiaire », la CNOPS ou la CNSS en tant qu'organisme de prévoyance sociale (OPS) gérant l'AMO bénéficie d'une bonne image grâce à des expériences et des échos globalement très positifs et surtout une impression de « sécurité santé » pour soi et sa famille. Les principaux traits d'image sont premièrement l'antériorité car la CNOPS et la CNSS sont perçues comme étant les premiers régimes de couverture sociale au Maroc. Deuxièmement le fait que c'est un système lié aux fonctions et garanties de l'État, la CNOPS et la CNSS bénéficient d'une image positive à l'instar des fonctions régaliennes de l'État (la sécurité, la stabilité, la garantie et la pérennité). Les principaux traits d'image de l'AMO sont : accès possible au secteur privé, pas de limite théorique de dépenses de santé mais un « faux partenaire » dans le panier de soins remboursables en raison du reste à charge estimé élevé.

Enfin la disponibilité d'une assurance privée (AP) est un signe de privilège dans le contexte marocain puisqu'elle est considérée comme un avantage donné aux cadres et personnels du secteur privé ayant des contrats à durée indéterminée. L'AP est perçue comme étant le régime le plus efficace grâce aux taux et aux délais de remboursement qui sont jugés intéressants et est la « porte d'entrée aux cliniques ». Ses principaux traits d'image sont : l'accessibilité à tous les services de santé mais le reste à charge très élevé pour les actes et services est le principal reproche.

## **Chapitre 8 : L'inadéquation de la CSU avec la demande de soins**

Dans ce chapitre nous traiterons du rôle de la CSU dans l'utilisation des services de santé. Nous présenterons les effets des différents types de couverture sur les choix de l'offre public et privée relativement aux services ambulatoires puis hospitaliers. Nous identifierons les facteurs associés au parcours de soins et au résultat de l'hospitalisation, ainsi que ceux liés aux déterminants d'utilisation des services de santé. Dans une dernière partie nous analyserons les attentes des utilisateurs de services de santé su égard au type de couverture détenue et leur future attitude en matière de demande de soins.

### **Section 1 : Couverture médicale et USS au cours des deux dernières années**

#### **1.1. Rôle de la CSU et l'utilisation des services de santé**

La couverture médicale est significativement associée à la fréquentation des services de santé dans le cas des cabinets médicaux dont le nombre moyen de contact est de 5,59 aux cours de deux dernières années (Tableau 35). Lorsque l'on segmente les services de santé, l'on constate que ce sont les personnes qui n'ont pas de couverture médicale ou ceux qui ont le RAMED qui utilisent le plus les services de santé publiques

Dans le cas des centres de santé, de l'hôpital ou de la clinique privée, la couverture médicale n'est pas un facteur associé au nombre de contacts avec les structures de soins (8,19 contacts; 4,34 contacts et 2,70 contacts respectivement). Ce résultat n'est pas étonnant et pourrait être expliqué par trois éléments :

- Les visites au sein des centres de santé sont gratuites quel que soit le nombre et sont l'apanage du Ramediste et des personnes sans couverture médicale ;
- Au sein des hôpitaux publics c'est la gravité et la vulnérabilité économique qui détermine la -fréquentation par les Ramedistes et les sans couverture en grande majorité ;
- Au sein des cliniques privées c'est clairement la disponibilité de l'assurance privée qui influence le nombre de contacts.



**Tableau 35 : Association couverture médicale (CM) et nombre de contacts**

		N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	IC à 95 % pour la moyenne	
						Borne inférieure	Borne supérieure
Nb de contacts avec CS durant A2	PAS DE COUV	420	7,51	7,48	0,36	6,79	8,23
	RAMED	397	9,55	21,74	1,09	7,40	11,69
	AMO	221	7,45	8,72	0,59	6,30	8,61
	PRIVE	55	6,51	7,35	0,99	4,52	8,50
	Total	1093	8,19	14,56	0,44	7,32	9,05
<b>ANOVA</b> <i>F = 1.989</i> <i>Sig. =0.128</i>							
Nb de contacts avec CP durant A2	PAS DE COUV	441	5,12	4,79	0,23	4,67	5,56
	RAMED	280	5,08	4,54	0,27	4,54	5,61
	AMO	435	6,32	5,91	0,28	5,76	6,88
	PRIVE	173	6,60	5,60	0,43	5,76	7,44
	Total	1329	5,69	5,27	0,14	5,41	5,98
<b>ANOVA</b> <i>F = 6.86</i> <i>Sig. =0.000*</i>							
Nb de contacts avec HOP durant A2	PAS DE COUV	201	4,13	5,38	0,38	3,39	4,88
	RAMED	293	4,59	4,65	0,27	4,05	5,12
	AMO	155	4,06	4,58	0,37	3,33	4,79
	PRIVE	26	4,92	7,77	1,52	1,78	8,06
	Total	675	4,34	5,01	0,19	3,97	4,72
<b>ANOVA</b> <i>F = 0.630</i> <i>Sig. =0.596</i>							
Nb de contacts avec CLI durant A2	PAS DE COUV	70	2,51	4,81	0,57	1,37	3,66
	RAMED	56	2,16	2,29	0,31	1,55	2,78
	AMO	113	2,44	2,78	0,26	1,92	2,96
	PRIVE	36	4,72	16,45	2,74	-0,84	10,29
	Total	275	2,70	6,73	0,41	1,90	3,50
<b>ANOVA</b> <i>F = 1.282</i> <i>Sig. =0.181</i>							

Ces résultats sont confirmés par l'analyse de du type de couverture associé au type d'offre. Seule une majorité de Ramedistes (71%) et de sans couverture médicale (51%) utilisent l'offre

publique. Les bénéficiaires de l'AMO et d'une assurance privée utilisent en majorité l'offre de santé privée (71% et 82,4% respectivement). (tableau 36)

**Tableau 36 : USS publics ou privés selon la couverture médicale**

		USS Privés	USS Publics	Total
Privé	Effectif	155	33	188
	% dans Prive versus Autres	82,4%	17,6%	100,0%
	% dans USS Prive Public	16,7%	4,0%	10,7%
	% du total	8,8%	1,9%	10,7%
AMO	Effectif	341	139	480
	% dans Prive versus Autres	71,0%	29,0%	100,0%
	% dans USS Prive Public	36,8%	16,6%	27,2%
	% du total	19,4%	7,9%	27,2%
RAMED	Effectif	127	346	473
	% dans Prive versus Autres	26,8%	73,2%	100,0%
	% dans USS Prive Public	13,7%	41,4%	26,8%
	% du total	7,2%	19,6%	26,8%
Sans couverture	Effectif	304	317	621
	% dans Prive versus Autres	49,0%	51,0%	100,0%
	% dans USS Prive Public	32,8%	38,0%	35,2%
	% du total	17,3%	18,0%	35,2%
	Effectif Total	927	835	1762
	% dans Prive versus Autres	52,6%	47,4%	100,0%
	% dans USS Prive Public	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	52,6%	47,4%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 261,758 ; p-value .0000*

L'analyse du dernier type de service utilisé montre que 46,5% des utilisateurs des cliniques privées sont pauvres ou vulnérables (RAMED ou sans couverture) contre 59,4% pour le secteur public (Tableau 37). Chez les personnes n'ayant pas de couverture médicale, 49 % choisissent le secteur privé aussi bien pour les consultations ambulatoires que pour l'hospitalisation (Khi deux de Pearson 261,758 ;  $p = 0.0000$ ). Ce chiffre est élevé eu égard au coût des prestations.

La patientèle utilisatrice des cliniques et des cabinets privés est essentiellement constituée de bénéficiaires de l'AMO (43,9% et 36,5%) et non pas de personnes ayant une assurance privée. Ceci n'était pas attendu dans le cadre de la mise en place de la couverture médicale de base au Maroc puisque les bénéficiaires de l'AMO devaient en priorité utiliser les services publics au sein desquels ils avaient le taux de remboursement le plus élevé voir à 100% s'ils étaient fonctionnaires.

En ce qui concerne l'hôpital public et comme attendu, 53,5% des utilisateurs sont des Ramedistes et 18,2% des personnes sans couverture (donc 71,7% de patientèle « non ou faiblement solvable »). Dans le même sens 81,7% des utilisateurs des services de santé publique ambulatoire sont des personnes n'ayant pas de couverture médicale (43,7%) ou Ramedistes (37%).

**Tableau 37: Dernier type de service de santé utilisé selon la couverture médicale**

		Catégorie SS				Total
		CS	Hôpital	Cabinet Médical	Clinique	
Privé	Effectif	23	10	150	5	188
	% dans Prive versus Autres	12,2%	5,3%	79,8%	2,7%	100,0%
	% dans Catégorie SS	3,5%	5,3%	16,9%	12,2%	10,7%
	% du total	1,3%	0,6%	8,5%	0,3%	10,7%
AMO	Effectif	96	43	323	18	480
	% dans Prive versus Autres	20,0%	9,0%	67,3%	3,8%	100,0%
	% dans Catégorie SS	14,8%	23,0%	36,5%	43,9%	27,2%
	% du total	5,4%	2,4%	18,3%	1,0%	27,2%
RAMED	Effectif	246	100	121	6	473
	% dans Prive versus Autres	52,0%	21,1%	25,6%	1,3%	100,0%
	% dans Catégorie SS	38,0%	53,5%	13,7%	14,6%	26,8%
	% du total	14,0%	5,7%	6,9%	0,3%	26,8%
Sans couverture	Effectif	283	34	292	12	621
	% dans Prive versus Autres	45,6%	5,5%	47,0%	1,9%	100,0%
	% dans Catégorie SS	43,7%	18,2%	33,0%	29,3%	35,2%
	% du total	16,1%	1,9%	16,6%	0,7%	35,2%
	Effectif Total	648	187	886	41	1762
	% dans Prive versus Autres	36,8%	10,6%	50,3%	2,3%	100,0%
	% dans Catégorie SS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	36,8%	10,6%	50,3%	2,3%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 307,314 ; p-value .000*

Le résultat de l'utilisation des services de santé (guérison/amélioration versus peu ou pas d'amélioration) est vécu ou perçu de façon différente chez les bénéficiaires de la CSU. Ce sont les populations pauvres ou vulnérables qui ont le sentiment ou le vécu d'un « échec thérapeutique » (60% de ceux qui n'ont pas de couverture médicale et 56,1% des Ramedistes). Ce sont les bénéficiaires d'une couverture privée qui ont le sentiment ou le vécu d'un succès thérapeutique (Chi-carré de Pearson 9,826 ;  $p = .02$ ) (Tableau 38). Ceci est probablement en rapport avec le niveau socio-économique, le niveau d'instruction, un dépistage plus précoce des problèmes de santé et une meilleure observance des recommandations médicales au cours du processus de prise en charge de la maladie.

A part le cas du diabète où il existe une certaine disponibilité des médicaments dans les centres de santé, la maladie chronique n'est pas un déterminant majeur d'utilisation des services de santé.

**Tableau 38 : Résultats d'hospitalisation et mode de couverture médicale**

		Guérison totale/ Amélioration notable	Peu ou pas D'amélioration	Total
Privé	Effectif	27	18	45
	% dans Couverture	60,0%	40,0%	100,0%
	% dans RSLT Hospit	15,5%	10,7%	13,1%
	% du total	7,9%	5,2%	13,1%
AMO	Effectif	85	63	148
	% dans Couverture	57,4%	42,6%	100,0%
	% dans RSLT Hospit	48,9%	37,3%	43,1%
	% du total	24,8%	18,4%	43,1%
RAMED	Effectif	29	37	66
	% dans Couverture	43,9%	56,1%	100,0%
	% dans RSLT Hospit	16,7%	21,9%	19,2%
	% du total	8,5%	10,8%	19,2%
Sans couverture	Effectif	33	51	84
	% dans Couverture	39,3%	60,7%	100,0%
	% dans RSLT Hospit	19,0%	30,2%	24,5%
	% du total	9,6%	14,9%	24,5%
	Effectif	174	169	343
	% dans Couverture	50,7%	49,3%	100,0%
	% dans RSLT Hospit	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	50,7%	49,3%	100,0%

Khi-carré de Pearson 9,826 ;  $p$ -value .020

## 1.2. Déterminants du recours aux soins : Quel rôle de la CSU ?

Nous avons étudié cinq facteurs pouvant expliquer le recours aux soins tout en tenant compte de la couverture médicale : le conseil par un proche ou la famille, la perception de la technicité ou de la qualité de l'offre, la proximité géographique des services d'hospitalisation et la demande (maladie) (Tableaux 39 à 41, Annexe I, Tableau I1)). Le conseil par un proche, la demande ou encore le coût du transport ne sont pas un facteur déterminant essentiel de l'USS (Khi-carré de Pearson 3,065 ; p-value .382 et Khi-carré de Pearson 5,944 ; p-value .114 et Khi-carré de Pearson 3,801 ; p-value .704 respectivement). Par contre la technicité et la qualité des services, la proximité géographique et la disponibilité d'une couverture médicale sont des facteurs d'USS. En fait la propension à utiliser les services de santé est surtout liée à la disponibilité une couverture médicale (privée puis AMO), à l'existence d'une maladie chronique ou grave, si la structure dispose d'équipements techniques et si l'établissement d'hospitalisation est proche géographiquement.

**Tableau 39 : Facteurs déterminants USS : Conseil par la famille**

		Conseil Proche		Total
		oui	non	
Privé	Effectif	100	89	189
	% dans Couverture	52,9%	47,1%	100,0%
	% dans CONSEIL	10,4%	10,4%	10,4%
	% du total	5,5%	4,9%	10,4%
AMO	Effectif	246	244	490
	% dans Couverture	50,2%	49,8%	100,0%
	% dans CONSEIL	25,6%	28,6%	27,0%
	% du total	13,6%	13,5%	27,0%
RAMED	Effectif	269	213	482
	% dans Couverture	55,8%	44,2%	100,0%
	% dans CONSEIL	28,0%	25,0%	26,6%
	% du total	14,8%	11,8%	26,6%
Sans couverture	Effectif	345	306	651
	% dans Couverture	53,0%	47,0%	100,0%
	% dans CONSEIL	35,9%	35,9%	35,9%
	% du total	19,0%	16,9%	35,9%
	Effectif	960	852	1812
	% dans Couverture	53,0%	47,0%	100,0%
	% dans CONSEIL	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	53,0%	47,0%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 3,065 ; p-value .382*

La technicité et la qualité du service est surtout importante dans le recours aux soins pour les bénéficiaires de l'AMO, les Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture médicale (59,8%,

74,7% et 66,2% respectivement). Une majorité des bénéficiaires d'une couverture médicale privée considèrent que ce n'est pas un critère déterminant (Tableau 39 (Khi-carré de Pearson 69,597,  $p=0.000$ ). Est-ce le fait que les personnes pauvres et vulnérables ont une perception que les services publics ne sont pas performants en raison d'absence de moyens techniques et humains ? Dans l'imaginaire des marocains (comme montré dans l'approche qualitative), les établissements privés sont plus performants car ils disposent de moyens « sophistiqués de soins » inexistants dans les structures publiques. La demande de soins est normalement le principal déterminant de l'USS . 67,5% des ménages interrogés considèrent que c'est un facteur important. Néanmoins cet élément ne discrimine pas entre ceux qui n'ont pas de couverture versus ceux qui ont le RAMED ou l'AMO ou encore une couverture médicale privée (Khi-carré de Pearson 5,944 ;  $p =.115$  (Annexes I ; Tableau I1).

**Tableau 40 : Déterminants de l'USS : Technicité et qualité du service**

		TECHQUALITE		Total
		oui	non	
Privé	Effectif	79	110	189
	% dans Couverture	41,8%	58,2%	100,0%
	% dans TECHQUALITE	6,8%	16,9%	10,4%
	% du total	4,4%	6,1%	10,4%
AMO	Effectif	293	197	490
	% dans Couverture	59,8%	40,2%	100,0%
	% dans TECHQUALITE	25,2%	30,4%	27,0%
	% du total	16,2%	10,9%	27,0%
RAMED	Effectif	360	122	482
	% dans Couverture	74,7%	25,3%	100,0%
	% dans TECHQUALITE	31,0%	18,8%	26,6%
	% du total	19,9%	6,7%	26,6%
Sans couverture	Effectif	431	220	651
	% dans Couverture	66,2%	33,8%	100,0%
	% dans TECHQUALITE	37,1%	33,9%	35,9%
	% du total	23,8%	12,1%	35,9%
	Effectif	1163	649	1812
	% dans Couverture	64,2%	35,8%	100,0%
	% dans TECHQUALITE	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	64,2%	35,8%	100,0%

*Khi-carré 69,597 ; p-value .000*

La proximité géographique de l'offre de soins est importante pour tous mais encore plus pour les personnes ayant une couverture privée ou l'AMO (Tableau 40) (Khi-carré de Pearson 33,761 ;  $p= .000$ ).

Par ailleurs lorsque la proximité géographique est considérée comme seul déterminant, ce sont les personnes sans couverture qui représentent la majorité des répondants (32,6%). Ce facteur est encore plus invoqué en milieu rural et dans les régions où il n'y a pas de CHU. Près de 65% des utilisateurs de l'hôpital public considèrent que leur demande de soins n'a pas été satisfaite (pas d'amélioration ou aggravation).

Ce sont surtout les Ramedistes (44,7%) et ceux n'ayant pas de couverture (28,5%) qui considèrent que les résultats de l'hospitalisation n'ont pas été probants. Mais la comparaison selon tous les types de couverture n'est pas statistiquement significative (Khi-carré de Pearson 5,00 ;  $p = .171$ ). Cela peut s'expliquer par le fait que les pathologies prises en charge sont à un stade de gravité différent, que les perceptions sont différentes selon les structures et le type de moyens disponibles (Annexe J et M ; tableaux J1 et M13)

**Tableau 41 : Déterminants de l'USS : Proximité géographique**

		PROXIMITE		Total
		Oui	Non	
Privé	Effectif	145	44	189
	% dans Prive versus Autres	76,7%	23,3%	100,0%
	% dans PROXIMITE	11,7%	7,7%	10,4%
	% du total	8,0%	2,4%	10,4%
AMO	Effectif	375	115	490
	% dans Prive versus Autres	76,5%	23,5%	100,0%
	% dans PROXIMITE	30,1%	20,2%	27,0%
	% du total	20,7%	6,3%	27,0%
RAMED	Effectif	319	163	482
	% dans Prive versus Autres	66,2%	33,8%	100,0%
	% dans PROXIMITE	25,6%	28,7%	26,6%
	% du total	17,6%	9,0%	26,6%
Sans couverture	Effectif	405	246	651
	% dans Prive versus Autres	62,2%	37,8%	100,0%
	% dans PROXIMITE	32,6%	43,3%	35,9%
	% du total	22,4%	13,6%	35,9%
	Effectif	1244	568	1812
	% dans Prive versus Autres	68,7%	31,3%	100,0%
	% dans PROXIMITE	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	68,7%	31,3%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 33,761 ; p-value .000*

Ainsi déjà à ce premier niveau d'analyse de l'utilisation de l'offre de soins on constate quelques particularités puisque plus de 40% de la patientèle du cabinet médical ou de la clinique est une personne sans couverture médicale ou bénéficiant du RAMED (c'est-à-dire des pauvres ou des personnes vulnérables). Le centre de santé qui est le premier contact de la population avec le système de santé médicalisé (première étape de la filière de soins) et l'hôpital qui est la référence, ont pour patientèle essentiellement les Ramedistes et ceux qui n'ont pas de couverture médicale. Ces derniers ne peuvent contribuer au paiement des prestations, aggravent la situation des établissements de soins publics, qui ne peuvent pas répondre à une demande plus forte générant une insatisfaction relativement à différents aspects du service de santé comme nous le verrons plus loin.

## **Section 2 : Des attentes déçues et une insatisfaction patente**

### **2.1. Satisfaction des utilisateurs de services de santé**

En effet 67,7% des utilisateurs de services de santé ne sont pas satisfaits par le système de santé au Maroc (Tableau 42). Le niveau de satisfaction globale varie selon le mode de couverture étant le plus élevé chez les bénéficiaires d'une assurance privé (47,6%) et le plus faible en absence de couverture médicale (23,8%) (Khi- carré de Pearson 45,311 ;  $p=0.0000$ ). La majorité de l'insatisfaction (52,6%) concerne les Ramedistes et les sans couverture médicale mais la catégorisation selon le mode de couverture ou le secteur utilisé montre trois tendances : l'insatisfaction est globale quel que soit le mode de couverture, dans le secteur privé l'insatisfaction est surtout l'apanage des bénéficiaires de l'AMO alors que dans le secteur public ce sont les personnes sans couverture puis les Ramedistes qui sont le plus insatisfaits. La présence d'une maladie chronique exacerbe ce sentiment d'insatisfaction en raison de la durée du séjour et du coût comme nous l'avons déjà montré.

L'on peut se poser la question si au-delà de la perception négative vis à vis du système de santé, la couverture médicale est considérée comme un atout majeur dans l'utilisation des services de santé en termes d'accessibilité ou en termes d'utilité.

Les résultats montrent le contraire puisque quel que soit l'offre de soins publique ou privée ou le type de service utilisé, la satisfaction ou la perception d'utilité de la couverture sont faibles. Au Maroc la CSU aurait non seulement pas atteint ses objectifs mais a créé un sentiment de frustration et de « rejet » d'un produit d'assurance pour non « conformité ».



**Tableau 42 : Satisfaction globale vis-à-vis du SS selon le mode de couverture**

		Plutôt ou très satisfait	Peu ou pas du tout satisfait	Total
Privé	Effectif	90	99	189
	% dans Prive versus Autres	47,6%	52,4%	100,0%
	% dans Satisf SS Maroc	15,4%	8,1%	10,4%
	% du total	5,0%	5,5%	10,4%
AMO	Effectif	167	323	490
	% dans Prive versus Autres	34,1%	65,9%	100,0%
	% dans Satisf SS Maroc	28,5%	26,3%	27,0%
	% du total	9,2%	17,8%	27,0%
RAMED	Effectif	173	309	482
	% dans Prive versus Autres	35,9%	64,1%	100,0%
	% dans Satisf SS Maroc	29,6%	25,2%	26,6%
	% du total	9,5%	17,1%	26,6%
Sans couverture	Effectif	155	496	651
	% dans Prive versus Autres	23,8%	76,2%	100,0%
	% dans Satisf SS Maroc	26,5%	40,4%	35,9%
	% du total	8,6%	27,4%	35,9%
	Effectif	585	1227	1812
	% dans Prive versus Autres	32,3%	67,7%	100,0%
	% dans Satisf SS Maroc	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	32,3%	67,7%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 45,311 ; p-value .000*

En ce qui concerne le niveau de satisfaction des bénéficiaires de la CSU, 84,4% des ménages se disent peu ou pas satisfaits (Tableau 43). Ce niveau d'insatisfaction est encore plus élevé chez les bénéficiaires d'une assurance privée qui estiment comme nous l'avons vu dans l'approche qualitative que le rapport qualité-prix est très insuffisant.

**Tableau 43: Satisfaction de la Couverture médicale par les ménages (N=1812)**

Couverture Ménage	Fréquence	%
Aucune	651	NA
RAMED	482	26,6
AMO	490	27,0
Privé	189	10,4
Niveau de satisfaction de la couverture	130	<b>15,6</b>

Au niveau de l'hôpital nous observons la satisfaction la plus élevée chez les utilisateurs de la couverture médicale (17,7%) car le taux de remboursement est de 90 à 100% à l'inverse de la clinique où l'utilisation est la plus faible (tableau 44).

**Tableau 44 : Utilisation de la CM en cas de contact avec le système de santé**

Type d'utilisation (n=1812)	% utilisation	% satisfaction
Hôpital	44,1	17,7
Clinique	29,8	8,0
Cabinet Médical	59,3	9,9
Radiologie	36,0	13,7
Analyses médicales	44,3	16,2
Achat médicaments	60,1	12

Parmi les ménages bénéficiant d'une couverture médicale, 40% ne l'utilise pas lors d'un contact avec le système de santé. L'utilisation la plus faible est lors de la consultation dans une clinique privée ou lors d'examens radiologiques dans le privé. 60% des bénéficiaires d'une couverture médicale l'utilise lors de l'achat de médicament ou de consultation dans un cabinet médical mais seulement 12% et 10% en sont satisfaits .

Ce résultat est conforté avec la mesure de la perception des utilisateurs quant à l'utilité de la couverture médicale pour certaines prestations (niveau de satisfaction) expliqué par le niveau de remboursement (70% pour les médicaments et 0% pour certaines prestations) ou peut être l'absence d'acceptation de certaines couvertures médicales par le secteur privé eu égard aux TNR faibles (Tableau 45).

**Tableau 45 : Type de couverture utilisée lors d'une hospitalisation et perception d'utilité**

Couverture utilisée	Hôpital (n=750)	Clinique (n=343)
Aucune	443	174
RAMED	202	10
AMO	78	115
Privé	21	33
Peu ou pas Utile	88%	98,7%

Enfinement non seulement les utilisateurs ne sont pas satisfaits du système de santé, de l'utilisation des services de santé mais en plus ils considèrent que l'instrument qui est censé améliorer ces « atavismes » n'est pas utile.

Certains constats n'étaient pas attendus vu que les bénéficiaires des assurances privées ne constituent que 10 % de la patientèle des cliniques privées et que les bénéficiaires de l'AMO, qui a été conçue pour favoriser les structures publiques et les fonctionnaires de l'État, ne représente que 10% de la patientèle des hôpitaux publics. Enfin et ce qui est encore plus paradoxal sur ce sujet, c'est la perception de l'absence ou de la faible utilité de la couverture lors de l'utilisation d'un service hospitalier. Ceci est probablement dû à deux phénomènes : les procédures administratives permettant le remboursement ou encore l'acceptation des prises en charge du tiers payant ou encore le reste à charge qui reste élevé comme le montrent les données de l'ANAM.

Enfin et c'est un des résultats les plus inquiétants pour les décideurs, les ménages ayant eu une expérience avec le système de santé, seulement 37,6% choisiraient une structure publique en cas de besoin de santé futur (Tableau 46) . Si l'on analyse les futurs choix selon le mode de couverture, 52,4% des personnes sans couverture, 30,5% bénéficiant du RAMED, 74,3% bénéficiant de l'AMO et 74,1% des détenteurs d'assurance privée choisiraient une structure privée pour se faire soigner ( $p < 0.0001$ ). Ceci exprime un nouvel effet paradoxal de la CSU où une majorité (62,4%) ne souhaite pas se faire soigner dans un hôpital public. La qualité des prestations et la couverture médicale constituent la quasi-totalité des raisons invoquées (95,3%).

**Tableau 46 : Décisions futures quant aux choix des structures de santé**

Décisions futures (n=1812)	Fréquence	%
Structure Privée	995	54,9
Structure Publique	682	37,6
Structure à l'étranger	28	1,5
NSP	107	5,9
<b>Raisons du choix (n=1812)</b>		
Couverture Médicale	715	39,5
Type et qualité Prestations	1012	55,8
Conditions d'accès	85	4,7

Ces différents résultats sont en conformité avec le fait que 66,4% des ménages interrogés sont peu ou pas du tout satisfaits du système de santé au Maroc. Là aussi l'analyse de la perception du système de santé selon le mode de couverture montre il s'agit de 76,2% de ceux qui n'ont pas de couverture, de 64,1% de ceux qui bénéficient du RAMED, de 65,9% de ceux qui ont l'AMO et 52,4% de ceux qui ont une assurance privée. Clairement ce sentiment est plus présent chez les populations pauvres ou vulnérables ( $p < 0.00001$ ).

## 2.2. Des Attentes politiquement induites et en réalité irréalisables

Afin d'apporter des solutions aux sources d'insatisfactions et d'angoisses citées par les utilisateurs, nous citons dans ce qui suit un ensemble d'attentes de ces derniers qui sont susceptibles de leurs apporter du réconfort afin de se sentir prémunis des risques financiers liés aux dépenses de santé (figure 7).

**Figure 7 : Nuage des mots généré par Nvivo11 sur la base des focus group (plus le mot est grand plus sa fréquence est importante).**



Les participants à l'étude ont évoqué trois groupes d'attentes ; les premières sont focalisées sur le secteur public, les deuxièmes mettent en exergue le secteur privé et les troisièmes se concentrent sur les éléments susceptibles d'améliorer le régime de couverture détenu.

### 2.2.1 Les attentes vis-à-vis du secteur public

**Tableau 47 : Attentes vis à vis du secteur public selon différents critères**

En termes d'infrastructures	En termes de ressources humaines	En termes de services
<ul style="list-style-type: none"> <li>- augmenter le nombre des hôpitaux par région pour éviter l'encombrement ;</li> <li>- construire plus de chus ;</li> <li>- augmenter la capacité litière dans les hôpitaux provinciaux et régionaux ;</li> <li>- améliorer l'état général des structures de soins : rénovation des bâtiments, etc. ;</li> <li>- multiplier les équipements de base : chaises, brancards... et les équipements médicaux : concentrateur d'oxygène, sérum, etc. ;</li> <li>- mettre à la disposition des patients le matériel médical nécessaire : seringues, matériel orthopédique... de sorte que le patient n'ait pas besoin d'acheter quoi que ce soit pour recevoir les soins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- augmenter le nombre des médecins et du personnel infirmier pour pouvoir servir le nombre important des patients que reçoivent les hôpitaux publics et les dispensaires quotidiennement ;</li> <li>- mettre en place des mesures de contrôle pour veiller à ce que l'attitude des employés, quel que soit le poste qu'ils occupent, à l'égard du patient soit agréable et que tout le monde agisse selon les règles → plus de disponibilité, serviabilité, honnêteté ;</li> <li>- lutter contre la corruption et le clientélisme au sein des structures de soins publics ;</li> <li>- pour certaines villes telles que tétouan et Beni Mellal, garantir un niveau de compétence du corps médical qui soit comparable à celui des grandes villes Casablanca, Rabat, Marrakech.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prise en charge immédiate des patients ;</li> <li>- planifier les rdv en fonction de l'état du patient et de sa situation socioéconomique (lieu de provenance, revenu...) ;</li> <li>- garantir le respect des normes d'hygiène dans l'ensemble des départements ;</li> <li>- construire un bureau pour recevoir les réclamations et les doléances des patients ;</li> <li>- renforcer les mesures de sécurité dans les hôpitaux ;</li> <li>- changer les horaires de travail des dispensaires : avoir des centres qui travaillent toute la semaine 24h/24 et ajouter un service « soins d'urgence » dans les dispensaires pour les cas qui sont faciles à prendre en charge (brûlure de premier degré, blessure...) et un « bloc d'accouchement », ne serait-ce que pour l'accouchement naturel, et ce dans le but de réduire l'encombrement dans les hôpitaux.</li> </ul>

## 2.2.2. Les attentes vis-à-vis du secteur privé

**Tableau 48 : Attentes vis à vis du secteur privé selon le mode de consultation**

Cliniques privées	Cabinets de consultation
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus de transparence quant au coût des prestations ;</li> <li>- Plus d'honnêteté dans les relations médecin-patient : éviter les interventions inutiles motivées par le profit ;</li> <li>- Avoir des médecins d'urgence sur place le soir ;</li> <li>- Lutter contre la corruption au sein des cliniques ;</li> <li>- Plus de sélectivité dans le processus de recrutement des médecins pour garantir une bonne qualité des soins ;</li> <li>- Avoir une offre de cliniques qui couvre toutes les spécialités dans les villes de Beni Mellal et Tétouan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiplier le nombre de médecins spécialistes dans les villes de Beni Mellal, Tétouan et Agadir particulièrement ;</li> <li>- Gestion optimale des RDV afin de réduire le temps d'attente ;</li> <li>- Baisser les tarifs des médecins spécialistes particulièrement → un besoin exprimé par les personnes démunies.</li> </ul>

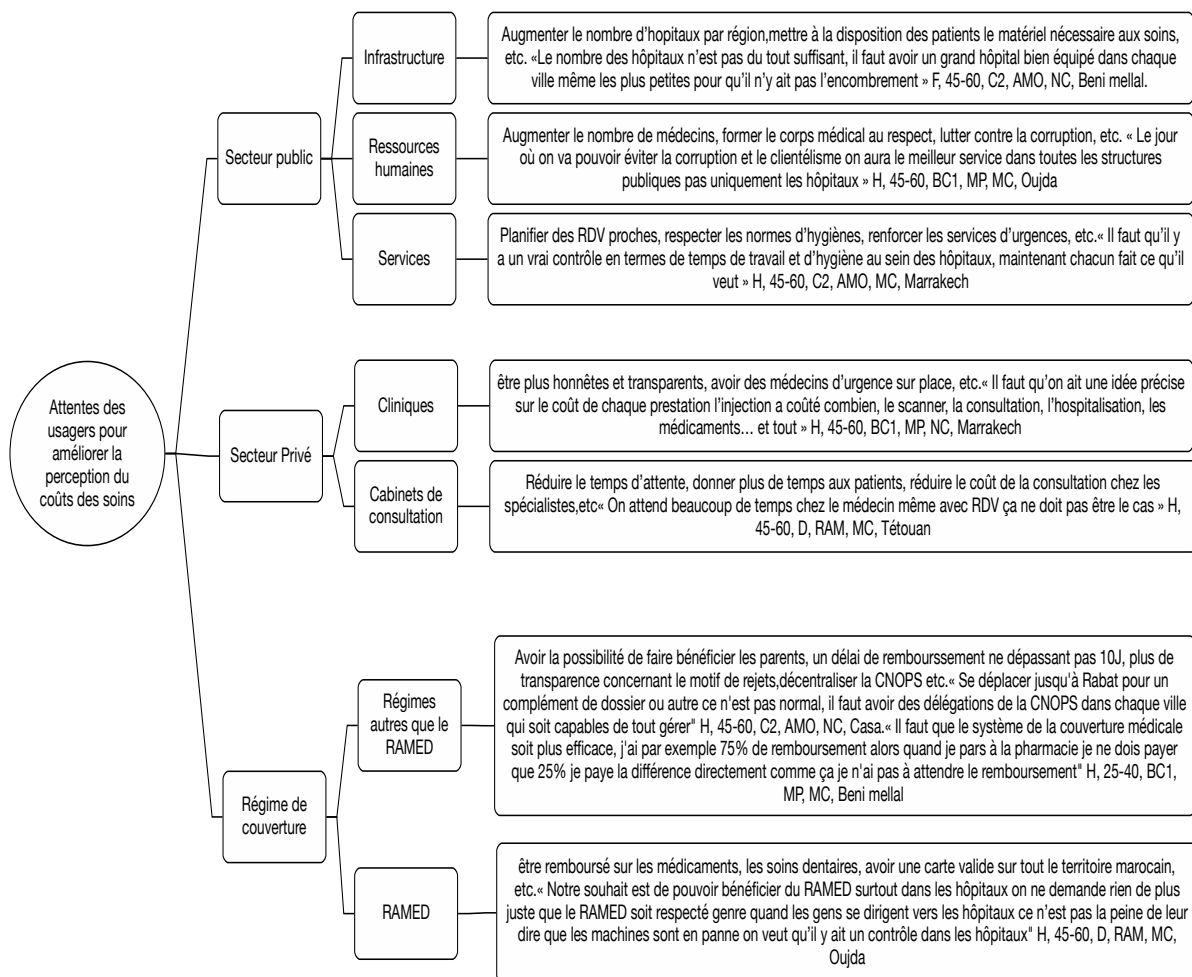
## 2.2.3. Les attentes vis-à-vis de la couverture sanitaire

**Tableau 49 : Attentes vis à vis de la CSU**

Vis-à-vis des régimes autres que le RAMED	Vis-à-vis du RAMED
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir la possibilité de faire bénéficier les parents en plus du conjoint et des enfants ;</li> <li>- un délai de remboursement &lt; 10j ;</li> <li>- Plus de transparence en ce qui concerne les motifs de rejet des dossiers médicaux ;</li> <li>- bénéficier d'un taux de remboursement de 90% pour les maladies ponctuelles pour tout régime ;</li> <li>- Faciliter la procédure de demande de la prise en charge ;</li> <li>- Avoir un système de carte qui permet de bénéficier des services sans avoir besoin d'attendre la prise en charge ou autre.</li> <li>- Une carte à utiliser sur place, dans les cliniques, les pharmacies, les cabinets... et le processus de remboursement se fait directement entre la structure de soin</li> <li>- Augmenter la somme qui correspond au plafond des soins dentaires et de l'ophtalmologie ;</li> <li>- Ne pas limiter le remboursement de certaines prestations à un âge précis ;</li> <li>- Décentralisation du service de la CNOPS par l'élargissement du champ d'intervention des délégations régionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spontanément, les attentes vis-à-vis du RAMED sont principalement liées au service de l'hôpital public :</li> <li>- Une planification optimale des rdv ;</li> <li>- recevoir un service meilleur : accueil, disponibilité, etc.</li> <li>- Plus d'honnêteté de la part du personnel ;</li> <li>- Etre capable de bénéficier de toutes les prestations couvertes par le RAMED au sein de l'hôpital et na pas avoir besoin d'opter pour une structure payante ;</li> <li>- Après relance, des attentes liées au régime ressortent à travers les groupes :</li> <li>- être remboursé sur les médicaments et autres prestations faites en dehors de l'hôpital public à un taux de 50% ;</li> <li>- La carte RAMED doit être opérationnelle sur tout le territoire marocain ;</li> <li>- La carte RAMED doit être gratuite pour tous les bénéficiaires ;</li> </ul>

L'utilisation de la couverture médicale selon le type de service hospitalier expérimenté montre des patterns différents (Figure 8). En effet, en comparant l'hôpital public à la clinique privée par les ménages, 59% versus 50,7% n'avaient pas de couverture, 27% versus 3% avaient le RAMED, 10,4% versus 33,5% avaient l'AMO et 2,8% versus 9,6% avaient une assurance privée. Deux constats ressortent : quel que soit le service hospitalier utilisé, la patientèle majoritaire est celle qui n'a pas de couverture médicale (ce qui est problématique dans une politique de CSU entamée depuis 15 ans) ; pour ceux qui disposent d'une couverture, les bénéficiaires du RAMED pour le secteur public et les bénéficiaires de l'AMO pour le secteur privé constituent la patientèle majoritaire.

**Figure 8 : Carte mentale les attentes des usagers pour améliorer la perception du coût des soins (générée par Nvivo11)**



Les déterminants socio-économiques de la santé montrent que les plus démunis ont plus de facteurs de risque morbides, sont plus exposés aux maladies infectieuses et chroniques et auront tendance à plus utiliser les services de santé. Ainsi dans notre étude, l'USS au cours des 5 ou des 2 dernières années, objective la même tendance (Tableaux 50 et 51). Une utilisation faible (1 à deux fois) est surtout observée chez les détenteurs d'une assurance (AMO ou privée) par contre les utilisations fréquentes (plus de trois fois) sont surtout le fait de personnes Ramedistes ou sans couverture médicale (pour USS 5 ans Khi-carré 100,033 ;  $p=.0000$  et pour USS 2 ans Khi-carré 107,233 ;  $p = .0000$  au niveau de l'annexe L2).

**Tableau 50: USS au cours des 5 dernières années selon la couverture médicale**

		USS 5 ans			Total
		1 à 2 fois	3 fois	> 3 fois	
Privé	Effectif	108	42	39	189
	% dans Prive versus Autres	57,1%	22,2%	20,6%	100,0%
	% dans USS 5 ans	18,0%	6,8%	6,5%	10,4%
	% du total	6,0%	2,3%	2,2%	10,4%
AMO	Effectif	153	168	169	490
	% dans Prive versus Autres	31,2%	34,3%	34,5%	100,0%
	% dans USS 5 ans	25,5%	27,3%	28,3%	27,0%
	% du total	8,4%	9,3%	9,3%	27,0%
RAMED	Effectif	93	188	201	482
	% dans Prive versus Autres	19,3%	39,0%	41,7%	100,0%
	% dans USS 5 ans	15,5%	30,6%	33,6%	26,6%
	% du total	5,1%	10,4%	11,1%	26,6%
Sans couverture	Effectif	245	217	189	651
	% dans Prive versus Autres	37,6%	33,3%	29,0%	100,0%
	% dans USS 5 ans	40,9%	35,3%	31,6%	35,9%
	% du total	13,5%	12,0%	10,4%	35,9%
	Effectif	599	615	598	1812
	% dans Prive versus Autres	33,1%	33,9%	33,0%	100,0%
	% dans USS 5 ans	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	33,1%	33,9%	33,0%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 100,033 ; p-value .0000*



**Tableau 51: USS au cours des 2 dernières années selon la couverture médicale**

		USS 2 ans			
		1 à 2 fois	3 fois	> 3 fois	Total
Privé	Effectif	127	40	22	189
	% dans Prive versus Autres	67,2%	21,2%	11,6%	100,0%
	% dans USS 2 ans	16,4%	6,5%	5,3%	10,4%
	% du total	7,0%	2,2%	1,2%	10,4%
AMO	Effectif	222	154	114	490
	% dans Prive versus Autres	45,3%	31,4%	23,3%	100,0%
	% dans USS 2 ans	28,6%	25,1%	27,2%	27,1%
	% du total	12,3%	8,5%	6,3%	27,1%
RAMED	Effectif	125	211	145	481
	% dans Prive versus Autres	26,0%	43,9%	30,1%	100,0%
	% dans USS 2 ans	16,1%	34,4%	34,6%	26,6%
	% du total	6,9%	11,7%	8,0%	26,6%
Sans couverture	Effectif	302	209	138	649
	% dans Prive versus Autres	46,5%	32,2%	21,3%	100,0%
	% dans USS 2 ans	38,9%	34,0%	32,9%	35,9%
	% du total	16,7%	11,6%	7,6%	35,9%
	Effectif	776	614	419	1809
	% dans Prive versus Autres	42,9%	33,9%	23,2%	100,0%
	% dans USS 2 ans	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	42,9%	33,9%	23,2%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 100,033 ; p-value .0000*

### **Encadré 8 : Conclusion du Chapitre 8**

Pour comprendre le rôle de la CSU comme facteur d'utilisation effective des services de santé nous l'avons étudié selon une approche de parcours de soins depuis la demande jusqu'à l'offre privée ou publique. 52,5% des ménages interrogés utilisent le secteur privé en cas de besoin de santé. Ce qui est surprenant c'est que près de la moitié (46,5%) de la patientèle du secteur privé est constituée par les Ramedistes (13,7%) et les personnes n'ayant aucune couverture médicale (32,8%). Par ailleurs la première patientèle du secteur privé est le bénéficiaire de l'AMO (36,8%) alors que celle du public est le Ramediste (41,4%). En séparant l'ambulatoire et l'hospitalisation la tendance d'utilisation selon le mode de couverture reste la même sauf en ce qui concerne les centres de santé où les Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture sont de loin les premiers utilisateurs (81,7%). Une des explications serait liée aux services essentiels de base comme la vaccination, la planification familiale et les consultations curatives qui sont gratuites.

Si l'on exclut la pharmacie qui n'est pas un prestataire de soins mais de conseil et de délivrance de médicaments, c'est le cabinet médical qui est utilisé comme offre de soins ambulatoire par la majorité des personnes suivis par le centre de santé. Si l'on segmente par type d'offre de soins, le premier « client » du centre de santé est la personne sans couverture médicale (43,7%), celui du cabinet médical et de la clinique le bénéficiaire de l'AMO (36,5% et 43,9%) et celui de l'hôpital le Ramediste (53,5%). Dans tous les cas la patientèle pauvre et vulnérable (c'est à dire la moins solvable financièrement) est celle qui utilise le plus les services de santé y compris ceux du privé. Ceci pourrait être en rapport avec le fait que c'est une population qui est plus malade et qui a tendance à arriver plus tardivement aux services de santé (cas plus graves car plus évolués en termes d'histoire naturelle de la maladie). L'analyse séquentielle du parcours soin montre que le patient marocain utilise le service de santé final après une ou plusieurs étapes selon la couverture médicale. Il n'y a pas de logique, ni de justificatif par la demande mais plutôt un déterminisme lié aux caractéristiques de l'offre.

Le niveau d'insatisfaction élevé aussi bien vis à vis du système de santé (67,7%) que vis à vis de la couverture médicale (84,6%) et une perception d'inutilité de plus de 80% dans le public et plus de 90% dans le privé signale l'urgence d'une analyse de la distorsion évidente entre une demande et une offre, aggravée semble-t-il par une CSU censée la supprimer ou du moins la réduire.

## **Chapitre 9 : Un parcours erratique et qui coûte cher**

Les différents résultats de l'enquête terrain montrent que le patient marocain ne suit pas une filière de soins ou un parcours structuré. Dans ce chapitre nous traiterons les différents parcours de soins et leurs coûts pour le patient. Nous montrerons la double peine pour les personnes bénéficiaires du RAMED ou sans couverture obligés d'utiliser l'offre privée dans un nombre non négligeable de situations aussi bien pour l'ambulatoire que pour l'hospitalisation. Nous exposerons les cas particuliers des maladies non transmissibles comme le diabète ou l'hypertension artérielle dont la prévalence est élevée au Maroc et où le parcours est autant erratique que coûteux. Enfin nous présenterons les attitudes des utilisateurs vis à vis de certaines dimensions de l'offre publique et privée permettant de comprendre leur choix de parcours .

### **Section 1 : Dépenses lors du parcours de soins dans le secteur privé**

#### **1.1. Frais de l'hospitalisation dans le secteur privé**

Dans le secteur de l'hospitalisation privée, on relève que 23,7% ont payés plus de 1000 dhs avant hospitalisation (tableau 52). Les bénéficiaires de l'AMO ou du RAMED ou ceux qui n'ont pas de couverture ne bénéficient pas d'une consultation avant hospitalisation dans une clinique comparativement aux bénéficiaires d'une assurance privé (Khi-carré de Pearson 34,531,  $p = .000$ ). Ce sont surtout des transferts par ambulance ou par l'hôpital ou le centre de santé qui pourraient expliquer ce constat.

En effet dans le contexte marocain, il n'y a pas de logique dans le parcours de soins car c'est la perception de la gravité et la disponibilité de moyens financiers qui déterminent le choix de la structure de soins. Le transfert vers une clinique d'un patient est lié à une décision familiale ou d'une perception que les établissements publics ne peuvent répondre à la demande de soins. Il est à rappeler que le transfert se fait dans 90% des cas par une ambulance privée contactée par la famille et qui souvent en assure les frais (1000 à 1500 dhs de transfert en moyenne incluant les honoraires).

**Tableau 52: Dépenses des consultations in situ avant hospitalisation à la clinique**

		Dépenses de consultations avant hospitalisation à la clinique				
		0dh	< 500dh	500-999 dhs	1000 dh+	Total
Privé	Effectif	17	11	3	14	45
	% dans Couverture	37,8%	24,4%	6,7%	31,1%	100,0%
	% dans Dépenses Cons AHC	12,5%	10,7%	13,6%	17,3%	13,2%
	% du total	5,0%	3,2%	0,9%	4,1%	13,2%
AMO	Effectif	44	41	10	53	148
	% dans Couverture	29,7%	27,7%	6,8%	35,8%	100,0%
	% dans Dépenses Cons AHC	32,4%	39,8%	45,5%	65,4%	43,3%
	% du total	12,9%	12,0%	2,9%	15,5%	43,3%
RAMED	Effectif	31	26	3	6	66
	% dans Couverture	47,0%	39,4%	4,5%	9,1%	100,0%
	% dans Dépenses Cons AHC	22,8%	25,2%	13,6%	7,4%	19,3%
	% du total	9,1%	7,6%	0,9%	1,8%	19,3%
Sans couverture	Effectif	44	25	6	8	83
	% dans Couverture	53,0%	30,1%	7,2%	9,6%	100,0%
	% dans Dépenses Cons AHC	32,4%	24,3%	27,3%	9,9%	24,3%
	% du total	12,9%	7,3%	1,8%	2,3%	24,3%
	Effectif	136	103	22	81	342
	% dans Couverture	39,8%	30,1%	6,4%	23,7%	100,0%
	% dans Dépenses Cons AHC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	39,8%	30,1%	6,4%	23,7%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 34,531 ; p-value .000*

*Cons AHC : consultation avant hospitalisation à la clinique*

En matière de consultations externes avant hospitalisation dans une clinique, on relève que 20,8% dépensent plus de 500dhs ce qui est un montant élevé eu égard au TNR qui fixe la consultation spécialisée à 150 dhs bien que les tarifs couramment pratiqués dans le privé sont à 250 dhs (tableau 53). 87,1% des hospitalisés en clinique qui n'ont pas fait de consultation pré-hospitalisation sont des bénéficiaires de l'AMO ou du RAMED ou ceux qui n'ont pas de couverture médicale ( $p = .000$ ).

**Tableau 53 : Consultations externes avant hospitalisation au sein de la clinique**

		Consultations externes avant hospitalisation				Total
		0dh	300dh et moins	300-499dh	500dhs+	
Privé	Effectif	12	18	3	12	45
	% dans Couverture	26,7%	40,0%	6,7%	26,7%	100,0%
	% dans Consultations externes	12,9%	13,4%	6,8%	16,9%	13,2%
	% du total	3,5%	5,3%	0,9%	3,5%	13,2%
AMO	Effectif	28	53	21	46	148
	% dans Couverture	18,9%	35,8%	14,2%	31,1%	100,0%
	% dans Consultations externes	30,1%	39,6%	47,7%	64,8%	43,3%
	% du total	8,2%	15,5%	6,1%	13,5%	43,3%
RAMED	Effectif	28	25	7	6	66
	% dans Couverture	42,4%	37,9%	10,6%	9,1%	100,0%
	% dans Consultations externes	30,1%	18,7%	15,9%	8,5%	19,3%
	% du total	8,2%	7,3%	2,0%	1,8%	19,3%
Sans couverture	Effectif	25	38	13	7	83
	% dans Couverture	30,1%	45,8%	15,7%	8,4%	100,0%
	% dans Consultations externes	26,9%	28,4%	29,5%	9,9%	24,3%
	% du total	7,3%	11,1%	3,8%	2,0%	24,3%
	Effectif	93	134	44	71	342
	% dans Couverture	27,2%	39,2%	12,9%	20,8%	100,0%
	% dans Consultations externes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	27,2%	39,2%	12,9%	20,8%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 32,078 ; p-value .000*

Alors que 20,2% des personnes hospitalisées au sein des cliniques ont payé plus de 5000dhs de frais d'hospitalisation, près de 38% des dépenses de séjour supérieures à 2500 dhs (sans examens complémentaires et sans médicaments) au sein d'une clinique, ont été payées par les Ramedistes ou les personnes sans couverture médicale (Khi-carré de Pearson 31,642 ; p=.000).

Il est à préciser que la durée moyenne de séjour est de 4,5 jours dans les structures publiques et de 5 jours dans les établissements privés pour des pathologies et des stades évolutifs comparables. Le TNR qui est de 550dhs/jour inclue les honoraires médecins, prestations infirmières et consommables (les actes de biologie et de radiologie ainsi que les médicaments sont facturés en sus) et devrait conduire à des frais de séjour moyens de 2450 dhs. Notre étude montre que cela se produit dans 39% des cas (Tableau 54).

**Tableau 54 : Dépenses liées à l'hospitalisation au sein de la clinique**

		Frais d'hospitalisation au sein des cliniques			Total
		Moins de 2500dh	2500-5000dhs	>5000dhs	
Privé	Effectif	12	22	11	45
	% dans Couverture	26,7%	48,9%	24,4%	100,0%
	% dans Frais Hosp Clinique	9,0%	15,8%	15,9%	13,2%
	% du total	3,5%	6,4%	3,2%	13,2%
AMO	Effectif	53	48	47	148
	% dans Couverture	35,8%	32,4%	31,8%	100,0%
	% dans Frais Hosp Clinique	39,6%	34,5%	68,1%	43,3%
	% du total	15,5%	14,0%	13,7%	43,3%
RAMED	Effectif	28	32	6	66
	% dans Couverture	42,4%	48,5%	9,1%	100,0%
	% dans Frais Hosp Clinique	20,9%	23,0%	8,7%	19,3%
	% du total	8,2%	9,4%	1,8%	19,3%
Sans couverture	Effectif	41	37	5	83
	% dans Couverture	49,4%	44,6%	6,0%	100,0%
	% dans Frais Hosp Clinique	30,6%	26,6%	7,2%	24,3%
	% du total	12,0%	10,8%	1,5%	24,3%
	Effectif	134	139	69	342
	% dans Couverture	39,2%	40,6%	20,2%	100,0%
	% dans Frais Hosp Clinique	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	39,2%	40,6%	20,2%	100,0%

Khi-carré de Pearson 31,642 ; p-value .000

## 1.2 Frais des examens complémentaires dans le secteur privé

Si l'on fait une segmentation de la patientèle, l'on constate qu'aussi bien en termes de volume, qu'en termes de dépenses au sein des établissements privés, ce sont les bénéficiaires de l'AMO qui payent le plus en moyenne bien que près de 16% des dépenses de plus de 5000dhs sont réglées par le Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture. C'est-à-dire que ces deux derniers groupes constituent un « client » aussi important que le bénéficiaire d'une assurance privée.

Les dépenses liées aux analyses biologiques durant une hospitalisation sont en moyenne 10 fois plus élevées dans le secteur privé par rapport au public. On note que 32,2% des personnes ayant séjourné à la clinique ont dépensé moins de 1000 dhs en analyses biologiques (Tableau 55) . Néanmoins les dépenses les plus élevées (>1000 dhs) sont essentiellement payées par les Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture (59,5%) comparativement aux bénéficiaires de l'AMO et des assurances privées (Khi-carré de Pearson 31,411 ; p = .000).

**Tableau 55 : Dépenses d'analyses de laboratoire au sein de la clinique**

0		Dépenses de laboratoire				Total
		0dh	< 1000dhs	1000-1500dhs	>1500dhs	
Privé	Effectif	14	13	5	13	45
	% dans Prive versus Autres	31,1%	28,9%	11,1%	28,9%	100,0%
	% dans V237BIS	13,1%	11,8%	10,2%	17,1%	13,2%
	% du total	4,1%	3,8%	1,5%	3,8%	13,2%
AMO	Effectif	37	46	15	50	148
	% dans Prive versus Autres	25,0%	31,1%	10,1%	33,8%	100,0%
	% dans V237BIS	34,6%	41,8%	30,6%	65,8%	43,3%
	% du total	10,8%	13,5%	4,4%	14,6%	43,3%
RAMED	Effectif	26	21	13	6	66
	% dans Prive versus Autres	39,4%	31,8%	19,7%	9,1%	100,0%
	% dans V237BIS	24,3%	19,1%	26,5%	7,9%	19,3%
	% du total	7,6%	6,1%	3,8%	1,8%	19,3%
Sans couverture	Effectif	30	30	16	7	83
	% dans Prive versus Autres	36,1%	36,1%	19,3%	8,4%	100,0%
	% dans V237BIS	28,0%	27,3%	32,7%	9,2%	24,3%
	% du total	8,8%	8,8%	4,7%	2,0%	24,3%
	Effectif	107	110	49	76	342
	% dans Prive versus Autres	31,3%	32,2%	14,3%	22,2%	100,0%
	% dans V237BIS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	31,3%	32,2%	14,3%	22,2%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 31,411 ; p-value .000*

Les dépenses liées aux examens radiologiques à l'instar de ceux de la biologie sont 10 fois plus élevées lors de l'hospitalisation en clinique. On note que 21,9% des personnes ayant séjourné à la clinique ont dépensé moins de 1000 dhs en examens radiologiques (Tableau 56)

Néanmoins contrairement à l'hôpital, les dépenses les plus élevées (>1000 dhs) sont essentiellement honorées par les bénéficiaires de l'AMO et des assurances privées (Khi-carré de Pearson 34,766 ; p=.000). Le cas de la biologie et de la radiologie est très particulier car l'on sait que ces deux prestations font le plus défaut dans les structures publiques. En effet parmi les raisons du choix des établissements privés figurent la disponibilité des examens complémentaires.

Plusieurs situations rapportées lors des focus groups expliquent que les patients pauvres et vulnérables sont parfois obligés durant leur hospitalisation dans un hôpital public de réaliser des examens de biologie et de radiologie dans des établissements privés (« sous traitance » des examens complémentaires) rallongeant ainsi leur durée de séjour et engageant des frais inattendus non couverts par le RAMED.

**Tableau 56 : Dépenses liées aux explorations radiologiques à la clinique**

		Frais des explorations radiologiques				Total
		0dh	< 1000dh	1000-1500dhs	>1500dhs	
Privé	Effectif	17	10	5	13	45
	% dans Couverture	37,8%	22,2%	11,1%	28,9%	100,0%
	% dans Frais Radiologie	11,1%	13,3%	14,3%	16,5%	13,2%
	% du total	5,0%	2,9%	1,5%	3,8%	13,2%
AMO	Effectif	52	30	13	53	148
	% dans Couverture	35,1%	20,3%	8,8%	35,8%	100,0%
	% dans Frais Radiologie	34,0%	40,0%	37,1%	67,1%	43,3%
	% du total	15,2%	8,8%	3,8%	15,5%	43,3%
RAMED	Effectif	36	18	6	6	66
	% dans Couverture	54,5%	27,3%	9,1%	9,1%	100,0%
	% dans Frais Radiologie	23,5%	24,0%	17,1%	7,6%	19,3%
	% du total	10,5%	5,3%	1,8%	1,8%	19,3%
Sans couverture	Effectif	48	17	11	7	83
	% dans Couverture	57,8%	20,5%	13,3%	8,4%	100,0%
	% dans Frais Radiologie	31,4%	22,7%	31,4%	8,9%	24,3%
	% du total	14,0%	5,0%	3,2%	2,0%	24,3%
	Effectif	153	75	35	79	342
	% dans Couverture	44,7%	21,9%	10,2%	23,1%	100,0%
	% dans Frais Radiologie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	44,7%	21,9%	10,2%	23,1%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 34,766 ; p-value .000*

Les médicaments constituent une dépense importante dans l'hospitalisation privée au même titre que les frais de séjour et restent un poste de dépense quatre fois plus élevé que dans le public. Ainsi 71,3% des personnes ayant séjourné à la clinique ont dépensé moins de 1200dhs en médicaments (Tableau 57) . Néanmoins les dépenses les plus élevées (>1200 dhs) sont essentiellement honorées par les bénéficiaires de l'AMO et des assurances privées (64%) bien que les Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture représentent 20,5%. Ce facteur est discriminant selon le type de couverture (Khi-carré de Pearson 22,990 ; p = .000).



**Tableau 57 : Dépenses en médicaments dans une clinique (DMS 4j)**

		Dépenses en médicaments			Total
		1200dh et moins	1200- 1500dh	>1500dh s	
Privé	Effectif	29	4	12	45
	% dans Couverture	64,4%	8,9%	26,7%	100,0%
	% dans Dépenses Médicaments	11,9%	16,0%	16,4%	13,2%
	% du total	8,5%	1,2%	3,5%	13,2%
AMO	Effectif	90	12	46	148
	% dans Couverture	60,8%	8,1%	31,1%	100,0%
	% dans Dépenses Médicaments	36,9%	48,0%	63,0%	43,3%
	% du total	26,3%	3,5%	13,5%	43,3%
RAMED	Effectif	55	5	6	66
	% dans Couverture	83,3%	7,6%	9,1%	100,0%
	% dans Dépenses Médicaments	22,5%	20,0%	8,2%	19,3%
	% du total	16,1%	1,5%	1,8%	19,3%
Sans couverture	Effectif	70	4	9	83
	% dans Couverture	84,3%	4,8%	10,8%	100,0%
	% dans Dépenses Médicaments	28,7%	16,0%	12,3%	24,3%
	% du total	20,5%	1,2%	2,6%	24,3%
	Effectif	244	25	73	342
	% dans Couverture	71,3%	7,3%	21,3%	100,0%
	% dans Dépenses Médicaments	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	71,3%	7,3%	21,3%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 22,990 ; p-value .001*

Ces dépenses qui pèsent sur les ménages viennent en moins dans les hôpitaux publics qui comme nous l'avons constaté ont des prestations « différentes », moins demandées et 5 fois moins chères. Néanmoins l'existence d'une perception d'un meilleur rapport qualité-prix dans le secteur privé même pour les plus vulnérables est un défi majeur pour le gouvernement.

## Section 2 : Attitudes vis à vis de l'offre et de ses coûts

### 2.1 Une prestation de santé dispendieuse mais « acceptée » dans le privé

Plusieurs caractéristiques de l'offre de soins permettent de discriminer entre les secteurs privé et public dans l'imaginaire ou le vécu des utilisateurs de services de santé. Ainsi 67,5% des personnes interrogées considèrent comme élément négatif, l'impossibilité de prédire les coûts finaux lors de l'hospitalisation dans une clinique (tableau 58).

**Tableau 58 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Prix Clinique**

		Incapacité à Prévoir le coût de la clinique		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	112	77	189
	% dans Prive versus Autres	59,3%	40,7%	100,0%
	% dans Pas Prévoir coût clinique	9,2%	13,1%	10,4%
	% du total	6,2%	4,2%	10,4%
AMO	Effectif	353	137	490
	% dans Prive versus Autres	72,0%	28,0%	100,0%
	% dans Pas Prévoir coût clinique	28,8%	23,3%	27,0%
	% du total	19,5%	7,6%	27,0%
RAMED	Effectif	321	161	482
	% dans Prive versus Autres	66,6%	33,4%	100,0%
	% dans Pas Prévoir coût clinique	26,2%	27,4%	26,6%
	% du total	17,7%	8,9%	26,6%
Sans couverture	Effectif	438	213	651
	% dans Prive versus Autres	67,3%	32,7%	100,0%
	% dans Pas Prévoir coût clinique	35,8%	36,2%	35,9%
	% du total	24,2%	11,8%	35,9%
	Effectif	1224	588	1812
	% dans Prive versus Autres	67,5%	32,5%	100,0%
	% dans Pas Prévoir coût clinique	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	67,5%	32,5%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 10,656 ; p-value .014*

Ce constat est particulièrement patent chez les bénéficiaires de l'AMO, du RAMED et ceux n'ayant pas de couverture médicale (Khi-carré de Pearson 10,656 ; p = .014). Cette perception est quasiment identique quel que soit le mode de couverture sans discrimination (Khi-carré de Pearson 5,078 ; p = .166).

De même, l'accueil au sein des cliniques est plébiscité par la majorité (78%) (Tableau 59). Il est tout de même intéressant de noter que cette caractéristique est surtout le fait des Ramedistes et des personnes sans couverture médicale (Khi-carré de Pearson 12,418 ;  $p = .006$ ). Ce résultat confirme ceux de l'étude qualitative.

**Tableau 59 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Bon accueil Clinique**

		Bon Accueil clinique		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	131	58	189
	% dans Prive versus Autres	69,3%	30,7%	100,0%
	% dans Bon Accueil clinique	9,3%	14,6%	10,4%
	% du total	7,2%	3,2%	10,4%
AMO	Effectif	374	116	490
	% dans Prive versus Autres	76,3%	23,7%	100,0%
	% dans Bon Accueil clinique	26,4%	29,1%	27,0%
	% du total	20,6%	6,4%	27,0%
RAMED	Effectif	386	96	482
	% dans Prive versus Autres	80,1%	19,9%	100,0%
	% dans Bon Accueil clinique	27,3%	24,1%	26,6%
	% du total	21,3%	5,3%	26,6%
Sans couverture	Effectif	523	128	651
	% dans Prive versus Autres	80,3%	19,7%	100,0%
	% dans Bon Accueil clinique	37,0%	32,2%	35,9%
	% du total	28,9%	7,1%	35,9%
	Effectif	1414	398	1812
	% dans Prive versus Autres	78,0%	22,0%	100,0%
	% dans Bon Accueil clinique	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	78,0%	22,0%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 12,418 ; p-value .006*

En ce qui concerne les atouts des établissements de soins privés, la majorité des personnes interrogées (68,5%) estiment qu'il existe un bon rapport qualité de service- prix (Tableau 60).

**Tableau 60 : Attitude vis à vis de l'offre de soins : Rapport service-Prix Clinique**

		<b>Bon service prix clinique</b>		
		<b>Accord</b>	<b>Désaccord</b>	<b>Total</b>
Privé	Effectif	128	61	189
	% dans Prive versus Autres	67,7%	32,3%	100,0%
	% dans Service prix clinique Bon	10,3%	10,7%	10,4%
	% du total	7,1%	3,4%	10,4%
AMO	Effectif	334	156	490
	% dans Prive versus Autres	68,2%	31,8%	100,0%
	% dans Service prix clinique Bon	26,9%	27,4%	27,0%
	% du total	18,4%	8,6%	27,0%
RAMED	Effectif	349	133	482
	% dans Prive versus Autres	72,4%	27,6%	100,0%
	% dans Service prix clinique Bon	28,1%	23,3%	26,6%
	% du total	19,3%	7,3%	26,6%
Sans couverture	Effectif	431	220	651
	% dans Prive versus Autres	66,2%	33,8%	100,0%
	% dans Service prix clinique Bon	34,7%	38,6%	35,9%
	% du total	23,8%	12,1%	35,9%
	Effectif	1242	570	1812
	% dans Prive versus Autres	68,5%	31,5%	100,0%
	% dans Service prix clinique Bon	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	68,5%	31,5%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 5,078 ; p-value .166*

Au total, les utilisateurs des cliniques privées sont en majorité d'accord pour dire que le délai d'attente raisonnable (70,4%), la disponibilité des moyens techniques (78,7%), la compétence des médecins (72,2%), l'équité dans la gestion des patients (67,4%) expliquent en grande partie leur préférence pour le secteur privé. Par contre le manque de transparence dans les prix et les coûts pratiqués constituent les principales perceptions négatives et pourraient être un frein à l'utilisation (Annexe K ; tableaux K1 à K8).

## **2.2. Une attitude de rejet de l'offre publique de soins**

On retrouve une perception inverse à la clinique : négative vis à vis de l'accueil (69,3%), de la qualité de travail des professionnels de santé (69,6%), du contrôle des professionnels de santé (68,6%), du rapport service-prix (68,1%), du traitement équitable des patients (72,4%), du nombre suffisant de médecins (65,6%), de la rapidité de PEC (63,6%), de l'hygiène (60%) et de la disponibilité des équipements médicaux nécessaires (71,5%) (Tableaux 61-63)

**Tableau 61 : Attitude vis à vis de l'offre de soins : Bon accueil à l'hôpital**

		<b>Bon accueil dans Hôpital</b>		<b>Total</b>
		<b>Accord</b>	<b>Désaccord</b>	
Privé	Effectif	64	125	189
	% dans Prive versus Autres	33,9%	66,1%	100,0%
	% dans Bon accueil dans Hôpital	11,5%	10,0%	10,4%
	% du total	3,5%	6,9%	10,4%
AMO	Effectif	128	362	490
	% dans Prive versus Autres	26,1%	73,9%	100,0%
	% dans Bon accueil dans Hôpital	23,0%	28,8%	27,0%
	% du total	7,1%	20,0%	27,0%
RAMED	Effectif	166	316	482
	% dans Prive versus Autres	34,4%	65,6%	100,0%
	% dans Bon accueil dans Hôpital	29,9%	25,2%	26,6%
	% du total	9,2%	17,4%	26,6%
Sans couverture	Effectif	198	453	651
	% dans Prive versus Autres	30,4%	69,6%	100,0%
	% dans Bon accueil dans Hôpital	35,6%	36,1%	35,9%
	% du total	10,9%	25,0%	35,9%
	Effectif	556	1256	1812
	% dans Prive versus Autres	30,7%	69,3%	100,0%
	% dans Bon accueil dans Hôpital	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	30,7%	69,3%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 8,910 ; p-value .031*

Relativement à toutes les perceptions négatives vis à vis de l'hôpital public, il existe une différence statistiquement significative entre les Ramedistes et les sans couverture comparativement aux bénéficiaires de l'AMO ou de l'assurance privée. Ces deux derniers groupes fréquentent rarement l'hôpital public qui reste le recours des populations pauvres et vulnérables. En effet la patientèle de l'hôpital publique est à 73,2% constituée des bénéficiaires du Ramed ou sans couverture médicale.

Il s'agit d'un choix par défaut hormis les rares situations où l'expertise des CHU est sollicitée. Cette situation confirme les enjeux économiques auxquels sont confrontés les établissements hospitaliers publics.

**Tableau 62: Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Patients traités de façon identique à l'hôpital**

		Même TTT des patients Hôpital		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	55	134	189
	% dans Prive versus Autres	29,1%	70,9%	100,0%
	% dans Même TTT des patients Hôpital	11,0%	10,2%	10,4%
	% du total	3,0%	7,4%	10,4%
AMO	Effectif	124	366	490
	% dans Prive versus Autres	25,3%	74,7%	100,0%
	% dans Même TTT des patients Hôpital	24,8%	27,9%	27,0%
	% du total	6,8%	20,2%	27,0%
RAME D	Effectif	156	326	482
	% dans Prive versus Autres	32,4%	67,6%	100,0%
	% dans Même TTT des patients Hôpital	31,2%	24,8%	26,6%
	% du total	8,6%	18,0%	26,6%
Sans couvert ure	Effectif	165	486	651
	% dans Prive versus Autres	25,3%	74,7%	100,0%
	% dans Même TTT des patients Hôpital	33,0%	37,0%	35,9%
	% du total	9,1%	26,8%	35,9%
	Effectif	500	1312	1812
	% dans Prive versus Autres	27,6%	72,4%	100,0%
	% dans Même TTT des patients Hôpital	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	27,6%	72,4%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 8,637 ; p-value .035*

Au total il existe une différence d'appréciation dans les services d'hospitalisation publiques et privés. Hormis des caractéristiques liées au prix des prestations et à l'incapacité de prévoir une facture liée à l'hospitalisation, la clinique a une image nettement plus positive que l'hôpital public tant pour l'accueil, la rapidité de la prise en charge (délai d'attente), la disponibilité d'équipements de haute qualité, le professionnalisme des médecins et surtout l'équité dans le traitement des patients. Ces perceptions restent constantes même lorsque l'on tient compte du milieu et des régions. La couverture médicale AMO ou privée facilite l'accès au secteur privé même si le reste à charge est parfois un enjeu de frustration voir d'appauvrissement.

Les Ramedistes n'ont que deux choix «cornéliens» : accepter les conditions peu optimales du secteur public ou celles économiquement insupportables du privé.

**Tableau 63 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : L'hôpital dispose des équipements nécessaires**

		Hôpital Bien Equipé		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	76	113	189
	% dans Prive versus Autres	40,2%	59,8%	100,0%
	% dans Hôpital Bien Equipé	14,7%	8,7%	10,4%
	% du total	4,2%	6,2%	10,4%
AMO	Effectif	124	366	490
	% dans Prive versus Autres	25,3%	74,7%	100,0%
	% dans Hôpital Bien Equipé	24,0%	28,3%	27,0%
	% du total	6,8%	20,2%	27,0%
RAMED	Effectif	156	326	482
	% dans Prive versus Autres	32,4%	67,6%	100,0%
	% dans Hôpital Bien Equipé	30,2%	25,2%	26,6%
	% du total	8,6%	18,0%	26,6%
Sans couverture	Effectif	161	490	651
	% dans Prive versus Autres	24,7%	75,3%	100,0%
	% dans Hôpital Bien Equipé	31,1%	37,8%	35,9%
	% du total	8,9%	27,0%	35,9%
	Effectif	517	1295	1812
	% dans Prive versus Autres	28,5%	71,5%	100,0%
	% dans Hôpital Bien Equipé	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	28,5%	71,5%	100,0%

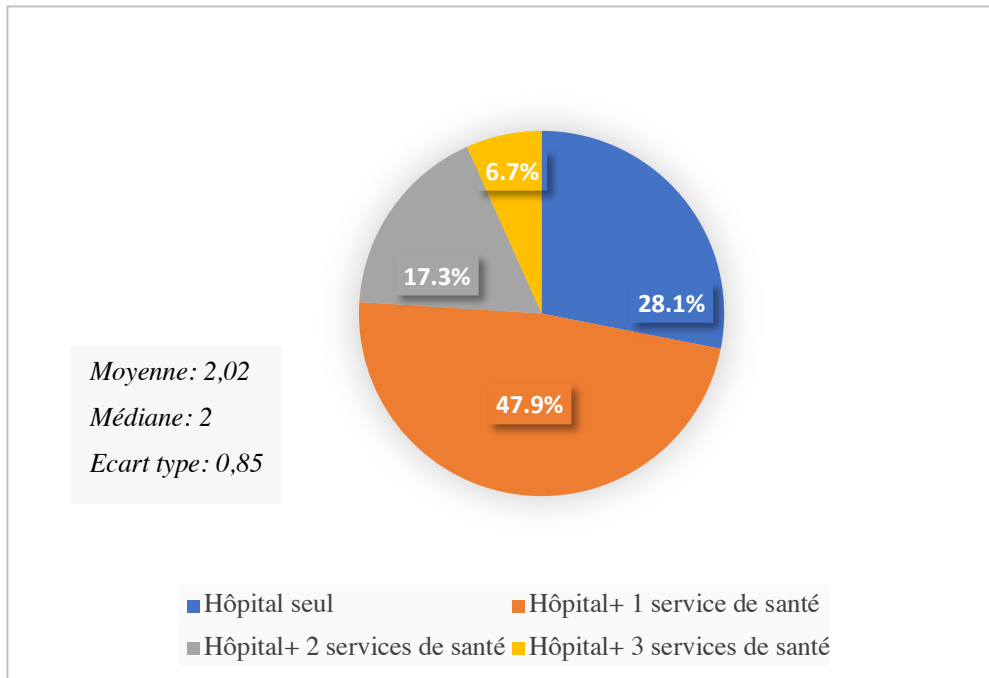
*Khi-carré de Pearson 23,229 ; p-value .000*

### Section 3 : Un parcours de soins par étape selon les moyens des patients

#### 3.1 Parcours de soins aboutissant à l'Hôpital

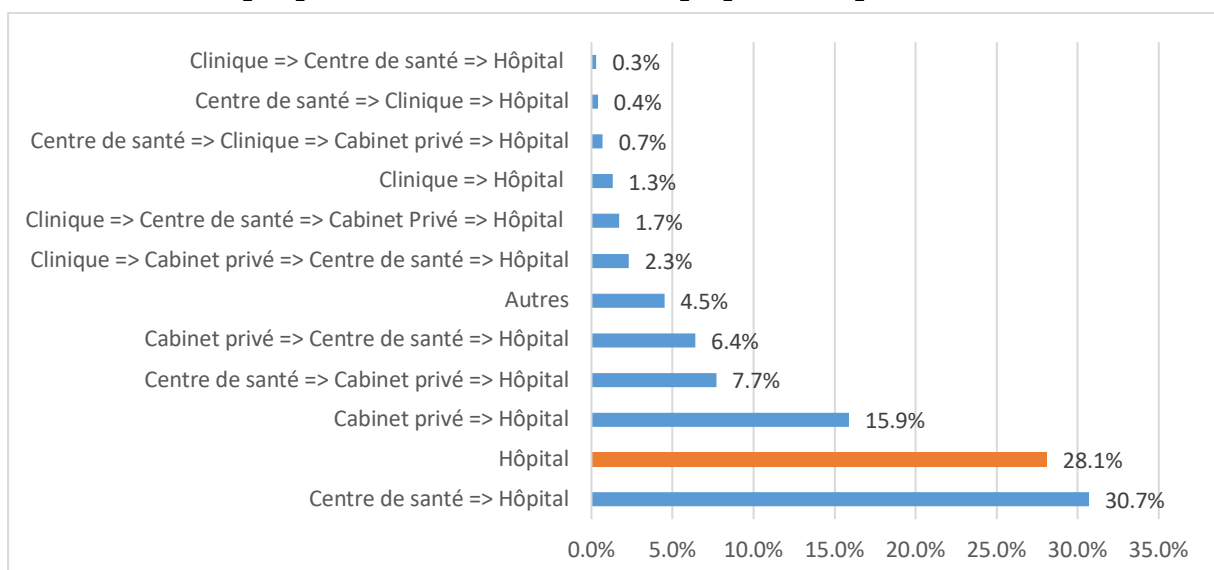
Le parcours de soins impliquant l'hôpital est relativement court. Pour près du tiers (28,1%) des 750 ménages ayant été en contact avec l'hôpital les 5 dernières années, l'hôpital a été l'unique service de santé utilisé. Un peu moins de la moitié (47,9%) ont eu un parcours avec deux (2) services de santé dont l'hôpital et près d'un ménage sur cinq (17,3%) a eu un parcours à trois (3) étapes. Il est à noter que la longueur du parcours de soins dans ce cas ne semble pas dépendre de la couverture médicale du ménage (graphique 35).

**Graphique 35 : Longueur du parcours de soins impliquant l'hôpital (N=750)**



Lorsqu'on s'intéresse à l'analyse de ce parcours, on remarque qu'en dehors du parcours à étape unique à savoir l'hôpital, deux parcours ressortent de façon relativement importante. Ces deux parcours impliquent, préalablement à la visite de l'hôpital, une consultation soit au centre de santé (30,7%) soit au cabinet médical privé (15,9%). Les deux parcours les plus fréquents ensuite sont ceux qui comportent deux consultations, une dans un centre de santé et une dans un cabinet médical privé, avant d'aboutir à l'hôpital (14,1%). Dans ce cas de figure, le centre de santé peut précéder le cabinet privé (7,7%) ou venir après (6,4%).

**Graphique 36: Parcours de soins impliquant l'hôpital (N=750)**





Dans le cas d'un accès direct à l'hôpital ou à partir d'un centre de santé (référence) dans près de 80% des cas il s'agit de Ramediste ou de personnes n'ayant pas de couverture. Ceci n'est pas étonnant car l'utilisation de l'hôpital public concerne surtout les pauvres et vulnérables et se fait également dans plus du tiers des cas à partir des médecins des centres de santé qui réfèrent les cas nécessitant l'hospitalisation. Les situations de transfert à partir d'un cabinet médical privé ou d'une clinique privée concernent également les personnes démunies qui ne peuvent pas payer les prestations hospitalières privées (séjour et examens paracliniques).

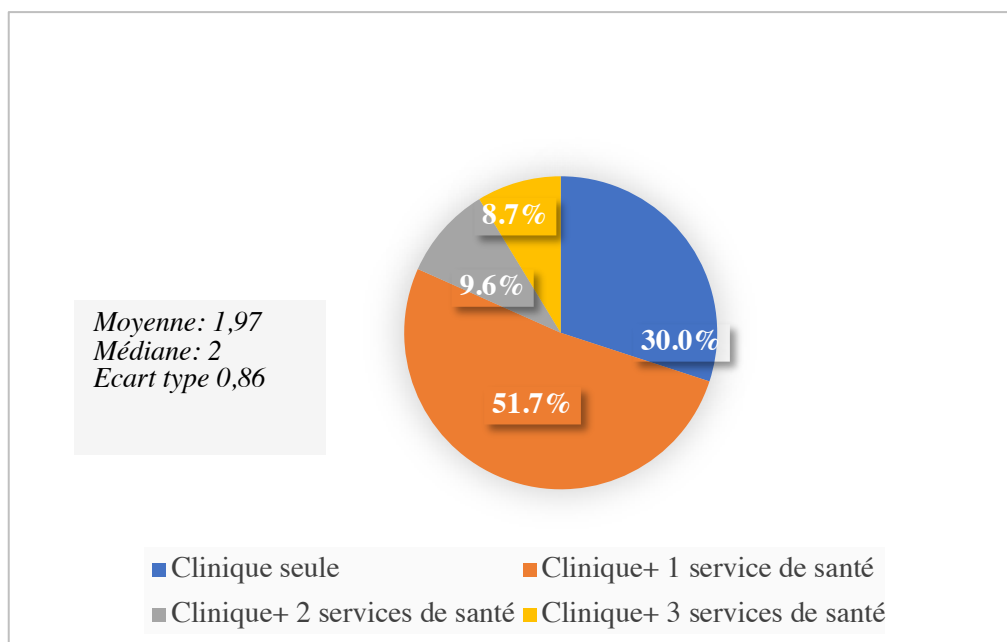
### 3.2. Parcours de soins aboutissant à la clinique privée

Les parcours de soins impliquant la clinique sont dominés par deux parcours types.

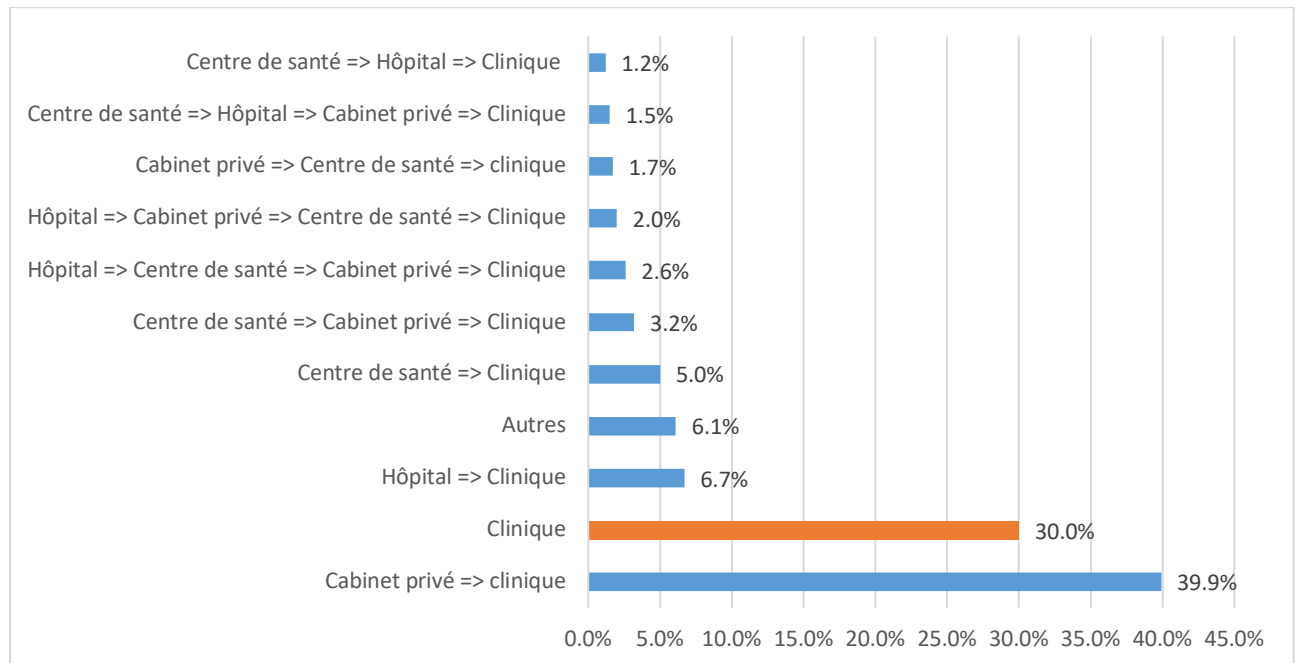
Le parcours simple avec la clinique comme première et dernière étape (30%), et un parcours à deux étapes qui débute par une visite au cabinet médical privé suivie de la clinique (39,9%). Le reste des parcours est plutôt erratique avec des passages du secteur privé vers le secteur public et vice versa. Ainsi si l'on regroupe tous les parcours qui ont comporté un passage à l'hôpital avant une hospitalisation à la clinique, on retrouve 14% des cas.

En matière d'étapes, le parcours de soin impliquant la clinique est tout aussi court que celui impliquant l'hôpital puisqu'il est en moyenne deux étapes. Près du tiers des parcours analysés se sont limités à la clinique, la moitié a inclus un service de santé en plus et moins de 2 parcours sur 10 ont comporté 3 ou 4 étapes (graphiques 37 et 38).

**Graphique 37 : Longueur du parcours de soins impliquant la Clinique (N=343)**



**Graphique 38 : Parcours de soins impliquant la Clinique (N=343)**

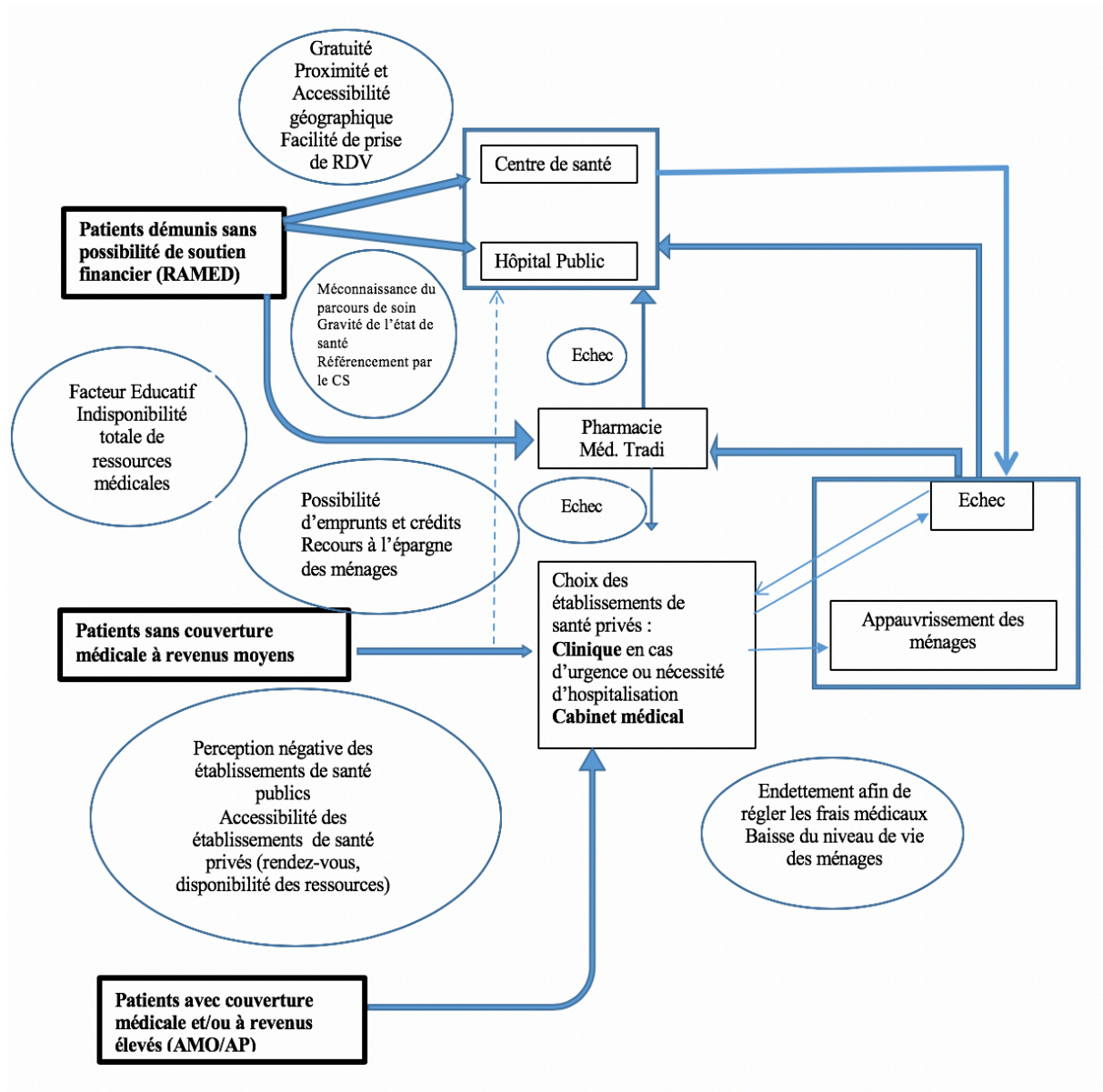


Au total la CSU ne permet pas une planification d'un parcours de soins structuré et logique pour les pauvres, les vulnérables pour un cheminement du centre de santé vers l'hôpital public lors d'une demande de soins . Elle n'a pas non plus facilité, pour ceux bénéficiant de l'AMO ou d'une assurance privée, un cheminement systématique du cabinet médical vers la clinique privée.

En fait elle a permis à la majeure partie d'une patientèle potentielle solvable des hôpitaux publics, que sont les bénéficiaires de l'AMO, de se tourner vers le secteur privé au prix d'un ticket modérateur « plus acceptable » que la gratuité d'un service perçu insuffisant et ne répondant pas au besoin.

Quant aux Ramedistes et aux personnes sans couverture médicale, elle aura permis un accès relatif et des soins jugés insatisfaisants dans les services publics . Dans bon nombre de situations ces deux populations qui représentent 15 millions de personnes au moins, ont continué a subir des dépenses catastrophiques de santé . Ce sont l'ensemble de ces relations complexes et leurs interactions que schématise la Figure 9 .

Figure 9 : Facteurs associés au parcours de soins au Maroc selon la couverture médicale



Le schéma du parcours de soins au Maroc montre à quel point la CSU n'est pas adaptée à l'offre de soins et que le patient « s'engage » dans un chemin de services de santé selon sa perception de la gravité et ses capacités de financement. Dans tous les cas ce sont les pauvres et les vulnérables qui subissent le plus cette distorsion entre la demande et l'offre.

En fait la pharmacie est le recours systématique pour des raisons de proximité et de moindre coût de la prise en charge du « symptômes ».

La CSU dans ses deux dimensions AMO et RAMED montre que ceux qui ont un minimum de moyens optent pour le secteur privé ambulatoire et hospitalier et ceux qui sont économiquement démunis recourent au secteur public lorsqu'il n'y a pas de possibilité d'endettement mais optent pour le privé dès la moindre possibilité d'emprunt ou d'utilisation d'économies.

### **3.3. Cas particulier du RAMED**

Les résultats de l'approche qualitative ont montré que les personnes ne connaissent pas les conditions d'octroi de la carte RAMED, les bénéfices qui en découlent et les conditions d'utilisation. Hormis le fait qu'il permet d'accéder aux hôpitaux publics et de s'y faire soigner gratuitement, les personnes interrogées restent dubitatives quant aux deux principaux avantages : permet aux plus démunis et aux personnes vivant dans les zones enclavées d'accéder aux services de santé et de qualité ; prise en charge totale des frais d'hospitalisation et des médicaments des maladies les plus graves et chroniques.

Pour tous, la carte RAMED est l'équivalent de « war9at l2i7tyaj » (papier d'indigence), un document qui a été souvent utilisé par les personnes démunies pour faciliter l'accès « théorique » aux soins.

Dans la réalité, les ménages qui disposent de ce régime de couverture affirment que la carte RAMED n'est opérationnelle qu'au sein des hôpitaux publics (opérations chirurgicales, consultations, soins d'urgence, accouchement, certains examens paracliniques disponibles...) d'une zone géographique particulière et ne couvre qu'une partie des frais. Toute prestation faite dans une clinique privée, un cabinet médical, un laboratoire, un centre de radiologie ou autre n'est pas prise en charge ni remboursable par le RAMED.

Une partie des ménages est au courant des deux catégories de cibles existantes du RAMED: celle de la pauvreté (al fa9r) et celle de la vulnérabilité (al hachacha). Néanmoins la majorité de la population interrogée ignore les différences entre les deux catégories, de même que les critères qui permettent de catégoriser les bénéficiaires (pauvre ou vulnérable). La seule différence mentionnée à travers les groupes c'est que la carte de « Al fa9r » (pauvreté) est gratuite, tandis que celle de « al hachacha » (vulnérabilité) est payante et ses bénéficiaires sont amenés à payer 120dh/an/personne jusqu'à un maximum de 600dhs/ménage et par an.

Il a été noté une sorte de fatalisme à propos du RAMED. L'État a mis en place une carte santé « porteuse d'espoir de soins » que l'on attendait et une réalité d'utilité relative comme montré dans l'étude quantitative au sujet de l'utilisation de la couverture médicale lors d'un contact avec le système de santé.

*« Si tu fais une consultation, un scanner, une radio, des analyses, une opération ou quoi que ce soit tu ne payes rien tant que tu es au sein de l'hôpital public mais si tu veux acheter des médicaments ou un matériel ou autre tu les payes et tu n'es pas remboursé" F, 45-60, C , MC, Casa*

*« Il y a 2 catégories « lhachacha » qui est payante et « lfa9r » qui est gratuite" H, 25-40, D, PC, NC, Oujda*

*«Ce qu'on fait dans l'hôpital on ne le paye pas mais les médicaments, le matériel, les analyses...et tout ce qu'on fait à l'extérieur de l'hôpital on le paye bien sûr et c'est aussi cher que le privé" H, 25-40, E, MC, Beni mellal-Rural*

*« Les bénéficiaires du RAMED ne payent rien dans l'hôpital ni consultation, ni accouchement, ni scanner mais il y a des « à côté » à régler " H, 45-60, C, AMO, MC, Marrakech*

*« C'est « war9at l2i7tyaj » qu'utilisaient les gens avant pour se soigner et tout » F, 45-60, D, MC, Casa*

*« Moi je n'ai rien payé mais je sais qu'il y en a qui payent je pense que tout dépend de la fiche qu'on remplit parce qu'ils te demandent combien tu gagnes, est-ce que tu as un téléphone, combien tu payes le loyer par mois..." H, 45-60, D, , MC, Tétouan*

*« Si tu n'as pas une couverture sociale et tu n'as pas un revenu, tu ne reçois pas un loyer et tu n'es pas propriétaire tu peux bénéficier du RAMED" F, 45-60, D, RAM, MC, Casa*

*« Mon frère a le RAMED il avait fait l'opération de l'hernie à l'hôpital, il n'a rien payé sauf le matériel qu'il a acheté à 700 dhs quand même " F, 45-60, E, NC, Beni mellal-Rural*

Ce qu'il faut noter c'est que les Ramedistes ne se plaignent pas en priorité des procédures administratives du ministère de l'intérieur et des autres départements pour l'obtention du « sésame » pendant 3 ans mais plutôt de la frustration que la CSU a créé.

En effet la demande de la carte RAMED nécessite la préparation d'un dossier qui contient un certain nombre de documents : photocopie de la CIN, photocopie de l'acte de mariage, actes de naissance des enfants, certificats de scolarité des enfants, certificats de vie et un formulaire téléchargeable gratuitement sur internet que les bénéficiaires déclarent avoir acheté de la librairie ou du cyber net à 20dh.

Ce formulaire est dans la plupart des cas rempli par « lem9adem » (agent d'autorité) puis déposé au sein d'un service spécial au niveau de l'arrondissement du lieu d'habitation avant d'être transféré à Rabat (Ministère de l'intérieur) pour y être traité. La récupération des cartes se fait dans un délai d'un mois à une année et dépend également du paiement de la cotisation au niveau des services postaux dans le cas des personnes vulnérables.

Par contre l'insatisfaction et la frustration (exprimée lors des focus groupes) vient plutôt de « l'après obtention de la carte ». Les médicaments et le matériel médical achetés ne sont pas remboursables ainsi que les prestations faites dans les structures privées (cabinet médical, clinique, laboratoire...) ne sont pas couvertes par le RAMED alors qu'elles sont nécessaires et prescrites par les établissements publics. Les délais d'attente dans l'hôpital public seul établissement à accepter la carte RAMED sont trop longs obligeant près d'un Ramediste sur 5 à opter vers une structure privée. Les bénéficiaires du RAMED sont parfois amenés à payer « hors facture » pour des prestations censées être couvertes par le régime (scanner, radio, analyses...) en raison de la malhonnêteté de certains acteurs qui est conjuguée à un manque d'informations. Par ailleurs une insatisfaction est également exprimée par les bénéficiaires de la carte de « al hachacha » à cause du montant qu'ils sont amenés à payer annuellement et particulièrement quand la taille de la famille est importante (120dhs minimum et 600dhs maximum).

*« Le RAMED en tant que couverture médicale pour les pauvres il est très bien mais le problème c'est dans les RDV qui sont très éloignés et il y a des cas qui ne peuvent pas attendre donc on se trouve obligés d'aller au privé et payer » H, 25-40, D, MC, Marrakech*

*« « Allah y 3emerlih Dar » (Que Dieu nous le garde), le RAMED nous a facilité beaucoup la tâche parce qu'on l'utilise sur place " F, 45-60, D, RAM, MC, Casa  
« La réponse prend parfois beaucoup de temps, moi je l'ai eu après 1 an " H, 45-60, D, MC, Tétouan*

*« Tout ce qu'on fait au sein de l'hôpital est gratuit grâce au RAMED radio, scanner, analyses, opération, consultation mais on en bénéficie pas toujours car il y a la corruption, les coups de piston, les RDV qui sont éloignés, le comportement du personnel beaucoup de problèmes qu'on rencontre à l'hôpital" H, 45-60, D, MC, Tétouan*

*« Moi si je dois payer 600dh encore une fois cette année je vais leur donner la carte j'en ai plus envie car ces 600dh je les donne en corruption et je reçois un service meilleur qu'avec le RAMED. 600dh/an c'est beaucoup" H, 25-40, RAM, MC, Casa-Rural*

*« Quand ils ne nous donnent pas un RDV éloigné, le RAMED est vraiment très utile, tu sais le scanner seul coûte 3000dh mais quand on le fait dans l'hôpital on ne paye presque rien grâce au RAMED" F, 25-40, E, NC, Oujda-Rural*

*« Quand ils nous donnent un RDV après 6 mois ou plus pour faire un scanner alors qu'on en a besoin sur le champ on est obligé d'aller le faire dans une clinique et donc là le RAMED ne sert absolument à rien" H, 25-40, D, MC, Beni mellal-Rural.*

## **Section 4 : Approche d'analyse des parcours individuels**

### **4.1. Caractéristiques de l'USS au niveau individuel**

L'enquête terrain a permis une analyse unique de 7244 parcours de soins à partir des données des 1812 ménages (utilisation de différents services de santé). Le cabinet médical et le centre de santé sont les services de santé les plus utilisés après la pharmacie avec respectivement près des trois quart des répondants ayant visité un cabinet médical durant les 5 ou 2 dernières années et plus des deux tiers qui ont visité un centre de santé. L'hôpital est quant à lui utilisé par plus de 40% durant les deux dernières années alors que la clinique n'a été utilisée que par 14,1% de l'échantillon pour la même période. L'usage de la médecine traditionnelle reste faible : moins d'une personne sur 10 durant les 2 dernières années (Annexe H7).

Une corrélation est évidente entre la CSP et le type de couverture médicale détenue. En effet 90,1% des Ramedistes et 87,9% des personnes sans couverture appartiennent aux catégories sociales pauvres ou vulnérables comparativement à 61,2% des bénéficiaires de l'AMO et 52,3% des bénéficiaires d'une assurance privée (Tableau 64; Khi-carré de Pearson 1022,79, p-value .0000).

**Tableau 64 : CSP et type de couverture médicale (N=7244)**

		CSP				Total
		AB	C	D	E	
PAS DE COUVERTUR E	Effectif	7	305	2031	229	2572
	% dans Couverture	0,3%	11,9%	79,0%	8,9%	100,0%
	% dans CSP	7,0%	21,0%	38,4%	56,0%	35,5%
	% du total	0,1%	4,2%	28,0%	3,2%	35,5%
RAMED	Effectif	0	214	1815	144	2173
	% dans Couverture	0,0%	9,8%	83,5%	6,6%	100,0%
	% dans CSP	0,0%	14,7%	34,4%	35,2%	30,0%
	% du total	0,0%	3,0%	25,1%	2,0%	30,0%
AMO	Effectif	56	668	1111	31	1866
	% dans Couverture	3,0%	35,8%	59,5%	1,7%	100,0%
	% dans CSP	56,0%	46,0%	21,0%	7,6%	25,8%
	% du total	0,8%	9,2%	15,3%	0,4%	25,8%
PRIVE	Effectif	37	265	326	5	633
	% dans Couverture	5,8%	41,9%	51,5%	0,8%	100,0%
	% dans CSP	37,0%	18,3%	6,2%	1,2%	8,7%
	% du total	0,5%	3,7%	4,5%	0,1%	8,7%
Total	Effectif	100	1452	5283	409	7244
	% dans Couverture	1,4%	20,0%	72,9%	5,6%	100,0%
	% dans CSP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	1,4%	20,0%	72,9%	5,6%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 1022,79 ; p-value .0000*

Un des facteurs d'utilisation rationnelle des services de santé est le niveau d'instruction et notre étude montre que la majorité des Ramedistes et des personnes sans couverture médicale sont soit analphabètes soit ont un niveau d'instruction primaire (69,2% et 65,8% respectivement) (Tableau 65).

Cette relation entre conditions socio-économiques et type de couverture médicale existante est en adéquation avec tous les paramètres liés aux conditions de vie (type d'habitat, nombre de pièces, taille du ménage, revenus etc....).



**Tableau 65 : Couverture selon le niveau d'instruction (N=7244)**

		Instruction				Total
		ANALPH	PRIMAIRE / SAIT LIRE	COLLEGE / BAC	UNIVER- SITE	
PAS DE COUVERTUR E	Effectif	476	564	506	33	1579
	% dans COUVMENAGE	30,1%	35,7%	32,0%	2,1%	100,0%
	% dans Instruction	41,4%	42,8%	29,6%	13,1%	35,7%
	% du total	10,7%	12,7%	11,4%	0,7%	35,7%
RAMED	Effectif	445	506	406	18	1375
	% dans COUVMENAGE	32,4%	36,8%	29,5%	1,3%	100,0%
	% dans Instruction	38,7%	38,4%	23,8%	7,1%	31,0%
	% du total	10,0%	11,4%	9,2%	0,4%	31,0%
AMO	Effectif	187	215	601	135	1138
	% dans COUVMENAGE	16,4%	18,9%	52,8%	11,9%	100,0%
	% dans Instruction	16,3%	16,3%	35,2%	53,6%	25,7%
	% du total	4,2%	4,9%	13,6%	3,0%	25,7%
PRIVE	Effectif	42	34	195	66	337
	% dans COUVMENAGE	12,5%	10,1%	57,9%	19,6%	100,0%
	% dans Instruction	3,7%	2,6%	11,4%	26,2%	7,6%
	% du total	0,9%	0,8%	4,4%	1,5%	7,6%
Total	Effectif	1150	1319	1708	252	4429
	% dans COUVMENAGE	26,0%	29,8%	38,6%	5,7%	100,0%
	% dans Instruction	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	26,0%	29,8%	38,6%	5,7%	100,0%

*Khi-Carré de Pearson 846,78 ; p-value .0000*

En termes de facteurs de risque ou de maladies expliquant l'USS on constate que 60,1% des diabétiques, 66,5% des hypertendus, 57,6% des ménages ayant un parent de premier degré souffrant d'une maladie chronique, 68,8 % des fumeurs sont Ramedistes ou sans couverture médicale.

Cela est connu dans la littérature : les déterminants sociaux agissent de façon importante sur le niveau de santé dans une population mais ce qui est particulier c'est de constater que la couverture sanitaire universelle ne facilite pas l'accès aux plus vulnérables et plus malades aux services de santé, ne conduit pas les plus à risque à bénéficier des meilleurs services de santé et surtout « appauvrit » les plus vulnérables paradoxalement.

Indépendamment des conditions de santé, notre étude montre que le principal facteur qui conduit un patient à utiliser un service de santé spécifique est d'abord la capacité financière (31,5%), puis le conseil par un proche (21,4%) et en troisième lieu la confiance (15,4%) (tableau 66). Ces trois facteurs sont cités en premiers et ce quel que soit le mode de couverture. La demande ou encore la proximité géographique ne semblent pas être des critères de choix pour l'USS. Cet élément a son importance en milieu rural ou en zones enclavées où l'accès physique, la disponibilité des infrastructures fonctionnelles conditionnent l'utilisation. Par contre en milieu urbain, l'offre de soins plus disponible et l'existence de moyens de transport personnel, familial ou publiques expliquent que ce facteur soit moins déterminant à l'utilisation des services de santé. D'ailleurs ce sont les régions où le milieu rural est le plus développé que la proximité géographique par rapport au centre de santé publique ou hôpital (Annexe H7).

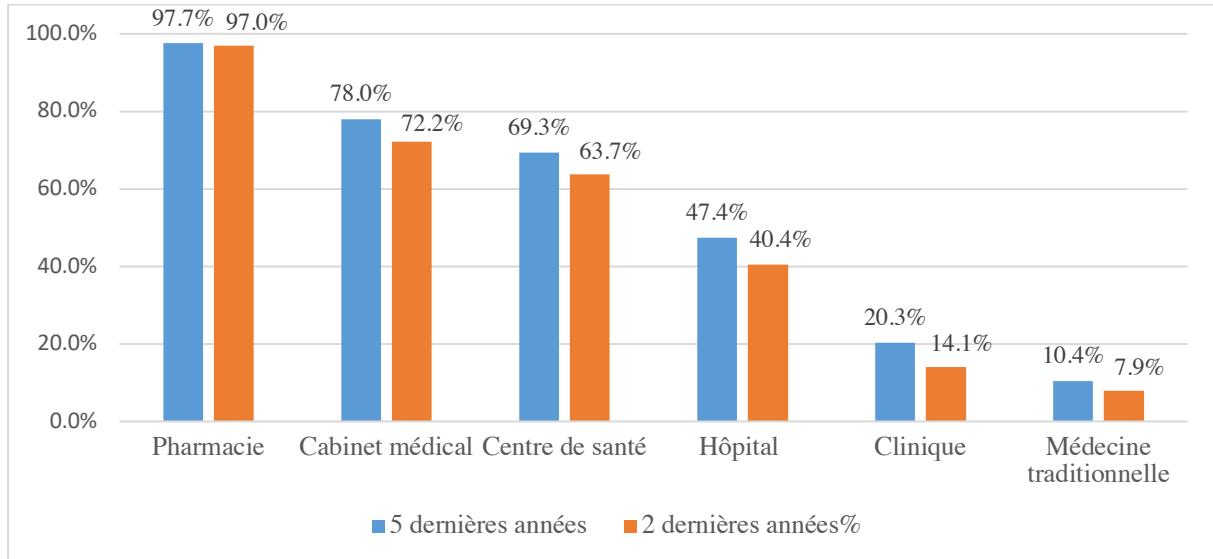
**Tableau 66 : Déterminants du choix premier du DSU**

		Raison 1ère du choix du dernier service utilisé						Total
		Couverture / Prix	Confiance	Conseil	Moyens T/Q	Proximité	Demande	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	523	417	636	267	380	339	2562
	% dans Couverture	20,4%	16,3%	24,8%	10,4%	14,8%	13,2%	100,0%
	% dans Raison 1 du choix du dernier service utilisé	22,9%	37,5%	41,1%	37,4%	51,2%	40,5%	35,4%
	% du total	7,2%	5,8%	8,8%	3,7%	5,3%	4,7%	35,4%
RAMED	Effectif	943	285	393	150	194	208	2173
	% dans Couverture	43,4%	13,1%	18,1%	6,9%	8,9%	9,6%	100,0%
	% dans Raison 1 du choix du dernier service utilisé	41,4%	25,6%	25,4%	21,0%	26,1%	24,8%	30,1%
	% du total	13,0%	3,9%	5,4%	2,1%	2,7%	2,9%	30,1%
AMO	Effectif	648	307	376	165	129	238	1863
	% dans Couverture	34,8%	16,5%	20,2%	8,9%	6,9%	12,8%	100,0%
	% dans Raison 1 du choix du dernier service utilisé	28,4%	27,6%	24,3%	23,1%	17,4%	28,4%	25,8%
	% du total	9,0%	4,2%	5,2%	2,3%	1,8%	3,3%	25,8%
PRIVE	Effectif	166	103	141	131	39	53	633
	% dans Couverture	26,2%	16,3%	22,3%	20,7%	6,2%	8,4%	100,0%
	% dans Raison 1 du choix du dernier service utilisé	7,3%	9,3%	9,1%	18,4%	5,3%	6,3%	8,8%
	% du total	2,3%	1,4%	1,9%	1,8%	0,5%	0,7%	8,8%
Total	Effectif	2280	1112	1546	713	742	838	7231
	% dans Couverture	31,5%	15,4%	21,4%	9,9%	10,3%	11,6%	100,0%
	% dans Raison 1 du choix du dernier service utilisé	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	31,5%	15,4%	21,4%	9,9%	10,3%	11,6%	100,0%

*Khi-carré 451,838 ; p-value .000*

Le comportement du ménage est mimé par celui des individus particulièrement lorsqu'il s'agit du parcours selon le mode de couverture et lorsqu'il s'agit de satisfaction vis-à-vis du système de santé. Quel que soit l'horizon temps retenu (5 ou 2 dernières années), la pharmacie est le service de santé utilisé par la quasi-totalité des répondants (97%) (Graphique 39).

**Graphique 39 : Fréquentation des services de santé (N=7244)**



On note ainsi que pour des événements n'impliquant pas a-priori un séjour dans un établissement de soins, les services de soins avec un coût direct pour le patient sont les plus utilisés à savoir la pharmacie et le cabinet médical comparativement à l'alternative gratuite soit le centre de santé. Un résultat qui confirme l'image négative dont jouit le centre de santé auprès de la population (verbatim).

*« Dans le dispensaire, le médecin ne fait pas de diagnostic il ne te touche même pas c'est comme si tu allais chez le pharmacien pour lui décrire ta douleur » F, 45-60, E, NC, Agadir-Rural.*

Cependant, lorsqu'il s'agit d'un événement de santé qui implique un séjour dans un établissement de soins, l'hôpital est l'option privilégiée pour le Ramediste et ceux n'ayant pas de couverture comparativement à la clinique pour des raisons évidentes de coûts engendrés (l'incertitude sur le coût d'une hospitalisation dans une clinique est un facteur d'angoisse pour les ménages).

*« Malgré tout l'hôpital ça reste abordable c'est le seul service qu'on peut se permettre même si on achète tout et on dépense de l'argent mais ça reste beaucoup moins cher que les cliniques » H, 45-60, D, MC, Tétouan*

La pharmacie reste de loin le service de santé le plus fréquenté : 91,6% des répondants ayant utilisé la pharmacie durant les deux dernières années ont eu 5 contacts et plus avec la pharmacie. Cette proportion est respectivement de 57,2% pour le centre de santé et de 49,1% pour le cabinet médical.

Les fréquences d'utilisation des services de l'hôpital et de la clinique sont nettement plus faibles. Ainsi, près du tiers des interviewés ayant utilisé les services de l'hôpital durant les deux dernières années n'ont eu qu'un seul contact avec l'hôpital et un peu plus du tiers ont eu 5 contacts ou plus. La fréquence d'utilisation des services de la clinique est encore plus faible. Plus de la moitié des interviewés ayant utilisé les services de la clinique durant les deux dernières années n'ont eu qu'un seul contact avec la clinique et seulement 9,1% ont eu 5 contacts ou plus. Encore une fois, les coûts associés à la clinique pourraient expliquer cette situation (Tableau 67).

**Tableau 67 : Fréquence d'USS durant les deux dernières années (N=7244)**

Services de santé	1 contact	2-4 contacts	5 contacts +
Pharmacie	0,7%	7,7%	91,6%
Cabinet privé	7,9%	42,9%	49,1%
Centre de santé	7,1%	35,7%	57,2%
Hôpital	29,8%	36,2%	34,1%
Clinique	53,2%	37,7%	9,1%

L'analyse de ces données individuelles selon la couverture médicale permet de confirmer les résultats observés au niveau des ménages. Ainsi, les centres de santé sont davantage fréquentés par les individus qui ne bénéficient d'aucune couverture médicale ou qui bénéficient du RAMED vs ceux qui bénéficient de l'AMO ou d'une assurance privée (respectivement 70,3% et 86,4% vs 51,3% et 34,2% de fréquentation durant les deux dernières années). A l'inverse, la fréquentation du cabinet médical privé durant les deux dernières années est plus importante chez les bénéficiaires de l'AMO ou de l'assurance privée (respectivement 88,3% et 89,4%) vs les individus sans couverture ou les Ramedistes (respectivement 74,8% et 60,3%). Cependant, même si les différences dans la fréquentation sont statistiquement significatives il n'en demeure pas moins que les bénéficiaires du RAMED et ceux sans couverture fréquentent de façon importante le cabinet médical.

Un résultat qui confirme l'insatisfaction de cette population vulnérable par rapport aux services de soins publics (qui sont gratuits en théorie). En ce qui concerne l'hôpital, on observe le taux

de fréquentation le plus élevé (65,6%) chez les bénéficiaires du RAMED, suivis de ceux qui ne bénéficient d'aucune couverture médicale (46,8%), des bénéficiaires de l'AMO (35,8%) et des bénéficiaires d'une assurance privée (15,9%).

Pour la clinique par contre, la fréquentation est plus élevée chez les bénéficiaires de l'AMO (31,2%) ou d'une assurance privée (18,3%). Néanmoins, encore une fois, même si ces deux derniers groupes présentent des taux de fréquentation statistiquement plus élevés, les bénéficiaires du RAMED et les sans couverture ont également fréquenté la clinique durant les deux dernières années dans des proportions non négligeables (respectivement 11,2% et 16,3%). Ce résultat et celui relatif au cabinet médical mentionné plus haut, témoigne du manque de rationalité dans les parcours de soins confirmant le faible impact de la couverture sanitaire universelle sur l'utilisation des services de santé.

*« On va souvent à l'hôpital parce qu'on ne peut pas se permettre d'aller à la clinique ça coûte très cher. Mais parfois à l'hôpital tu attends longtemps pour rien et en cas d'urgence chaque minute compte donc tu finis par aller à la clinique " H, 25-40, D, RAM, MC, Marrakech.*

L'analyse du nombre de contacts pour chacun des services de santé<sup>3</sup> confirme les tendances décrites plus haut. En effet, le nombre de contacts avec le centre de santé diminue en fonction du type de couverture de l'individu. Ainsi, 58,1% des répondants sans couverture ou bénéficiaires du Ramed ayant été en contact avec le centre de santé ont fréquenté le centre de santé au moins 5 fois durant les deux dernières années. Cette proportion passe à 53,7% pour les bénéficiaires de l'AMO et à 35,7% pour les bénéficiaires d'une assurance privée. A l'inverse le nombre de contacts avec le cabinet privé médical est plus important pour les bénéficiaires d'une assurance privée ou de l'AMO comparativement aux individus sans couverture ou Ramedistes. Cependant, comme mentionné précédemment, la proportion des individus de ces deux derniers groupes qui ont fréquenté le cabinet médical privé au moins 5 fois durant les deux dernières années reste importante au regard de leur type de couverture : 48,3% pour les sans couverture et 40,7% pour les Ramedistes.

Des résultats similaires sont observés lorsque l'on s'intéresse au nombre de contacts avec l'hôpital. Seulement 16,2% des bénéficiaires d'une assurance privée ayant fréquenté l'hôpital

---

<sup>3</sup>Seuls les individus ayant été en contact avec le service sont pris en compte pour l'analyse du nombre de contacts

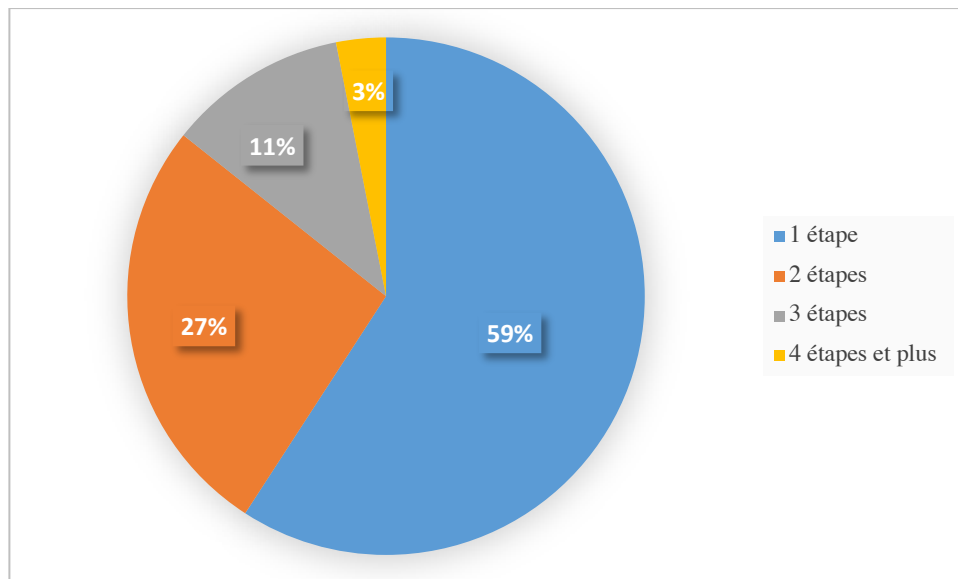
durant les deux dernières années ont enregistré 5 contacts ou plus contre 30,2% pour les bénéficiaires de l'AMO, 34,1% pour les sans couverture et 36,8% pour les bénéficiaires du Ramed. Pour la clinique, les résultats sont plus mitigés. La proportion de ceux qui ont eu 5 contacts et plus avec la clinique est plus élevée chez les sans couverture (10,1%) , suivis des bénéficiaires de l'AMO (9,6%), des Ramedistes (8,1%) et des bénéficiaires d'une assurance privée (5,1%).

#### 4.2. Un parcours de soins en plusieurs étapes sans rationalité apparente

Les résultats relatifs à la fréquentation des services de santé sont confirmés par les données concernant le dernier stade du parcours de soin. Ainsi, en dehors de la pharmacie et pour 45,4% des répondants, le cabinet médical figure comme le dernier service de soins fréquenté. Il est suivi de près par le centre de santé 38,2%. L'hôpital arrive en troisième position (12,9%) suivi loin derrière de la clinique (2,4%). La médecine traditionnelle confirme sa faible position avec seulement 1,2% des derniers contacts.

Lorsque l'on s'intéresse à la description du dernier parcours de soin n'incluant pas la pharmacie, on note que pour 6 répondants sur 10 le parcours s'arrête après l'utilisation d'un seul service de soin. Pour un peu moins de 3 répondants sur 10, le parcours comprend deux (2) étapes et pour une personne sur 10 trois (3) étapes. Les parcours longs de plus de trois étapes sont plutôt exceptionnels (3,1%) (Graphique 40).

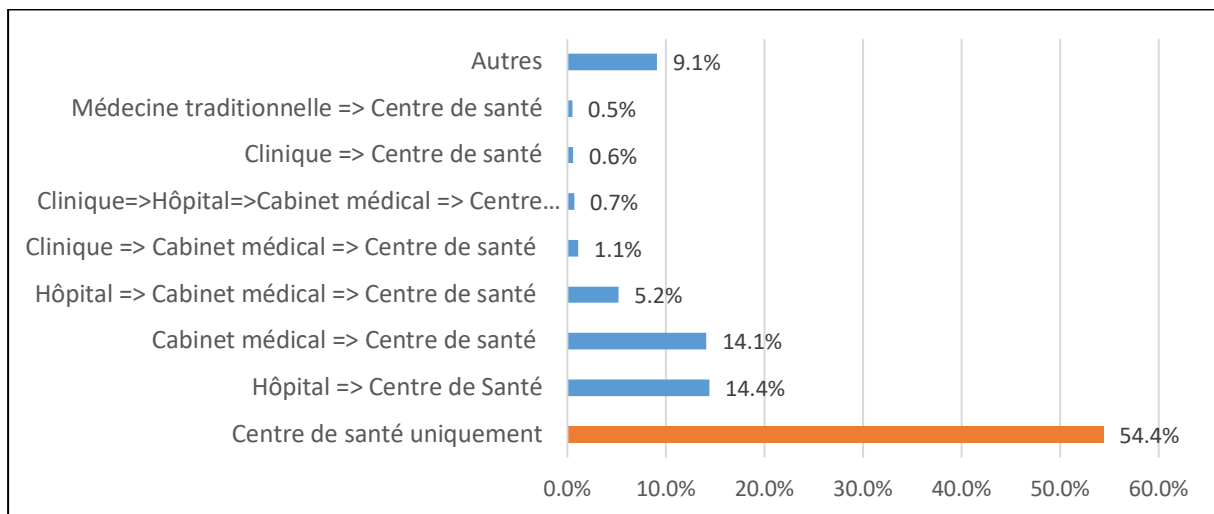
**Graphique 40: Nombre d'étapes dans le dernier parcours de soins (N=7244)**



Dans 54,4% des cas, lorsque le centre de santé est le dernier contact avec un service de soin, le parcours s'arrête au centre de santé. Dans 14,4% des cas le parcours de soin a débuté par l'hôpital et pour une proportion équivalente par une visite dans un cabinet médical privé.

Le parcours le plus long et le plus significatif en pourcentage est le parcours suivant : Hôpital → Cabinet médical privé → Centre de santé (5,2%).

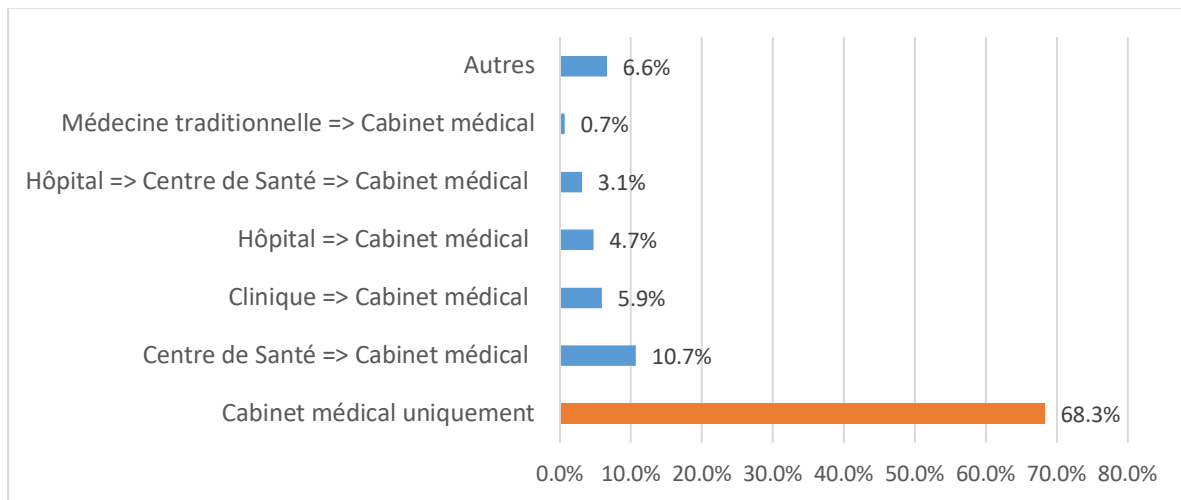
**Graphique 41 : Parcours de soins lorsque le Centre de Santé est la dernière étape (N=2737)**



Lorsque le cabinet médical a été le dernier contact avec les services de soins, le parcours de soin se limite à la visite au Cabinet médical privé dans près de 7 cas sur 10. Dans 1 cas sur 10 le répondant a consulté au centre de santé avant de s'adresser à un médecin du secteur privé. Le passage par l'hôpital en amont de la visite au cabinet médical privé représente seulement 4,7% des cas.

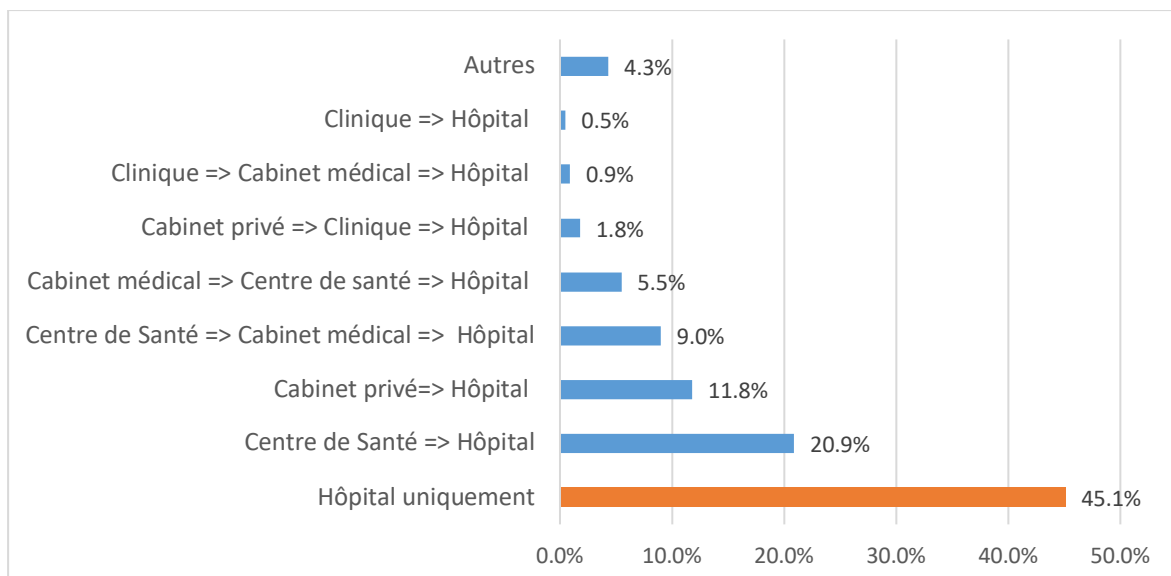


**Graphique 42 : Parcours de soins lorsque le Cabinet Médical Privé est la dernière étape (N=3247)**



Dans près de la moitié des cas où l'hôpital était le dernier contact avec les services de soin, il a été l'unique étape du parcours de soins. Dans 1 cas sur 5, la fréquentation de l'hôpital a été précédée d'une visite au centre de santé et dans près d'un cas sur 10 d'une consultation chez un médecin du secteur privé. Dans 14,5% des cas, le patient a consulté deux fois avant de s'adresser à l'hôpital, dans le secteur public d'abord et ensuite dans le secteur privé (9%) ou inversement (5.5%).

**Graphique 43 : Parcours de soins lorsque l'hôpital est la dernière étape (N=920)**



Seuls 39.1% des patients ayant eu comme dernier parcours la clinique ont un parcours à étape unique. Une proportion plus faible comparativement aux parcours de soins impliquant les autres types de services de soins et qui s'explique par le coût élevé associé à la clinique surtout en l'absence d'assurance privée ou de l'AMO. Ainsi, le contact avec la clinique est souvent précédé d'un contact avec au moins une autre structure de soins : le centre de santé (17,8%) ou le cabinet médical privé (13.6%). Dans le cas de la clinique, les parcours longs à plus de deux étapes sont également plus fréquents avec 11,8% des cas qui s'adressent d'abord au centre de santé, ensuite à l'hôpital pour finir par atterrir à la clinique après avoir transité par le cabinet médical privé. La clinique apparaît alors comme le dernier recours lorsque les solutions plus abordables en termes de coût ont été épuisées.

Pour près du tiers (31,5%) des répondants concernés, le fait de disposer d'une couverture santé (disposer d'un moyen de financement de l'utilisation du service) pour le patient est la principale raison du choix de ce service en premier dans son parcours de soin. Pour une personne sur cinq (21,4%), le service a été choisi sur les conseils d'une personne tierce alors que pour 15,4% la confiance dans le service est la principale raison qui a motivé le choix.

Les raisons liées à la demande, la proximité et la qualité perçue du service et des moyens techniques dont il dispose sont les trois autres motivations de choix avec respectivement 11.6% 10.2% et 9,8%. L'utilisation de la CM n'est pas systématique dans une clinique car seulement 42,5% l'utilisent dont la grande majorité sont les bénéficiaires de l'AMO (67%) (Tableau 68)

**Tableau 68 : Utilisation de la CM lors de l'expérience clinique (N=1467)**

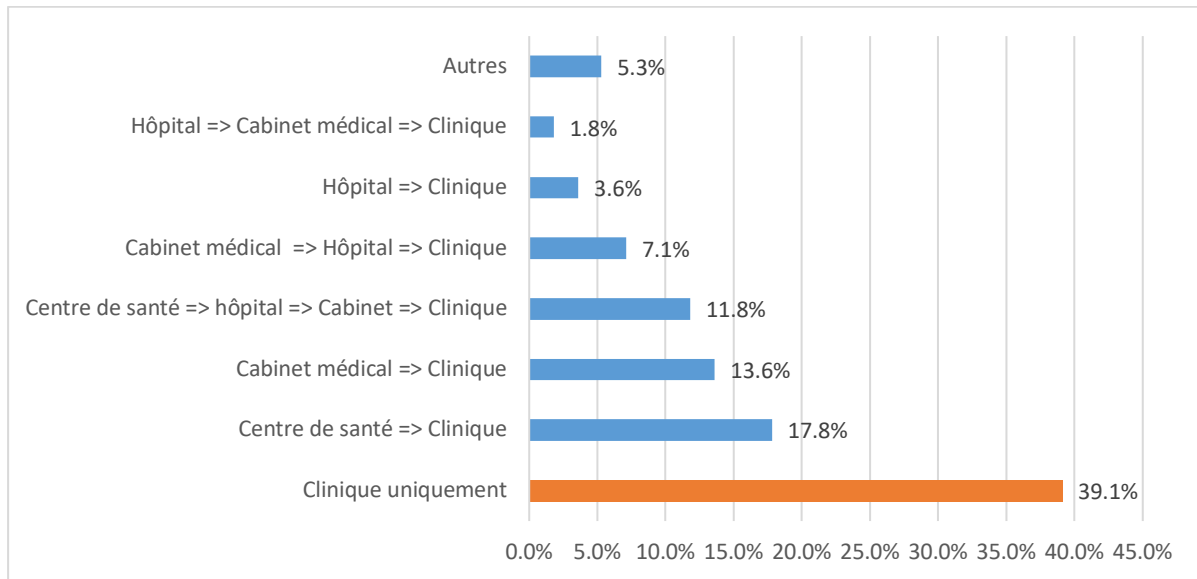
		Utilisation couverture médicale pour expérience à la clinique			Total
		Oui	Non	NSP	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	23	331	15	369
	% dans couverture	6,2%	89,7%	4,1%	100,0%
	% dans Utilisation CM pour expérience à la clinique	3,6%	42,2%	34,1%	25,2%
	% du total	1,6%	22,6%	1,0%	25,2%
RAMED	Effectif	37	276	13	326
	% dans couverture	11,3%	84,7%	4,0%	100,0%
	% dans Utilisation CM pour expérience à la clinique	5,8%	35,2%	29,5%	22,2%
	% du total	2,5%	18,8%	0,9%	22,2%
AMO	Effectif	427	151	9	587
	% dans couverture	72,7%	25,7%	1,5%	100,0%
	% dans Utilisation CM pour expérience à la clinique	66,9%	19,2%	20,5%	40,0%
	% du total	29,1%	10,3%	0,6%	40,0%
PRIVE	Effectif	151	27	7	185
	% dans couverture	81,6%	14,6%	3,8%	100,0%
	% dans Utilisation CM pour expérience à la clinique	23,7%	3,4%	15,9%	12,6%
	% du total	10,3%	1,8%	0,5%	12,6%
Total	Effectif	638	785	44	1467
	% dans couverture	43,5%	53,5%	3,0%	100,0%
	% dans Utilisation CM pour expérience à la clinique	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	43,5%	53,5%	3,0%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 666,104 ; p-value .0000*

Le principal grief contre les cliniques est la facturation qui est considérée comme élevée et souvent injustifiée et ce quel que soit le NSE ou le mode de couverture.

Cette couverture médicale a été utile essentiellement pour les bénéficiaires de l'AMO puisqu'ils sont remboursés à 90% ou 100% dans le public et à 70% dans le privé sans plafond. Pour les bénéficiaires d'une assurance privée, ils estiment qu'elle est relativement utile (moins qu'attendu) car ils ont un taux de remboursement de 80%, un plafond annuel et un RAC élevé eu égard à leur cotisation.

**Graphique 44: Parcours de soins lorsque la Clinique est la dernière étape (N=1467)**



Enfin, les patients ressortent de leur dernier parcours de soin (quel que soit l'offre) majoritairement peu satisfaits par rapport aux services utilisés. Ainsi 73,7% sont peu ou pas du tout satisfaits. Seulement 5,6% sont très satisfaits et 19,1% se disent plutôt satisfaits. Des résultats qui recoupent largement les tendances relevées lors de l'étude qualitative.

### 4.3. Spécificité du parcours menant à l'hôpital

Sur le total de l'échantillon, 3431 personnes ont fréquenté l'hôpital public durant les 5 dernières années dont la majorité des Ramedistes ou des personnes sans couverture médicale. Nous avons étudié spécifiquement ce parcours car le recours aux soins hospitaliers publics est à la base du modèle médico-économique de la CSU au Maroc. Il s'agissait de privilégier le recours à l'hôpital public par une prise en charge de 90 à 100% (70% pour les médicaments sauf pour certaines pathologies où ils sont pris en charge à 100%)

Les résultats montrent que dans la majorité des cas, le recours à l'hôpital a lieu après au moins un contact avec une autre offre de soin. Seulement une personne sur quatre ayant utilisé les services de l'hôpital durant les cinq dernières années l'a fait en premier recours. Pour 38,6%, le centre de santé est le service utilisé juste avant l'hôpital et pour 24,4% c'est le cabinet médical privé. Cependant le parcours de soin qui aboutit à l'hôpital implique souvent le contact avec plusieurs offres de soin (la pharmacie n'étant considérée pas une offre de soins)

Dans 26,5% des cas le contact avec l'hôpital s'est soldé par un séjour dans la structure hospitalière. Ce séjour a duré moins de quatre nuits pour 60,1% des répondants concernés.

Près de 40% des répondants concernés ont utilisé une couverture médicale pour l'expérience décrite à l'hôpital. Le RAMED est la couverture utilisée à l'hôpital par le plus grand nombre (70,3%) suivie de l'AMO (22,8%). L'assurance maladie privée est rarement utilisée puisqu'elle concerne 6,9% des cas essentiellement au niveau des CHU.

Dans leur grande majorité (89,8%), les Ramedistes estiment que la couverture médicale utilisée est jugée utile sauf pour les médicaments et les examens complémentaires. Enfin un peu plus du tiers rapportent une guérison totale suite à leur utilisation des services de l'hôpital mais un peu plus des deux tiers restent insatisfaits des services reçus confirmant les résultats de l'enquête qualitative. Ainsi, le corps médical est la « composante du service » qui est jugée la plus satisfaisante avec 57,7% des répondants qui sont plutôt satisfaits ou très satisfaits. A l'inverse, plus de 55% des répondants sont plutôt insatisfaits ou très insatisfaits par rapport à la restauration, le coût, les moyens techniques, le personnel infirmier, l'hygiène et les procédures de sortie (tableau 69)

**Tableau 69 : Niveau d'insatisfaction des services suite à l'hospitalisation hôpital public**

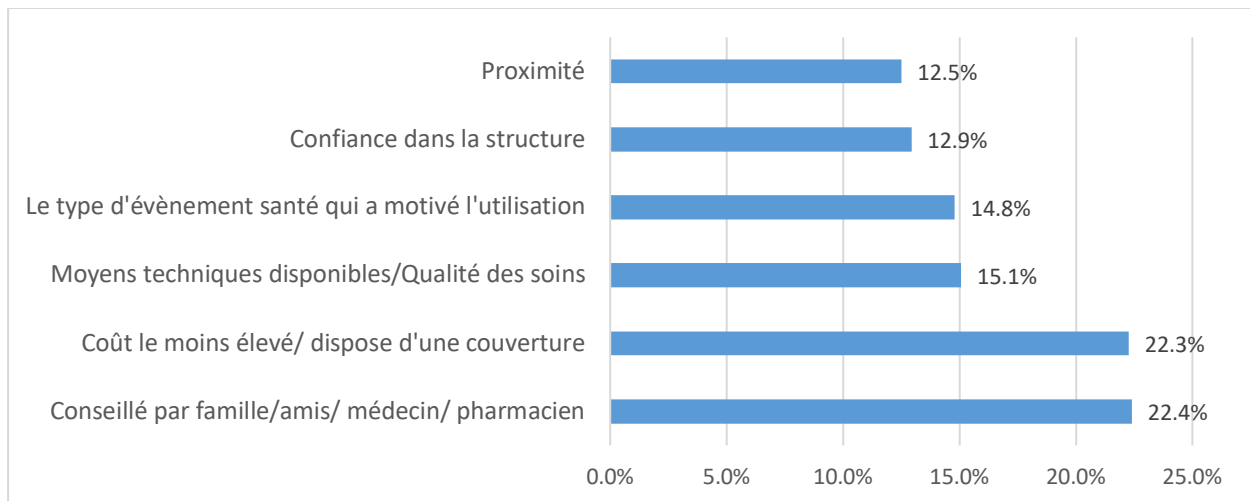
Critères	Plutôt Insatisfait/Très insatisfait
Accueil	49,2%
Procédures administratives	52,7%
Personnel infirmier	56,9%
Médecins	42,3%
Moyens techniques	58,1%
Propreté	55,6%
Restauration	71,6%
Procédures de sortie	56,0%
Coût	59,4%

Lorsqu'on s'intéresse aux raisons qui ont motivé le choix du dernier service de soin utilisé (en l'occurrence l'hôpital public) deux facteurs ressortent de façon égale comme principales motivations du choix avec 22% des réponses pour chacun. D'un côté **la référence (ou l'adressage)** soit le fait d'avoir été conseillé par un professionnel de la santé (médecin ou pharmacien) ou encore par un membre de la famille ou un ami. De l'autre, la dimension

**financière** avec comme principale motivation la minimisation du coût supporté par le patient. Ainsi la structure est choisie soit parce que c'est celle qui va être la moins chère ou parce que c'est celle qu'il est possible d'utiliser sans frais ou à moindre frais grâce à la couverture médicale détenue.

La dimension, **qualité perçue de l'offre**, qui se traduit par les moyens techniques disponibles dans la structure à laquelle on s'adresse et la qualité attendue des soins délivrés de la part de la structure est citée par 15,1% des répondants. Arrive ensuite avec 14,8% des réponses le type d'évènement santé qui a motivé l'utilisation à savoir la gravité ou non de l'évènement ou encore son caractère urgent ou moins urgent. La confiance dans le service de soins auquel on s'adresse n'est citée que par 12,9% des répondants et une proportion similaire (12,5%) avance la proximité comme raison ayant motivé le choix du service de soins (graphique 45).

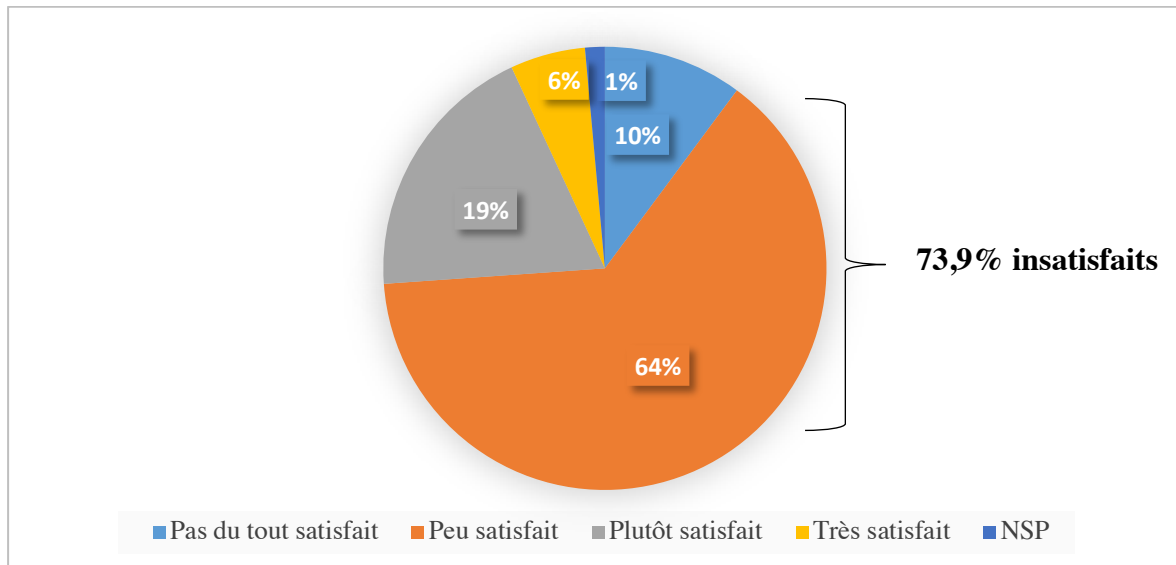
**Graphique 45 : Raisons qui ont motivé le choix du DSU-Hôpital (N=3431)**



#### **4.4. Une expérience globale mal vécue**

Enfin, en ce qui concerne la satisfaction en rapport avec le dernier parcours de soins, il ressort clairement des données que les répondants sont majoritairement insatisfaits (74%) : 64% sont peu satisfaits et 10% se disent très insatisfaits (graphique 46). Les 25% d'utilisateurs satisfaits sont surtout ceux qui ont eu un parcours court, dans le secteur privé et porteur d'une maladie chronique.

**Graphique 46 : Satisfaction par rapport au dernier parcours de soin (N= 7147)**



Pourquoi les marocains sont-ils en majorité insatisfaits de leur parcours de soins même lorsqu'ils bénéficient d'une couverture médicale ? Les raisons sont liées selon notre travail à un niveau de confiance bas dans le système de santé, à la déception quant à la disponibilité et à la qualité des prestations dans les structures publiques, au peu de crédibilité accordée à la couverture médicale et à la gouvernance du système de santé (en termes d'organisation de l'offre de soins, de fonctionnement des établissements de santé publiques, de répartition des ressources).

L'analyse de la satisfaction par type de couverture détenue fait ressortir des différences statistiquement significatives entre les différents groupes. Le pourcentage d'insatisfaits est plus important chez les bénéficiaires de l'AMO ou d'une assurance privée (respectivement 81,6% et 82,6%). Le troisième groupe le plus insatisfaits est celui des sans couverture.

De fait, le taux de satisfaction le plus élevé est observé auprès des Ramedistes qui sont 31,6% de satisfaits (68,4% peu satisfaits ou insatisfaits). Un résultat qui peut paraître étonnant a priori mais qui peut avoir comme première explication le fait qu'un patient qui paye (la facture totale ou un ticket modérateur) est plus exigeant et donc plus difficile à satisfaire comparativement à un patient qui bénéficie de la gratuité de par sa couverture médicale en l'occurrence ici le RAMED.

Une deuxième explication est liée à l'accès à l'offre de soins privée avec ses services de qualité qui, pour la majorité des pauvres et vulnérables, donne satisfaction sauf pour la partie « dépenses engagées ».

En fait les Ramedistes ou les sans couverture sont relativement satisfaits des prestations reçues dans le privé (très insatisfaits dans le public) non pas parce que les services sont effectivement de meilleure qualité médicale ou que les professionnels de santé plus compétents, simplement parce que comparativement à leur vécu ou celui de leur proches , l'utilisation de services de santé publics est « perçue » comme synonyme de vulnérabilité, d'hygiène défectueuse, de corruption, de manque de moyens, de risque santé . « *Ce n'est pas le privé qui est meilleur ou le moins pire ...c'est le public qui est mauvais* ».

**Tableau 70: Satisfaction vis-à-vis du dernier service de santé utilisé (N=7231)**

		Dernier service utilisé (DSU)		Total
		Plutôt ou très satisfait	Peu ou pas du tout satisfait	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	1807	755	2562
	% dans Couverture	70,5%	29,5%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	33,9%	39,9%	35,4%
	% du total	25,0%	10,4%	35,4%
RAMED	Effectif	1487	686	2173
	% dans Couverture	68,4%	31,6%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	27,9%	36,2%	30,1%
	% du total	20,6%	9,5%	30,1%
AMO	Effectif	1521	342	1863
	% dans Couverture	81,6%	18,4%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	28,5%	18,1%	25,8%
	% du total	21,0%	4,7%	25,8%
PRIVE	Effectif	523	110	633
	% dans Couverture	82,6%	17,4%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	9,8%	5,8%	8,8%
	% du total	7,2%	1,5%	8,8%
Total	Effectif	5338	1893	7231
	% dans Couverture	73,8%	26,2%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	73,8%	26,2%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 131,368 ; p-value .0000*

#### 4.5. Cas du diabète et de l'hypertension artérielle

Les maladies non transmissibles sont en 2019 la principale cause de morbidité et de mortalité au Maroc. Le diabète et l'hypertension artérielle (HTA) sont les maladies chroniques les plus prévalentes au Maroc avec 10,6% (femmes 12,1% et hommes 8,6%) et 29,3 % (femme 29,3% et hommes 28,7%) de la population adulte respectivement. Elles représentent près de 24 % des dépenses ALD engagés par les organismes gestionnaires de la CSU.



Dans notre étude un ménage sur 5 souffre de diabète avec une prévalence plus élevée chez les personnes bénéficiant de l'AMO ou d'une assurance privée (sur-diagnostic en raison d'une plus grande sensibilité au dépistage des maladies et une meilleure accessibilité aux services de santé ?) (Tableau 71)

**Tableau 71: Prévalence du diabète selon le type de couverture médicale**

		Diabète dans le ménage		Total
		Oui	Non	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	459	2113	2572
	% dans Couverture	17,8%	82,2%	100,0%
	% dans Diabète	29,9%	37,0%	35,5%
	% du total	6,3%	29,2%	35,5%
RAMED	Effectif	464	1709	2173
	% dans Couverture	21,4%	78,6%	100,0%
	% dans Diabète	30,2%	29,9%	30,0%
	% du total	6,4%	23,6%	30,0%
AMO	Effectif	451	1415	1866
	% dans Couverture	24,2%	75,8%	100,0%
	% dans Diabète	29,4%	24,8%	25,8%
	% du total	6,2%	19,5%	25,8%
PRIVE	Effectif	160	473	633
	% dans Couverture	25,3%	74,7%	100,0%
	% dans Diabète	10,4%	8,3%	8,7%
	% du total	2,2%	6,5%	8,7%
Total	Effectif	1534	5710	7244
	% dans Couverture	21,2%	78,8%	100,0%
	% dans Diabète	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	21,2%	78,8%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 35,520 ; p-value .000*

Le parcours du diabétique est l'archétype du parcours de soins de la population étudiée. Tout d'abord les caractéristiques socio-économiques sont semblables à celles de la population générale (Tableau 72).

En effet 68,6% sont mariés, 47% sont analphabète ou de niveau primaire, 54,8% sont inactifs, 32,9% sont fumeurs, 46,9% sont également hypertendus et 50,5% ont une personne de premier degré souffrant d'une maladie chronique.

Le diabète est une priorité de santé publique au Maroc et coûte près de 12 milliards de dhs (1Milliards d'euros) en frais directs. Il constitue un enjeu social important car dans l'imaginaire marocain c'est la maladie la plus fréquente et qui engendre le plus de dépenses santé pour les ménages avec l'insuffisance rénale.

**Tableau 72 : Couverture selon la CSP chez les patients diabétiques (N=1534)**

		CSP				Total
		AB	C	D	E	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	0	78	343	38	459
	% dans Couverture	0,0%	17,0%	74,7%	8,3%	100,0%
	% dans CSP	0,0%	21,1%	31,7%	65,5%	29,9%
	% du total	0,0%	5,1%	22,4%	2,5%	29,9%
RAMED	Effectif	0	54	395	15	464
	% dans Couverture	0,0%	11,6%	85,1%	3,2%	100,0%
	% dans CSP	0,0%	14,6%	36,5%	25,9%	30,2%
	% du total	0,0%	3,5%	25,7%	1,0%	30,2%
AMO	Effectif	21	186	239	5	451
	% dans Couverture	4,7%	41,2%	53,0%	1,1%	100,0%
	% dans CSP	91,3%	50,3%	22,1%	8,6%	29,4%
	% du total	1,4%	12,1%	15,6%	0,3%	29,4%
PRIVE	Effectif	2	52	106	0	160
	% dans Couverture	1,3%	32,5%	66,3%	0,0%	100,0%
	% dans CSP	8,7%	14,1%	9,8%	0,0%	10,4%
	% du total	0,1%	3,4%	6,9%	0,0%	10,4%
Total	Effectif	23	370	1083	58	1534
	% dans Couverture	1,5%	24,1%	70,6%	3,8%	100,0%
	% dans CSP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	1,5%	24,1%	70,6%	3,8%	100,0%

*Khi-carré 217,704 ; p-value .0000*

En matière d'utilisation des services de santé, on constate que c'est le cabinet médical suivi du centre de santé qui est les derniers services les plus fréquentés (42% et 38,6% respectivement) par les diabétiques. 73,3% des diabétiques utilisateurs des centres de santé sont des Ramedistes ou des personnes sans couverture. Quasiment 100% des diabétiques utilisateurs des cliniques privées sont soit bénéficiaire de l'AMO soit d'une assurance privée (Tableau 73).

**Tableau 73 : DSU par les diabétiques selon le mode de couverture (N=1534)**

		Dernier service de soins utilisé (DSU) par les diabétiques						Total
		Centre de santé	Cabinet privé	Hôpital	Clinique	Méd Trad	Aucun	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	166	233	36	0	5	19	459
	% dans Couverture	36,2%	50,8%	7,8%	0,0%	1,1%	4,1%	100,0%
	% dans DSU par le diabétique	28,0%	36,1%	16,1%	0,0%	19,2%	90,5%	29,9%
	% du total	10,8%	15,2%	2,3%	0,0%	0,3%	1,2%	29,9%
RAMED	Effectif	268	105	89	0	2	0	464
	% dans Couverture	57,8%	22,6%	19,2%	0,0%	0,4%	0,0%	100,0%
	% dans DSU par le diabétique	45,3%	16,3%	39,9%	0,0%	7,7%	0,0%	30,2%
	% du total	17,5%	6,8%	5,8%	0,0%	0,1%	0,0%	30,2%
AMO	Effectif	130	212	72	18	19	0	451
	% dans Couverture	28,8%	47,0%	16,0%	4,0%	4,2%	0,0%	100,0%
	% dans DSU par le diabétique	22,0%	32,9%	32,3%	66,7%	73,1%	0,0%	29,4%
	% du total	8,5%	13,8%	4,7%	1,2%	1,2%	0,0%	29,4%
PRIVE	Effectif	28	95	26	9	0	2	160
	% dans Couverture	17,5%	59,4%	16,3%	5,6%	0,0%	1,3%	100,0%
	% dans DSU par le diabétique	4,7%	14,7%	11,7%	33,3%	0,0%	9,5%	10,4%
	% du total	1,8%	6,2%	1,7%	0,6%	0,0%	0,1%	10,4%
Total	Effectif	592	645	223	27	26	21	1534
	% dans Couverture	38,6%	42,0%	14,5%	1,8%	1,7%	1,4%	100,0%
	% dans DSU par le diabétique	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	38,6%	42,0%	14,5%	1,8%	1,7%	1,4%	100,0%

Khi-carré de Pearson 266,217 ; p-value .0000

Ce qu'il faut relever c'est la propension des bénéficiaires de l'AMO qui utilise des services de médecine traditionnelle (73,1% des consultants diabétiques de médecine traditionnelle sont des bénéficiaires de l'AMO). Encore une fois le parcours du diabétique est erratique dans le sens qu'il n'y a pas de logique dans son cheminement de soins hormis sa capacité financière.

Lorsqu'une personne fréquente les services publics ou de médecine traditionnelle, c'est qu'il n'a pas le choix ou qu'il n'a plus les moyens financiers (n'a plus les ressources, n'a plus la prise en charge ou a consommé son plafond de remboursement ou ne plus assumer le RAC).

Comme pour les ménages sans maladie chronique, les 3 principales raisons du choix du dernier CSU par les personnes diabétiques c'est la capacité de paiement, le conseil par un proche et la confiance (Tableau 74).

Ici également les facteurs liés à la technicité ou la proximité géographique ont moins d'influence sur le comportement d'utilisation des services de santé. En effet la proximité est un facteur important en milieu rural, pour les Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture médicale. Par contre en milieu urbain et quel que soit le mode de couverture l'enjeu de la proximité est moins important.

**Tableau 74 : Raisons du choix du DSU selon la couverture chez les sujets diabétiques (N=1524)**

		Raison 1ère du choix du dernier service utilisé (DSU)						Total
		Couv/ Prix	Confianc e	Conseil	Moyens TQ	Proximit é	Demande	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	90	85	97	29	67	81	449
	% dans Couverture	20,0%	18,9%	21,6%	6,5%	14,9%	18,0%	100,0%
	% dans Raison 1ère choix DSU	16,9%	35,7%	37,6%	24,8%	38,3%	39,5%	29,5%
	% du total	5,9%	5,6%	6,4%	1,9%	4,4%	5,3%	29,5%
RAMED	Effectif	212	73	52	26	61	40	464
	% dans Couverture	45,7%	15,7%	11,2%	5,6%	13,1%	8,6%	100,0%
	% dans Raison 1ère choix DSU	39,9%	30,7%	20,2%	22,2%	34,9%	19,5%	30,4%
	% du total	13,9%	4,8%	3,4%	1,7%	4,0%	2,6%	30,4%
AMO	Effectif	159	63	87	26	43	73	451
	% dans Couverture	35,3%	14,0%	19,3%	5,8%	9,5%	16,2%	100,0%
	% dans Raison 1ère choix DSU	29,9%	26,5%	33,7%	22,2%	24,6%	35,6%	29,6%
	% du total	10,4%	4,1%	5,7%	1,7%	2,8%	4,8%	29,6%
PRIVE	Effectif	70	17	22	36	4	11	160
	% dans Couverture	43,8%	10,6%	13,8%	22,5%	2,5%	6,9%	100,0%
	% dans Raison 1ère choix DSU	13,2%	7,1%	8,5%	30,8%	2,3%	5,4%	10,5%
	% du total	4,6%	1,1%	1,4%	2,4%	0,3%	0,7%	10,5%
Total	Effectif	531	238	258	117	175	205	1524
	% dans Couverture	34,8%	15,6%	16,9%	7,7%	11,5%	13,5%	100,0%
	% dans Raison 1ère choix DSU	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	34,8%	15,6%	16,9%	7,7%	11,5%	13,5%	100,0%

Khi-carré de Pearson 163,877 ; p-value .0000

On observe également la même tendance pour le niveau de satisfaction puisque 71,9% des diabétiques sont peu ou pas du tout satisfaits du dernier parcours de soins.

Les personnes ayant une assurance privée étant les plus insatisfaits (82,5%) alors que ce sont les Ramedistes qui sont le moins insatisfaits relativement (61,6%) (Tableau 75). Les facteurs liés à l'offre, particulièrement dans ses composantes infirmières, moyens techniques, hygiène, et restauration seraient en cause.

**Tableau 75 : Satisfaction selon le type de couverture chez les sujets diabétiques (N= 1524**

		Satisfaction vis-à-vis de tous les services utilisés pour dernier PS					
		Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Plutôt satisfait	Très satisfait	NSP	Total
PAS DE COUVERTURE	Effectif	29	308	73	32	7	449
	% dans Couverture	6,5%	68,6%	16,3%	7,1%	1,6%	100,0%
	% dans Satisfaction tous les services utilisés	18,7%	32,8%	25,3%	25,0%	58,3%	29,5%
	% du total	1,9%	20,2%	4,8%	2,1%	0,5%	29,5%
RAMED	Effectif	41	245	113	60	5	464
	% dans Couverture	8,8%	52,8%	24,4%	12,9%	1,1%	100,0%
	% dans Satisfaction tous les services utilisés pour dernier PS	26,5%	26,1%	39,1%	46,9%	41,7%	30,4%
	% du total	2,7%	16,1%	7,4%	3,9%	0,3%	30,4%
AMO	Effectif	74	266	81	30	0	451
	% Couverture	16,4%	59,0%	18,0%	6,7%	0,0%	100,0%
	% dans Satisfaction tous les services utilisés pour dernier PS	47,7%	28,3%	28,0%	23,4%	0,0%	29,6%
	% du total	4,9%	17,5%	5,3%	2,0%	0,0%	29,6%
PRIVE	Effectif	11	121	22	6	0	160
	% Couverture	6,9%	75,6%	13,8%	3,8%	0,0%	100,0%
	% dans Satisfaction tous les services utilisés pour dernier PS	7,1%	12,9%	7,6%	4,7%	0,0%	10,5%
	% du total	0,7%	7,9%	1,4%	0,4%	0,0%	10,5%
Total	Effectif	155	940	289	128	12	1524
	% Couverture	10,2%	61,7%	19,0%	8,4%	0,8%	100,0%
	% dans Satisfaction tous les services utilisés pour dernier PS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	10,2%	61,7%	19,0%	8,4%	0,8%	100,0%

Khi-carré de Pearson 78,870 ; p-value .000

Des résultats similaires ont été obtenus pour l'HTA tant pour le parcours de soins, la typologie des dépenses et les niveaux de satisfaction.

Les mêmes tendances sont retrouvées selon le mode de couverture médicale avec les Ramedistes et les sans couverture médicale utilisant pour l'ambulatoire le cabinet médical en priorité et pour l'hospitalisation l'hôpital public en priorité. De même la disponibilité d'une couverture (capacité financière), la confiance et le conseil par un proche sont les déterminants du choix de l'offre (Annexe M)

### **Encadré 9 : Conclusion du Chapitre 9**

Dans le contexte marocain, il n'y a pas de logique dans le parcours de soins car c'est la perception de la gravité et la disponibilité de moyens financiers qui déterminent le choix de la structure de soins. La durée moyenne de séjour est comparable dans les deux secteurs et devrait conduire à des frais de séjour moyens de 2450 dhs selon le TNR alors que ce n'est pas le cas dans plus de 60% des situations. Aussi bien en termes de volume, qu'en termes de dépenses au sein des établissements privés, ce sont les bénéficiaires de l'AMO qui payent le plus en moyenne bien que près de 16% des dépenses de plus de 5000 dhs sont réglées par les Ramedistes et ceux n'ayant pas de couverture qui constituent des « clients » aussi importants que les bénéficiaires d'une assurance privée.

Les patients pauvres et vulnérables sont parfois obligés durant leur hospitalisation dans un hôpital public de réaliser des examens de biologie et de radiologie dans des établissements privés (« sous-traitance » des examens complémentaires) rallongeant ainsi leur durée de séjour et engageant des frais inattendus non couverts par le RAMED. La couverture médicale AMO ou privée facilite l'accès au secteur privé même si le reste à charge est parfois un enjeu de frustration voir d'appauvrissement. Les Ramedistes n'ont que deux choix « cornéliens » : accepter les conditions peu optimales du secteur public ou celles économiquement insupportables du privé.

Au final la CSU ne permet pas une planification d'un parcours de soins structuré et logique impliquant pour les pauvres, les vulnérables, un cheminement du centre de santé vers l'hôpital public lors d'une demande de soins ; ou pour ceux bénéficiant d'une couverture privée un cheminement du cabinet médical vers la clinique privée. Elle a permis à la majeure partie d'une patientèle potentielle solvable des hôpitaux publics, que sont les bénéficiaires de l'AMO, de se déporter vers le secteur privé au prix d'un ticket modérateur plus acceptable que la gratuité d'un service perçu insuffisant et ne répondant pas au besoin. Quant aux Ramedistes et aux personnes sans couverture médicale elle aura permis un accès relatif mais dans bon nombre de situation un appauvrissement économique des ménages.

Le schéma du parcours de soins au Maroc montre à quel point la CSU n'est pas adaptée à l'offre de soins. Le patient « s'engage » dans un chemin de services de santé selon sa perception de la gravité et ses capacités de financement. Dans tous les cas, ce sont les pauvres et les vulnérables

qui subissent le plus cette distorsion entre la demande et l'offre. Ainsi, pharmacie est le recours systématique pour des raisons de proximité et de moindre coût de la prise en charge du « symptômes ».

Le comportement du ménage est mimé par celui des individus particulièrement lorsqu'il s'agit du parcours selon le mode de couverture et lorsqu'il s'agit de satisfaction vis-à-vis du système de santé puisque les patients ressortent de leur dernier parcours de soin (quelle que soit l'offre) à 73,7% peu ou pas satisfaits par rapport aux services utilisés.

Pour les Ramedistes ou les sans couverture, ils sont relativement satisfaits des prestations reçues dans le privé (très insatisfaits dans le public) non pas parce que les services sont effectivement de meilleure qualité médicale ou que les professionnels de santé plus compétents, simplement parce que comparativement à leur vécu ou à celui de leur proches, l'utilisation de services de santé publics est « perçue » comme synonyme de vulnérabilité, d'hygiène défectueuse, de corruption, de manque de moyens technique et de risque santé.

En fait le parcours de soins, qu'il soit familial ou individuel, avec une pathologie chronique ou non, avec ou sans couverture médicale, est marqué majoritairement par « un chemin compliqué » en plusieurs étapes, un coût imprévisible, une frustration quant aux attentes et une insatisfaction bien que variable selon les dimensions étudiées mais qui reste constante quel que soit le secteur.



## **CHAPITRE 10 : La CSU est-elle un déterminant essentiel de l'utilisation des services de santé ?**

Dans ce chapitre nous testons, grâce à des méthodes statistiques de régressions logistique multiple, le rôle attribuable de différents facteurs associés à l'utilisation effective des services de santé. Les différentes analyses bivariées ont permis de voir quels étaient les variables associées à la CSU mais sans intégrer tous les autres facteurs pouvant expliquer l'utilisation des services de santé comme les caractéristiques sociodémographiques ou épidémiologiques . Dans cette partie nous déterminons l'impact quantitatif de la CSU (force d'association) dans l'utilisation des différents types d'offre de soins et nous identifions les déterminants les plus significatifs dans la satisfaction des patients . Puis nous vérifions dans quelle mesure ces résultats sont retrouvés chez les individus comparativement au ménage.

### **Section 1 : Facteurs influençant le recours aux services de santé publics et privés**

Les résultats descriptifs uni et bivariés ont montré dans quelles mesures les facteurs sociodémographiques, les facteurs de risque morbide et la couverture sanitaire universelle (AMO et RAMED en particulier) sont reliés à l'utilisation effective des services de santé. Il apparaît au vu des premiers éléments que la perception des caractéristiques du service, l'USS, les dépenses de santé liées à l'USS, la satisfaction vis à vis du service reçu varient selon le mode de couverture.

Nous avons testé différents modèles en utilisant la technique de la régression logistique multiple dans une optique de vérifier quelle est la part contributive de chaque facteur dans l'utilisation des services de santé tenant compte d'autres déterminants et en particulier de la CSU. Les modèles d'équation sont sous forme de coefficients de régression reliés à chaque variable d'intérêt dans le modèle (modèle logit) et l'interprétation de chaque facteur utilise la ratio cote (odds) ratio mesuré par exponentielle du coefficient de régression beta.

Ainsi nous avons testé les facteurs explicatifs de l'USS privés versus publics, puis nous avons testé les facteurs explicatifs de l'utilisation de chaque offre de soin (centre de santé, cabinet privé, hôpital et clinique privée).

Enfin nous avons testé les facteurs explicatifs du niveau d'insatisfactions des marocains vis-à-vis de la dernière expérience et vis-à-vis du système de santé dans sa globalité. Les facteurs considérés sont : âge, genre, instruction, revenus, milieu, NSE, activité professionnelle, statut marital, les facteurs de risque santé (tabagisme, diabète, HTA), l'expérience du DSU, la couverture médicale détenue.

Nous avons réalisé ces analyses au niveau des ménages (1812) puis au niveau des individus (7244) pour évaluer deux enjeux majeurs : quel est le rôle de la CSU dans l'utilisation effective des services de santé et quel est le profil de l'utilisateur des services de santé tenant compte de la couverture médicale. L'objectif étant de construire un modèle de couverture sanitaire universel plus juste, plus viable, plus en adéquation avec la transition démographique et épidémiologique dont la mise en œuvre devra intégrer les capacités de l'offre publique et privée à l'échelle régionale.

### **1.1 Offre Privée versus offre Publique : quels déterminants ?**

Nous avons analysé différents facteurs pouvant être liés à l'USS (utilisation des services de santé) : sociodémographiques, facteurs de risque et couverture médicale.

C'est d'abord la couverture qui détermine le choix de l'offre de soins. Comme attendu les personnes disposant du RAMED ont 6 fois plus de chance d'utiliser un service public plutôt que privé (RCaj = 6,85). Pour les autres facteurs c'est le niveau d'instruction bas et la perception d'un état de santé moyen qui sont déterminants. (Tableau 76).

**Tableau 76 : Rôle de la CSU dans l'USS publiques (référence structures privées)**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp (B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Instruction Bac et plus</b>			44,790	2	,000			
Instruction (secondaire)	,597	,171	12,147	1	,000	1,816	1,298	2,541
Instruction (< 4 années)	1,246	,191	42,614	1	,000	3,476	2,391	5,053
<b>Couverture Privé</b>			107,097	3	,000			
AMO	,391	,238	2,695	1	,101	1,478	,927	2,357
RAMED	1,924	,245	61,579	1	,000	6,850	4,236	11,078
Sans couverture	,868	,233	13,844	1	,000	2,383	1,508	3,765
<b>Age 20-24 ans</b>			10,856	3	,013			
Age 25-39(1)	,078	,173	,200	1	,655	1,081	,769	1,518
Age 40-49(2)	-,150	,203	,548	1	,459	,861	,578	1,281
Age 50 +(3)	-,473	,212	5,005	1	,025	,623	,412	,943
<b>Bon Etat de sante</b>			18,293	2	,000			
Etat de santé (Moyen)	,526	,225	5,446	1	,020	1,692	1,088	2,631
Etat de santé (Mauvais)	-,172	,177	,946	1	,331	,842	,595	1,191
<b>NSE Elevé</b>			22,233	3	,000			
Moyen	1,226	,512	5,738	1	,017	3,408	1,250	9,291
Vulnérable	,461	,533	,747	1	,387	1,586	,557	4,510
Bas	1,233	,528	5,461	1	,019	3,431	1,220	9,648
<b>Revenu (&gt;5000 dhs)</b>			18,403	2	,000			
Revenu (2500- 4999 dhs)	-,239	,171	1,961	1	,161	,787	,563	1,100
Revenu (< dhs)2500	,317	,176	3,243	1	,072	1,374	,972	1,940
Constante	-2,784	,595	21,878	1	,000	,062		

Test de Hosmer et Lemeshow 12,048 ; P = .149 ; Classification 73,5%

L'étude et le contrôle des facteurs (genre, tabagisme, diabète, HTA, niveau d'instruction, statut marital, ATCD familiaux médicaux, couverte médicale, revenus, habitat) pouvant expliquer l'USS au cours des 5 dernières années montre que le Ramediste a moins tendance à utiliser les services du centre de santé censé être son premier recours (RCaj = .167 ; p=.0000) (Tableau 77).

**Tableau 77 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 5 dernières années : Offre de soins Centre de santé**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp (B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Instruction bac et plus</b>			36,764	2	,000			
Instruction( Secondaire)	-,576	,160	12,970	1	,000	,562	,411	,769
Instruction( < 4 années)	-1,135	,187	36,666	1	,000	,321	,223	,464
<b>Diabete</b>	-,491	,157	9,813	1	,002	,612	,450	,832
<b>Prive</b>			73,698	3	,000			
AMO	-,437	,205	4,530	1	,033	,646	,432	,966
RAMED	-1,791	,236	57,707	1	,000	,167	,105	,265
Sans couverture	-,887	,210	17,821	1	,000	,412	,273	,622
<b>Age &lt; 25 ans</b>			14,324	3	,002			
Age (25-39 ans)	-,101	,177	,327	1	,567	,904	,639	1,278
Age (40-49 ans)	,226	,205	1,221	1	,269	1,254	,839	1,874
Age (50 ans +)	,530	,212	6,257	1	,012	1,699	1,122	2,574
<b>Mal Chronique</b>	,250	,123	4,124	1	,042	1,284	1,009	1,634
<b>Etat de sante (Bon)</b>			29,629	2	,000			
Etat de santé (Moyen)	-,682	,251	7,399	1	,007	,506	,309	,826
Etat de santé (Mauvais)	,290	,191	2,306	1	,129	1,337	,919	1,944
<b>NSE élevé</b>			41,732	3	,000			
NSE Moyen	-1,210	,397	9,277	1	,002	,298	,137	,650
NSE Vulnérable	-,334	,416	,646	1	,422	,716	,317	1,618
NSE Pauvre	-1,481	,423	12,251	1	,000	,227	,099	,521
<b>Revenu &gt; 5000 dhs/mois</b>			6,224	2	,045			
Revenu (2500-5000 dhs)	,247	,165	2,239	1	,135	1,281	,926	1,771
Revenu (< 2500 dhs)	-,078	,177	,194	1	,659	,925	,653	1,309
Constante	1,678	,499	11,330	1	,001	5,356		

Test de Hosmer et Lemeshow 21,910 ; P = .005 ; Classification 73,5%

En ce qui concerne le cabinet médical, ce sont surtout les Ramedistes (RCaj=5,86 ; p = .000), les sans couverture médicale (RCaj= 3,36 ; p = .000) ; les personnes peu instruites (RCaj = 2,028 ; p = .001), celles qui perçoivent leur état de santé moyen, les fumeurs et ceux qui ont un revenu très bas qui vont utiliser ce service tenant compte des autres variables du modèle (Tableau 78).

**Tableau 78: Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 5 dernières années : offre de soins Cabinet Médical**

	Variables de l'équation						Intervalle de confiance	
	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Fumeur dans le foyer</b>	,338	,151	4,986	1	,026	1,402	1,042	1,885
<b>Instruction Bac et plus</b>			13,770	2	,001			
Instruction ( secondaire)	,254	,219	1,338	1	,247	1,289	,838	1,982
Instruction(< 4 années)	,707	,222	10,135	1	,001	2,028	1,312	3,135
<b>HTA (non/oui)</b>	-,813	,188	18,680	1	,000	,443	,307	,641
<b>Genre(H/F)</b>	-,371	,142	6,815	1	,009	,690	,522	,912
<b>Prive versus Autres</b>			80,538	3	,000			
AMO	-,108	,352	,094	1	,759	,898	,450	1,789
RAMED	1,769	,327	29,205	1	,000	5,866	3,088	11,143
Sans couverture	1,213	,320	14,339	1	,000	3,364	1,795	6,304
<b>Mal Chronique (non/oui)</b>	,286	,140	4,204	1	,040	1,331	1,013	1,750
<b>Etat de santé (Bon)</b>			21,372	2	,000			
Etat de santé (Moyen)	,735	,248	8,759	1	,003	2,085	1,282	3,392
Etat de santé (Mauvais)	-,067	,207	,106	1	,745	,935	,623	1,403
<b>Revenu (&gt; 5000 dhs/mois)</b>			17,725	2	,000			
Revenu (2500-5000 dhs)	,245	,230	1,128	1	,288	1,277	,813	2,006
Revenu (< 2500 dhs)	,755	,227	11,079	1	,001	2,128	1,364	3,320
Constante	-3,348	,443	57,232	1	,000	,035		

*Test de Hosmer et Lemeshow 5,549 ; P = .698 ; Classification 80,7%*

Au niveau de l'hôpital public référence du centre de santé, l'AMO ou le RAMED ou l'absence de couverture ne sont pas associés à une augmentation de l'utilisation des prestations de santé ce qui est une nouvelle « entorse » au parcours de soins. (Tableau 79). Les variables comme le revenu ou la profession ou encore l'habitat étant fortement corrélées à la couverture médicale mais leur effet n'est pas retrouvé et c'est une des explications. Seuls la maladie chronique et le mauvais état de santé sont des déterminants de l'USS de l'hôpital et là aussi ils sont liés non seulement aux déterminants socio-économiques mais également aux coûts de la prise en charge qui reste moins cher au niveau du secteur public.

**Tableau 79 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 5 dernières années : offre de soins Hôpital**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Statut</b> (Célibataire/marié	-,371	,126	8,704	1	,003	,690	,539	,883
<b>HTA</b>	-,540	,140	14,802	1	,000	,583	,443	,767
<b>Diabete</b>	-,347	,146	5,609	1	,018	,707	,530	,942
<b>Prive versus Autres</b>			85,187	3	,000			
AMO	-,418	,226	3,406	1	,065	,658	,422	1,026
RAMED	-1,476	,233	40,120	1	,000	,229	,145	,361
Sans couverture	-,291	,227	1,637	1	,201	,748	,479	1,167
<b>Mal Chronique</b>	,545	,120	20,606	1	,000	1,724	1,363	2,181
<b>Etat de sante Percu Bon</b>			15,131	2	,001			
Etat de sante (Moyen)	,263	,213	1,516	1	,218	1,301	,856	1,976
Etat de sante (Mauvais)	,605	,171	12,589	1	,000	1,831	1,311	2,558
<b>NSE élevé</b>			28,094	3	,000			
NSE Moyen	-1,335	,462	8,352	1	,004	,263	,106	,651
NSE Vulnérable	-,542	,483	1,258	1	,262	,582	,226	1,500
NSE Bas	-1,421	,478	8,838	1	,003	,241	,095	,616
<b>Pas de Pratique</b> exercice physique dans le ménage	,327	,131	6,194	1	,013	1,387	1,072	1,794
<b>Revenu &gt; 5000 dhs/mois</b>			13,863	2	,001			
Revenu (2500-5000 dhs)	,289	,164	3,095	1	,079	1,335	,968	1,842
Revenu (< 2500 dhs)	-,187	,167	1,266	1	,260	,829	,598	1,149
Constante	1,706	,537	10,101	1	,001	5,508		

Test d'Hosmer et Lemeshow 15,249 ;  $p = .054$  ; Classification 68,7%

Lorsqu'il s'agit de clinique privée (Tableau 80), les résultats montrent que les principaux déterminants sont le RAMED ou l'absence de couverture, le niveau d'instruction et le revenu. Les personnes Ramedistes et ceux sans couverture médicale, ont tendance à utiliser les services d'une clinique alors que ce devrait être l'apanage des personnes bénéficiant d'une assurance privée ou de l'AMO.

La comparaison entre ces deux groupes d'utilisateurs n'est pas statistiquement significative lorsque les variables liées à l'instruction et au revenu sont prises en considération. Ce résultat confirme la distorsion du parcours de soins pour les personnes pauvres ou vulnérables qui au lieu d'emprunter le chemin du secteur public font à une étape ou l'autre un passage soit par le cabinet médical ou la clinique privée. Le statut, le genre, les pathologies comme le diabète, l'HTA et autres maladies chroniques impactent également.

**Tableau 80 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 5 dernières années: Offre de soins Clinique**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Instruction Bac et +</b>			25,132	2	,000			
Instruction(Secondaire)	,909	,182	24,872	1	,000	2,483	1,737	3,550
Instruction( < 4 années)	,421	,185	5,179	1	,023	1,523	1,060	2,188
<b>HTA (non/oui)</b>	-,573	,159	12,974	1	,000	,564	,413	,770
<b>Diabète (non/oui)</b>	-,401	,165	5,872	1	,015	,670	,484	,926
<b>Prive versus Autres</b>			16,495	3	,001			
AMO	-,255	,230	1,230	1	,267	,775	,494	1,216
RAMED	,433	,270	2,562	1	,109	1,541	,908	2,617
Sans couverture	,379	,254	2,229	1	,135	1,461	,888	2,404
<b>Mal Chronique (non/oui)</b>	,388	,142	7,443	1	,006	1,474	1,116	1,949
<b>NSE élevé</b>			9,455	3	,024			
NSE Moyen	,854	,329	6,726	1	,010	2,349	1,232	4,479
NSE vulnérable	1,011	,358	7,988	1	,005	2,749	1,363	5,544
NSE Bas	1,085	,378	8,260	1	,004	2,960	1,412	6,206
<b>Revenu &gt; 5000 dhs/mois</b>			40,370	2	,000			
Revenu 2500-5000 dhs	1,035	,172	36,378	1	,000	2,814	2,011	3,939
Revenu < 2500 dhs	,932	,187	24,814	1	,000	2,539	1,760	3,664
Constante	-,725	,366	3,927	1	,048	,484		

Test de Hosmer et Lemeshow 5,126 ;  $p = .744$  ; Classification 81%

Le recours à la pharmacie n'est pas déterminé ni par la CSU ou d'autres variables sociodémographiques sauf l'état de santé puisque ce service est utilisé par 97% de la population. Il est la première étape du parcours de soins pour une grande majorité de personnes Ramedistes ou sans couverture médicale pour des raisons de proximité géographique mais surtout d'économie de la consultation médicale.

En ce qui concerne la pharmacie elle est un recours systématique et ne constitue pas en soi une offre curative mais une prestation de délivrance des médicaments. La couverture n'est pas un déterminant de son utilisation (Annexe L, tableaux L1 et L2).

L'analyse des facteurs socio-démographiques montre que les sujets de niveau socioéconomique bas ou peu instruits constituent une « patientèle » importante des cliniques privées qui devraient prendre en charge essentiellement des bénéficiaires d'assurance privée et dans une moindre mesure les personnes ayant l'AMO. La perception par les populations vulnérables d'un service de meilleure qualité, d'un délai de prise en charge plus court, de la disponibilité de moyens

techniques et d'un confort inexistant à l'hôpital explique ces résultats étonnants. Tous ces résultats sont retrouvés avec exactement les mêmes tendances pour les personnes ayant utilisé les services de santé au cours des deux dernières années (tableau 81 à 84).

**Tableau 81: Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 2 dernières années : Offre de soins CS**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Instruction (Bac et +)</b>			23,775	2	,000			
Instruction(secondaire)	-,404	,178	5,166	1	,023	,668	,472	,946
Instruction(primaire)	-,989	,210	22,252	1	,000	,372	,246	,561
<b>Diabete Non/Oui</b>	-,544	,168	10,514	1	,001	,580	,418	,806
<b>Prive versus Autres</b>			95,375	3	,000			
AMO	-,598	,221	7,299	1	,007	,550	,356	,849
RAMED	-2,146	,247	75,498	1	,000	,117	,072	,190
Sans Couverture	-1,221	,223	29,995	1	,000	,295	,191	,457
<b>Age&lt; 25 ans</b>			10,270	3	,016			
25-39 ans	,061	,190	,105	1	,746	1,063	,733	1,543
40-49 ans	,360	,222	2,637	1	,104	1,433	,928	2,214
50 ans +	,583	,227	6,614	1	,010	1,791	1,149	2,791
<b>Etat de sante Perçu bon</b>			15,121	2	,001			
Etat de sante Moyen	-,529	,254	4,361	1	,037	,589	,358	,968
Etat de sante Mauvais	,164	,202	,657	1	,418	1,178	,793	1,751
<b>NSE élevé</b>			42,325	3	,000			
Moyen	-1,683	,491	11,738	1	,001	,186	,071	,487
Vulnérable	-,752	,509	2,178	1	,140	,472	,174	1,280
Bas	-1,886	,512	13,554	1	,000	,152	,056	,414
<b>Pratique exercice physique dans le ménage oui/non</b>	,450	,147	9,329	1	,002	1,568	1,175	2,094
<b>Emploi Actif/ Inactif</b>	-,303	,133	5,204	1	,023	,738	,569	,958
Constante	2,286	,577	15,706	1	,000	9,835		

Test de Hosmer et Lemeshow 7,278 ;  $p = .507$  ; Classification 74%

Dans les différents modèles étudiés plusieurs facteurs ne ressortent pas comme déterminants de l'USS comme, le genre, le type d'habitat ou encore le milieu. Comme nous l'avons vu dans les facteurs associés au choix d'une offre de soins, ce sont la couverture (et la capacité de financement), la recommandation d'un proche et la confiance qui contribuent à près de 75%.

Par ailleurs les données matricielles montrent que les revenus, le NSE et le niveau d'instruction sont fortement corrélées avec le milieu et le type d'habitat ce qui pourrait expliquer l'absence de leur effet en présence d'autres facteurs.



En ce qui concerne le genre, hormis le centre de santé où l'utilisation est beaucoup plus fréquente chez les femmes, les autres offres de soins sont utilisées de façon indifférenciée par les hommes et les femmes. Ceci est normal dans le contexte marocain et dans la majorité des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) où ce sont les femmes qui utilisent le plus les soins de santé primaires pour la vaccination de leurs enfants, pour la planification familiale et pour la récupération des médicaments de certains programmes de santé prioritaires (diabète, tuberculose, contraceptifs etc...) lorsque disponibles.

**Tableau 82 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 2 dernières années : Offre de soins Cabinet Médical**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Instruction(Bac et &gt;)</b>			20,729	2	,000			
Instruction(secondaire)	,325	,217	2,247	1	,134	1,383	,905	2,115
Instruction(primaire)	,899	,227	15,731	1	,000	2,456	1,575	3,829
<b>HTA Non/Oui</b>	-,706	,179	15,646	1	,000	,493	,348	,700
<b>Prive versus Autres</b>			46,101	3	,000			
AMO	,045	,322	,020	1	,888	1,046	,557	1,967
RAMED	1,314	,312	17,685	1	,000	3,721	2,017	6,865
Sans couverture	,920	,304	9,130	1	,003	2,508	1,381	4,555
<b>Age &lt;25 ans</b>			8,749	3	,033			
25-39 ans	,157	,200	,614	1	,433	1,170	,790	1,733
40-49 ans	,035	,230	,023	1	,878	1,036	,659	1,627
50 ans +	-,415	,247	2,825	1	,093	,660	,407	1,071
<b>Etat de sante Perçu Bon</b>			26,682	2	,000			
Etat de sante moyen	,539	,241	5,009	1	,025	1,715	1,069	2,750
Etat de sante mauvais	-,336	,199	2,845	1	,092	,715	,484	1,056
<b>Revenu &gt; 5000dhs/mois</b>			37,609	2	,000			
2500-5000 dhs/mois	-,045	,221	,041	1	,839	,956	,620	1,474
<2500dhs/mois	,798	,215	13,739	1	,000	2,221	1,456	3,386
Constante	-2,546	,422	36,456	1	,000	,078		

Test de Hosmer et Lemeshow 12,292 ; p = .139 ; Classification 78,1%.

Plusieurs éléments relatifs à l'offre de soins doivent être soulignés et qui expliquent en partie les résultats observés. Si le RAMED a permis à des milliers de personnes d'accéder aux hôpitaux publics et de bénéficier de services de santé curatifs, plusieurs éléments continuent d'entraver la bonne mise en œuvre de cette composante de la CSU aussi du côté des prestataires que des utilisateurs :

- Une offre publique qui n'est pas adaptée à la demande des plus pauvres et vulnérables en termes de ressources et de capacité de gestion des flux de patientèles
- Une offre privée utilisée par une patientèle qui n'était pas prévue (AMO, RAMED et sans couverture)
- Une offre inégalement répartie sur le territoire aggravant l'inadéquation entre la demande et les services offerts (disponibles)

**Tableau 83 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 2 dernières années : Offre de soins Hôpital**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>HTA Non/Oui</b>	-,451	,154	8,615	1	,003	,637	,471	,861
<b>Diabète Non/Oui</b>	-,549	,163	11,331	1	,001	,577	,419	,795
<b>Prive versus Autres</b>			76,495	3	,000			
AMO	-,942	,282	11,193	1	,001	,390	,224	,677
RAMED	-1,910	,284	45,353	1	,000	,148	,085	,258
Sans couverture	-,777	,280	7,686	1	,006	,460	,266	,796
<b>Mal Chron Non/Oui</b>	,693	,134	26,674	1	,000	2,001	1,538	2,603
<b>Etat de sante Perçu bon</b>			18,103	2	,000			
Etat de sante Moyen	,851	,235	13,137	1	,000	2,342	1,478	3,709
Etat de sante Mauvais	,785	,191	16,840	1	,000	2,193	1,507	3,191
<b>NSE élevé</b>			23,521	3	,000			
NSE moyen	-,782	,488	2,569	1	,109	,458	,176	1,190
NSE vulnérable	,076	,513	,022	1	,881	1,079	,395	2,948
NSE bas	-,951	,505	3,542	1	,060	,387	,144	1,040
<b>Pratique exercice physique (oui/non)</b>	,497	,147	11,384	1	,001	1,644	1,231	2,193
<b>Revenu &gt; 5000dhs/mois</b>			10,589	2	,005			
2500-5000 dhs/mois	,088	,188	,218	1	,641	1,092	,755	1,579
< 2500dhs/mois	-,360	,186	3,746	1	,053	,697	,484	1,005
Constante	1,118	,570	3,845	1	,050	3,059		

Test de Hosmer et Lemeshow 8,538 ;  $p = .383$  ; Classification 69,4%.

**Tableau 84 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 2 dernières années : offre de soins Clinique**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp (B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Fumeur (non/oui)</b>	-,406	,192	4,450	1	,035	,667	,457	,972
<b>Instruction Bac et +</b>			12,509	2	,002			
Secondaire	,787	,223	12,480	1	,000	2,197	1,420	3,401
Primaire	,421	,230	3,363	1	,067	1,524	,971	2,390
<b>HTA Non/Oui</b>	-,547	,190	8,312	1	,004	,579	,399	,839
<b>Diabète Non/Oui</b>	-,396	,200	3,932	1	,047	,673	,455	,995
<b>Prive versus Autres</b>			9,932	3	,019			
AMO	-,517	,280	3,401	1	,065	,596	,344	1,033
RAMED	,084	,327	,066	1	,798	1,087	,573	2,063
Sans couverture	,056	,309	,033	1	,856	1,058	,577	1,938
<b>Mal Chron Non/Oui</b>	,771	,181	18,183	1	,000	2,163	1,517	3,084
<b>NSE élevé</b>			15,766	3	,001			
NSE moyen	1,298	,379	11,743	1	,001	3,663	1,743	7,698
NSE vulnérable	1,424	,410	12,087	1	,001	4,154	1,861	9,269
NSE bas	1,717	,449	14,620	1	,000	5,569	2,309	13,428
<b>Pratique exercice physique (oui/non)</b>	,392	,186	4,435	1	,035	1,479	1,028	2,130
<b>Revenu &gt; 5000dhs/mois</b>			15,407	2	,000			
2500-5000 dhs/mois	,592	,211	7,904	1	,005	1,808	1,196	2,732
<2500dhs/mois	,858	,225	14,589	1	,000	2,359	1,519	3,664
Constante	-,653	,445	2,149	1	,143	,521		

Test de Hosmer et Lemeshow 9,429 ;  $p = .307$  ; Classification 83,2%.

En définitive, la CSU dans sa composante AMO, qui devait être le levier du « développement » des hôpitaux publics, aura plus été un facteur d'utilisation des structures privées que publiques. L'utilisation du centre de santé a de tout temps été libre et le RAMED n'a pas apporté une valeur ajoutée en termes d'accès. Par contre il était attendu que l'accès à l'hôpital soit facilité aux Ramedistes, aux sans couverture médicale et devienne un recours pour les bénéficiaires de l'AMO. La réalité est toute autre avec une patientèle pauvre qui utilise les centres de santé et les hôpitaux en cas de maladie grave, une patientèle vulnérable, de NSE moyen et élevé qui utilise les cabinets médicaux et les cliniques privées.

## 1.2 Comment satisfaire une population qui a perdu confiance dans le système de santé?

L'analyse des facteurs expliquent l'insatisfaction des marocains vis à vis du système de santé montre que ce sont d'abord les sans couverture et les Ramedistes qui sont le plus insatisfaits (Tableau 85).

**Tableau 85 : Déterminants de l'insatisfaction vis à vis du système de santé**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp (B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Activité Prof(sans)</b>	-,173	,058	8,909	1	,003	,841	,751	,942
<b>Instruction(Analph/3ans)</b>			27,104	2	,000			
Instruction(Secondaire)	-,134	,086	2,446	1	,118	,875	,740	1,034
Instruction(Universitaire)	-,425	,093	20,944	1	,000	,654	,545	,784
<b>Statut(Célibataire)</b>	-,277	,067	17,211	1	,000	,758	,665	,864
<b>HTA (Non)</b>	,253	,067	14,405	1	,000	1,287	1,130	1,467
<b>NSE (Elevé)</b>			51,105	3	,000			
NSE (Moyen)	1,145	,176	42,079	1	,000	3,141	2,223	4,439
NSE (Vulnérable)	1,131	,188	36,293	1	,000	3,098	2,145	4,476
NSE (Bas)	1,322	,185	50,915	1	,000	3,753	2,610	5,396
<b>USS (Prive)</b>	-,488	,062	62,057	1	,000	,614	,543	,693
<b>Couv (Assurance Privée)</b>			115,258	3	,000			
Couv versus AMO	,325	,103	10,049	1	,002	1,385	1,132	1,693
Couv versus RAMED	,524	,110	22,800	1	,000	1,688	1,362	2,093
Couv versus Sans Couv	,973	,106	83,716	1	,000	2,647	2,149	3,260
<b>Etat de santé (Bon)</b>			29,025	2	,000			
Etat de santé (Moyen)	,001	,076	,000	1	,994	1,001	,863	1,160
Etat de santé (Mauvais)	,454	,105	18,667	1	,000	1,575	1,282	1,935
<b>USS 5 ans (1 à 2 fois)</b>			27,342	2	,000			
USS 5 ans ( 3 à 5 fois))	,035	,070	,241	1	,624	1,035	,902	1,188
USS 5 ans(+ 5 fois)	,329	,073	20,273	1	,000	1,389	1,204	1,603
Constante	-,352	,198	3,162	1	,075	,704		

- a. Introduction des variables au pas 1 : Couverture Privée versus Autres.
- b. Introduction des variables au pas 2 : USS Privé versus Public.
- c. Introduction des variables au pas 3 : Statut célibataire versus marié
- d. Introduction des variables au pas 4 : NSE élevé versus.
- e. Introduction des variables au pas 5 : USS une à deux fois versus en 5 ans versus plus fréquemment
- f. Introduction des variables au pas 6 : Analphabète ou 3 années versus autres
- g. Introduction des variables au pas 7 : État de santé Perçu mauvais versus autres
- h. Introduction des variables au pas 8 : Pas d' HTA versus HTA
- i. Introduction des variables au pas 9 : Inactif versus Activité Prof.

Les facteurs qui jouent un rôle dans cette insatisfaction sont par ordre croissant la CSU, le type de service utilisé, le statut, le niveau socio-économique, le nombre de contact avec les services de santé, le niveau d'instruction, l'état de santé perçu, la présence d'une HTA ou encore l'activité professionnelle. Ce modèle a permis un niveau de classification très intéressant de 70,8%.

**Au final, le profil d'un utilisateur insatisfait du système de santé au Maroc, est une personne mariée, de faible niveau socioéconomique, sans emploi, qui se sent en mauvaise santé, hypertendue, qui fréquente plus de 5 fois les services de santé en 5 ans, qui est Ramediste ou sans couverture médicale et qui a fréquenté les services de santé publics.**

Ce résultat est en droite ligne avec tous les constats observés dans les analyses bivariées et multivariées réalisées précédemment et montre à quel point l'État doit intégrer les déterminants sociaux de la santé pour comprendre les défaillances ou insuffisances en matière de performance du système de santé.

## **Section 2 : Des parcours individuels de soins copiés sur ceux des ménages**

Nous avons analysé les parcours individuels et les résultats montrent une similitude quasi-identique à ceux des ménages. Ce mimétisme est retrouvé dans la littérature et particulièrement en Asie du Sud Est où les membres d'un groupe adoptent le comportement santé du ménage (en fait du chef de ménage). Zhang et al. l'ont observé montrant un mimétisme des enfants quant au parcours des soins de leur parents (Zhang et al. ; 2017). Le profil d'utilisation des services publics est un Ramediste ou une personne sans couverture médicale, vulnérable ou pauvre, peu satisfaite des derniers services de santé utilisés et du système de santé au Maroc, avec un niveau d'instruction bas et mariée. (tableau 86). Dans son parcours de soins ambulatoire il va utiliser les services privés dès qu'ils sont accessibles géographiquement ainsi que la clinique privée et c'est lorsque les moyens financiers sont « terminés » qu'il va aller vers l'hôpital public. L'AMO composante de la CSU n'est que très peu utilisée dans le secteur public et constitue la clef essentielle d'accès à la clinique privée.

Dans tous les cas, les habitudes de comportement de santé de la famille ou la moindre capacité financière créent une dynamique de parcours de soins orientée vers les services de santé privées.

**Tableau 86: Modèle de Régression logistique – Parcours utilisant les structures publiques**

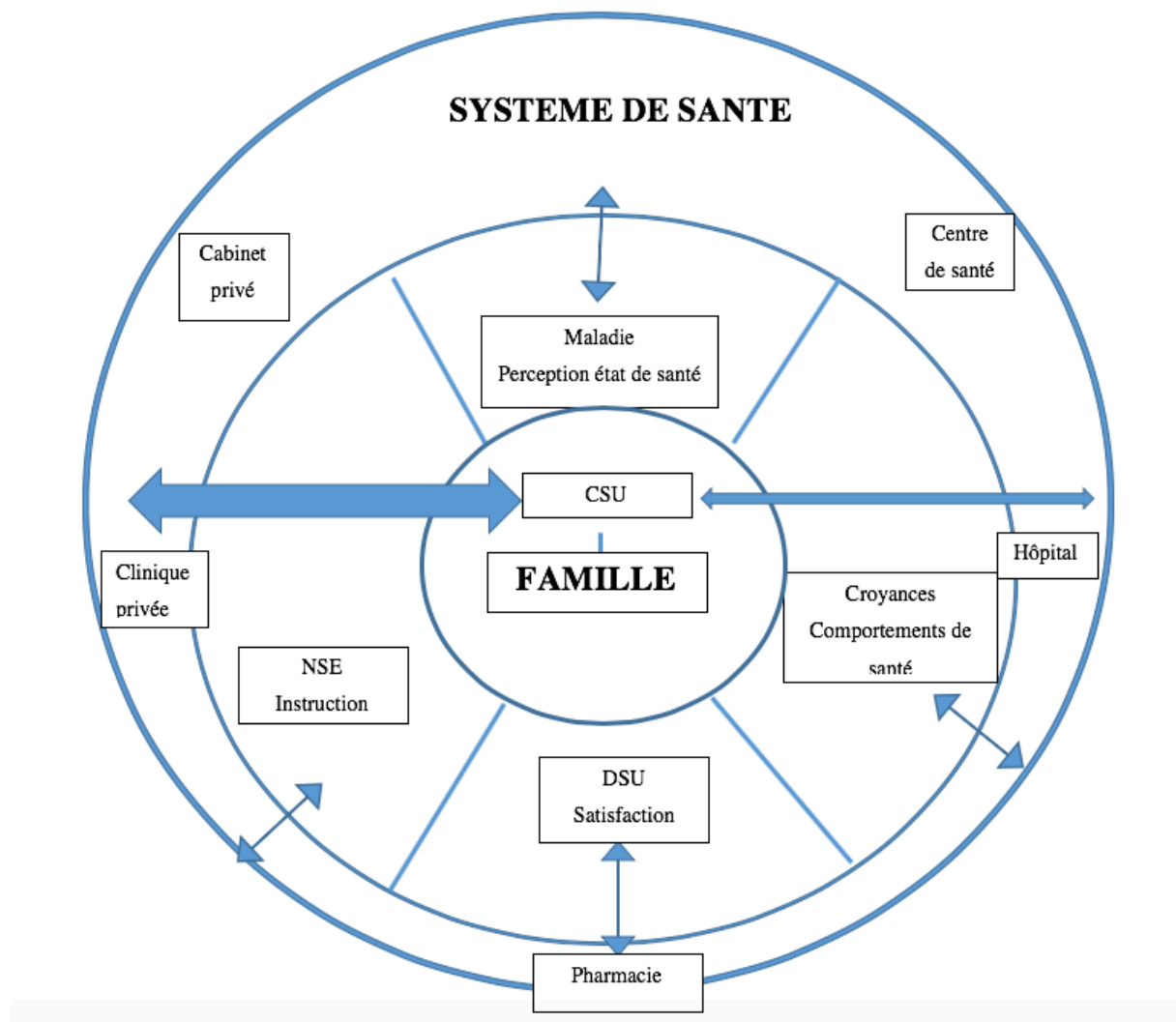
	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp (B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>CSP</b>			34,827	3	,000			
CSP-C	1,031	,358	8,304	1	,004	2,804	1,391	5,654
CSP-D	1,396	,358	15,192	1	,000	4,039	2,002	8,149
CSP-E	1,569	,379	17,102	1	,000	4,803	2,283	10,106
<b>Satisfaction DSU +/-</b>	-1,960	,077	651,659	1	,000	,141	,121	,164
<b>Niveau SE élevé/bas</b>	-,586	,095	37,953	1	,000	,557	,462	,671
<b>DIABETE non/oui</b>	,310	,107	8,336	1	,004	1,364	1,105	1,683
<b>HTA non/oui</b>	-,178	,118	2,280	1	,131	,837	,664	1,054
<b>Milieu U versus R</b>	,435	,109	15,854	1	,000	1,545	1,247	1,914
<b>Prive versus Autres</b>			412,180	3	,000			
AMO	,486	,119	16,543	1	,000	1,625	1,286	2,054
RAMED	1,943	,124	245,484	1	,000	6,978	5,473	8,898
Aucune couverture	1,014	,120	70,918	1	,000	2,756	2,177	3,490
<b>Satisf SS Maroc +/-</b>	-,829	,064	166,108	1	,000	,436	,385	,495
<b>Instruction</b>			69,801	2	,000			
Instruction (secondaire)	,589	,090	42,981	1	,000	1,803	1,512	2,151
Instruction (primaire)	,827	,099	69,442	1	,000	2,286	1,882	2,777
Statut célibataire/marié	,135	,071	3,642	1	,056	1,144	,996	1,314
<b>Activite Prof Avec/sans</b>	-,022	,061	,131	1	,717	,978	,867	1,103
Constante	-,809	,366	4,896	1	,027	,445		

Introduction des variables au pas : CSP, Satisfaction DSU, Niveau SE, DIABETE, HTA, U versus R, Prive versus Autres, Satisf SS Maroc, Instruction, Statut, Activite Prof.

La CSU n'a pas joué le rôle attendu de levier d'utilisation des services de santé elle a en fait segmenté encore plus (pour ne pas dire catégorisé) des populations selon des niveaux de pauvreté et de vulnérabilité. Un Ramediste ou un sans couverture pauvre va fréquenter les structures publiques car il n'a pas le choix et en sera dans la majorité des cas insatisfaits. Lorsqu'il « passe à la catégorie vulnérable » il va tenter l'expérience privée d'abord ambulatoire puis hospitalière jusqu'à épuisement de ses capacités financières. Le bénéficiaire de l'AMO est un utilisateur du secteur privé car il en a le droit même s'il n'en a pas toujours les moyens surtout lorsqu'il est fonctionnaire ou petit salarié du privé. Le bénéficiaire de l'assurance privé va définitivement choisir le secteur privé même si son niveau d'insatisfaction reste élevé mais pour des raisons d'exigences différentes.

Quel que soit le niveau du ménage, les individus qui le composent agiront et se comporteront comme la personne ayant la couverture la plus avantageuse. Ce comportement explique pourquoi des couvertures différentes n'entraînent pas des patterns différents au sein d'un ménage et engendre ce que nous appelons un mimétisme par le haut (Figure 10).

**Figure 10 : Modèle du Mimétisme et USS selon la CSU**



### **Encadré 10 : Conclusion du Chapitre 10**

C'est d'abord la couverture qui détermine le choix de l'offre de soins. Les personnes disposant du RAMED ont 6 fois plus de chance d'utiliser un service public plutôt que privé. Les autres facteurs comme le niveau d'instruction bas et la perception d'un état de santé moyen jouent également un rôle. L'étude et le contrôle des autres facteurs comme le genre, le tabagisme, l'existence d'un diabète, l'existence d'une HTA, le niveau d'instruction, le statut marital, les ATCD familiaux médicaux, la couverture médicale, les revenus et l'habitat montre que le Ramediste a moins tendance à utiliser les services du centre de santé censé être son premier recours ( $RC_{aj} = .167$  ;  $p = .0000$ )

Par ailleurs, les sujets de niveau socioéconomique bas ou peu instruits constituent une « patientèle » importante des cliniques privées qui devraient prendre en charge essentiellement des bénéficiaires d'assurance privée et dans une moindre mesure les personnes ayant l'AMO. La perception par les populations vulnérables d'un service de meilleure qualité, d'un délai de prise en charge plus court, de la disponibilité de moyens techniques et d'un confort inexistant à l'hôpital explique ces résultats étonnants. Le profil de l'utilisateur des services publics est un Ramediste ou une personne sans couverture médicale, vulnérable ou pauvre, peu satisfaite des derniers services de santé utilisés et du système de santé au Maroc, avec un niveau d'instruction bas et marié. Lorsqu'il « passe à la catégorie vulnérable » il va tenter l'expérience privée d'abord ambulatoire puis hospitalière jusqu'à épuisement de ses capacités financières. Le bénéficiaire de l'AMO est un utilisateur du secteur privé car il en a le droit même s'il n'en a pas toujours les moyens surtout lorsqu'il est fonctionnaire ou petit salarié du privé.

La CSU n'a pas joué le rôle attendu de levier d'utilisation des services de santé elle a en fait segmenté encore plus (pour ne pas dire catégorisé) des populations selon des niveaux de pauvreté et de vulnérabilité. Le bénéficiaire de l'assurance privée va définitivement choisir le secteur privé même si son niveau d'insatisfaction reste élevé mais pour des raisons d'exigences différentes. Enfin les individus se comporteront comme la personne ayant la couverture la plus avantageuse de leur environnement familial. Ce comportement explique pourquoi des couvertures différentes n'entraînent pas des comportements différents au sein d'un ménage et engendrent ce que nous appelons un mimétisme par le haut.



### **Partie 3: La CSU au Maroc , les raisons d'un échec**

---

## **Chapitre 11 : Discussion- Les effets pervers d’une CSU mal planifiée , le cas du Maroc**

Dans ce chapitre nous analysons les effets pervers auxquels a abouti la CSU au Maroc. La première section est consacrée au parcours de soins, élément essentiel dans la planification et l’évaluation d’une CSU. La deuxième section propose une conceptualisation du parcours de soins intégrant l’offre, la demande et la CSU. La troisième section tente de répondre à la question de savoir si la gratuité des soins serait une réponse à l’accessibilité universelle aux services de santé. La quatrième section discute les liens entre la demande de soins et la couverture sanitaire universelle. Elle aborde notamment la dimension financière en rapport avec la demande de soins, l’impact de la couverture médicale sur l’utilisation des services de santé et la contribution catastrophique de ménages au financement des dépenses de santé.

### **Section 1. Le « parcours de soins » indicateur de l’adéquation offre-demande de soins ?**

#### **1.1. Cadre conceptuel du parcours de soins**

Dans le domaine de la santé certaines « trajectoires » ou « cheminement » sont typiques comme consulter un médecin lorsqu’un symptôme survient ou acheter un médicament lorsqu’il est prescrit ou encore se faire opérer dans une unité eu égard aux moyens disponibles et à la technicité reconnue. Néanmoins, certains « parcours » peuvent sembler « stochastiques » car déterminées par d’autres facteurs. La notion du parcours de soins fait référence à la « délivrance coordonnée » de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes dans le cadre de dépenses maîtrisées. Ainsi, le système doit s’organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels. L’organisation des parcours de soins doit permettre la mise en œuvre optimale des interventions en santé, en vue d’une sécurité, efficacité et satisfaction du patient. Elle devrait également être une rationnelle d’équité sociale, d’accessibilité et de continuité des services de santé (Reno et al., 1988).

On retrouve la genèse de la réflexion sur le parcours de soins dans les politiques s’intéressant aux variabilités dans les prises en charge des pathologies, aux différences dans les coûts et les dépenses de santé, aux problèmes de coordination entre les acteurs du système de santé et aux résultats santé de la population. Dans cette perspective, des outils de suivi ont été développés

notamment en France (PPS : Programme Personnalisé de Soins) qui décrivent le programme de soins, décidé au cours d'une réunion pluridisciplinaire, à adopter pour chaque patient. Dans d'autres pays on parle de parcours coordonné de soins ou de filière de soins (proposé dans le cadre du schéma régional de l'offre de soins au Maroc).

Ainsi le parcours de soins du patient sous-entend :

- La nécessité de définir les missions de chaque composante d'un système de santé organisé sous forme de parcours ;
- La nécessité de mettre le patient au centre des préoccupations, en faisant confiance aux différents acteurs de soins ;
- La nécessité de changement de paradigme des modèles centrés sur les « compétitivités des acteurs » pour privilégier l'efficacité des parties prenantes ;
- La nécessité de l'intégration et de la coordination de l'ensemble des parties prenantes dans le parcours de soins.

## **1.2. Les concepts voisins à celui de parcours de soins**

Plusieurs concepts ont été utilisés dans différents pays mais ils diffèrent de celui de parcours de soins tel qu'adopté dans ce travail (cheminement propre du patient au sein de l'offre de soins disponible suite à un besoin de santé et une demande de soins tenant compte de ses caractéristiques personnelles et son environnement).

### **1.2.1. La filière de soins**

Elle désigne l'ensemble des normes législatives et réglementaires qui formalisent les étapes de soins réalisées par les institutions professionnelles de santé. L'exemple classique est celui de l'utilisateur qui est obligé de consulter le médecin généraliste avant d'aller voir le médecin spécialiste. Cette notion a été imposée au Maroc pour les Ramedistes afin de s'assurer que le patient est référé de façon pertinente vers le spécialiste et vers les structures de deuxième niveau (centre hospitalier préfectoral ou régional) ou troisième niveau (centre hospitalier universitaire) avec l'objectif d'une meilleure maîtrise des dépenses.

### **1.2.2 Le réseau de soins**

Il désigne la volonté des professionnels de santé à déployer une action collective et coordonnée pour répondre à un besoin spécifique d'une cible déterminée. Dans ce sens, le réseau peut s'intégrer à une filière. La notion du réseau est de plus en plus utilisée dans les actions de

préventions et de démarches thérapeutiques. C'est le cas du Maroc (Réseau des Etablissements de Soins Primaires RESSP) et de plusieurs pays en voie de développement ou même à revenu élevé qui regroupent les centres de santé ou centres communautaires dans un réseau de soins de santé de base (ou soins de santé primaires) dans un objectif d'actions ubiquitaires essentielles comme la vaccination, la santé de la mère et de l'enfant, l'éducation sanitaire etc.... La coordination avec un objectif de soins collectif représente d'ailleurs un indicateur de qualité.

### **1.2.3. Le parcours de santé**

Il désigne l'ensemble des soins avec en amont la prévention et en aval l'accompagnement (préventions primaire, secondaire et tertiaire). Il répond aux besoins de prévention médico-sociale, au maintien et au retour à domicile de l'utilisateur.

### **1.2.4. Le parcours de vie**

Il désigne l'ensemble des éléments constituant l'environnement de la personne : famille, entourage, scolarisation, logement, insertion professionnelle, etc. Cette notion a été récemment développée pour approcher l'utilisateur de manière globale et avoir une vision plus complète sur ses besoins et ses attentes.

Ainsi, comme montré ci-dessus, ces concepts voisins peuvent nourrir la trajectoire de soins mais nous considérons la notion de parcours de soins mieux adaptée au sujet de cette étude.

## **1.3. Cadre opérationnel du parcours de soins**

La compréhension et l'analyse du parcours de soins ne se conçoivent qu'en partant de la demande et donc de l'utilisateur potentiel des services de santé. Ce dernier manifeste des besoins en matière de prévention, d'accompagnement, de soin, d'accessibilité géographique, économique et sociale, de cadre environnemental favorable au processus de prise en charge médicale, de satisfaction quant à l'adéquation demande-offre et de résultats sanitaires.

Face à cela, il existe un environnement socio-économique et conjoncturel, un certain nombre de structures prestataires de services, des professionnels de santé et un modèle organisationnel sanitaire issu d'une politique sanitaire ou globale de politiques publiques. L'articulation entre les besoins de l'utilisateur, son environnement, ses attentes ainsi que la coordination des parties prenantes impliquées dans le processus de prise en charge effective du patient représentent le parcours de soins.

Le parcours de soins pour une personne ayant des caractéristiques médicales (organiques, psychiques) ou certaines conditions (sociales, économiques, environnementales, etc.), constitue donc une des trajectoires possibles qui nécessite l'action coordonnée des acteurs concernés. Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'apparition de la notion de parcours de soins. Nous présenterons dans ce qui suit une liste non exhaustive de ces déterminants :

- La transition démographique et épidémiologique avec une tendance à l'augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles (MNT);
- La contrainte financière sur les finances publiques et sur les ménages au vu de la croissance des dépenses de santé
- L'évolution des approches: d'une approche par maladie à une approche populationnelle s'intéressant au bien-être de la population d'un territoire ;
- La conscience croissante des professionnels de la santé et des patients de l'importance de la prévention dans la prise en charge des pathologies chroniques ;
- L'importance de la coordination entre les intervenants dans le cas de la prise en charge des pathologies chroniques particulièrement ;
- La spécialisation croissante des professionnels de santé et l'enjeu technologique de la médecine ;
- La volonté des usagers à avoir des soins individualisés ;
- La logique managériale imposée aux structures de santé de mutualiser leurs ressources
- L'apparition des réseaux qui permettent une prise en charge transversale des usagers ;
- L'apparition des filières de soins, qui organisent la prise en charge médicale dans une logique verticale et coordonnée ;

Les avantages du développement du parcours de soins « efficient » sont par ailleurs :

- Promouvoir l'état d'esprit de la prévention et du maintien de la santé tout au long du parcours de santé ;
- Améliorer l'accessibilité des prestations à l'utilisateur quel que soit sa situation sociale, économique, géographique, physique ou psychique ;
- Améliorer la prise en charge des utilisateurs et les accompagner dans leur choix de l'offre de santé.
- Avoir la possibilité de co-construire son parcours avec les professionnels de santé ;
- Passer de l'approche centrée autour des acteurs de santé vers l'approche centrée autour des besoins des utilisateurs ;

- Garantir la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement de l'utilisateur durant tout son parcours de soins;
- Développer la relation partenariale entre les utilisateurs et les professionnels de santé.

Si l'existence d'un parcours de soins « efficient » joue un rôle dans la performance d'un système de santé, la première question est de savoir pourquoi il n'est pas ou seulement partiellement emprunté par la majorité des utilisateurs. La seconde question est de comprendre quelle est la part attribuable de la CSU dans un parcours de soins. Les réponses à ces questions seront apportées dans les sections suivantes.

#### **1.4. Les modèles de parcours de soins**

Il existe différents modèles du parcours de soins dans le monde anglo-saxon. Nous nous intéresserons aux modèles suivants : le parcours de soins cliniques qui est le plus standardisé, le modèle de parcours de soins des maladies chroniques (enjeu majeur de la CSU) et le modèle lié au comportement spécifique de l'utilisateur.

Le premier modèle est orienté processus, il est repris par la Haute Autorité de Santé en France sous forme d'arbres de décision permettant grâce à la connaissance de la situation de prendre les décisions thérapeutiques suivantes : le meilleur soin pour un profil de patient présentant un type de diagnostic dans une situation donnée (Sebai, 2015).

Le deuxième modèle selon Sebai est orienté système, il se base sur trois mots clés ; les acteurs, les ressources et les compétences. Il stipule que le système de santé est structuré dans une communauté où sont présents des acteurs, des déterminants au sens large de la santé et des utilisateurs. Ces derniers doivent être actifs, informés et capables de se prendre en charge (notion de responsabilité) avec la collaboration d'une équipe de soins et d'accompagnement.

Le troisième modèle est orienté utilisateur. Il se base sur son milieu, son histoire de vie, ses habitudes, son expérience du système et ses besoins. Il décrit le parcours de l'utilisateur, tel qu'il a été vécu, et se focalise sur sa trajectoire propre (Sebai, 2016).

L'application du parcours de soins sur un territoire n'est pas une tâche facile, plusieurs éléments doivent être maîtrisés pour pouvoir la déployer convenablement :

- La co-responsabilité : si un utilisateur va voir un professionnel qui n'est pas en mesure de s'occuper de son cas, le médecin est dans l'obligation de savoir vers qui l'orienter. Et ce premier professionnel de santé devrait faire de son mieux pour contribuer à lui

apporter des éléments de réponses et à le mettre en lien avec le deuxième professionnel ou la structure de soins qui répondrait au mieux à sa requête.

- Dans le cas où il n'y a personne d'identifiée, le premier professionnel a la responsabilité de signaler ce manque au niveau des instances concernées (pouvoirs publics dans le cas du secteur public). C'est le principe de co-responsabilité ou de la responsabilité médicale collective.
- Le développement d'un système d'information et d'orientation des personnes. Dans ce sens, il convient de mettre en place un annuaire de ressources qui a pour objectif de répertorier tous les acteurs présents sur le territoire et qui permet aux utilisateurs de savoir qui fait quoi.
- La réflexion sur le mode de gouvernance et le développement des processus communs dans lesquelles l'utilisateur est partie prenante. Au niveau micro économique, ceci implique que l'utilisateur participe à la décision, qui, notons-le, est dans la majorité des cas familiale dans les pays à faible revenu.
- La capacité d'autoévaluation permanente par une critique constructive de l'existant et un processus d'amélioration continue.

Au Maroc, « l'itinéraire imposé » des soins pour les populations vulnérables sans couverture médicale ou Ramedistes commence par le centre de santé ou le centre de diagnostic qui devrait adresser l'utilisateur vers toutes les structures de santé hospitalières publiques en cas de besoin et fournir un feed-back au premier centre consulté par le patient. Par ailleurs, le patient non Ramediste ne dispose d'aucun point d'entrée spécifique et « établi » (ou est contraint) lui permettant donc d'entamer son propre parcours de soins. Cette situation génère des retards de diagnostic, des redondances de traitement, des sur-examens et probablement un surcoût pour l'utilisateur et les caisses d'assurance maladie. Parallèlement, la mise en place d'un état d'esprit « parcours » dépend fortement d'une volonté politique, ce qui est le cas au Maroc car la notion de parcours est inscrite officiellement dans le programme de réforme du secteur de santé au Maroc.

En effet, La loi-cadre n° 34-09 sur le schéma régional de l'offre de soins (SROS) stipule que «l'offre de soins dans le secteur public est régie par le principe de gradation des niveaux de soins qui repose sur un système de référence et de contre référence, qui régule les parcours de soins des patients en dehors des situations d'urgence». Le secteur libéral pour sa part, a depuis 15 ans, proposé le développement d'un parcours de soins qui commence par le médecin

généraliste avec un dossier médical individualisé unique de chaque utilisateur permettant un suivi du cheminement du patient dans les structures hospitalières publiques ou privées. Néanmoins, cela n'a jamais été mis en place. Les données disponibles pour le secteur privé montrent une tendance à recourir aux médecins spécialistes ce qui influence négativement l'équilibre économique des organismes de prévoyance sociale (OPS) et la charge financière supportée par les ménages.

Théoriquement, le parcours de soins dans le secteur public (filière de soins) est préétabli par le ministère de la santé qui a défini une filière de services de santé allant du centre de santé communal (soins de santé primaires) vers l'hôpital préfectoral ou provincial (soins de santé secondaires) puis vers l'hôpital régional (soins de santé secondaires spécialisés) et enfin le CHU de la région la plus proche (soins de santé tertiaires).

Dans le secteur privé, le parcours de soins n'est pas prédéfini mais implicite. En pratique il débute généralement par le cabinet médical, puis la clinique ou encore la polyclinique de la CNSS puis l'hôpital voire le CHU. Dans tout parcours de soins public ou privé, la pharmacie est un recours qui court-circuite souvent la consultation médicale particulièrement au sein des populations vulnérables et pauvres. Ceci a été confirmé dans les résultats préliminaires d'une étude menée en 2018 qui montrent que deux principaux critères semblent impacter le parcours de soins adopté par le patient : la gravité perçue de la maladie et la capacité financière/type de couverture médicale détenue (Heikel et Chafai, 2018). L'accessibilité géographique, les moyens et ressources des structures sont moins déterminants.

Au Maroc il semble que le parcours de soins n'est pas uniforme ou logique surtout pour les populations démunies. Le RAMED n'a pas été un facteur d'utilisation du parcours de soins préétabli par le ministère de la santé. Il est plutôt vécu comme un droit théorique souvent inefficace en pratique et source de frustrations. Par ailleurs, il est paradoxal de constater que depuis l'avènement de la CSU au Maroc, le recours au secteur privé s'est renforcé car la demande de soins au niveau du secteur public a augmenté de façon asymétrique par rapport à l'offre.

## **Section 2 : Vers une conceptualisation du parcours de soins intégrant l'offre, la demande et la CSU.**

Pour mieux comprendre le parcours de soins, il est important d'étudier les modèles théoriques proposés dans la littérature. Le Health Belief Model (HBM) en particulier nous semble pertinent pour éclairer les mécanismes de l'utilisation effective des services de santé.



## 2.1. Le « Health Belief Model » (HBM)

Le HBM est un modèle psychologique développé dans les années 50 par les psychologues sociaux du service de la santé publique aux États-Unis. Il a pour objectif d'expliquer, et de prévoir les comportements de santé en mettant l'accent sur les attitudes et les croyances des individus. Il s'intéresse aux comportements de santé à court et à long terme.

Un des premiers chercheurs qui s'est intéressé au comportement de l'utilisateur dans le domaine de la santé était Lewin qui a développé un modèle de décision influencé fortement par la perception de l'utilisateur. Pour l'auteur, le monde de l'utilisateur détermine son comportement (Lewin K, 1948). Rosenstock, dans une perspective de compréhension des facteurs influençant les patients ou la population à utiliser les services de santé, conclut que la décision de l'utilisateur est fortement influencée par le monde auquel il appartient, le niveau socio-économique, le niveau d'instruction, sa perception de la gravité du symptôme mais surtout par des « facteurs situationnels ».

La motivation serait une autre composante importante de la décision de l'utilisateur mais également les expériences passées qui impactent les actions présentes et futures (Rosenstock 2005). Selon Rosenstock, Strecher et Becker, le HBM est constitué des variables suivantes (Rosenstock et al., 1988<sup>a</sup>):

- *La menace perçue* : est composée de la susceptibilité et de la sévérité perçues ainsi que de l'état de santé de l'utilisateur.
- *La susceptibilité perçue* : désigne la perception subjective du risque de maladie ;
- *La sévérité perçue* : fait référence aux sentiments de gravité de contracter une maladie ou des conséquences de ne pas la traiter.
- *Les avantages perçus* : se focalisent sur l'efficacité perçue des stratégies conçues pour diminuer la menace de la maladie.
- *Les barrières perçues* : sont déterminées par les conséquences négatives pouvant résulter du parcours de soins y compris l'examen médical, les retentissements psychologiques et les dépenses financières.
- *La sélection à l'action* : il s'agit d'évènements physiques (symptômes physiques d'un état de santé) ou ambiants (par exemple médias, réseaux sociaux) qui motivent les personnes à agir (pour agir). Cette variable est un aspect du HBM qui n'a pas été systématiquement étudiée.

- *Les variables socio-démographiques et psychologiques* : Les variables démographiques, psychosociologiques et environnementales diverses qui affectent les perceptions d'un individu et de ce fait influencent indirectement le comportement relatif à la santé.
- *L'auto-efficacité* : La croyance pour l'individu de pouvoir exécuter avec succès le comportement requis pour produire les résultats désirés (Bandura , 1977).

Le HBM a été appliqué à une multitude de programmes de prévention primaire et d'éducation sanitaire notamment celle de l'éducation sexuelle (le développement des motivations pour le port de préservatif). Bien que considéré important pour modéliser le parcours de santé, il a été reproché au HBM d'omettre l'influence de certains facteurs à caractère culturel, économique, etc.

## **2.2. Un essai de conceptualisation**

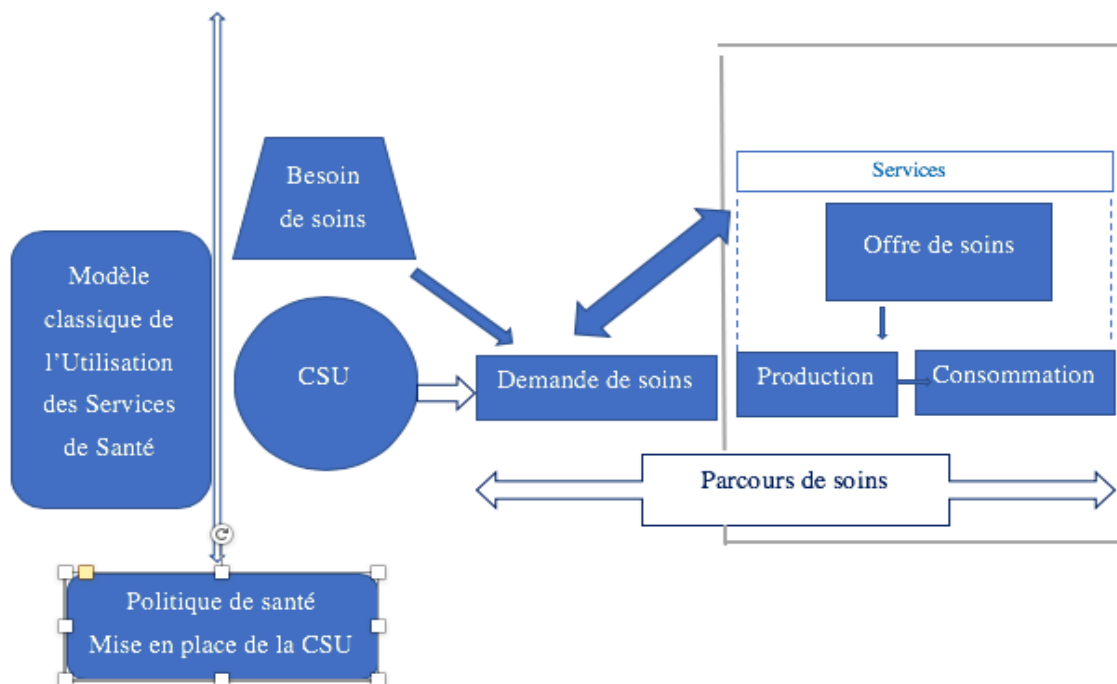
Afin de proposer un modèle susceptible de mettre en relation la couverture universelle de santé, l'offre de soins, la demande de soins et le parcours de santé, nous nous sommes inspirés du modèle développé par Salomez & Lacoste, qui stipule que la planification du système de santé est primordiale pour tout territoire (Salomez & Lacoste, 1999). En effet, selon les auteurs tout commence par un besoin de soins qui est défini comme « l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité ou ses représentants ». Ce besoin déclenche une demande de soins qui devrait être en adéquation avec une offre attractive devant faciliter la production et la consommation d'un service de qualité. Cette offre qui, à son tour, dépend d'une politique globale au cœur duquel se trouve le système de santé et des capacités et arbitrages financiers. Dans ce même continuum logique nous complétons le modèle par l'importance de la prise en compte de la couverture sanitaire universelle en tant que déterminant majeur de la demande de soins et de l'utilisation effective des services de santé.

De fait, le parcours de soins serait au centre de l'adéquation offre/demande. Horizontalement, le HBM nous permettrait de comprendre le comportement des utilisateurs pour proposer un parcours ad-hoc à leur demande de soins. Un parcours devant se baser sur une offre de « servuction » ou plutôt de « design de service » qui met le point sur l'importance de la prise en compte de la particularité des services rendus basée sur la simultanéité, la production, la consommation ainsi que la co-production de la prestation.

La pertinence de cette réflexion ne serait optimale que si les parties prenantes du secteur de la santé prennent conscience de certaines caractéristiques de l'offre de soins . C'est en l'occurrence la complexité des relations régissant le fonctionnement du système , l'environnement incertain dans lequel se développe l'offre, les relations entre les acteurs qui ne peuvent pas être toujours basées sur des contrats calculés à l'avance et finalement les problèmes de coordination entre les acteurs ainsi que l'optimisation des ressources qui devrait être supportée par les innovations technologiques et thérapeutiques .

La figure 11 ci-dessous présente une vision globale des relations entre l'offre, la demande, la CSU et le parcours de soins. Dans cette vision, le parcours de soins intègre la demande, l'offre dans ses dimensions production et consommation de services ainsi que les facteurs qui influencent la relation entre l'offre et la demande dont la CSU.

**Figure 11 : Conceptualisation des relations entre l'offre, la demande, la CSU et le parcours de soins.**



Au final, une question importante se pose et concerne « la pertinence du parcours de soins ». Une pertinence à évaluer en fonction de la relation qui s'établit entre la demande et l'offre ? Une pertinence à évaluer en fonction de l'adéquation entre la demande et le résultat sanitaire eu égard aux coûts engendrés pour le système et pour l'utilisateur ?

En fait pour que le parcours de soins soit pertinent, il faudrait que ses différentes composantes le soient. La pertinence s'entend ici dans le sens large d'un « juste coût socio-sanitaire, psychologique et économique » :

- Pertinence de l'organisation de la prise en charge pré-hospitalière et hospitalière ;
- Pertinence du système d'information pour les besoins de santé (intrants et extrants) ;
- Pertinence de l'orientation de la prise en charge ;
- Pertinence des soins et du chemin clinique ;
- Pertinence de la traçabilité des actes et du suivi ;
- Pertinence du Plan de Soins Personnalisé (intra et extra hospitalier) ;
- Pertinence de l'initiation et de l'éducation thérapeutique ;
- Pertinence de la coordination et du suivi extra hospitalier ;
- Pertinence du service médical rendu ;
- Pertinence des procédures et protocoles administratifs et logistiques ;
- Pertinence de la coordination et du suivi de la prise en charge des bénéficiaires attendus.

La conceptualisation du « parcours de soins » est essentielle dans l'évaluation de la CSU. Elle a comme réflexion de base l'intégration du préventif et du curatif avec une prise en charge plus globale de la santé de l'utilisateur à long terme (Il s'agit de passer de «to cure» au «to care»). Toute la revue de littérature démontre que les systèmes de santé les plus efficaces sont ceux basés sur le parcours de soins raisonné ou coordonné. Un parcours qui démarre chez le médecin généraliste (médecin traitant ou médecin de famille) en mesure de traiter et/ou d'orienter l'utilisateur, de tracer avec lui (le patient devrait jouer un rôle actif et responsable) son circuit et donc son parcours individualisé et qui se termine par la création d'un fichier de suivi de l'état de santé de ce dernier. L'absence d'une vision globale, intégrée et coordonnée permettant de développer une coopération entre les parties prenantes, fait perdre beaucoup de temps, d'argent et limite l'optimisation des compétences du corps professionnel de santé. Lamine et al. estiment que cette collaboration entre les professionnels de santé constitue la partie la plus difficile à mettre en œuvre (Lamine et al., 2010). Raisonner en « parcours » permettrait d'utiliser les services de santé plus rapidement, de réduire les inégalités en termes d'accès aux soins, d'optimiser et de rationaliser les coûts d'un cheminement « stochastique » et par voie de conséquence d'optimiser l'impact de la CSU.

Un parcours de soins structuré coûterait moins cher qu'un système où les patients bénéficient de soins spécialisés d'emblée ou, comme c'est le cas au Maroc, d'une trajectoire de soins « stochastique ».

### **Section 3. La gratuité des soins est-elle la réponse à l'accessibilité universelle aux services de santé ?**

#### **3.1. L'exemple français de la socialisation de la santé**

L'Organisation Mondiale de la Santé et plusieurs constitutions de pays, dont le Maroc, considèrent l'accès aux soins comme un droit fondamental. De ce fait, les pays se sont engagés à développer des mécanismes de couverture sanitaire universelle ayant pour principal objectif d'augmenter la demande de soins et de la couvrir de façon efficiente. Les études menées dans différents contextes affirment que plusieurs facteurs interviennent dans l'utilisation effective des services de santé comme le type de besoin de santé, l'accessibilité géographique, les moyens financiers, le niveau d'instruction du patient et/ou du chef de ménage, la perception quant aux compétences des professionnels de santé et la qualité de l'offre disponible (Yiengprugsawan, 2011). Néanmoins la capacité financière et la couverture médicale semblent être les déterminants majeurs également. Les coûts des services de santé sont-ils un frein à l'utilisation ? La gratuité est-elle la réponse à l'utilisation des services de santé, particulièrement dans un contexte de pays à faible revenu ?

La problématique de la gratuité des soins et la disponibilité de l'assurance maladie pour tous n'est pas récente. En effet, les questions relatives aux coûts des prestations de santé ou encore celles qui concernent le rôle de la gratuité dans l'utilisation des services de santé continuent de diviser les chercheurs et les politiciens. A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, la crise socio-économique et démographique a conduit les pouvoirs publics des pays industrialisés à conduire une réforme des systèmes de prévoyance et de protection sociale dans le but d'aider aux soins médicaux mais surtout de remettre au plus vite les personnes sur le marché du travail. L'exemple de l'évolution française est éloquent dans ce sens. Celle-ci se traduit en France par exemple par une socialisation de la protection sociale prenant la forme de l'assistance (du 15 juillet 1893) et de l'assurance ou société de secours mutuel (loi du 1<sup>er</sup> avril 1898). La première offre des soins gratuits aux personnes sans ressources s'intègre dans une stratégie politique visant à aider médicalement des individus valides ou momentanément invalides afin de les réintégrer sur le marché du travail (Froitié, 2006). La seconde, la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 dite Charte de la Mutualité

rénovent en profondeur le statut qui datait de la loi du 15 juillet 1850 et du décret du 28 mars 1852. Elle crée trois types de sociétés (libres, approuvées et reconnues d'utilité publique) et leur reconnaît un rôle actif dans la protection sociale. (Frotiée, 2006).

Ainsi en 1890, 3 % de la population totale bénéficiait d'une couverture sociale. En 1913, le taux de couverture avoisinait 17 %. Dans le même temps, la dépense de santé socialisée est passée de 8 à 140 millions de francs constants sur la période 1905-1913. D'abord réticents à ces législations accusées de nier la primauté de l'acte en termes de paiement, les praticiens vont s'organiser afin de définir un barème national s'imposant pour toutes les prestations réalisées sur des malades socialisés et de mettre en place des règles déontologiques pour éviter les pratiques de rabais. Le patient est progressivement couvert par un dispositif de socialisation et comme le précise Domin « la régulation concurrentielle s'efface progressivement devant une régulation conventionnelle primaire » (Domin, 2014). Cependant, depuis les années 70, les dépenses de santé vont croître plus que le PIB menant l'Etat à différentes formes de régulation et à d'après négociations avec les professionnels de santé dès le début des années 90 à ce jour.

Fondé sur un système d'autogouvernement du monde du travail en 1945, la protection sociale française s'est profondément « étatisée ». Pour autant, les plans Juppé, la réforme Douste Blazy, la loi Bachelot et la mise en place des Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) ou encore les mesures d'économie décidées par Marisol Touraine n'ont pas permis d'atteindre pleinement les objectifs satisfaisants pour les patients, les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé.

L'exemple de l'évolution de la politique de santé en France est important pour le contexte marocain car plusieurs textes et politiques sociales ont été « copiés-adaptés » dès le début du 20<sup>ème</sup> siècle avec des résultats souvent en décalage avec les réalités du pays. De nos jours, les politiques économiques de santé contestent ces modèles historiques de santé s'appuyant fortement sur « la logique néo-classique des incitations ». L'utilisateur « assuré » cède la place au malade gestionnaire de son capital santé (Batifoulier, 2008).

Le système marocain est ainsi pris en étau. D'un côté, en plaquant le modèle français à un contexte marocain bien différent, il importe les logiques incitatives et néo libérales qui sont fortement contestées et sont de nature à accroître les inégalités. De l'autre côté, l'OMS et la Banque Mondiale fixent des objectifs de santé difficilement réalisables par la plupart des pays à faible revenu ou revenu intermédiaire (PFRI).

Les professionnels de santé se sentent menacés dans leur autonomie qui s'estompe au fur et à mesure que les dépenses de santé augmentent et qu'une logique de maîtrise des coûts de soins s'installe. Parallèlement, les patients souhaitent accéder à un maximum de services de santé de qualité au moindre coût à un moment où le système leur demande d'être co-responsable de leur état de santé.

### **3.2. Assurance maladie, demande de soins et état de santé : un lien moins évident qu'il n'en paraît**

L'assurance maladie peut être définie comme étant le dispositif ou le processus permettant à l'utilisateur de se protéger contre les conséquences financières liées à un soin ou à une maladie. Selon Knight, l'assurance maladie est un mécanisme via lequel un assuré se protège contre la perte financière causée par une maladie, un accident ou encore une invalidité (Knight, 1921). Comme le signalent Kilbourne et al., l'assurance maladie n'était pas nécessaire dans le passé puisque les individus vivaient dans des groupes familiaux primitifs et chaque groupe prenait soin de son proche malade de manière presque automatique. La genèse d'une protection sociale est apparue quand les styles de vie ont commencé à changer, quand la dynamique familiale est devenue plus individualiste et plus complexe, quand le coût de la santé est devenu un enjeu et surtout quand les inégalités et disparités à l'accès aux services de santé se sont creusées (Kilbourne et al., 2006).

Le fait qu'un individu soit assuré permet à l'individu de se soigner et augmente le nombre d'options possibles en termes de choix de médecin ou de séances de médecins par exemple. L'assurance a un impact visible sur le choix de l'offre de santé (Batifoulier et al., 2011). De ce fait, l'assurance maladie influence l'utilisation des prestations de soins et par conséquent la demande de soins. L'assurance santé fait l'objet d'une abondante littérature mettant en avant les problèmes d'aléa moral et de sélection adverse, de partage optimal des risques entre assurances publique et privée, ou d'accès aux soins.

Le problème traditionnel en microéconomie de la santé est celui du surcoût engagé par la couverture médicale. Des individus trop bien assurés et rationnels au sens de la théorie économique seraient poussés à surconsommer du soin. Ainsi, les études en microéconomie de la santé, à partir de celles menées par Arrow (Arrow, 1963) ont révélé que les assurés ont davantage recours aux soins et aux actes de prévention qui entraîneraient systématiquement une surconsommation des prestations de santé et par conséquent, un impact sur leur bien-être social. Pauly a diffusé cette idée à partir d'un raisonnement de marché : l'assurance réduit le prix des

soins et si le prix diminue, on consomme davantage. Il défend le fait qu'un niveau de remboursement important peut pousser les gens à consommer plus de soins de santé (Pauly, 1968). Une telle conception induit une vision négative de la gratuité des soins qui est au centre de nombreux débats sur l'accès aux soins dans les pays du Sud.

La majorité des études entreprises dans le domaine de la gratuité des soins et de l'assurance s'intéressent principalement aux effets positifs de l'assurance maladie sur l'accès aux soins permettant aux utilisateurs une « solvabilisation » de la demande. Cette conception éprouvée par de nombreuses approches en sciences sociales et par des éléments empiriques est pourtant encore fortement contestée. Ainsi, comme l'économie néoclassique, Pauly attire l'attention des chercheurs sur le fait que « la hausse des dépenses » peut s'expliquer par des comportements purement opportunistes ayant pour conséquence une mauvaise allocation des ressources au détriment des biens et services non-médicaux (Pauly, 2011). Pour pallier cette distorsion de l'équilibre, la théorie économique suggère l'introduction d'une participation monétaire des assurés, sous forme de franchises ou de co-paiements (Pierre, 2018).

Dans le même registre, d'autres auteurs comme Jelovac ou Dormont et Péron se sont intéressés aux effets de l'assurance sur le prix des soins appliqués par les médecins (Jelovac, 2015 ; Dormont et Péron , 2016). Ils ont ainsi évalué l'impact d'une amélioration de la couverture d'assurance sur la décision des patients de consulter des médecins exerçant des tarifs plus importants que les tarifs réglementés. En effet, une meilleure couverture augmente non seulement les prix de l'offre de soins mais aussi et surtout le nombre de consultations. Cette évidence ne serait pas systématique du fait de l'existence « d'asymétries d'information entre les acteurs du système de santé, et notamment entre les assureurs et les assurés ». (Pierre, 2018). L'asymétrie d'information (le montant exact que l'utilisateur est susceptible de dépenser pour les soins de santé est en grande partie incertain) entraîne le phénomène d'aléa moral et d'anti sélection (Arrow, 1963; Rothschild et Stiglitz, 1976).

Le problème de couverture santé est surtout un problème d'aléa moral mettant en avant que l'assurance est nocive quand elle diminue l'effort de l'assuré à faire des actes de prévention ou à avoir des comportements économes en dépenses de santé. On distingue ainsi :

- L'aléa moral ex-ante ; il s'intéresse aux situations qui amènent l'assuré à modifier son comportement après la souscription d'une assurance. Étant assuré, l'usager est moins prudent et consomme les services de santé.



- L'aléa moral ex-post : l'assuré ne modifie pas son comportement de consommation de soins après avoir contracté une assurance. Être bien assuré le conduit à ne pas limiter les dépenses quand la maladie s'est déclarée.

Il importe de noter que l'aléa moral ex-post ainsi que ses enjeux économiques, du fait de la corrélation affirmée entre la demande de soins et le prix sont considérablement étudiés dans la littérature (Pauly, 1968 ; Newhouse, 1993 ; Chiappori et al., 1998 ; Nyman, 1999 ; Zweifel et Manning, 2010 ; Bardey et al., 2002 ; Buchmueller et al., 2004 ; Albouy et Crepon, 2007).

En revanche, l'aléa moral ex-ante qui s'intéresse aux dépenses engendrées avant la maladie est considéré comme marginal (Pierre, 2018). Ce n'est pas l'assurance qui détruit les efforts de prévention sinon les mieux assurés seraient ceux qui consomment le moins de prévention. C'est exactement le contraire que l'on observe.

La relation entre assurance maladie et consommation de soins a été étudiée sous différents angles. Certains auteurs ont utilisé un modèle d'équations simultanées et ont montré que la couverture médicale et l'assurance complémentaire influencent positivement la demande de soins (Caussat et Glaude, 1993). D'autres défendent le développement d'une couverture incomplète où une partie des charges des soins est payée par l'assuré pour modérer ses dépenses de santé (Shavell, 1979). D'autres enfin mettent l'accent sur le motif d'accès aux soins en contredisant la conception dominante, pour insister sur le fait que l'assurance ne relève pas d'un effet prix mais d'un effet revenu. Elle fonctionne comme un surcroît de revenu qui permet aux malades et à eux seulement d'acquérir du soin (Nyman, 1999).

Par contre l'absence d'assurance induit de la paupérisation. C'est dans cet esprit que ce qui a retenu l'attention, aussi bien des institutions internationales comme l'OMS, la banque mondiale ou certains experts, ce sont les dépenses catastrophiques de santé qui peuvent conduire les utilisateurs à devenir pauvres en recourant à la vente de leurs biens personnels ou à un emprunt bancaire (Annear et al. 2006). Pour ceux qui ne le peuvent pas, ils vont obligatoirement renoncer à des soins nécessaires et recourir éventuellement à des soins traditionnels.

La gratuité des soins ne parvient toutefois pas à s'imposer si on fait « entrer dans l'équation » l'état de santé du patient. L'assurance permet de consommer du soin davantage qu'en cas d'absence d'assurance mais cette consommation permet-elle d'améliorer l'état de santé ? Des chercheurs ont mené des études qui ont montré que la gratuité des soins et l'assurance maladie ont un impact négatif ou nul sur l'état de santé. Ils ont aussi révélé que dans le cas de la France,

l'état de santé des bénéficiaires est considérablement moins bon que celui du reste de la population (Kasper, Giovannini et Hoffman, 2000 ; Le Fur et Perronnin, 2003 ; Raynaud, 2003).

Ces études empiriques portant sur l'impact de l'assurance maladie sur l'état de santé de l'assuré sont assez rares. La première est l'expérience randomisée de référence qui examine les effets de l'assurance maladie sur la santé des bénéficiaires été réalisée entre 1974 et 1982 aux États-Unis et nommée Expérience RAND Health Insurance Experiment. Cette expérience a étudié près de 4000 personnes dans 2000 ménages. Certaines familles ont été assignées au hasard à un régime de soins gratuit, tandis que d'autres ont reçu l'un des nombreux plans nécessitant des co-paiements variables (10%, 20%, 40%). L'étude a révélé que les personnes affectées à un régime de partage des coûts recherchaient moins de traitement que celles bénéficiant d'une couverture complète. Elle a révélé que l'instauration d'un co-paiement peut être sans effet sur l'état de santé s'il reste faible.

Cette étude qui ne peut pas être reproduite du fait de son coût sert de légitimation aux dispositifs de réduction d'assurance via les co-paiements. Elle plaide contre la gratuité des soins. Pourtant, elle a été fortement critiquée aussi bien du fait de ses biais méthodologiques que de ses ancrages socio-politiques (Batifoulier, 2015). D'autres études empiriques ont montré des résultats contraires à ceux de l'enquête de la Rand (Chandra et al., 2010). Elles ont montré ainsi que le défaut d'assurance a des effets négatifs sur les soins qui peuvent être essentiels. Baisser le niveau d'assurance ne réduit pas uniquement les soins superflus, il peut nuire à la santé. Le défaut d'assurance a aussi un effet négatif sur les finances car les renoncements aux soins pour des raisons financières se traduisent par des retards de soins *in fine* plus coûteux (Batifoulier, 2013).

Plusieurs travaux contradictoires ont montré soit une relation négative significative entre l'assurance maladie et les dépenses de santé (Jowett , Deolalikar et Martinsson , 2004 ; Berkman , Glass , Brissette et Seeman , 2000) soit une relation inverse (Anderson et Peter , 2000). En 2004 une étude menée par Jowett a montré que les utilisateurs disposant d'une assurance sont plus susceptibles de faire appel à des services de soins de santé alors que les non bénéficiaires hésitent même sur la décision de consulter ou non (Jowett et al., 2004). Enfin il faut signaler que dans certaines situations, l'assurance permet probablement de garantir une stabilité du niveau de vie et une forme de sécurité pour les ménages.

### **3.3. Le leurre ou l'utopie de la gratuité des soins ?**

La théorie économique dominante de l'assurance santé est une théorie des pays riches. Elle cherche à discréditer l'assurance complète pour en faire la cause des gaspillages. C'est aux Etats-Unis qu'elle est le plus développée. Le cadre institutionnel y est formaté par le débat entre une assurance ou pas d'assurance. En Europe, c'est la quantité d'assurance publique et la part laissée aux assurances privées qui fait débat. Toute l'analyse vise à faire de la gratuité un leurre (Sagot-Duvauroux, 2006). Donner des soins gratuits seraient une politique perverse car elle encouragerait à une consommation inutile.

Ces analyses du Nord sont souvent plaquées sans ménagement aux pays du Sud. Pourtant la gratuité a fait ses preuves. Les études réalisées par la banque mondiale et l'OMS confirment que le financement élevé des soins de santé par les utilisateurs, y compris dans certains pays riches, est une cause majeure de leur pauvreté (OMS, 2018). De façon plus empirique, Legarde et al. ont défendu l'idée que le paiement d'une partie, ne serait-ce que symbolique, des soins de santé diminue fortement l'accès aux soins des usagers en général et des pauvres en particulier. En effet, l'exemple de la lutte contre le paludisme au Kenya est illustratif : 75% des enfants ont eu accès à un traitement contre les parasites lorsqu'il était proposé gratuitement contre 19% seulement lorsqu'une participation « symbolique » de 0,30 dollars américains était demandée (Legarde et al, 2011).

L'expérience du Mali est également intéressante puisque la gratuité des traitements contre le paludisme, organisée par l'État, a permis de prendre en charge 30% de malades en plus en période de forte transmission de la maladie bien que la consultation soit resté payante (0,30 et 0,45 euros).

Cela ne signifie pas que la gratuité soit irréprochable. Ainsi, Heinmüller a bien montré que lorsque les autorités ont supprimé le paiement de la prise en charge du paludisme, le nombre de malades pris en charge a triplé (Heinmüller et al., 2012). Mais d'autres experts en santé publique, stipulent que la couverture sanitaire universelle et la « gratuité des soins pour tous » ne bénéficient pas en priorité aux utilisateurs qui ont en le plus besoin (Victora et al. 2000). Ces politiques bénéficieraient en premier lieu aux groupes sociaux favorisés. Une autre étude menée en 2012 sur 35 pays montre que les pays ayant été les précurseurs pour améliorer la couverture des accouchements assistés sont aussi ceux qui ont été en mesure de réduire les inégalités sociales (Victora et al. 2012).

Enfin la qualité est considérée comme un autre facteur influençant le prix des soins puisque la gratuité entraîne de facto une augmentation de la demande dans les hôpitaux publics. Cette augmentation de la demande induit une augmentation de la charge de travail pour le personnel qui n'a pas plus de moyens ni plus de ressources. Une situation qui serait inéquitable car elle conduit à une double peine puisque ce sont les pauvres qui sont le plus malades, et ceux qui sont moins conscients des enjeux de la prévention. De fait, ils utiliseront moins les services de santé lorsqu'ils devront le faire comparativement à ceux qui sont en meilleure santé et qui ont un niveau socio-économique plus élevé (Batifoulier et al., 2013).

Ce que l'on peut retenir c'est que les recherches théoriques et empiriques sur la gratuité des soins et l'impact de l'assurance sur la demande de soins restent encore sujet à débat. La majorité des études sont centrées sur l'utilisation de l'offre de soins ou encore sur les dépenses catastrophiques et sont focalisées sur les pays à faible revenu. Dans ces pays, les études ont confirmé que le paiement est un frein à la demande de soins alors que la CSU influencerait positivement cette dernière. Néanmoins certains chercheurs précisent que la politique de gratuité des soins ou d'assurance maladie n'a au fond jamais existé dans le sens où les consommables/médicaments étaient rarement donnés aux utilisateurs sans « une contribution personnelle » pour assurer leur prise en charge (Audibert et al., 2003).

Le financement de la santé dans les pays à faible revenu n'est en fait qu'une légalisation d'un système contributif direct ou indirect des ménages où l'État est plus un partenaire voire un associé minoritaire plus qu'un contributeur exclusif ou majoritaire. À cet effet certains chercheurs invitent à un changement de paradigme pour un « nouveau » système de soins, celui du passage des concepts biomédicaux classiques, de la « pseudo-gratuité » financée par l'État, de l'importation de modèles du Nord à la prise en compte des dynamiques endogènes (Boidin et Guennif, 2018). Évidemment le choix du paradigme dépendrait fortement du contexte du pays et de sa vision politique et la loi de la contingence prendra le dessus dans chaque cas. Ainsi, toute stratégie de financement devrait prendre en compte les besoins de santé, l'adéquation demande et offre et surtout les spécificités socio-économiques et politiques du territoire.

## **Section 4 : Demande de soins et couverture sanitaire universelle**

### **4.1. La demande de soins et la préoccupation financière**

Le souci financier représente un déterminant majeur de la demande de soins, particulièrement pour les populations vulnérables, et nous l'avons clairement retrouvé dans notre travail. Ces dernières années tous les organismes onusiens et la Banque Mondiale ont rappelé que l'objectif majeur dans toute mise en place d'une CSU a toujours été la protection financière de tous les utilisateurs ayant besoin de soins (Wagstaff et al., 2018). Dans la littérature, nombreux sont les auteurs qui se sont penchés sur la question du financement des soins notamment Gertler et al., qui affirment que le prix et le revenu représentent des déterminants de demande de santé (Gertler et al., 1987).

Pour leur part Waddington et Enyimayew affirment que la demande de soins baisse significativement avec la hausse des prix de santé (Waddington et Enyimayew, 1989). Mwabu et al., suite à leurs travaux sur les utilisateurs au Kenya, arrivent à la conclusion selon laquelle une augmentation des prix des soins de santé de 1% avait baissé le recours aux soins dans les centres de santé étudiés de 38% entre 1989 et 1990 (Mwabu et al., 1993). Bethume et al. ont rapporté dans des études menées en République démocratique du Congo, qu'une hausse de prix se traduit automatiquement par une baisse de demande de soins (Bethume et al., 1989). Au Mozambique, Munguambe et al. affirment que même une faible hausse des prix des soins impacte négativement et de manière substantielle la demande en particulier chez les populations pauvres ou vulnérables (Munguambe, 2016). Au Nigéria, Oladigbolu et al. ont parachevé la réflexion en montrant que même une faible contribution au coût des soins impacte négativement et de manière substantielle la demande de soins en particulier chez les utilisateurs pauvres (Oladigbolu et al., 2018). Ces résultats sur les pays du Sud confortent ceux obtenus dans les pays du Nord : la hausse du coût des soins pour les assurés diminue le recours aux soins.

Au Maroc, la mise en place de la CSU et du RAMED pour les plus modestes, a entre autre objectif théorique de diminuer le coût des soins pour le patient. On devrait alors s'attendre à une augmentation du recours. Or, ce n'est pas ce que nos résultats ont montré. La couverture disponible pour les pauvres et vulnérables, et dans une moindre mesure pour les bénéficiaires de l'AMO, est restée théorique à bien des égards. Les patients se déclarent largement insatisfaits. La baisse promise du coût des soins par la mise en place du RAMED ne s'est pas réalisée. Le recours n'a augmenté que vers les organismes privés qui sont beaucoup plus chers. Cette augmentation du recours s'est donc traduite par des paiements en croissance par l'assuré.

L'offre de soins publique s'est retrouvée de facto incapable de répondre à une forte demande qui a dû mécaniquement, eu égard au nombre, utiliser les structures privées à un prix plus élevé que celui « du marché ».

Ainsi la hausse des prix des prestations est due à la distorsion entre demande et offre et non pas à une fixation par l'État d'une nouvelle tarification. De plus, les charges financières dans le secteur public ; représentées par les montants déboursés pour couvrir les autres soins ou prestations que ceux gratuits définis dans le cadre de la couverture médicale de base, sont devenues « artificiellement élevées » pour une patientèle vulnérable et pauvre plus nombreuse. Elle a remplacé en un temps record la patientèle de la classe moyenne qui était relativement solvable.

Hormis la variable « prix », la variable transport doit être considérée pour analyser l'accessibilité aux soins et semble jouer un rôle dans la demande de soins. De nombreuses études ont montré que les coûts de transport représentaient une part importante du coût total supporté par les patients pouvant aller jusqu'à 28% (Frew et al., 1999). Au nord-est du Brésil, ils représentent 25% du coût total (Souza et al., 2000). Au Bangladesh, par exemple, le transport est un poste de dépense de santé essentiel chez les femmes utilisant les services de santé (Aya et al., 2017). Schwartz et al. affirment qu'aux Philippines les femmes accouchent chez elles et ne vont pas dans un centre de soins parce que la distance avec le centre de santé le plus proche est considérable (Schwartz et al., 1996). En Ouganda (Amooti-Kaguna et Nuwama, 2000) et en Thaïlande, (Raghupathy, 1996) la même observation a été faite: la distance est la raison pour laquelle les femmes choisissent d'accoucher à domicile plutôt que dans un centre de santé. Segall et al., se sont intéressés aux ménages les plus pauvres et ont conclu que souvent cette catégorie d'utilisateurs a moins accès à un moyen de transport en situation de maladie (Segall et al., 2000).

Au Maroc, notre étude a montré que le coût du transport pour accéder à un service de santé semble faible si on le rapporte aux frais d'hospitalisation (3%) mais il est élevé si l'on considère l'offre ambulatoire (20% dans l'urbain et 30% dans le rural).

En synthèse de cette analyse, le prix des prestations de soins, les frais liés au transport vers les établissements sanitaires influencent le processus de demande de soins. Dans quelle mesure une couverture partielle ou un prix plancher des prestations ou du transport détermineraient une utilisation effective des services de santé est une piste de réflexion.

Les résultats de notre étude objectivent une attitude réservée vis-à-vis du système de santé, parce que ce dernier est perçu par les utilisateurs sur la base de la variable financière qui représente un élément majeur de la perception globale du système de soins. L'image du système de santé est essentiellement « conduite » par la perception du coût des soins décrit comme une source d'angoisse particulièrement par ceux qui n'ont aucune couverture médicale. Les marocains s'accordent tous sur le fait que cette perception du coût de la santé au Maroc est liée au côté imprévisible des frais à payer et surtout au RAC (reste à charge) ou frais supplémentaires à déboursier tant dans le privé que dans le public.

Car au-delà du fait que la santé soit un « bien de première nécessité » dans une perspective « maslowienne », la santé devrait être repensée comme un « bien public commun » dont il faudrait convenir d'un juste partage des coûts (Boidin, 2014).

#### **4.1.1. Le côté imprévisible du coût**

L'étude a montré que le côté imprévisible du coût est la dimension la plus angoissante du parcours de soins. Les patients ont du mal à estimer le prix global d'une consultation ou séjour hospitalier du fait qu'il est presque toujours majoré par des actes supplémentaires notamment les examens paracliniques tels que l'imagerie médicale et les examens biologiques. Par ailleurs, et c'est le plus surprenant, le coût des médicaments qui est normalement déterminé par un prix fixe PPM (Prix Public Maroc) ou PH (Prix Hôpital) est impossible à prévoir durant une hospitalisation et peut dépasser toutes les prévisions du patient. Sa part dans la facture globale ou les écarts observés entre l'hospitalisation publique et privée n'ont pas d'explication scientifique ou rationnelle. Nous avons également noté que dans les villes n'ayant pas des offres de soins diversifiées comme les villes d'Agadir, Tétouan ou Béni-Mellal, la perception du coût de la santé est encore plus négative que dans les autres villes puisque les tarifs des prestations sont plus élevés sans que cela ne puisse être justifié par le coût de la vie ou le niveau socio-économique des ménages.

D'autre part, l'hospitalisation est l'exemple par excellence de cette dimension imprévisible du coût de la santé. Dans le secteur public, mis à part les coûts fixes payés à la caisse et prévisibles, il existe des coûts variables imprévisibles liés à :

- l'acte médical : délai de rendez-vous et accès ;
- la durée passée à l'hôpital qui peut être plus longue que prévue en raison de plusieurs examens paracliniques devant être réalisés en externe ;

- l'achat du matériel nécessaire à l'acte, souvent indisponible à l'hôpital ;
- l'achat des médicaments particulièrement ceux qui ne figurent pas dans la liste des médicaments disponibles à l'hôpital ;
- les coûts des tests : une grande partie des examens spécialisés ne se font pas dans les hôpitaux préfectoraux ou régionaux mais dans le secteur privé ;
- les sommes d'argent données en « extras » par le patient et sa famille durant tout le parcours.

Dans le secteur privé, le manque de transparence de la part de certaines cliniques est source d'incompréhension, de frustration et souvent de colère et d'insatisfaction. Ce manque de transparence concerne la justification des montants sur la facture finale, le détail des prestations et leur coût, les médicaments et les gestes dont le patient n'a pas compris l'utilité ou constaté l'utilisation. Les modes de paiements des professionnels de santé, qui sont intervenus lors du processus de soins, parfois nébuleux, contribuent également à ce manque de transparence. Néanmoins malgré ce reproche justifié dans beaucoup de situations vécues, le secteur privé reste le recours privilégié (dès que les moyens financiers le leur permettent) des marocains quel que soit leur niveau socio-économique et leur type de couverture médicale.

#### **4.1.2. L'accessibilité géographique**

Les données relatives au milieu de résidence, aux conditions socio-économiques et particulièrement celles liées à l'accessibilité géographique sont au cœur de plusieurs travaux s'intéressant aux pays en voie de développement et aux populations vulnérables (Karemere et al., 2017 ; Beaussier, 2017 ; Tang et al., 2015 ; Richard et al., 2016 et Hailemariam, 2016). Nous avons constaté des résultats similaires dans notre étude avec une perception du coût global d'un parcours de soins qui varie en fonction de la localisation géographique de l'offre.

En effet, les utilisateurs vivant en milieu urbain sont moins touchés par la contrainte du transport. Cependant même en milieu urbain, on constate que les populations les moins aisées sont plus angoissées par rapport à la localisation géographique particulièrement quand il s'agit d'une urgence le soir. Une frustration beaucoup plus présente dans les petites villes que dans les grandes villes de Casablanca ou Rabat. Ceci pourrait être expliqué par une offre plus large, à la fois publique et privée, ainsi que par une plus grande disponibilité des moyens de transport dans les grandes villes.



Dans le milieu rural, le transport et les coûts afférents constituent une part importante dans le coût global du parcours de soins comme nous l'avons vu précédemment dans les pays d'Amérique latine et également en Afrique. Ce coût dépend de la distance avec le lieu de résidence, de la durée du traitement ou de l'hospitalisation et est en général doublé du fait que le patient est en général accompagné d'un membre de la famille. A ces charges de déplacement s'ajoutent des charges de logement et d'alimentation. Hormis le coût du transport dans le milieu rural, la faible disponibilité des moyens de transports adaptés telles que les ambulances voire même de taxi explique l'angoisse supplémentaire et le niveau de prix pratiqué en raison d'une demande supérieure à l'offre. Ainsi, les personnes cumulent les difficultés : elles ont des difficultés d'accès géographique et sont en général vulnérables sur le plan économique. Elles devront aussi chercher un moyen de transport rare et auront à payer un tarif plus élevé qu'un tarif urbain. La CSU n'a pas changé ces fortes difficultés

#### **4.1.3. Le régime de couverture détenu**

Le pouvoir d'achat et le revenu semblent être des facteurs déterminants dans la décision de demande de soins. La disponibilité d'un régime de couverture détermine grandement la perception des utilisateurs par rapport aux coûts des prestations. Les usagers bénéficiant d'un régime de couverture médicale de base, sont angoissés car ils ne savent pas toujours ce qu'il couvre (préventif et curatif ?) à quelle hauteur (% de la facture à payer) et jusqu'à quel plafond (au Maroc il n'y a pas de plafond pour l'AMO et le RAMED mais il existe pour les assurances privées) (Tipirneni et al., 2018). Par contre, les mutuelles privées donnent plus ou moins un sentiment de sécurité en raison des possibilités de choix des structures de soins, du taux de remboursement intéressant, fixé généralement à 80%, et de la prise en charge effective des soins spécifiques et des examens complémentaires. Néanmoins, cette sécurité est parfois biaisée en raison du RAC qui demeure important après la prise en charge des coûts par la mutuelle. Notre étude a montré qu'une grande partie des utilisateurs détenant ce type de couverture était plus à même d'être satisfaite par les services de santé mais reste tout de même critique relativement aux frais de santé et particulièrement au reste à charge. Ce phénomène est assez particulier au Maroc et concerne un des effets pervers de la Couverture Médicale de Base (CMB) puisque le Tarif National de Référence (TNR) n'est que partiellement pratiqué dans le privé. Ainsi, la contribution complémentaire du patient assuré peut atteindre jusqu'à 50% du montant de la facture globale. Par ailleurs, même pour cette partie de la population couverte par une mutuelle, on retrouve de grandes appréhensions par rapport au rejet du dossier, au retard de remboursement ou de la prise en charge.

En ce qui concerne le RAMED une partie, bien que minoritaire, des patients est satisfaite de l'existence du régime en tant qu'acquis social mais il est clairement perçu comme étant beaucoup moins efficace que les autres régimes à réduire la charge financière liée aux frais de santé. Le RAMED, bien que permettant d'avoir des soins de santé autrefois inaccessibles même dans le secteur public, reste synonyme de délais d'attente, de non accès à des services de qualité et des médicaments onéreux perçus comme plus efficaces et d'un RAC plus ou moins important. Il est de fait perçu comme un régime ouvert à des prestations basiques pour les pauvres et les démunis.

D'après notre étude, la perception des usagers du coût de la santé jugé comme « source d'angoisse » et d'« insatisfaction » est déterminée par trois variables : le côté imprévisible du coût, la localisation géographique et le régime de couverture détenu. Ces éléments qui impactent négativement la perception des usagers en rapport avec le coût de la santé pourraient éventuellement être dépassés si, d'une part, le secteur public apportait des changements notables sur les infrastructures, les ressources humaines et le service rendu au patient. Et, d'autre part, le secteur privé devenait plus transparent, honnête et présent de manière équitable sur la majorité des territoires. En outre, la lutte contre la corruption est une condition sine qua none dans tous les secteurs.

Nous verrons plus loin que le déterminant couverture médicale dans l'utilisation des services de santé agira comme médiateur de la perception des coûts futurs puisqu'il constitue une sorte de « bon de réduction ». La couverture médicale est davantage considérée comme un facteur permettant le choix d'un secteur (public ou privé) qu'une réelle protection financière contre les coûts des services de santé.

#### **4.2. L'utilisation des services de santé et la couverture médicale**

Près de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé de base. Environ 100 millions de personnes vivent dans la pauvreté avec 1,90 USD ou moins par jour. Le financement des soins de santé occupe 10% ou plus du budget de 12% de la population mondiale (800 millions de personnes) (OMS, 2019). Les États membres des Nations Unies visent la couverture sanitaire universelle d'ici 2030. Ceci nécessitera l'optimisation des moyens financiers mobilisables capables de répondre à une demande de plus en plus importante des populations démunies et à l'augmentation des coûts des services de santé. Mais le financement n'est qu'un aspect de la réussite d'une CSU, il faut les mesures d'accompagnement qui vont

d'une vision politique et des besoins de la population, à l'utilisation et à l'utilité de la couverture médicale lors du parcours de soins .

L'impact de différents régimes d'assurance maladie dans de nombreux pays sur l'utilisation effective des services de santé montre généralement un effet positif. ». Sood et al. n'ont trouvé aucun effet statistiquement significatif de l'assurance maladie à base communautaire sur l'utilisation des services de santé en Inde (Sood et al., 2014). Ils ont fait valoir que cela pourrait être dû à leur incapacité à préciser les conditions médicales couvertes par l'assurance, ce qui aurait pour effet de diluer un véritable effet potentiel. D'autres auteurs ont montré l'impact de couverture maladie sur l'augmentation de la fréquentation des services de santé particulièrement pour les démunis (dépistages et traitements curatifs de base) (Finkelstein, 2002; Ross et Mirowsky, 2000; Meer et Rosen, 2004) et mis en évidence une probabilité plus élevée de bénéficier d'une consultation médicale périodique (Culica et al., 2002; Leal et al., 2005 ; Naimi et al., 2006 ; Yeo et Jeong, 2012 ; Sun et al., 2014 ; El-Haddad et al., 2015).

A l'inverse, l'absence d'assurance maladie a un impact significatif sur la décision de consultation individuelle et l'utilisation des services de santé (Jowet et al., 2004). En Iran, l'usage des services de santé dépend du statut d'assuré ou non. Ainsi l'absence d'assurance maladie réduit de 50% le recours aux services de santé et le recours au médecin est plus fréquent en milieu urbain (Abdi et al., 2018).

Dans le cas du Maroc, l'absence de couverture médicale est la situation la plus critique car non seulement l'utilisation des services privés est payante sans aucune prise en charge, mais en plus l'accès au secteur public n'est pas totalement gratuit (cas du RAMED).

Le Ramediste constate que la gratuité à un prix : celui de l'attente, de la pénurie des moyens techniques l'obligeant à un moment de quitter la filière de soins public pour un parcours de soins privé (Heikel et Chafai, 2018 ; Radi S , 2019). En fait, l'assurance maladie ou couverture médicale ou couverture sanitaire universelle devraient être des facteurs explicatifs d'un comportement de l'utilisateur dans sa dimension demande, consommation ou satisfaction. Lorsque l'offre n'est pas en adéquation, la couverture médicale ne joue plus son rôle de régulateur d'un parcours de soins mais plutôt un outil pouvant à un temps déterminé permettre un accès aux soins. Au vu des résultats observés dans notre étude, la couverture médicale a une utilité mais limitée tant dans le public que dans le privé. 26,9% des Ramedistes consultent les cabinets privés ou les cliniques sans pouvoir utiliser leur couverture médicale (car non acceptée)

ce qui n'est pas le cas des bénéficiaires de l'AMO ou d'une assurance privée (71,1% et 82,5% respectivement) constituant ainsi une nouvelle forme d'iniquité (Tableau 87).

**Tableau 87: Choix du service de santé selon le mode de couverture**

		Catégorie SS				Total
		CS	Hôpital	Cabinet Médical	Clinique	
Privé	Effectif	23	10	150	5	188
	% dans Prive versus Autres	12,2%	5,3%	79,8%	2,7%	100,0%
	% dans Catégorie SS	3,5%	5,3%	16,9%	12,2%	10,7%
	% du total	1,3%	0,6%	8,5%	0,3%	10,7%
AMO	Effectif	96	43	323	18	480
	% dans Prive versus Autres	20,0%	9,0%	67,3%	3,8%	100,0%
	% dans Catégorie SS	14,8%	23,0%	36,5%	43,9%	27,2%
	% du total	5,4%	2,4%	18,3%	1,0%	27,2%
RAMED	Effectif	246	100	121	6	473
	% dans Prive versus Autres	52,0%	21,1%	25,6%	1,3%	100,0%
	% dans Catégorie SS	38,0%	53,5%	13,7%	14,6%	26,8%
	% du total	14,0%	5,7%	6,9%	0,3%	26,8%
Sans couverture	Effectif	283	34	292	12	621
	% dans Prive versus Autres	45,6%	5,5%	47,0%	1,9%	100,0%
	% dans Catégorie SS	43,7%	18,2%	33,0%	29,3%	35,2%
	% du total	16,1%	1,9%	16,6%	0,7%	35,2%
Effectif Total		648	187	886	41	1762
% dans Prive versus Autres		36,8%	10,6%	50,3%	2,3%	100,0%
% dans Catégorie SS		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% du total		36,8%	10,6%	50,3%	2,3%	100,0%

Khi-carré de Pearson 307,314 ; p-value .0000

Clairement une assurance maladie obligatoire publique est essentielle pour plusieurs pays particulièrement ceux à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) car plusieurs effets positifs sont indéniables comme le montre le tableau suivant (Tableau 88).

**Tableau 88 : Impact de la couverture médicale dans certains pays a RF/I**

(source : adapté de Vuong K-H et al., 2018)

Pays	Type de couverture	Effets positifs	Pas d'effets ou effets inverses
Maroc	Etat obligatoire, communautaire, privé)	- Augmentation de l'USS pour une catégorie et surtout vers le secteur privé	- Effets pervers sur l'USS (Utilisation des Services de Santé) dans le secteur public - Pas d'effets santé - Pas d'effets sur les DDM
Burkina Faso	Communautaire	- Augmentation de l'USS - Réduction des dépenses catastrophiques	- Effets neutres chez les adultes - Effets négatifs sur la santé chez les + de 65 ans
Ghana	Volontaire	- Effet positifs sur l'USS	
Mexique	Volontaire	- Réduction des dépenses de santé	
Pérou	Etat obligatoire	- Augmentation de l'USS	- Effets négatifs sur les DDM
Colombie	Etat obligatoire	- Augmentation de l'USS - Réduction des DDM - Effets sur la santé des mères et nouveaux nés	
Inde	Communautaire	-	- Réduction de l'USS - Effet neutre sur les DDM
Cambodge	Communautaire	- Augmentation de l'USS - Réduction des DDM	- Pas d'effet sur la santé
Vietnam	Volontaire	Augmentation de l'USS	Pas d'effet sur les DDM
Philippines	Volontaire	Effet sur la santé	
Chine	Volontaire	Effet sur l'USS chez les plus de 65 ans	Pas d'effet sur la mortalité Pas d'effets sur le DDM

Même si le défi majeur des pays à revenu intermédiaire ou faible reste lié à la gouvernance et à l'existence d'un système d'information performant, c'est le développement des soins de santé primaires (services de santé communautaire de prévention primaire et secondaire) qui garantirait le plus l'aboutissement et la pérennité de la couverture sanitaire universelle (OMS, 2019). Des soins de santé primaires structurés sont d'autant plus importants que la prévalence

des maladies non transmissibles (diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale, obésité et maladies mentales) est en progression constante depuis 10 ans.

L'organisation des soins de santé primaires et leur coordination dans le cadre d'un parcours de soins coordonné et dans le cadre d'une CSU, allégerait l'impact financier des soins, optimiserait l'état de santé des individus et assurerait l'efficacité et l'efficience du système de santé. La conception d'un régime d'assurance médicale devrait ériger les soins de santé primaires comme premier contact entre le patient et le système de santé aboutissant ainsi à une équité entre patients de différents niveaux socio-économiques quant à l'accessibilité aux services de santé de premier recours (services de base et urgences). Au-delà des prestations curatives, les activités de prévention primaire sont essentielles dans le cadre des maladies non transmissibles (programme d'éducation et de promotion pour la santé, dépistage) et permettent de réduire leur charge morbide (Sumriddetchkajorn et al., 2019). Elles constituent une des principales raisons de l'instauration d'une couverture médicale. A travers le monde les MNT sont source d'aggravation des iniquités sociales et d'appauvrissement des populations ce qui explique l'importance donnée à différentes interventions de réduction des risques (Ding et al., 2016).

Néanmoins plusieurs études montrent que seulement 6% des pays à faible revenu contre 85% des pays à revenu élevé ont mis en place au sein de la moitié des centres de santé, les outils de base permettant le dépistage des principales MNT (poids, taille, prise de pression artérielle, analyse d'urine, analyse de la glycémie ou du cholestérol capillaire) (WHO, 2017). C'est probablement le premier chantier que doit entreprendre le Maroc pour redonner aux centres ambulatoires publics en réseau avec les cabinets privés leur place centrale dans le système de soins. C'est l'approche la moins coûteuse et celle qui aidera à la réduction des dépenses catastrophiques de santé des ménages comme c'est le cas des pays à revenu élevé. L'analyse des parcours de soins des MNT au Maroc présenté dans la sous-section suivante illustre bien le chemin qui reste à faire.

#### **4.3. Le parcours de soins des MNT : un parcours stochastique et coûteux**

Étudier les parcours de soins implique de se focaliser sur un territoire de santé spécifique et d'identifier les services et les ressources de santé utilisés dans les différentes structures de santé. L'analyse des parcours de soins y compris les soins de santé, le soutien et le traitement, est nécessaire pour aider les patients, les professionnels de la santé et les décideurs. Les résultats

de notre étude montrent que les maladies non transmissibles mènent à un parcours de soins stochastique et coûteux. Dans cette section nous allons traiter plus particulièrement de trois cas : le cancer, l'hypertension et le diabète qui constituent à eux trois, avec l'insuffisance rénale chronique, 50% des dépenses de l'AMO.

#### **4.3.1. Cas du parcours de soins du patient cancéreux**

Au Maroc la couverture médicale de base est avantageuse en matière d'affection longue et coûteuse (ALC) et d'affection de longue durée (ALD) comparativement à l'assurance maladie classique. Comme nous l'avons expliqué auparavant ceci est dû à au taux de remboursement de 100% dans les structures publiques et à l'absence de plafond.

Mais dans la réalité le parcours du cancéreux est complexe et coûteux pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la demande est largement supérieure à l'offre. De plus, on assiste à une iniquité régionale dans la disponibilité des centres anticancéreux qui sont au nombre de 21 dans tout le pays. Ainsi, alors que l'on compte 40000 nouveaux cas annuels, seulement 15000 sont pris en charge tous secteurs confondus. De plus, le délai entre la première consultation et le diagnostic est supérieur à 6 mois dans 27% des cas alors que 74% des patients sont perdus de vue après la deuxième année de prise en charge.

Ensuite, le RAMED ne prend pas en charge les frais de déplacement ou encore certains examens non disponibles dans les structures publiques comme nous l'avons vu dans l'étude qualitative et quantitative (tableau 24). En découle un recours important à l'endettement et/ou à la solidarité familiale. A cela il faut rajouter un certain nombre de coûts qui sont à la charge du patient comme les thérapies paramédicales complémentaires (physiothérapie, soins esthétique, psychologie, acupuncture, ostéopathie, etc...), le matériel prothétique supplémentaire (soutiens-gorge pour prothèses externes, perruque, etc)... Néanmoins cette double charge morbide et économique dans le cas du cancer existe de façon ubiquitaire avec des impacts différents (Lauzier, 2013 ; O'Neil, 2015. Les dépenses directes peuvent ainsi devenir un obstacle aux soins de même que les coûts indirects ou encore un parcours imposant une multitude d'intervenants (Fu, 2012 ; Allaire et al., 2016 ; Ekweme et al., 2016 ; Sagar, 2017).

#### **4.3.2. Cas du parcours de soins du patient hypertendu**

L'HTA est un problème majeur de santé publique et la dernière enquête nationale a montré une prévalence chez les adultes de près de 29,5% (SETPWISE 2018). Les principaux résultats de cette enquête en matière de parcours de soins relatifs à l'hypertension artérielle montrent que

le tiers des marocains n'ont jamais mesuré leur pression artérielle, 53,7% des hypertendus ne prennent pas de traitement et 3,4% d'entre eux ont recours à la médecine traditionnelle.

Les résultats de notre étude montrent que le parcours du patient hypertendu n'est pas unique. Différents parcours sont empruntés par le patient comme cité dans la littérature (Naheed et al., 2018). Ainsi au Maroc, une partie des patients choisit la pharmacie comme premier recours. Souvent, les patients ne sont pas « observants » des traitements. Ils font des rechutes car ils interrompent les médicaments une fois qu'ils se sentent mieux puis s'adressent de nouveau aux pharmacies. Très souvent le patient hypertendu ne consulte dans les établissements de soins qu'à l'occasion de complications aiguës. Il peut également arriver que le patient s'adresse en premier aux établissements de soins publics puis à la pharmacie et enfin bascule vers le système de santé privé faisant du parcours un chemin chaotique. Un parcours impacté par les dépenses liées au transport et au temps perdu. Autant de coûts indirects qui entravent la bonne prise en charge de l'hypertension artérielle.

Une situation qui ressemble à celle observée au Bangladesh où trois circuits de soin sont empruntés par les patients lors de la découverte de leur hypertension artérielle : les services de soins hospitaliers spécialisés lorsque les symptômes sont aigus, les établissements de soin privés et les pharmacies pour les symptômes non aigus et la découverte fortuite lors de la prise en charge d'une autre pathologie (Naheed et al., 2018). Par ailleurs, les résultats de l'étude qualitative montrent que la relation médecin-patient est également un facteur de réussite de la prise en charge de l'hypertension artérielle. De fait, certains patients accusent le temps insuffisant qui leur est consacré dans les établissements publics. Le temps passé avec le médecin traitant est ainsi l'une des principales motivations des patients qui sous-tend la fréquentation du système privé. D'autres patients estiment par contre qu'ils sont mieux pris en charge et à moindre coût dans les pharmacies en raison des relations privilégiées qu'ils entretiennent avec le personnel des officines

Au Maroc, de nombreux obstacles se dressent face à la prévention, la gestion et le contrôle de l'hypertension artérielle, notamment l'insuffisance des mesures de dépistage, les coûts élevés des traitements, la faible communication entre les professionnels de santé et les patients et le manque de confiance des patients dans les services de santé.

Sont aussi rapportés d'autres facteurs comme l'insuffisance des établissements de soins, l'indisponibilité des médecins, les transports, les longs délais d'attente et les pénuries de



médicaments (Legido-Quigley et al., 2019). Selon Khatib et al. (Khatib et al, 2014), les facteurs entravant la prise en charge du patient hypertendu diffèrent. Les professionnels de soins estiment que les obstacles résident dans le manque de ressources de travail et dans l'importance de la charge de travail, alors que pour les patients, les distances éloignées, les difficultés de transport vers les établissements de soins de santé primaires constituent les principales raisons de l'insuffisance d'une prise en charge efficace de l'hypertension artérielle.

Les obstacles à une bonne prise en charge de l'hypertension artérielle semblent concerner les pays de tous niveaux de revenus. Selon Legido-Quigley et al., l'amélioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle passerait par la facilitation de l'accessibilité aux soins, la réduction des coûts de transport et du ticket modérateur, le renforcement de l'observance des traitements et une meilleure communication entre les professionnels de soins et les patients (Legido-Quigley. et al., 2015).

De fait, la contrainte financière demeure le principal frein à une prise en charge adéquate. La réduction du ticket modérateur ou du RAC dans l'expérience de certains pays comme les États-Unis, la Finlande, Israël et le Brésil a conduit à l'amélioration du traitement de l'hypertension artérielle. Selon Maimaris et al., la réduction du ticket modérateur dans le paiement des médicaments antihypertenseurs améliore ainsi l'observance du traitement et donc le contrôle de l'hypertension artérielle (Maimaris. et al., 2013). Dans une étude menée par Fang et al. aux États-Unis, les personnes hypertendus n'ayant pas d'assurance santé avaient moins accès aux médicaments et faisaient moins de visites médicales chez leur médecin traitant que ceux qui étaient bien assurés (Fang et al., 2016). A ce titre, selon Norris et al., les prévalences élevées d'hypertension artérielle sont dues non seulement à une prise en charge insuffisante mais également à la mauvaise connaissance des patients de leur état de santé et de l'utilité de l'assurance santé (Norris et al., 2016).

#### **4.3.3. Cas du parcours de soin du patient diabétique :**

En Afrique subsaharienne, le coût du diabète passerait de 19,5 milliards de Dollars à une fourchette allant de 35 à 59 milliards de Dollars en 2030 (Atun et al, 2017 ; Moucheraud et al, 2019). Dans cette région, de nombreux patients n'ont pas de système d'assurance maladie et les dépenses générées par le diabète et ses complications sont à la charge directe des ménages (Moucheraud. et al, 2019) qui payent ainsi un lourd tribut en raison d'un parcours de soins défaillant. Cette situation est d'autant plus alarmante que quatre diabétiques sur cinq vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (Mutymbizi., et al., 2018). L'Afrique alloue

7% de son budget de santé au diabète : 3,4 milliards \$US contre 5,5 milliards prévus en 2040. Ces chiffres sont toutefois incertains car 66,7% des patients diabétiques en Afrique ne sont pas diagnostiqués. Au Maroc, les coûts directs et indirects liés au diabète se situaient entre 5,9 et 8,2 milliards par an en 2012 (Boutayeb et al, 2013). Ils sont aujourd'hui estimés à 12 Milliards de dhs et représentent 12% de l'ensemble des dépenses des ALD (ANAM, 2017). Les coûts indirects sont souvent supérieurs aux coûts directs et sont liés à la perte des revenus, à l'invalidité et au décès prématuré.

Selon Moucheraud et al., l'étude du coût du traitement du diabète dans les pays à revenu faible et intermédiaire a montré une grande hétérogénéité dans les résultats obtenus (Moucheraud. et al., 2019). En fonction des pays étudiés, le coût d'une visite médicale effectuée en ambulatoire oscille entre 5 et 40 US\$ (moyenne de 7 US\$), le coût annuel des hospitalisations par patient varie entre 10 et 1000 US\$ (moyenne : 290 US\$), les bilans biologiques de laboratoire par patient coûtent annuellement entre 5 et 100 US\$ (moyenne : 25 US\$), le coût annuel des médicaments par patient est de 15 à 500 US\$ (moyenne : 177 US\$). Le coût lié à la prise en charge des complications est par ailleurs très élevé dans tous les pays. Cette différence dans les chiffres relevés indique qu'il existe des « opportunités d'économies » qui méritent d'être analysées. C'est ce que nous avons observé dans notre étude entre la prise en charge du diabète à l'hôpital et la clinique : 3062,64 dhs versus 22257,16 soit 7 fois plus. Cette différence, due essentiellement au coût du séjour et des médicaments, témoigne non seulement de l'iniquité mais également d'une nécessaire révision du parcours de soins. L'inégalité socioéconomique en termes de prise en charge du diabète serait liée à une augmentation de son incidence et de sa morbi-mortalité chez les personnes de bas niveau socioéconomique malgré la couverture sanitaire universelle qui n'est pas un facteur discriminant dans le contexte marocain.

En synthèse de cette section, comme on a pu le voir, le parcours de soins des trois MNT présentés est coûteux et chaotique. Les difficultés d'accès, les coûts indirects, le ticket modérateur ou encore le RAC sont autant d'obstacles à une prise en charge efficace de ces pathologies. Selon Sortsø et al., au-delà de l'accessibilité aux établissements de soins, il est nécessaire de tenir compte également de la notion « d'accès réalisé » (« realized access ») qui renvoie directement à l'usage effectif des services de santé disponibles. En effet, l'usage effectif de ces services peut être empêché ou restreint pour des raisons organisationnelles (ex : accessibilité géographique) ou financières (paiements directs par les patients) malgré la couverture universelle. Aussi, un niveau socioéconomique élevé, surtout associé à un niveau

d'instruction élevé, est un facteur déterminant dans le recours à certains services ambulatoires, de réhabilitation et de consultations de spécialistes au sein des soins de santé primaires (Sortsø et al., 2017). La structuration du parcours de soins des MNT doit s'inscrire dans une perspective globale de leur prise en charge intégrée car les facteurs de risque et les éventuelles complications de ces dernières se croisent. Ces maladies non transmissibles doivent bénéficier de programmes de prévention primaire communs notamment en termes de promotion des mesures hygiéno-diététiques et de sensibilisation quant au suivi régulier et aux dépistages recommandés.

Les outils connectés ou encore la télémédecine figurent parmi les solutions envisagées dans les pays pauvres pour réduire les coûts du parcours de soins en termes de transport, de délais d'attente et d'accès aux consultations spécialisées (Fagherazzi et al., 2018). Au Maroc depuis 2015, une expérience est en cours pour lutter contre les déserts médicaux (Dahir n° 1-15-26 du 29 rabii II 1436 (19 février 2015) complété par un décret entré en vigueur en juin 2018) et qui prévoit les 5 actes de la télémédecine : téléconsultation, télé expertise, télésurveillance, téléassistance et régulation médicale. Néanmoins cela ne règle pas l'accès aux médicaments ou encore la pénibilité du parcours pour ceux et celles ayant un besoin d'hospitalisation.

Enfin, la prise en charge des principales MNT repose largement sur l'amélioration du mode de vie, par la lutte contre la sédentarité, un régime riche en fruits et légumes, pauvre en sel et en graisses saturées et la lutte contre le tabagisme. Au Maroc seulement le tiers des personnes souffrant de MNT ont reçu des conseils préventifs de la part des professionnels de santé du secteur public ou privé (Stepwise, 2018). L'hospitalisation des patients souffrant de MNT peut être évitée si les soins de santé de première ligne sont efficaces et précoces faisant de l'ambulatoire public et privé le point clef de la gestion des MNT. A ce titre, une coordination public-privé pourrait améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Khan et al., 2018) et ceci est particulièrement vrai dans le cas marocain.

#### **4.4 La contribution «catastrophique » des ménages au financement des dépenses de santé**

Les utilisateurs se sentent plus au moins protégés du risque financier s'ils disposent d'une couverture médicale et c'est la logique globale assurantielle. Cette dernière permettrait au bénéficiaire de se prémunir contre les conséquences financières liées à un soin ou une maladie. Ceci n'est totalement vrai qu'en théorie. Il s'agit en fait d'une « fausse sécurité car le patient

est un co-payeur pour ne pas dire un coactionnaire d'une « SARL assurantielle ». La couverture médicale contribue également à creuser les inégalités entre ceux qui ont un niveau socioéconomique élevé et sont en bonne santé et ceux qui sont vulnérables et plus malades (Batifoulier, 2015).

La France est l'un des pays où la contribution directe (out of pocket) des ménages aux dépenses est la plus faible (78% par l'assurance maladie obligatoire et 13% par la complémentaire). En effet, ces derniers contribuent en moyenne à 8% des dépenses de santé contre 24% pour les ménages en Espagne et 15% pour la Grande Bretagne. Il est de fait difficile de tirer une conclusion définitive sur l'impact de l'assurance maladie sur la protection financière, très probablement en raison des différences entre les programmes d'assurance maladie et les « marchés sanitaires ». La majorité des pays africains, et ceux à revenu faible ou intermédiaire dont le Maroc, vivent le problème de la contribution excessive des ménages aux dépenses de santé (out of pocket) qui varie de 40 à 70%. Le principal financeur du système n'est pas l'État mais directement le patient et cela laisse au patient le choix de l'offre puisqu'il en est le payeur. C'est à notre avis un élément qui explique en partie le côté « stochastique » du parcours de soins.

En raison des enjeux socio-économiques pour les pays, plusieurs institutions comme l'OMS et la Banque Mondiale s'intéressent aux nouveaux enjeux de certains ODD à savoir une couverture sanitaire universelle n'entraînant pas de dépenses catastrophiques pour les bénéficiaires. En effet, des dépenses de soins importantes peuvent conduire à un appauvrissement des utilisateurs qui vont renoncer à des soins essentiels scientifiques et recourir le cas échéant à des soins traditionnels aggravant l'iniquité (Annear et al., 2010).

Dans le cas du Maroc, le manque de moyens financiers ne conduit pas vers la médecine traditionnelle mais plutôt vers le secteur public qui est le « parent pauvre » du système.

Et c'est tout le paradoxe d'une situation qui positionne le secteur public comme recours par défaut financier (non solvabilité) et non pas par logique de type de couverture santé ou par choix.

Dans les pays où la mise en place de la CSU a coïncidé avec une organisation parallèle de l'offre, les effets sur la contribution des ménages se sont fait ressentir comme c'est le cas en Thaïlande. Ainsi, les paiements directs par ménage sont passés d'un niveau de 35% du total des dépenses de santé avant la mise en place de la CSU à 15% entre 1994 et 2010. L'incidence des

dépenses de santé catastrophiques (les paiements directs supérieurs à 10% des dépenses totales des ménages) a régressé de 50% pour se situer à 3% à la fin de la première décennie de la CSU (Tangcharoensathien et al., 2014).

Au Maroc, la contribution globale des ménages est à hauteur de 63,3%. La gratuité du service public est un terme rejeté par la majorité des personnes interrogées qui considère que la « pseudo-gratuité » a un coût. Un résultat démontré pour les cancéreux au niveau du CHU de Fès et qui est probablement valable également pour les autres MNT comme le diabète et l'HTA (Ababou et Benkirane, 2019). Les bénéficiaires de l'AMO, du RAMED ou les sans couverture ont tendance à renoncer aux soins dans le secteur public au profit du secteur privé. Les raisons du renoncement au secteur public sont pour tous principalement dues à une offre publique qui ne répond pas aux attentes. Pour les plus vulnérables, se rajoutent des procédures administratives d'octroi de la carte RAMED complexes. Plus précisément, le cas du Ramediste est une bonne illustration d'une couverture sanitaire qui n'a pas suffisamment allégé la contribution financière des ménages. Le secteur privé refuse d'accepter la carte RAMED, mais accepte le « Ramediste payant », en raison d'une quasi-certitude de non-paiement par l'ANAM des actes délivrés. Finalement, le Ramediste se retrouve dans une situation « paradoxale » car c'est lui qui paye le plus alors qu'il ne devrait rien déboursier. S'il est très pauvre, seul l'hôpital de proximité l'accueillera gratuitement selon les moyens limités dont il dispose, mais le patient devra payer les frais d'un parcours de soins et les prescriptions non disponibles à l'hôpital. S'il est vulnérable il aura d'abord contribué par une cotisation annuelle au régime RAMED et essaiera jusqu'à hauteur de l'emprunt ou de la solidarité familiale d'accéder à l'offre de soins privée.

En effet, lorsque l'on réalise une analyse régionale du dernier service utilisé, dans neuf régions sur douze le principal contact avec le système de santé est réalisé avec le secteur privé dans 44,8% (Annexe H, Tableau H3).

Même dans des pays riches et avec une expérience de plus d'un demi-siècle de couverture médicale, 30% des patients couverts renoncent à certains soins pour des raisons de procédures ou du fait de restes à charge prohibitifs (Champetier de Ribes, 2018).

Il est logique de considérer que la couverture sanitaire augmente l'utilisation des services de santé, renforce la protection financière des ménages et améliore l'état de santé. Néanmoins, plusieurs travaux à ce sujet ne sont pas concluants et ne retrouvent pas ce « continuum »

(Erlangga et al., 2019). En effet quelques études dont celle de Nguyen au Vietnam (Nguyen et al., 2001) de Sparrow en Indonésie (Sparrow et al., 2013), de Bernal au Pérou (Bernal et al., 2015) ou encore celle de Raza en Inde (Raza et al., 2016) ont montré un effet neutre ou négatif de la couverture médicale qui a parfois paradoxalement engendré une augmentation des dépenses directes des ménages. Dans d'autres pays, les traitements non couverts par l'assurance (Alkenbrack., 2015) peuvent expliquer l'absence de réduction des dépenses de santé non remboursées

Ainsi comme c'est le cas au Maroc, l'assurance maladie, lorsqu'elle existe (AMO ou privée), n'est pas toujours associée à une protection financière car cela dépend de la pathologie, des modalités et niveau de protection et du reste à charge pour les ménages (Levine., 2016 ; Fink et al., 2013 ; Grogger et al., 2015). Comme l'aborde ce travail, les défis auxquels sont confrontés les pays à revenu faible ou intermédiaire comme le Maroc sont liées à l'inadéquation de l'offre, à la faible allocation des ressources, à une dépendance trop élevée de la contribution des ménages, à une faible gouvernance, à une faible confiance dans le système dont l'impact est plus patent chez les personnes pauvres et vulnérables (Kankeu et al., 2013 ; UN Economic and Social Council, 2016).

La variabilité ou l'hétérogénéité de l'impact de la couverture médicale sur la contribution des ménages peut s'expliquer par les différences dans l'organisation des systèmes de santé, dans les modalités de leur financement et dans la vision d'universalité et d'accès de soins. Les défis restent souvent liés aux aspects économiques : quelles formes de contribution ? quels niveaux de cotisation ? quels restes à charge ? quelles modalités de remboursement ou de paiement ? quelle influence des prestataires de service ? Ce dernier élément continue de poser des problèmes aux organismes de prévoyance sociale et aux gouvernements car sa non maîtrise engendre les déséquilibres financiers déclencheurs de réformes pas toujours populaires.

#### **4.5. La CSU et le rôle des prestataires de soins**

Aussi bien le salariat des médecins ou le système de paiement par capitation peuvent créer un biais dans l'évaluation des effets de l'assurance maladie. Le premier par un effet de rendement minimum et le second par un effet incitatif comme montré dans le cas au Burkina Faso par exemple (Robyn et al., 2012 ; Fink et al 2013). D'autres mécanismes incitatifs interviennent clairement et interagissent avec les systèmes de paiement classiques comme l'attractivité économique du secteur privé.

Au Maroc un système « ambivalent informel non légal » permet aux professionnels de santé du secteur public, qui continuent d'être payés par l'État, d'exercer dans le secteur privé créant ainsi des insuffisances dans les infrastructures sanitaires publics et un renforcement de l'activité du secteur privé. Ce système « vicieux » en vigueur au Maroc montre que le renoncement aux soins dans le secteur public se fait au profit du privé en raison des problèmes organisationnels, du manque de moyens techniques mais aussi à cause du « déplacement régulier » du personnel paramédical et médical de l'hôpital public vers la clinique privée. C'est une forme d'incitation organisationnelle officieuse du système à l'utilisation des services de santé privés (Ma et Mak, 2019).

D'autres modèles de comportement des prestataires existent comme l'incitation à l'utilisation des techniques, des outils diagnostics, de traitements plus coûteux ou la prescription d'exams systématiques (Cheng , 2015 ;Yang , 2015 ; Eijkenaar., 2013).

#### **4.6. Comprendre le mimétisme familial en matière d'utilisation des services de santé**

Notre étude s'est intéressée aux ménages et à leur comportement de santé mais également au parcours de soins individuel. Tous les résultats convergent pour montrer l'existence d'un mimétisme familial. Les individus adoptent un comportement similaire par rapport à celui du ménage auquel ils appartiennent, même si un autre comportement leur serait plus avantageux.

Ce qui est intéressant de noter c'est que l'individu se comporte comme la personne ayant la meilleure couverture. Si un individu du ménage détient une assurance privée toutes les personnes du ménage adopteront son parcours de soin. Même si on ne détient pas la meilleure couverture on se comporte comme si on avait la meilleure couverture.

Ce mimétisme est décrit dans la littérature en ce qui concerne le type de couverture et le parcours d'USS des membres d'une même famille et particulièrement dans le cas des enfants qui « miment » le comportement de leurs parents (Doherty, and Allen, 1994).

Il existe des interactions entre le statut assuré ou non des membres d'une même famille, leur usage des soins de santé et leur état de santé. Dans les familles à faible revenu, le statut assuré des parents augmente les chances des enfants d'être également assurés. L'usage des soins de santé par les enfants est lié aux propres expériences des parents. A titre d'exemple, des parents qui n'utilisent que très peu les services de santé influenceraient le comportement de leurs

enfants dans le même sens et de manière plus importante qu'une assurance santé insuffisante (The National Academies of sciences engineering medicine, 2002).

Même s'il n'existe pas de schéma consensuel sur les facteurs de choix des services de santé, c'est surtout le conseil par un proche, la confiance et la couverture/prix qui influencent l'USS d'un service de santé plutôt qu'un autre (Haileamlak, 2018). Les familles se positionnent clairement comme des déterminants influençant les choix des services de santé. Le recours à un service de santé de type « médecin généraliste » serait lié au niveau d'instruction des parents sachant que notre étude a révélé que ceux qui ont les moyens préfèrent consulter un spécialiste. Même observation dans le choix de services d'urgences relevant d'établissements publics qui est plus rare chez les enfants ou les membres d'un foyer de parents diplômés.

En Chine, l'usage des services de santé par les enfants mimerait celui des parents avec le risque de devenir excessif si ce dernier l'est aussi. Par ailleurs, un revenu économique élevé des parents induirait un usage important des services de santé (Zhang et al. ; 2017).

L'étude de tels modèles relatifs au mimétisme et au comportement de santé permettrait de comprendre le rôle de l'assise culturelle et de la dynamique familiale dans le parcours de soins. C'est encore plus vrai dans le cas du Maroc où les régions sont culturellement différentes, sont dotés différemment en moyens et ont des enjeux de CSU et de vulnérabilité différents. Intégrer cette composante familiale devra faire partie des éléments de nature à optimiser ou contrôler les déterminants de l'USS.



### **Encadré 11 : Conclusion du Chapitre 11**

La couverture médicale influence de façon variable la demande de soins et l'utilisation des prestations de santé mais les enjeux pour les populations pauvres ou vulnérables restent encore liés à l'accès aux services de santé de base, aux capacités de l'offre, aux dépenses catastrophiques des ménages, à leur reste à charge et à l'iniquité. Au vu des résultats observés dans notre étude, la CSU est un outil qui n'a pas favorisé l'utilisation effective des services de santé publics car le secteur privé est un choix premier pour une grande partie des ménages aggravant leurs dépenses catastrophiques de santé. Les raisons sont factuelles et trouvent leur origine dans les iniquités inter secteur, inter régions et dans l'inadéquation de l'offre. La majorité des pays africains, et ceux à revenu faible ou intermédiaire dont le Maroc, vivent le problème de la contribution excessive des ménages aux dépenses de santé avec un « out of pocket » supérieur à 40% et qui est de 63.3% pour le Maroc. Le côté « stochastique » et dispendieux du parcours de soins, en raison d'une utilisation fréquente du privé, est la conséquence d'une offre étatique de soins non adaptée. Le secteur public est pour les pauvres et les vulnérables un recours par défaut non pas par logique de couverture médicale ou par choix. Les inquiétudes des utilisateurs concernant la crédibilité du système public, la qualité des soins de santé et le coût imprévisible des services de santé détériorent l'image de l'État acteur et régulateur sanitaire et aggravent la paupérisation globale du système. La CSU a créé un système « paradoxal » dans lequel les plus vulnérables, dès qu'ils peuvent se le permettre, quitte à s'endetter, renoncent aux soins dans le secteur public au profit du secteur privé.

Pour la CSU la stratégie a été peu efficiente et le coût social pourrait être supérieur à la facture globale des dépenses en santé au Maroc.

- L'État n'a pas respecté les textes qui régissent la couverture médicale de base (CMB) en termes de tarif national de référence (TNR), base de remboursement de tout acte médical ou paramédical révisable tous les trois ans, puisque les tarifs sont obsolètes depuis 2009.
- L'État n'a pas fait respecter certains principes du statut de la fonction publique à savoir que les professionnels de santé du secteur public ne peuvent exercer dans le secteur privé
- L'État n'a pas instauré un schéma régional de l'offre de soins et un parcours de soins coordonné incluant le secteur privé (loi 34-09)
- L'État n'a pas donné les moyens suffisants et évalué l'utilisation optimale de ces derniers pour que l'offre de soins publique soit en adéquation avec les exigences de la CSU.

## **CHAPITRE 12 : Quels modèles de CSU ? Une discussion à partir du cas du Maroc**

Comme nous l'avons exposé tout au long de ce travail, au Maroc la CSU n'est pas le déterminant majeur de l'utilisation effective des services de santé et il n'y a pas eu surconsommation des services de santé. Elle n'a pas non plus été un facteur d'allègement des dépenses catastrophiques de santé, ni un élément de satisfaction des utilisateurs alors que sa raison d'être a été le renforcement de l'accès, la réduction des dépenses de santé par les ménages, la réduction de l'iniquité, la satisfaction par rapport au service reçu et l'amélioration globale de la santé. Une réforme est donc nécessaire pour que la CSU puisse remplir sa mission initiale. Dans ce chapitre, nous dressons les contours d'une réforme de la CSU. La première section présente les attentes des marocains issus de notre étude sur le terrain et qui doivent nourrir toute réforme visant la CSU. La deuxième section insiste sur la nécessité de bien connaître le parcours d'utilisation des services de santé comme prérequis à une planification réussie de la CSU. La troisième section s'intéresse aux modèles de CSU et aux expériences de différents pays notamment les PED. La quatrième section enfin est consacrée à notre proposition de réforme

### **Section 1 : Les attentes pour une refonte de la CSU à partir des besoins des utilisateurs**

Les attentes des utilisateurs, soulevées lors de l'enquête qualitative et confirmées par l'étude quantitative, même si elles s'apparentent davantage à un cahier de doléances, permettent de nourrir la réflexion sur les pistes de réforme de la CSU.

Ces attentes concernent le système de santé dans sa globalité et plus spécifiquement le secteur public recours pour la majorité des Ramedistes et des sans couverture médicale .

#### **1.1. Attentes vis à vis du secteur public**

Les attentes vis-à-vis du secteur public s'organisent autour de trois sources de frustration majeures qui se rapportent aux infrastructures, aux ressources humaines et aux prestations délivrées.

Au niveau des infrastructures on retrouve les attentes suivantes :

- Une augmentation de l'offre de soins à travers : une augmentation du nombre d'unités de soins (non ambulatoires) principalement les hôpitaux provinciaux, régionaux et les centres hospitalo-universitaires réputés pour leur expertise et une augmentation de la capacité litière dans ces unités de soins.
- Une amélioration de l'état général des structures de soins à travers notamment la rénovation des bâtiments et l'hygiène mais également à travers la mise à disposition en plus grand nombre des équipements et du matériel médical.
- La mise à disposition sans conditions ni débours de la part du patient du matériel nécessaire en cours d'hospitalisation et pour la réalisation des interventions

Les attentes relatives aux ressources humaines peuvent être regroupées en deux axes :

- Un axe quantitatif : plus de médecins et de personnel paramédical pour répondre à la demande
- Un axe qualitatif dans lequel on retrouve la lutte contre la corruption et le clientélisme, le développement d'une culture centrée sur le service au patient et la garantie d'un plus grand niveau d'expertise du corps médical dans les villes en dehors de l'axe Casablanca-Rabat.

Au niveau des prestations les attentes sont pour une prise en charge rapide et plus fluide des patients. Cela inclut notamment une planification plus optimale des rendez-vous qui tienne compte des conditions spécifiques des patients. Dans le même sens, on retrouve une attente pour un service en continu des centres de santé (7 jours sur 7 et 24h/24) qui assurerait également les urgences médicales de proximité.

## **1.2. Attentes vis à vis du secteur Privé**

En ce qui concerne le secteur privé les attentes se focalisent sur les cliniques qui cristallisent beaucoup de frustrations. Plusieurs attentes ont trait plus ou moins directement à la dimension coût :

- Plus de transparence au niveau des coûts des prestations délivrées
- Une plus grande « honnêteté intellectuelle » de la part du corps médical pour éviter les actes médicaux inutiles.
- Une revue à la baisse des tarifs des médecins spécialistes

Le reste des attentes se focalise sur la prestation et concerne :

- Plus de médecins spécialistes et plus d'expertise dans les villes qui se situent en dehors de l'axe Rabat-Casablanca
- Une gestion optimale des rendez-vous pour réduire le temps d'attente dans les salles d'attente des médecins qui est jugé trop élevé.
- Un service d'urgence de jour comme de nuit dans les cliniques sans coût supplémentaire

### **1.3. Attentes vis à vis de la CSU autre que le RAMED**

On constate des attentes plus ou moins similaires vis-à-vis des régimes de couverture médicale autres que le RAMED qui s'organisent autour de deux axes :

Le plus important concerne le remboursement des frais des prestations médicales pour une prise en charge des frais plus importante :

- Raccourcissement des délais de remboursement. Un délai de 10 jours est souvent avancé ;
- Augmentation du taux de remboursement à 90% ;
- Relèvement des plafonds de remboursement notamment en ce concerne les soins dentaires et les prestations d'optique ;
- Inclusion des ascendants dans les personnes couvertes par l'assurance ;
- Une prise en charge en amont par l'assurance des frais des prestations à travers la mise en place d'un système de cartes qui permettrait d'identifier l'assuré. Le patient ne payerait alors chez le prestataire que la quote-part qui lui revient.
- Retirer les limites d'âge appliqué actuellement dans certains cas

Les procédures de gestion des dossiers de maladie qui gagneraient à être plus souples et plus simples :

- Assouplissement des modalités de remboursement des frais
- Facilitation de la procédure de demande de prise en charge.
- Décentralisation du service de la CNOPS et élargissement du champ d'intervention des délégations régionales

#### **1.4. Attentes vis à vis de la « CSU des pauvres » : un RAMED revalorisé**

L'analyse des attentes exprimée par rapport à la prise en charge des frais de santé par le RAMED fait ressortir une revendication pour une plus large/meilleure prise en charge globale du Ramediste qui rapprocherait un peu le RAMED de l'AMO. Cette amélioration de prise en charge passe par un élargissement des prestations couvertes par le RAMED pour inclure les examens complémentaires réalisées en dehors des structures hospitalières publiques. En effet, compte tenu de l'état des infrastructures et de la disponibilité limitée de l'offre d'exams spécifiques dans les structures de santé publiques, les Ramedistes sont souvent contraints d'effectuer un certain nombre d'exams complémentaires en externe qui ne sont pas remboursés. La prise en charge des frais de médicaments (à hauteur de 50% au moins) et des soins dentaires fait partie également des attentes ainsi que la gratuité de la carte RAMED pour tous les bénéficiaires quel que soit leur profil. Dans le même sens, on relève une demande de pouvoir bénéficier de la couverture du RAMED sur l'ensemble du territoire et pas seulement dans la zone de résidence

Au-delà on note dans le discours des patients rencontrés du ressentiment par rapport au service reçu dans les structures publiques et une attente pour plus de valorisation et de considération du patient Ramediste par le personnel médical et prise en charge plus rapide.

### **Section 2 : Connaître les parcours d'utilisation des services de santé : un prérequis pour une planification réussie de la CSU**

#### **2.1. Utilisation des services de santé au Maroc : cadre conceptuel**

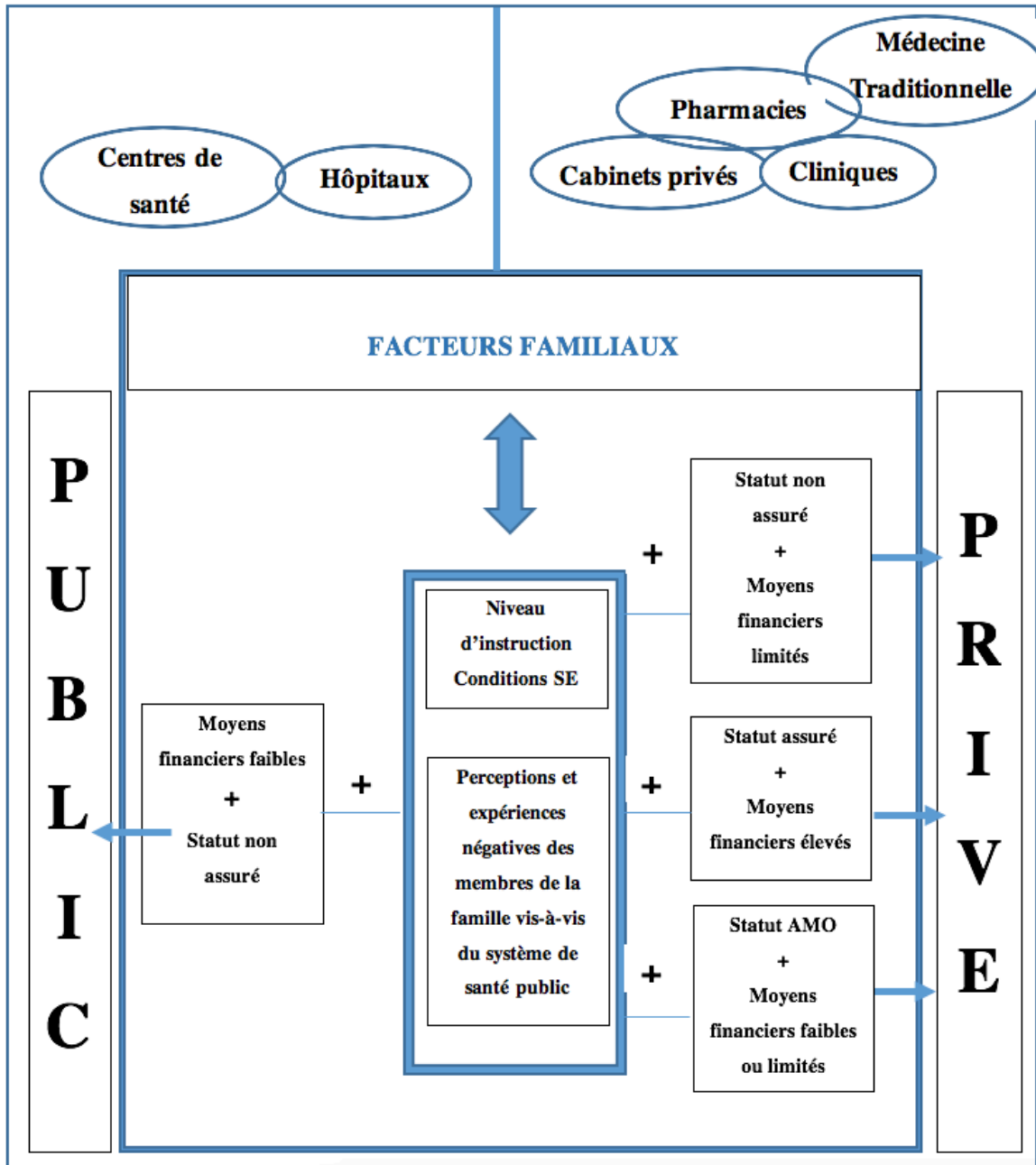
L'utilisation des services de santé au Maroc est déterminée comme dans beaucoup de pays par un ensemble d'éléments parmi lesquels les conditions socio-économiques, le niveau d'instruction, la couverture médicale, l'expérience passée, la demande et l'offre de soins.

La couverture médicale ne joue un rôle crucial que lorsque l'offre est en adéquation avec les besoins. Instaurer une CSU sans une offre qualitative et quantitative adaptée, sans des services de santé de proximité pour une accessibilité géographique, sans une stratégie visant à réduire le RAC conduit inexorablement à un échec multidimensionnel . On constate ainsi au Maroc l'échec d'une politique sans planification, l'échec d'une accessibilité des services de santé aux plus vulnérables, l'échec de la capacité et de la performance du système hospitalier public, l'échec d'une politique RH et l'échec de la satisfaction des patients et de leur famille.

La CSU au Maroc s'est voulu un instrument de solidarité, de réduction des iniquités sociales et de positionnement du secteur public comme acteur principal de la délivrance des services de santé; elle a maintenu voire aggravé les iniquités, conduit une majorité de marocains vers le secteur privé, engendré des effets paradoxaux dans le parcours de soins et paupérisé le système et les bénéficiaires les plus vulnérables (Figure 12).

Comme le révèle notre étude, la vulnérabilité et la pauvreté d'une part, le niveau d'instruction et les moyens financiers d'autre part, expliquent le type de recours aux soins. Les expériences vécues et la disponibilité d'une couverture médicale jouent également un rôle. Néanmoins, c'est davantage la conjonction de ces différents facteurs qui explique l'utilisation effective des services de santé avec une propension plus élevée vers le secteur privé comme le montre la figure 12.

Figure 12 : Relations entre les conditions socio-économiques, la CSU et l'offre de soins au Maroc



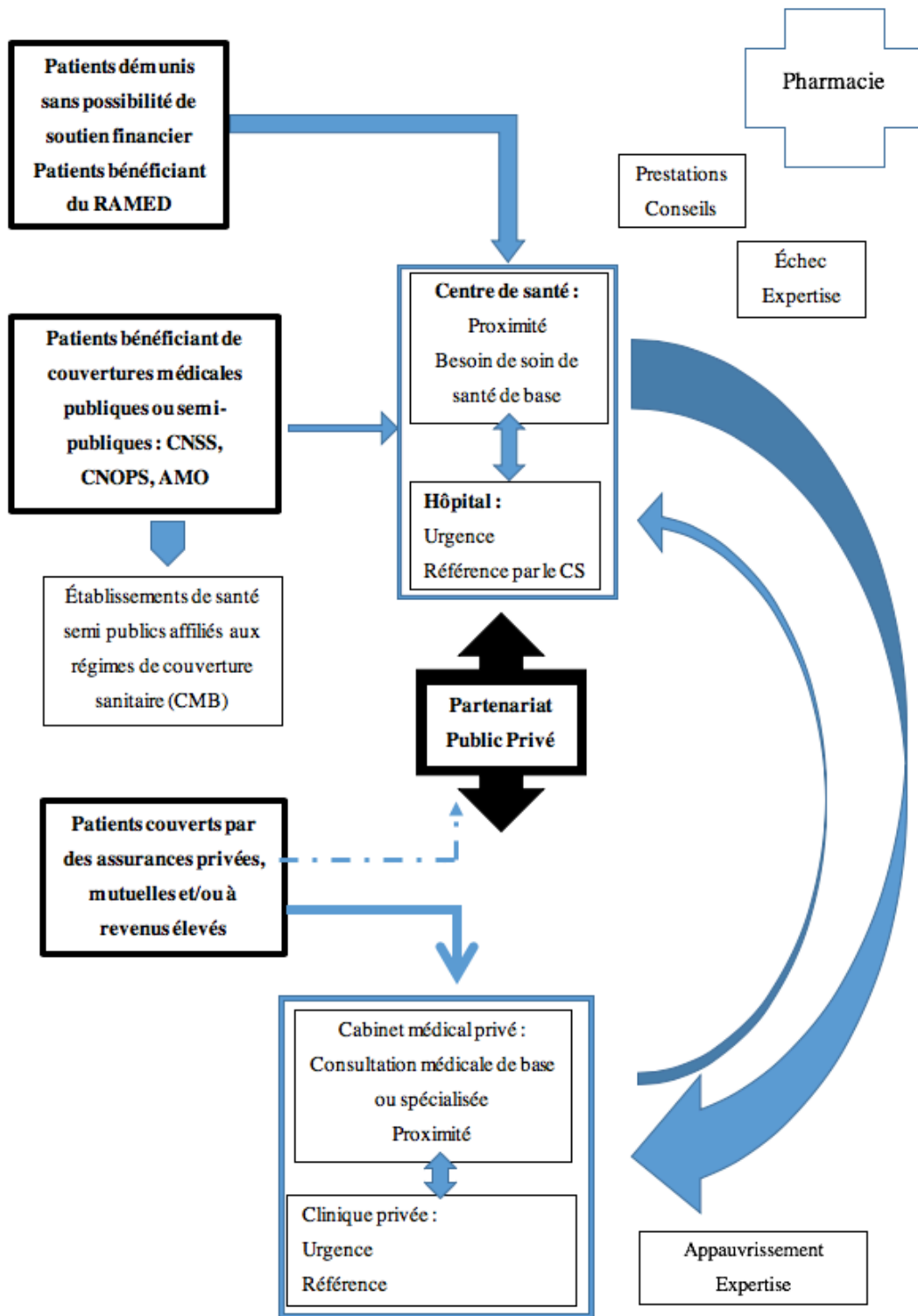
La figure 13 conceptualise un modèle de parcours de soins au Maroc au vu de l'analyse de la situation actuelle et des données de notre travail.

Il est basé sur cinq éléments pragmatiques et identifie les éléments dont il faut tenir compte pour un parcours de soins optimal et une plus grande efficacité de la CSU. Il montre les interrelations entre la demande et l'offre de soins et positionne dans le système de santé les bénéficiaires de la CSU selon leur couverture. Il visualise les possibilités de cheminement et les conditions d'accès.

1. Il faut déterminer un paquet de services de santé essentiels et qui seraient disponibles dans toutes les régions du Maroc au sein d'un réseau de soins ambulatoires constitué par les centres de santé et les cabinets médicaux. Ce serait le premier recours hormis l'urgence et une obligation dans le cadre de la première étape du parcours de soins.
2. Le dossier de soins partagé serait unique pour tout utilisateur avec une composante ambulatoire et une composante hospitalière réduisant ainsi la répétition des examens et les dépenses supplémentaires
3. Les niveaux d'accessibilité dans différentes structures publiques ou privées sont définis et permettent le libre choix du patient. Ce choix doit s'opérer dans le cadre de parcours déterminés à coûts variables mais à services de santé essentiels identiques.
4. Les niveaux d'expertise, de référence et contre-référence seraient déterminés tant pour le public que le privé dans le cadre d'un PPP avec une obligation d'accréditation
5. Le co-financement juste de la CSU pour une réduction de la contribution des ménages aux dépenses de santé selon le parcours de soins



Figure 13 : Parcours de soins optimal



## 2.2. Le Cas du RAMED : l'archétype d'une CSU mal préparée

Au-delà des rapports très critiques des organisations ou institutions marocaines (ONDH, 2018 ; CESE 2018) quelques études jugent sévèrement le RAMED en parlant de décision peu réfléchie basée sur une rationnelle politicienne qui n'a pas planifié ni même envisagé les moyens de la mise en œuvre de ce projet social (Férrie et Omary, 2019). Le résultat de notre travail montre des effets paradoxaux avec des Ramedistes qui utilisent des services de santé privé, ont un parcours de soins stochastique, payent comparativement plus que les autres assurés et sont insatisfaits à la fois des prestations et du système de santé dans sa globalité.

Tous les professionnels de santé, les managers opérationnels du système de santé, les organismes de prévoyance sociale, les agences et organisations nationales et internationales critiquent les insuffisances du RAMED et le considèrent comme un rendez-vous manqué avec l'histoire sanitaire au Maroc. Les problèmes qui ont motivé la création du RAMED ne sont toujours pas résolus 16 ans plus tard. Le rejet de cette couverture par la majorité du système privé, un système public non préparé et une gouvernance défailante sont autant d'éléments en faveur d'une « chronique d'un échec programmé ».

Il faut se poser la question de savoir pourquoi ce projet a créé des dysfonctionnements sérieux ? En raison de ce que j'appelle les sept défaillances essentielles de la politique sanitaire :

- 1- L'État connaissait les insuffisances de l'offre de soins et la pression qui se crée quand on induit une demande (vérité cachée par omission).
- 2- L'État a créé une attente auprès des populations les plus pauvres, les plus vulnérables et les moins instruits (situation probatoire ou sursis).
- 3- L'État n'a pas renforcé les infrastructures et les moyens techniques pour les adapter à la nouvelle demande chaque année grandissante (Myopie).
- 4- L'État n'a pas régulé le flux des médecins et infirmiers publics vers le privé vidant les hôpitaux et alimentant les cliniques privées (perversion).
- 5- L'État n'a pas modifié les tarifs nationaux de référence créant une facturation «extra » dans le privé supportée entièrement par les ménages en sus du ticket modérateur (Double peine).
- 6- L'État a créé la loi sur le schéma régional de l'offre de soins (loi 34-09) qui contingente la mise en place des moyens humain et matériels et des infrastructures par région mais uniquement pour le secteur public (Autocensure).

- 7- L'État n'a pas organisé la gouvernance de la CSU car il a permis au Ministère de la santé d'avoir l'ANAM sous sa tutelle sans pouvoir de régulation de la CNOPS et de la CNSS. Ces deux organismes restant totalement indépendants. L'État est de fait acteur de soins, payeur et gestionnaire pour le RAMED. Mais l'ANAM sous tutelle du Ministère de la Santé ne peut pas, pour des raisons légales (loi 65-00), rembourser les hôpitaux pour les prestations délivrées aux Ramedistes. En découle, une aggravation de la situation financière de ces mêmes hôpitaux.(Permissif)

Ces sept défaillances essentielles n'ont pu être corrigées malgré les tentatives depuis deux ans de réguler la distorsion créée entre demande et offre. Le Maroc s'est retrouvé de fait dans une situation paradoxale de «pénurie» qu'il ne pouvait corriger ni par le biais de l'offre ni par le biais de la tarification nationale de référence non appliquée dans le privé. Il en a résulté un système qui expose les plus vulnérables à la loi d'un marché que l'État ne maîtrise plus. Le privé sans le vouloir a joué le rôle de sauveur et a pu depuis 2005 puis 2012 absorber le surplus de patients du secteur public avec comme dynamique une paupérisation des hôpitaux publics et une croissance économique du secteur privé. Il s'agit en fait d'une inflation au niveau des prix, une charge financière et un risque financier plus importants pour les patients.

Ce n'est pas le ciblage des Ramedistes qui a été l'erreur de l'État marocain ni la quote-part des financeurs (Collectivités locales 6%, vulnérables 19%, collectivités locales 6% et les fonds de cohésion sociale/ Pharmacie centrale 75%) mais la planification et les projections de départ. En effet, trois fois moins que prévu de Ramedistes payants ont utilisé les hôpitaux publics et moins de 40% ont renouvelé leur carte. Du côté des professionnels de santé, le temps passé à l'hôpital public s'est transformé en moments de pénibilité et de frustration en raison du manque de moyens et de l'insatisfaction générée chez les patients. L'attrait du privé est devenu une évidence pour ces professionnels de la santé qui ont entraîné avec eux les patients qui étaient censés utiliser les services publics créant ainsi un effet d'éviction.

En ce qui concerne la contribution financière des Ramedistes durant le parcours de soins, l'enquête Panel ONDH en 2015 a révélé que les Ramedistes ont coûté 117dhs/an de plus de prévu et ont dépensé en moyenne 579 dhs pour le dernier épisode de soins alors que les sans couvertures ont dépensé 731 dhs. Dans notre étude le Ramediste a dépensé 491,38 dhs avant hospitalisation, et 971,81 lors de l'hospitalisation pour un total de 1463,19 dhs. En matière de gouvernance, l'intervention en amont du ministère de l'intérieur dans le ciblage des populations éligibles reste un sujet de débat (Cottin, 2019) de même que le rôle du Ministère de la santé

dans l'organisation du système de santé et son financement. Le rôle de l'ANAM dans la gestion théorique du RAMED et celui de la CNSS ou de la CNOPS dans leur gestion des détenteurs de l'AMO est également sujet à questionnement.

En matière de parcours de soins, le Ramediste fait des « sorties de route » ou encore se dirige vers ce que l'on pourrait appeler le « recours ultime ». Le taux de contact des Ramedistes a baissé entre 2012 et 2015 traduisant une perte en effectivité due à la charge financière encore trop lourde pour les pauvres et les vulnérables. Parallèlement, les inégalités d'accès ne se sont pas améliorées comme en témoigne les données au niveau des zones pauvres, en milieu rural mais également en périurbain. La contribution des Ramedistes aux dépenses en médicaments et autres examens complémentaires n'a pas diminué. Paradoxalement, le Ramediste contribue à 20% du chiffre d'affaires des cliniques et exprime plus de satisfaction à ce niveau par rapport au secteur public.

Pendant cette période, la performance économique des hôpitaux s'est aggravée. Le nombre important de Ramedistes non solvables utilisant les services des hôpitaux publics, les frais inhérents à la prise en charge des affections longues et coûteuses ainsi que les créances étatiques non recouvrées ont fragilisé l'équilibre budgétaire des structures publiques.

Au total le RAMED est un acquis social qu'il faut « recréer » car les attentes soulevées sont à la hauteur des déceptions relevées auprès des utilisateurs. Le RAMED comme la CSU dans sa globalité est un système ambivalent et paradoxal destiné aux pauvres mais qui les a appauvri. Un système destiné aux hôpitaux publics mais qui les a paupérisé puisque les recettes propres ont chuté de 10 à 15% alors que la demande hospitalière a augmenté de plus de 250%.

Ainsi, les principaux écueils de ce paradoxe sont :

- Hausse du coût des soins de santé allant à l'inverse des objectifs de la CSU.
- Absence de subventionnement direct au profit des hôpitaux dont le statut est celui d'un Service de l'État Géré de Manière Autonome (Segma) pour le volet RAMED.
- Faible capacité de facturation des prestations aux bénéficiaires du RAMED au niveau des hôpitaux.
- Méconnaissance des coûts réels de la production des prestations hospitalières en l'absence de comptabilité analytique.
- Absence de tarification nationale de référence spécifique au Ramed et aux sans couverture médicale

- Insatisfaction et frustration des pauvres et des vulnérables
- Aggravation du déficit quantitatif et qualitatif en matière de ressources humaines au niveau du secteur public.

Ce n'est pas le RAMED qui est doit être remis en cause mais le manque de préparation, d'organisation, de gouvernance, d'évaluation de sa mise en œuvre et des mesures d'accompagnement obligatoires surtout en faveur des plus démunis.

### **Section 3 : Modèles de CSU dans les Pays en Développement : quelles leçons ?**

#### **3.1. Mise en œuvre de la CSU : un processus à planifier sur le long terme**

La mise en place d'une CSU est un processus lent, voire très lent. Ce processus a nécessité des dizaines d'années dans les pays à revenu élevé comme le Japon et le Royaume Uni. Pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les allocations pour la santé sont loin d'être suffisantes, les avancées dans la mise en place de la CSU sont très timides et expliquent la difficulté à atteindre la cible 3.8 des ODD<sup>4</sup>. Trois obstacles à la réalisation d'une couverture sanitaire universelle sont décrits par l'OMS. Le premier est la disponibilité des ressources qui est valable pour tous les pays à des degrés variables. Le deuxième est la proportion des paiements directs qui s'applique même pour les patients bénéficiant d'une assurance maladie sous forme de franchise, de forfait, de ticket modérateur ou de quote-part. Enfin, le troisième obstacle est la mauvaise utilisation des ressources. Ce dernier obstacle s'applique à tous les pays également selon l'efficacité des mécanismes de lutte contre le gaspillage et la surconsommation des services de soins et des prestations. L'OMS dans son rapport sur les financements de la CSU, avance les chiffres de 20 à 40% des ressources de santé qui sont gaspillées<sup>5</sup>.

Les différents pays engagés dans cette dynamique tentent de braver ces trois barrières à travers des approches différentes, soit en agissant sur les trois problèmes en parallèle par des approches

---

<sup>4</sup> WHA72.4. (2019). Préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle.

<sup>5</sup> *ibid*

progressives d'amélioration (Brésil, Chili, Chine, Mexique, Rwanda, Thaïlande) ou en agissant sur l'une ou l'autre de ses trois barrières à travers des approches innovantes. Le Gabon a ainsi amélioré ses ressources santé à travers une taxe sur l'utilisation des téléphones portables, le Cambodge a créé un fond d'équité pour couvrir les coûts de santé des démunis et le Liban améliore l'offre de son réseau de soins de santé primaires (WHO<sup>a</sup>, 2016 ; Ensor , 2017 ; Hemadeh , 2019 ; Audibert et al, 2017).

La mise en place d'une protection sociale en Amérique Latine a démarré dans les années 20 par la construction d'un système social corporatiste sous forme de fonds d'assurance sociale, les «cajas de prevision»<sup>6</sup> à travers des contributions sociales (modèle bismarckien). L'extension de ce système a entraîné une multiplication des cajas . Après cette période de multiplication de mutuelles, on a assisté à leur regroupement (Brésil, Argentine et Mexique) permettant une couverture de 70% mais sans régler le problème de redistribution et donc de l'iniquité (les riches bénéficiant plus que les pauvres). En fait, dans la majorité des pays d'Amérique latine, la crise financière, les plans d'ajustements imposés par les instances internationales ainsi que l'importance du secteur de l'informel ont impacté la CSU.

En Afrique les indicateurs relatifs à la CSU sont parmi les plus faibles au monde et aussi bien les objectifs d'Abuja en matière de financement de la santé que ceux des ODD n'ont pas été atteints. Quelques succès sont à signaler comme le Rwanda qui a commencé la mise en place de la CSU en 2000, grâce à la collecte des fonds à travers des recettes publiques, les cotisations du secteur formel, les cotisations des ménages et via des donateurs. Le Ghana est également une expérience intéressante de financement public avec une offre large de prestations.

Au Maroc, la capacité de collecte de fond pour le système de santé est mise en difficulté en raison en partie d'un ralentissement de la croissance économique et la part importante du secteur informel. Même la garantie du respect du principe de solidarité et de la mutualisation des risques est sujette à caution en raison de plusieurs facteurs comme la gouvernance de la CMB, l'organisation de l'offre et le RAC.

---

<sup>6</sup> Collombet C, (2013). La protection sociale en Amérique Latine. Commissariat général à la stratégie et à la prospective

Enfin il faut rappeler que les trois obstacles auxquels nous avons fait référence, ne sont pas uniquement l'apanage des PED mais aussi des pays riches pour des raisons différentes. Ce qui leur impose de revoir non seulement les coûts mais aussi d'opérer les ajustements en phase avec les attentes de leurs populations. A titre d'exemple, en Allemagne où le financement est basé sur un système d'assurance maladie alimenté par les cotisations des salariés, le gouvernement a eu recours à des fonds supplémentaires provenant des recettes fiscales générales pour s'adapter à la transition démographique.

Quel que soit le niveau de développement et le modèle économique, le financement de la CSU est un défi à long terme pour des raisons évidentes démographiques, épidémiologiques et de croissance exponentielle des frais médicaux. Les soins de santé primaire dans leur dimension préventive restent le point de convergence et la clef de la pérennisation, ou plutôt durabilité, d'une CSU. Mettre l'accent sur les soins de santé primaire a des retombées positives sur la réduction des dépenses des ménages pour leur santé en réduisant l'incidence des ALC et particulièrement le diabète, l'HTA, l'obésité, l'insuffisance rénale chronique et les cancers. Ceci est d'autant plus pertinent quand des dizaines de millions de personnes tombent chaque année dans l'extrême pauvreté du fait de ces dépenses directes qui représentent environ 32 % des dépenses en santé de chaque pays<sup>7</sup>.

Dans les PED, où une proportion importante de la population ne bénéficie pas d'assurance maladie, se pose la question de la cible prioritaire pour la couverture à savoir les personnes les plus vulnérables. Ce sont des choix politiques avec comme leitmotiv la réduction maximale de la dépense directe de santé des ménages. La réflexion à propos des « vulnérables » va au-delà de la pauvreté manifeste car dans le cas du financement des assurances par les cotisations basées sur les revenus, les personnes âgées inactives et les travailleurs pauvres du secteur informel deviennent vulnérables comme c'est le cas de 4,5 Millions de personnes au Maroc. Pour garantir l'équité et l'universalité en dépit de la solvabilité, le financement est au cœur de toute politique de mise en place de la CSU. Évidemment le rôle régulateur de l'État est primordial mais également la capacité à faire adhérer le maximum de bénéficiaires (Destremau et al., 2013). Pour lever l'obstacle au principe d'équité, du moins dans la phase intermédiaire de la

---

<sup>7</sup> WHO (2019). A72/14. Couverture sanitaire universelle. Soins de santé primaires en vue de la couverture sanitaire universelle.

mise en place de la CSU, c'est la mutualisation des risques entre riches et pauvres et l'équité dans la répartition de l'offre qui seront les principaux leviers. C'est un aspect que la politique de santé au Maroc n'a pas réussi totalement pour le moment. La réalisation de cet objectif implique un engagement politique qui doit faire intervenir tous les autres acteurs d'abord à l'échelle nationale puis supranationale.

Dans le cas de la CSU au Maroc, l'État avec ses différents départements ministériels, les collectivités locales et établissements publics, n'a pas suffisamment mobilisé les vrais partenaires locaux, le pouvoir législatif, le secteur privé et la société civile<sup>8</sup>. Il est pourtant évident que les réformes du financement de la santé et les mesures permettant aux pays de tendre vers la couverture universelle peuvent prendre de nombreuses formes, mais elles doivent surtout être adaptées au contexte et aux besoins de proximité. Au terme de ce travail nous sommes convaincus qu'il n'existe pas de modèle en la matière<sup>9</sup> mais plusieurs modèles dont il faut s'inspirer.

### **3.2 La globalisation justifie-t-elle un modèle type ?**

La globalisation et son corollaire de complexité sans cesse croissante, ont impacté les structures sociales et les politiques étatiques. Des dynamiques conceptuelles nouvelles ont vu le jour dans les systèmes de santé, comme « l'hôpital entreprise », « la gouvernance sanitaire », la productivité des infrastructures, la performance économique des « business unit médicales », le paiement par capitation ou encore les dépenses catastrophiques de santé.

La santé, à la fois fait social et domaine d'action publique, demande une vision unitaire et intégratrice de l'homme dans ses interactions avec l'environnement dans lequel il évolue. De ce fait, la santé a cessé d'être uniquement un enjeu humanitaire pour devenir un enjeu hautement politique et surtout économique. Elle est reconnue comme un droit humain fondamental et vécue dans la symbolique collective et individuelle comme n'ayant pas de prix. Cependant, quiconque « expérimente » la maladie prend conscience de son coût et du risque financier qu'elle peut engendrer pour la personne malade et/ou sa famille.

---

<sup>8</sup> WHO. (2019). Déclaration d'Astana

<sup>9</sup> WHO. Health financing strategy.



Dans l'ère des dérégulations intra et supra nationales, de la redéfinition des fonctions régaliennes de l'État, des rôles grandissants des pouvoirs financiers, de l'émergence de nouveaux « stakeholders » forts du pouvoir qui leur est conféré par les réseaux sociaux ; la transdisciplinarité des actions sociales est devenue une réalité. Dès lors, les stratégies de transfert des actions ou responsabilités historiques publiques imposent, pour garantir au mieux les résultats attendus, de bien comprendre les différences de paradigmes entre « action politique du droit de se soigner et coût économique de recourir au soins ».

Ce sont les axes de notre réflexion à propos de la couverture sanitaire universelle (CSU) dans les pays en voie de développement (PED). En effet, si le concept de « santé globale » s'impose comme nouveau référentiel, la CSU s'érige comme un élément décisif pour atteindre les objectifs de développement durable. Deux grilles de lecture nous paraissent adéquates pour aborder la réflexion à propos de la CSU. Celle de l'économie de la santé et celle des sciences politiques. L'objectif de couverture sanitaire universelle est contenu dans la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1948 :

*« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain »* et reconnu par la suite dans la déclaration d'Alma-Ata de 1978 :

*« la Santé pour tous contribuerait à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la paix et à la sécurité à l'échelle mondiale... soutenus par des systèmes d'orientation / recours intégrés, fonctionnels se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ».*

L'année 2005 a été marquée par l'engagement des États pour un système de couverture de la santé et c'est d'ailleurs l'année de lancement opérationnel de la couverture médicale de base (CMB) au Maroc. Cet engagement impliquait une restructuration des « systèmes de financement de la santé afin que tout un chacun puisse accéder aux services, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement »<sup>10</sup>. La définition adoptée pour le service de santé englobait entre autre et prioritairement la promotion de la santé et la prévention. Il en découle que la CSU doit garantir l'accessibilité universelle , assurer la prévention primaire, secondaire

---

<sup>10</sup> Who.int. (2005). Résolution WHA 58.33. Sustainable health financing. Coverage and social health insurance.

et tertiaire et veiller à ce que l'ensemble du processus n'entraîne pas du tout ou très peu de charge financière pour les bénéficiaires (moins de 10% des dépenses).

Depuis, les déclarations d'intention et les résolutions de l'OMS sont continuellement réitérées. Des recommandations pratiques concernant les réformes du financement des systèmes de santé dans l'objectif d'une CSU ont été proposées dans le rapport de 2010 sur la Santé dans le Monde (WHO,2010). Le Groupe Consultatif sur la CSU constitué en 2011 par l'OMS en réponse aux sollicitations de plusieurs pays membres pour les appuyer dans la mise en place de la CSU. Ce groupe souligne, dans son rapport final, « *les questions centrales de justice et d'équité que l'on rencontre sur le chemin de la CSU*<sup>11</sup> ». Les initiatives internationales ne font que réaffirmer l'urgence de progresser vers la CSU. L'année 2012 a été marquée par plusieurs déclarations concernant la CSU, la déclaration de Bangkok<sup>12</sup> en Janvier 2012, celle de Mexico en Avril 2012, celle de Tunis en Juillet 2012 sur « *l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé* » et à la fin de la même année, l'Assemblée Générale des Nations Unis a adopté une résolution à propos de la responsabilité des États pour « *intensifier urgemment et de façon significative les efforts en vue d'accélérer la transition vers un accès universel à des services de santé abordables et de qualité* ».

Par ailleurs, le rapport sur la santé dans le monde de 2013, en plus de réaffirmer la nécessité de progresser vers l'universalité de la couverture sanitaire, engage le leadership de l'OMS pour la période 2014-2019. Dans le même sens, l'Assemblée Générale des Nations Unis, « *a réaffirmé sa volonté politique résolue de relever les défis du financement et de créer, à tous les niveaux, un environnement propice au développement durable, dans un esprit de partenariat et de solidarité planétaires, encouragé les pays à envisager de fixer des objectifs de dépenses adaptés au contexte national, concernant des investissements de qualité à consacrer à la santé, et préconisé une meilleure harmonisation des programmes des initiatives mondiales pour la santé avec les systèmes nationaux*<sup>13</sup>. » En 2018, les États membres de l'OMS ont réaffirmé leur

---

<sup>11</sup> WHO. (2015). Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle. Rapport final du conseil consultatif sur la couverture sanitaire universelle et équitable.

<sup>12</sup> (2012). The lancet (379). Bangkok Statement on universal health coverage.

<sup>13</sup> Résolution 69/313. (2015). Programme d'action d'Addis- Abeba issu de la troisième conférence internationale sur le financement du développement.

engagement afin « d'appuyer les travaux qui permettront d'atteindre l'objectif du « triple milliard », soit un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire, et un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être<sup>14</sup> ».

Nous constatons alors, que toute réflexion à propos de la CSU renvoie à celle du financement du système de santé et aux engagements politiques du pays toutefois aucun pays ne démarre de zéro. Chaque pays aura à capitaliser, restructurer et réformer ce qui existe déjà.

### **3.3. Les principaux modèles de CSU**

#### **3.3.1. Le modèle Étatiste**

Dans ce modèle la collecte de fonds se fait à travers les impôts et/ou la réaffectation des budgets en faveur de la santé<sup>15</sup>. Nous citerons quelques exemples de pays qui ont adopté ce système de collecte.

A Cuba et également au Brésil, l'universalisation a été mise en place, avant le consensus de 2010, en phase avec les choix politiques. L'accès aux soins de qualité est totalement gratuit selon les besoins de la population et garanti par les services de l'État après un passage obligatoire par le médecin généraliste. Il y a donc une filière de soins, un accès large, une charge financière faible pour les ménages et des résultats probants ont été notés. Depuis les années 90 il faut noter que ce système connaît des manquements par rapport à l'accès aux médicaments<sup>16</sup>. A l'inverse de Cuba ou du Brésil qui ont eu des impératifs sociaux, économiques et politiques à l'origine de la CSU, le Costa Rica, le Mexique et la Colombie ont mis en place une CSU pour des raisons de transition épidémiologique qui a impacté les coûts des dépenses de santé (Atun et al., 2015).

Ce modèle a été aussi adopté avec plus ou moins d'acuité et de résultats dans plusieurs pays en période post coloniale. Les résultats sont extrêmement variables L'Indonésie a entièrement

---

<sup>14</sup> Résolution 71/1. (2018). Treizième programme général de travail 2019-2023

<sup>15</sup> WHO.(2001). Déclaration d'Abuja: 15% du budget de l'état alloué à la santé

<sup>16</sup> Paiement par devises ou par des parents vivant à l'étranger

repensé sa fiscalité en luttant contre l'évasion fiscale et en améliorant le recouvrement avec d'importants avantages pour les dépenses publiques en général et les dépenses de santé en particuliers. (Budi et al., 2017). La Tanzanie réserve 18,4% de son budget à la santé et le Libéria 16,6%. Cependant, ces parts englobent les aides des partenaires externes qui sont difficilement identifiables car gérées par le gouvernement (WHO and the World Bank Group, 2017). Le Rwanda, le Vietnam ou encore le Pérou ont conceptualisé l'assurance maladie dans une perspective de responsabilité publique où l'État est l'acteur majeur voir exclusif garantissant ainsi une couverture de plus des deux tiers de la population et surtout d'au moins 90% des pauvres et des vulnérables.

### **3.3.2. Le modèle Assurantiel**

L'exemple de l'Inde illustre bien le modèle assurantiel. Il s'agit d'une couverture sanitaire à «universalité restreinte» mise en œuvre par des dispositifs assurantiels de marché contrôlés par l'État. Ce système est conçu pour les ménages ayant un revenu inférieur à un seuil déterminé. Après souscription, ces ménages bénéficient d'une couverture plafonnée annuellement pour les soins d'hospitalisation. Ce système creuse d'avantage les inégalités puisque près de 40 millions d'Indiens annuellement glissent dans la pauvreté à cause des dépenses et des dettes de santé (Narayan, 2011 ; Balarajan, 2011). Les dépenses pour la santé alourdissent les budgets de plus de 75% des ménages et constituent réellement une menace à la cohésion sociale. Devant cette situation et pour améliorer l'accès financier aux soins pour les plus vulnérables, des conventions et des accords cadre entre le privé et l'État ont été mis en place (l'Universal Health Scheme en 2003, le National Rural Health Mission en 2005).

Certains subventionnent même des organisations non gouvernementales, comme le Self Employed Women Association (SEWA) ou le Rashtriya Swasthya Bima Yojana, (Destremau et al., 2013). Dans le cadre d'un de ces accords, l'État paye une prime à des compagnies d'assurance privées pour couvrir les frais d'hospitalisation d'une population pauvre dans un réseau de cliniques et d'hôpitaux affiliés ainsi que les frais de transport. Un forfait annuel par famille de cinq personnes détentrices d'une carte à puce est fixé. A noter que la contribution de l'État se fait à travers le gouvernement central pour les trois quarts du montant et par les gouvernements locaux pour le un quart.

### **3.3.3. Le modèle Subsidiariste ou modèles de mutuelles santé communautaires**

Sont qualifiées de modèles « subsidiaristes » les interventions qui impliquent les États, le privé et les instances non gouvernementales internationales. C'est le cas de plusieurs pays africains et du Maroc également. Ces approches englobent la gratuité sélective pour certaines pathologies au niveau curatif et préventif comme la vaccination ou la lutte contre la tuberculose ou encore le paludisme. Ainsi, au Maroc, le traitement médicamenteux de la tuberculose et de l'infection à VIH par exemple sont prises en charge totalement par l'État au niveau des structures publiques.

Les modèles de mutuelles santé communautaires, sont inspirés des modèles théoriques coopératif de l'économie sociale sans but lucratif et sont gérées par les membres. Elles ont été encouragées en Afrique depuis 2005 dans le cadre de stratégies nationales de promotion des mutuelles de santé. Ces mutuelles, en majorité communautaires rurales, étaient ainsi au nombre de 107 au Cameroun en 2008, 142 au Bénin en 2006 et 392 au Rwanda en 2006. Une évaluation a mis en exergue leur impact positif sur l'utilisation des services de santé mais leur incapacité à améliorer le partenariat public/privé ou encore la performance du système de santé à long terme (Awomo Ndongo, 2015).

Au Sénégal, la couverture sanitaire se décline en trois modalités. Les salariés du secteur formel public et privé ont une assurance sociale, les travailleurs du secteur informel ont des mutuelles de santé et les populations vulnérables ont des régimes spécifiques à travers un fond d'équité alimenté par des taxes sur le tabac et l'alcool mais aussi par le budget de l'État. Ce fond subventionne l'adhésion des plus démunis à une mutuelle (Alenda-Demoutiez, 2016). Le Rwanda a développé une assurance maladie communautaire, CBHI (Community based health insurance) basée sur une contribution obligatoire de la population desservie à laquelle la caisse est rattachée. Ces caisses sont gérées par les collectivités locales. La redistribution est assurée par un flux financier entre les caisses des différents districts et le niveau national (Chemouni, 2018). Bien qu'adaptées en matière d'adéquation entre les besoins locaux et l'offre, ces mutuelles nécessitent une complémentarité et une inter-sectorialité qui ne sont possibles, comme le précise Boidin, que par le leadership de l'État et la transversalité des mécanismes de la mise en œuvre de la CSU (Boidin<sup>b</sup>, 2018). Le RAMED dans le cas du Maroc est alimenté par un fond de solidarité et un fond spécial de la pharmacie dont l'État et les collectivités locales sont censés assurer au moins 87,5% du budget.

Pour plusieurs pays la coopération internationale en matière de CSU est axée sur le soutien technique, le leadership politique et surtout des financements innovants. Ce type de financement a été proposé par le groupe de travail sur le financement international innovant des systèmes de santé à travers l'augmentation des taxes sur les billets d'avion, les opérations de change, les appels sur les téléphones portables, le tabac et l'alcool. Cela pourrait représenter une somme supplémentaire aux budgets existants de l'État de l'ordre de 10 milliards \$US<sup>17</sup>. Dans un pays comme l'Inde doté d'un marché de change conséquent (34 milliards de dollars par jours) une taxe de 0,005% sur ce volume générerait 370 milliards de dollars par an<sup>18</sup>.

Cependant, l'application de ces sur-taxations pourrait ne pas obtenir l'adhésion politique et sociale nécessaire et risquerait même d'engager la stabilité politique. Une autre possibilité est de surtaxer des produits délétères pour la santé comme c'est le cas aux Etats Unis d'Amérique avec la taxe sur les sodas et les boissons sucrées ou en Roumanie avec les taxes sur les aliments trop salés et trop sucrés (Fast Food Tax) (Leonhard, 2010 ; Holt, 2010).

Au Maroc, il existe depuis 2019 une taxe sur le sucre ajouté dans les boissons gazeuses et les jus (Taxe Soda). Cette taxe permet de financer un fond de 500 millions de dhs destiné à la lutte contre le diabète chez les Ramedistes (Ministère de l'économie et des finances, Royaume du Maroc, Loi de finances 2019). En plus de générer des fonds, cette sur-taxation devrait entraîner une diminution de la consommation des boissons sucrées et améliorerait de fait la santé de la population. Les estimations faites de la taxation des produits sucrés, du tabac et de l'alcool prévoient une chute des niveaux de consommation de 10% et une augmentation de recettes des taxes qui pourraient couvrir 38% des dépenses totales de santé.

#### **Section 4 : Quelles réformes et quelles propositions ?**

La mise en place et l'extension de la CSU implique la refonte de l'organisation et du financement de la santé comme le soulignent plusieurs institutions (Rockefeller Foundation, 2015 ; Banque Mondiale et OMS, 2016). Néanmoins la littérature est moins riche lorsqu'il s'agit d'évaluer les expériences sur la collecte de fonds et la réallocation des ressources à la santé. Et c'est justement le cœur du problème car les PED sont endettés à des degrés différents

---

<sup>17</sup> WHO Financement de la couverture sanitaire universelle

<sup>18</sup> *ibid*

aux mêmes organismes financiers qui leur imposent des politiques de réajustement structurels pour rembourser leurs dettes.

Nous pouvons résumer l'inadéquation du financement du système de santé et de la CSU au Maroc en quatre points :

- L'existence d'une proportion plus ou moins importante de la population qui ne peut pas participer à l'impôt sur le revenu ou les primes d'assurance (46%);
- La difficulté de rendre la contribution obligatoire pour les populations vulnérables ;
- L'essoufflement rapide des caisses au profit d'un nombre limité de personnes ;
- Des régimes fragmentés de caisses multiples face à des pathologies à charge morbide élevée (3% des patients porteurs d'ALC et bénéficiaires de la CMB consomment 50% du budget alloué) (ANAM,2017).

La progression vers l'universalité de la couverture sanitaire impose la mise en place d'un dispositif de financement équitable et durable du système de santé. Si l'on peut vanter les mérites du recours au marché public et privé pour la réalisation de l'objectif d'universalité à travers des conventions (à condition d'instaurer un système de tarification réaliste et juste et des égalités d'offre des assurances) nous pensons que le recours aux fonds publics doit être obligatoire et la reddition des comptes un principe.

Néanmoins la mobilisation des ressources financières seule n'est pas suffisante et elle ne résoudra pas seule les défaillances de l'offre de soins. En l'absence de gouvernance stratégique, les avantages de l'augmentation du financement public peuvent être compromis.

Au Maroc, la logique d'équilibre économique de la CSU n'a pas pu être maintenue. Ainsi, l'ANAM, organisme de régulation et gestionnaire du RAMED, était bénéficiaire de plus de 2,3 Milliards d'euros cumulés en 2017. Il en va de même, jusqu'en 2018, pour la CNOPS et la CNSS. Parallèlement, seulement 53,7% de la population bénéficiait d'une couverture médicale, 38% ne renouvelait pas sa carte de RAMED. et 63,3% des dépenses totales de santé étaient supportés par les ménages. Cette inadéquation ou incohérence est engendrée un parcours « erratique » des patients, par la fragmentation des ressources et des responsabilités, une offre de soins inéquitable, un service disponible non optimal et un RAC en décalage avec la perception de la protection sociale qu'offre une assurance maladie.

La minimisation de la fragmentation est définitivement une des pistes d'amélioration de l'efficacité de la CSU au Maroc. Ainsi, si la nécessité économique dicte des systèmes mixtes

de financement basés sur les recettes fiscales et l'assurance maladie obligatoire (cotisations des salariés, des travailleurs indépendants, des entreprises et de l'État), un organisme unique de collecte paraît être une démarche classique partagée dans les pays qui ont progressé dans la mise en place de la CSU. L'État collecte les fonds, les met en commun et achète ou fournit les services aussi bien publics que privés. Cependant, la progression vers l'universalité doit tenir compte en même temps des besoins régionaux et de la solidarité nationale équation parfois complexe à résoudre.

L'adoption d'un parcours de soin optimal défini dans le cadre d'une offre intégrée est de fait une autre piste d'amélioration de l'efficacité de la CSU au Maroc. La définition et la planification à long terme des prestations couvertes est un prérequis important pour une CSU efficace. Les soins de santé primaires devraient être inscrits en tant que priorité. Par conséquent, tous les services de soins ambulatoires (centres de santé et cabinets médicaux) devraient être remis à niveau, normés pour des besoins de santé régionaux et unifiés en réseau pour un « paquet de services essentiels ». Le Maroc ne peut faire l'économie de ne pas inclure « officiellement » les cabinets privés dans le parcours de soin optimal. En effet, il est important que les cabinets médicaux privés intègrent ce réseau ambulatoire de soins de santé primaires pour assurer à l'ensemble des marocains un paquet de services de santé essentiels qui soient couverts par une CSU. Chaque pays, selon ses orientations politiques et son histoire, a l'obligation de fournir directement, ou en cas d'incapacité, d'acheter des prestations adaptées et efficaces pour répondre aux besoins de santé de sa population et aux caractéristiques épidémiologiques existantes.

Le dernier point qui nous semble crucial concerne le ciblage. On assiste aujourd'hui à des responsabilités partagées entre les Ministères de l'Intérieur, la Santé et l'ANAM en termes de catégorisation des populations vulnérables et pauvres. En outre, on note l'absence d'un mécanisme qui étudierait la dynamique de changement de statut des bénéficiaires de normal vers vulnérable ; de vulnérable vers pauvre et inversement. Ainsi, si la nécessité politique impose de faire des ciblage en attendant la couverture totale de la population, ils doivent être envisagés à différents niveaux :

- Définir selon les besoins de santé de la population au niveau régional les programmes prioritaires. Au Maroc, cela devrait concerner les maladies non transmissibles avec en priorité le diabète, l'HTA, l'Insuffisance Rénale Chronique, les cancers, les maladies mentales et le handicap au moins ;



- Répertorier les cibles les plus vulnérables en priorité (femmes, enfants de moins de 12 ans, personnes démunies ...).

#### **4.1. L'ANAM au cœur de la fragmentation des responsabilités et du financement du système de gestion de la CSU**

S'il est clair que les effets pervers ou inattendus de la CSU au Maroc sont liés à une conjonction de facteurs dont le principal est l'inadéquation entre une nouvelle demande et une offre inéquitable et inadaptée, il n'en demeure pas moins que l'État, à travers le ministère de la santé, a failli en termes de planification, de gouvernance et de mesures d'accompagnement.

L'ANAM qui est sous tutelle du ministère de la santé, est l'organe d'encadrement technique de régulation de la CMB et de gestion du RAMED. C'est aussi l'ANAM qui doit veiller à l'équilibre financier de l'AMO (ses missions spécifiques sont définies dans les articles 59 et 60 de la loi 65-00).

Par ailleurs dans son article 73, la loi 65-00 a confié la gestion de l'AMO aux organismes gestionnaires suivants: 1/ La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), pour les personnes assujetties au régime de sécurité sociale et leurs ayant droits ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur privé ; 2/ La Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) pour les fonctionnaires et agents de l'État, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public et leurs ayant droits ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur public. Pour des raisons « pratiques », le législateur a précisé dans l'article 57 la création d'un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière appelé l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) afin de veiller sur le bon fonctionnement de l'application du dispositif mais sans aucun pouvoir sur la CNSS ou la CNOPS et surtout sans prérogatives financières ou de gestion des prestations offertes aux Ramedistes. Le tableau 89 montre les défis de gouvernance de la CSU auxquels est confronté l'État ainsi que la fragmentation des responsabilités à travers la multiplicité des caisses de gestion (CNOPS, CNSS, 28 Mutuelles des régimes spéciaux dont 18 publics, ANAM)

**Tableau 89 : Structuration « administrative » de la CSU au Maroc**

Type de couverture	AMO	RAMED	AMI	AUTRES CIBLES
	Assurance Maladie Obligatoire	Régime d'assistance médicale	Assurance maladie des Indépendants	Assurance pour populations spécifiques
Profil des bénéficiaires	Salariés, Fonctionnaires, Retraités, Étudiants	Populations pauvres et vulnérables	Actifs sans rémunération fixe et professions libérales	Personnes âgées ? Informel?
% bénéficiaires dans la population	35%	28%	32%	5%
Gestionnaire	CNOPS, CNSS, Assurances privées	Ministère Intérieur, Ministère Santé, ANAM	CNSS	?
Régulateur	ANAM	?	ANAM	?

Ainsi l'ANAM se retrouve dans une situation qui montre bien tout le paradoxe de la CSU au Maroc :

- L'ANAM est régulatrice de l'AMO et de l'AMI (67% des bénéficiaires) sans pouvoir décisionnel puisque la CNSS et la CNOPS ont le dernier mot dans toute négociation avec les prestataires de services (professionnels de santé ou cliniques privées) et dans les décisions relatives aussi bien à l'élargissement du panier de soins qu'au taux de remboursement des médicaments ou des interventions. C'est ainsi que l'on constate une faible voire absence d'utilisation des protocoles thérapeutiques par les prestataires de soins (référentiels de prise en charge de certaines ALD et ALC) alors qu'ils ont été financés par l'ANAM dans le but d'optimiser la prise en charge médicale et la réduction des coûts des soins.
- L'ANAM depuis 12 ans n'a pas réussi à revoir de façon périodique sur la base de faits empiriques les conventionnements et les accords avec les prestataires de soins en raison du refus des gestionnaires de l'AMO. Une revalorisation, prévue dans la loi, de façon triennale et qui aurait dû avoir lieu en 2008, 2011, 2014 et 2017

- L'ANAM est gestionnaire du RAMED en charge de la distribution des cartes d'accès aux services de santé mais sans pouvoir ni agir sur l'offre, ni sur les professionnels de santé (surtout du privé), ni procéder au remboursement du service rendu par les hôpitaux publics.
- L'ANAM ne peut pas gérer les crédits collectés du RAMED (154 Millions de dhs en 2017) puisque cette prérogative d'ordonnateur de dépenses est confiée au Ministère de l'Économie et des Finances et au Ministère de la Santé .
- L'ANAM n'a aucune autorité sur les gestionnaires de l'AMO.

#### **4.2. Une meilleure gouvernance et un cadre législatif adéquat et effectif pour adresser les difficultés de financement du système de santé**

Dans ce qui suit nous présentons différents points liés à un vide juridique ou à un défaut d'application des textes qui entravent le financement du système de santé au Maroc et que toute réforme de la CSU devrait adresser en priorité (Moustatraf, 2018).

A ce jour la CNOPS assure la couverture de plus de 3 millions de bénéficiaires et 300 000 étudiants; la CNSS assure 6,1 Millions de bénéficiaires et depuis 2019 11 millions d'indépendants supplémentaires (pour un total de 17,1 Millions d'assurés et ayant droits). Il est important par ailleurs de noter que près de 3500 entreprises marocaines n'ont pas encore rejoint le régime obligatoire de l'AMO qui leur est imposé par l'article 114 du code de couverture médicale de base (loi 65-00). Ce texte accordait aux entreprises une période de transition maximale de 5 ans pour basculer du régime spécifique privé vers un régime obligatoire et complémentaire privé (public). Cependant, les entreprises ont profité de l'ambiguïté du texte de l'article 114 pour retarder ce passage vers le régime de l'AMO et la période transitoire de cinq ans accordée a été renouvelée plusieurs fois. *«à titre transitoire, et pendant une période de cinq ans renouvelable, les organismes publics ou privés qui 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»*. Cette situation a permis aux assurances privées de bénéficier d'un montant de primes « non légitime » de 3,65 Milliards dhs de la part des entreprises qui n'ont pas basculé vers le régime AMO créant un manque à gagner pour la CNSS de 25% de l'ensemble des cotisations.

Le montage financier du RAMED escomptait un financement tripartite, l'État (75% , les collectivités 6% et les personnes vulnérables 19%). Il s'est retrouvé avec plus de pauvres que prévu qui ne cotisent pas et sans mécanismes de contrôle de la contribution des collectivités locales. Par ailleurs, 15 ans après l'instauration de la CMB, l'excédent budgétaire généré par l'AMO était de 3,3 Milliards de dhs (dont 3,2 Milliards pour la CNSS et un déficit technique constaté pour la CNOPS en 2019 de 226 Millions de dhs). Cette manne financière n'a pu être utilisée par l'ANAM pour payer les hôpitaux publics créanciers car la loi n'a pas prévu la possibilité pour l'ANAM de le faire et encore moins au ministère de la santé de « se payer lui-même ».

Encore plus problématique, la CNSS, qui est un organisme étatique qui gère l'AMO pour les salariés du privé, détient lui-même 1000 lits d'hospitalisation répartis au sein de 13 polycliniques et assure des prestations médicales utiles pour la population . Hors le texte portant sur la CMB dans son article 44, interdit expressément à tout organisme public de gestion de l'Assurance Maladie Obligatoire d'assurer des prestations de soins (*«il est interdit à un organisme gestionnaire d'un ou plusieurs régimes d'assurance maladie obligatoire de base de cumuler la gestion de l'assurance maladie avec la gestion d'un établissement 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.* Cette interdiction n'a pas permis le développement des polycliniques de la CNSS ou encore des unités des mutuelles de salariés qui eux appliquent les tarifs nationaux de référence .

Dans le même temps le législateur n'a pas résolu plusieurs situations restées en suspens :

- Quid des personnes salariées n'ayant pas suffisamment de période de cotisations ou en perte d'emploi
- Quid du personnel de maison ou des personnes dans le secteur informel
- La faible attractivité du secteur public (6% des dépenses AMO)
- L'intégration des grandes entreprises nationales avec régime social spécial (RAM, ONE, ODEP, OCP) ayant par exemple entraîné un solde négatif au niveau de la CNOPS.
- La non planification de la part grandissante des ALD et ALC pour les 10 prochaines années (qui a été multipliée par 2,5 entre 2006 et 2017) ;
- L'induction du recours aux soins lourds et dispendieux vers le secteur privé ;

- La non disponibilité d'une comptabilité analytique au niveau des hôpitaux et des cliniques privées empêchant une véritable évaluation des coûts directs et un ajustement des tarifs en conséquence.

### **4.3. Une proposition de cadre conceptuel d'une CSU viable et perfectible pour le Maroc**

La réflexion à propos de la CSU est une réflexion globale sur la stratégie de financement de la santé mais d'abord et avant tout sur le modèle sociétal de santé.

Depuis 2002 il y a donc 17 ans le Maroc a concrétisé par étapes la mise en place d'une couverture médicale de base car la CSU ne sera pas atteinte en 2020 et probablement pas en 2025. Les préalables n'ont pas été pensés et les conséquences non mesurées.

La volonté de faire un système à la française ou à la canadienne (deux modèles pris pour exemple dans la première mouture de la CSU) est un principe tout à fait défendable mais ce qui l'est moins c'est que les pouvoirs publics savaient à l'avance quatre choses :

- - Le Maroc n'a pas la même transition démographique, épidémiologique et socio-politique que la France,
- - l'État marocain est un financeur et acteur minoritaire du système de soins contrairement à la France. L'offre de soins publique est quantitativement et qualitativement inéquitable avec un secteur privé fort et mieux équipé contrairement à la France ,
- - Le Marocain n'a pas un comportement de santé et surtout un parcours de soins coordonné comme en France.

Les résultats de notre travail sont une contribution par des données scientifiques à une compréhension de l'échec de la CMB au Maroc dans ses objectifs d'accessibilité, de qualité de service, de performance des structures de soins publics, de satisfaction des patients et de réduction des dépenses catastrophiques de santé pour les bénéficiaires. Le cadre conceptuel que nous proposons est le résultat de ce travail mais aussi et surtout de leçons apprises des autres expériences. Il est conçu pour qu'il soit faisable, viable, progressif et perfectible. Il implique par contre des prérequis qui sont les seuls garants de sa faisabilité et de sa viabilité. Il est perfectible avec une période intermédiaire d'instabilité qui garantit sa progression vers l'universalité en 2025.

A notre sens les prérequis sont :

- Avoir la volonté politique réelle qui considère que le recouvrement des coûts lors de la délivrance des soins est non viable et générateur d'exclusion sociale pour les populations vulnérables ou pauvres.
- Opter pour un système progressif mais réel de paiement anticipé des contributions financières pour les soins de santé selon les pathologies et les niveaux de prise en charge
- S'engager dans un vaste programme de plaidoyer en direction de la population pour un regain de confiance dans l'État
- Redéfinir le rôle du Ministère de la Santé avec clarté avec pour objectif d'éviter la ghettoisation (paniers de services de santé, tarification, partenariat public / privé.)
- Prévoir une phase intermédiaire de réallocation des ressources qui doit se faire à partir du budget général avec une progression vers l'unification des caisses.
- Appliquer les termes des lois en vigueur en ce qui concerne le travail des fonctionnaires dans le secteur privé, la révision du TNR et son extension aux nouveautés médicales
- Redéfinir le rôle de l'ANAM en tant que régulateur de la couverture médicale de base et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Vieillesse qui regrouperait les caisses et mutuelles étatiques et privées. Les assurances privées offrant des services de couvertures complémentaires.
- Définir un paquet de services essentiels intégré dans un parcours de soins
- Intégrer le secteur privé dans l'offre de soins ambulatoire de santé primaire.

Le schéma suivant tente une proposition de cadre conceptuel de la CSU au Maroc tenant compte des principes fondateurs de la CSU, des éléments fiscaux nationaux, des contraintes organisationnelles sanitaires, de l'adéquation demande et offre et d'un système adapté de gouvernance. L'ANAM n'a pas failli à sa mission. Elle n'a simplement pas eu l'arsenal juridique et l'appui politique pour cela.

Notre proposition comprend trois volets :

### **Volet 1 Institutionnel et législatif :**

- Il est proposé de redéfinir l'organigramme du ministère de la santé qui deviendrait ministère de la santé et de l'assurance maladie avec 4 directions centrales au lieu de 8 et 2 agences stratégiques et une haute autorité de santé: Agence Nationale du Médicaments, biens médicaux et produits de santé ; Agence Nationale de Santé publique
- Il est proposé de transformer l'ANAM en une Haute Autorité de la Santé et de l'Assurance Maladie (HASAM) qui serait un organe de régulation de la CSU dans ses principes et sa technicité.
- Il est proposé la création d'une caisse commune de la santé et de la sécurité sociale (qui regroupe la CNSS, la CNOPS et la caisse RAMED) sous le contrôle de l'ANAM
- Il est proposé de donner au niveau de chaque région à travers une agence régionale de la santé et de l'assurance maladie (ARSAM) en charge de définir le paquet de services de santé essentiels universels pour le privé et le public . Des acteurs de niveaux de prestations divers, selon les moyens financiers et des parcours de soins coordonnés, seraient déterminés par la haute autorité avec les parties prenantes .
- Il est proposé de mieux organiser les flux de professionnels de santé entre les deux secteurs avec une vision de flexibilité mais une culture d'évaluation de la performance et de créer un PPP aussi bien en matière d'infrastructures, de médicaments, de ressources matérielles et humaines, d'incitatifs fiscaux que de gestion.

### **Volet 2 Financement :**

- Le financement devrait respecter des principes majeurs à savoir, une limite de 25% des dépenses de santé maximum à la charge des patients pour les soins essentiels universels à partir d'une contribution directe ou indirecte,
- Une contribution de l'État et des collectivités aux dépenses de santé d'au moins 70% (incluant la part des ménages) , un fond de solidarité à hauteur de 25% des dépenses de santé pour les pauvres et les vulnérables.
- Une organisation des régimes spéciaux et des mutuelles adossée à une CSU avec prestations et financements complémentaires
- Une définition d'un tarif national de référence et une nomenclature des actes selon une comptabilité analytique des actes et la réalité économique juste de l'adéquation offre - demande

### **Volet 3 Épidémiologique et opérationnel**

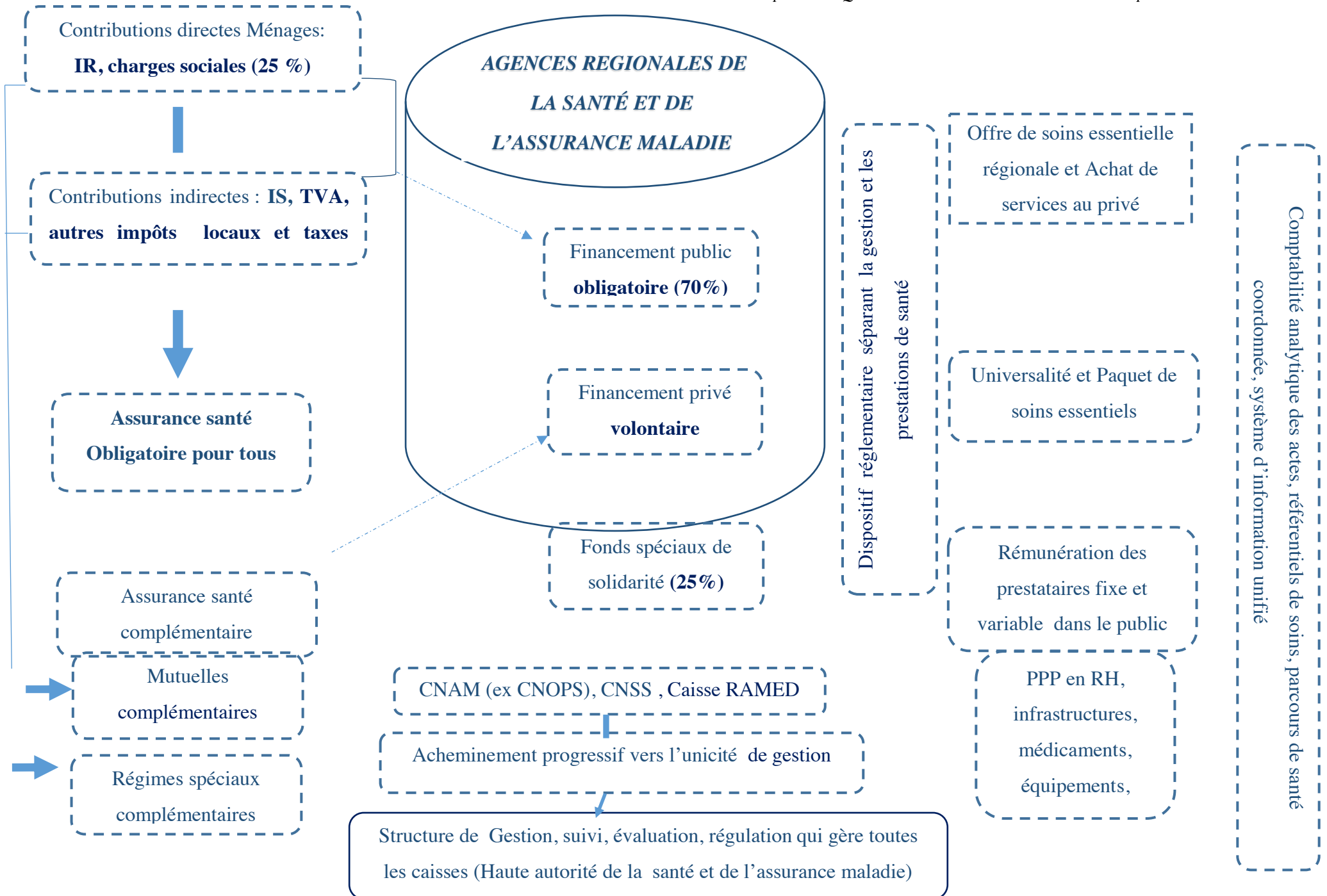
- Une définition des services de la CSU selon la connaissance de l'épidémiologie avec une approche régionale des besoins
- La mise en place un système d'information sanitaire national et de communication vers la population en privilégiant l'éducation pour la santé et la prévention primaire
- La mise en place d'un mécanisme mixte de rémunération fixe et variable des professionnels de santé au sein des structures de soins

Dans le cas particulier du RAMED les défis sont énormes pour près de 12 millions de pauvres et de vulnérables et imposent de revoir les aspects de ciblage populationnelle, de parcours de soins et d'accès plus équitable aussi bien à l'offre de soins publique que privée.



**Figure14 : Proposition d'un cadre conceptuel de la CSU pour Maroc**

ission à partir du cas du Maroc



Cette « réforme de fond » se heurtera bien entendu à des défis et des difficultés de mise en oeuvre :

Comment assurer et financer des soins aux plus vulnérables qui sont les plus malades, s'ils ne cotisent pas et s'ils n'adoptent pas un comportement de santé sain dans un contexte de pays en voie de développement (bas niveau socio-économique et bas niveau d'instruction) ?

Comment convaincre ceux qui travaillent, qui cotisent et qui adopte une bonne hygiène de vie de « payer plus pour être moins soignés » ou encore de « payer plus pour ceux qui payent le moins » ? Comment faire participer les professionnels de santé à la réussite de cette équation s'ils n'ont pas été impliqués dans son élaboration, s'ils ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail, s'ils n'ont pas les moyens de répondre à une demande induite par l'État et s'ils désertent régulièrement le secteur public ?

Finalement les 3 volets à la base de cette proposition de refonte du système de santé et de la CSU, impliquent un changement de paradigme et du courage politique bien plus qu'une nouvelle augmentation de budget . Au-delà de la gouvernance de tout un système et de la future mouture de la CSU, il s'agit aujourd'hui plus d'une nouvelle « gouvernamentalité » qui modifiera aussi bien la façon de penser que la façon de faire (Domin, 2014).

### **Encadré 12 : Conclusion du Chapitre 12**

Les systèmes de santé font face à de nouveaux défis liés au financement et ont imposé de penser autrement les maillons de la chaîne de santé avec de nouveaux concepts : « l'hôpital entreprise », « la gouvernance sanitaire », la productivité des infrastructures, la performance économique des « business unit médicales », le paiement par capitation ou encore les dépenses catastrophiques de santé.

Si le concept de « santé globale » s'impose comme nouveau référentiel, la CSU s'érige comme un élément décisif pour atteindre les objectifs de développement durable et renvoie aux enjeux du financement du système de santé et aux engagements politiques à long terme.

Chaque pays aura à capitaliser, restructurer et réformer ce qui existe déjà. Les soins de santé primaires dans leur dimension préventive restent le point de convergence et la variable clef pour la durabilité d'une CSU et pour un meilleur contrôle non seulement des MNT mais également des dépenses catastrophiques de santé des ménages qui restent dans les pays en voie de développement à un niveau inacceptable de 30 à 65% des dépenses totales de santé.

Pour garantir l'équité et l'universalité en dépit de la solvabilité, la planification de l'offre et du parcours de soins, le financement équitable, la gouvernance aux plus près des besoins régionaux sont au cœur de toute politique de mise en place de la CSU avec un rôle régulateur de l'État primordial.

D'abord par la mutualisation des risques entre riches et pauvres et l'équité dans la répartition de l'offre qui seront les principaux leviers. C'est un aspect que la politique de santé au Maroc n'a pas réussi totalement pour le moment. Il n'y a pas de modèle de CSU pour les PED qui sont endettés à des degrés différents par les mêmes organismes financiers qui leur imposent des politiques de réajustement structurels pour rembourser leurs dettes au détriment des politiques sociales. Si la nécessité économique dicte des systèmes mixtes de financement de la CSU basés sur les recettes fiscales, la contribution des collectivités locales, l'assurance maladie de base et complémentaire ; une nouvelle mission du ministère de la santé et un organisme unique de collecte et distribution juste des frais de santé paraissent être une démarche raisonnable .

Cependant, la progression vers l'universalité doit tenir compte en même temps des besoins régionaux et de la solidarité nationale. Ceci implique un Etat régulateur et planificateur d'une offre publique et privée cohérente et complémentaire avec un parcours de soins coordonné. Porter le budget de la santé à 8 % au moins du budget de l'état serait un pas essentiel mais tout autant qu'investir dans les soins de santé de base ou encore structurer un parcours de soins.

## **Conclusions**

---

Dans leur approche élaborée et défendue pour la mise en place d'une CSU, l'OMS et la BM se basent sur un modèle « théorique » de financement des systèmes de santé. Le souci majeur devient essentiellement les modalités de collecte de fonds. Ces institutions proposent aux PED des mécanismes classiques ou innovants pour la collecte (taxation, surtaxation, impositions, cotisations, aide financière) pour des situations multiples et hétérogènes.

Depuis plus d'une décennie, ces deux institutions prônent une approche économique centrée sur une gestion économiste de mesures axées sur la logique « coût-efficacité ».

La majorité des PED sont loin de la réalisation de l'universalité de la couverture médicale, puisqu'environ 40% des dépenses mondiales de santé proviennent du paiement direct et plus de 90% de la population dans les pays à faible revenu n'ont aucune couverture, (OIT, 2014).

Si ces pays partagent des situations similaires en matière d'inégalités sociales, de pauvreté, de fragilité du tissu économique avec un secteur informel prépondérant, des politiques d'ajustement imposées pour assainir leurs dettes, de croissance économique ralentie, ils ne sont pas pour autant identiques. Cent vingt deux pays, dont 82 en développement, ont réduit leurs dépenses publiques et environ 40% des dépenses mondiales de santé proviennent du paiement direct (OIT, 2014).

Chaque pays a une situation spécifique caractérisée par une histoire, une géographie, une démographie, une culture... La santé, en tant que construit social ne peut que traduire le type de société ou elle prend naissance y compris dans l'expression des besoins de la population et sa relation avec le système de santé.

De ce fait, toute approche exige d'être contextualisée sans cela l'appropriation par la population des actions de santé serait difficile. Ce sont probablement ces spécificités qui ne facilitent pas la mise en place d'une couverture médicale pour l'ensemble des populations dans les PED.

La question de la couverture sanitaire universelle replace le débat sur la santé et en particuliers la santé publique dans une démarche éthique. On constate une prise de conscience de plus en plus grande des inégalités sociales, en particulier par rapport à la santé qui est perçue, à juste titre, comme un des droits individuels fondamentaux, et la nécessité de prendre en compte les actions de santé dans une perspective individuelle mais aussi collective.

La réflexion s'oriente de plus en plus vers une approche éthique de la santé en tant que droit humain. Elle est un bien commun ou public et non un bien marchand dans le sens ou sa gestion

doit être collective et où l'intérêt général et la question de justice sociale en sont le cœur (Boidin, 2014). Cependant, l'approche éthique n'exclut pas le calcul des coûts, elle s'oppose au fait de ne considérer que cela.

Depuis Alma-Ata cette vision de droit commun est partagée. Elle implique la participation communautaire, à travers des comités de proximité représentant les populations desservies. L'approche éthique s'est imposée naturellement en santé publique depuis longtemps, ses interventions allant au-delà de l'individu pour protéger la collectivité. Elle s'impose actuellement de manière réfléchie et pragmatique quand on aborde la CSU en faisant intervenir les citoyens dans cette réflexion car la diversité des sociétés implique une diversité des besoins et une diversité de recours aux soins. Il est crucial de repenser la CSU à travers le parcours de soins tracé selon les besoins de la population en particulier la plus vulnérable.

Dans la majorité des pays en voie de développement, la couverture médicale a été inspirée des modèles occidentaux. Elle s'adressait plutôt à une population urbaine car elle n'englobait que les salariés du secteur formel. Ces modèles de couverture n'étaient pas l'aboutissement d'un processus historique propre à ces pays comme c'était le cas pour les pays riches où la couverture médicale était un aboutissement de revendications conscientes et conscientisées par les populations et/ou leurs représentants.

Ces modèles occidentaux ont été implantés dans la période post coloniale à partir des années 1950 ou impulsées de l'extérieur, par la suite, dans le cadre de projets de coopération internationale. Une mise en œuvre qui s'est faite sans étudier au préalable les déterminants de la santé pour le pays en question ni les besoins exprimés ou non des populations.

Les modèles proposés véhiculaient les valeurs et les visions de santé des différents acteurs (États et/ou organismes internationaux). Ils ne reflétaient pas celles des pays pour lesquels ils étaient proposés encore moins celles des populations diverses et diversifiées à qui ces modèles étaient proposés.

En général, quatre types de couverture médicale (Wang et al, 2005) émergent des expériences des différents pays. Deux types de couverture maladie obligatoire, celles financées par l'impôt et celles financées par les cotisations des salariés et des employeurs. Et, deux types de couverture maladie volontaire à savoir les assurances privées lucratives et les mutuelles de santé non lucratives financées par de faibles cotisations.

La question éthique soulevée par le terme « assurance » est la notion de « risque » qu'il faut quantifier. Cette notion de risque ne tient pas compte de son origine collective. Son but pour l'assurance privée est de varier la cotisation individuelle. Dans ce cas, la logique de marché prime. Pour l'assurance sociale ce qui prime c'est la redistribution selon l'âge et le revenu (Lautier, 2012). La protection sociale basée sur une solidarité égalitaire fait place à une solidarité basée sur l'équité qui est, en fait, une démarche de régulation de la pauvreté ou l'assurance prend le devant de la protection sociale (Théret, 2011).

Dans cette approche d'assurance maladie, l'État est réduit à un rôle de « bonne gouvernance » centré sur l'efficacité financière. Alors qu'en principe, le système de protection sociale doit être un élément de cohésion sociale car il s'adapte à la demande sociale et non pas à une éventualité de risque.

Dans la démarche de droit humain, le travail préliminaire à réaliser avant toute intervention de santé est de cartographier les inégalités sociales de santé. Ce travail vise à améliorer l'impact de l'action de santé à travers son appropriation par la population qui ressent cette action en phase avec ses propres besoins.

Les différentes expériences de mise en place de la CSU selon le modèle proposé par l'OMS et la BM remettent en question cette démarche et posent l'éventualité de repenser le ciblage des « indigents » par la « gratuité » pour des prestations souvent, en réalité, de moindre qualité et dispensées par un personnel démotivé travaillant dans des conditions médiocres (plan Sésame au Sénégal). L'approche éthique ouvre de nouvelles perspectives. En travaillant pour et avec une population donnée, elle resitue la réforme du système de santé sur une trajectoire non centrée sur le financement mais sur une démarche apparentée à la planification stratégique (Kass, 2014). Cette approche se base sur l'analyse des besoins spécifiques des populations. Elle explore la santé comme un fait social avec une pondération des déterminants en dehors de la santé qui impactent les comportements de santé des populations.

La démarche de droit explore aussi le paquet de prestations à fournir à tous. Elle fait intervenir plusieurs acteurs locaux par des exercices de planification ascendants et descendants.

L'analyse des parcours de soins, déterminés essentiellement par la chronicité de la maladie et la couverture médicale, impose d'une part de connaître la charge de morbidité des maladies non transmissibles dans le pays en question et une exploration approfondie des besoins des populations et de leurs vécus.



Cet exercice demande des approches innovantes pour impliquer et responsabiliser les individus et identifier leurs besoins réels, ressentis, exprimés ou non exprimés afin d'adapter et améliorer l'offre de soins. Au-delà de l'élaboration de la carte sanitaire, il faut repositionner le rôle du médecin généraliste, valoriser les ressources humaines et élaborer une politique du médicament pour éviter les expériences de surconsommation des soins et de gaspillage des ressources. Cette identification du parcours de soins autour du médecin généraliste permettra d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques et d'adapter la prise en charge des plus vulnérables

Le département de la santé ne peut pas prétendre être l'unique responsable de la mise en place d'une couverture médicale car l'action des autres départements est tout aussi importante. L'amélioration des conditions de vie des populations par des projets viables de développement qui couvrent les réformes économiques, la lutte contre la pauvreté et le chômage, l'amélioration de la situation des droits de l'homme et la lutte contre les discriminations, l'analphabétisme et l'inégalité homme-femme. Dans cette approche la santé est considérée comme un bien public qui se caractérise par la non-rivalité (la consommation de ce bien par un individu ne prive pas un autre individu de le consommer) et la non-exclusion (aucune personne ne peut être privée de la consommation du bien).

Les programmes d'ajustement structurels qu'ont connu plusieurs pays dont le Maroc dans les années 80 ont laissé des traces et un coût social élevé particulièrement dans la santé et l'éducation (Stiglitz, 2018). A cet effet il faut rappeler l'impact en termes de réduction de l'utilisation des services de santé, l'aggravation de la santé des populations en particulier les personnes vulnérables, les femmes et les enfants. (Beaussier, 2017).

Autre remise en question ce sont certaines initiatives lors de réunions internationales ou organismes onusiens. Ainsi l'initiative de Bamako relative aux paiements par les ménages d'une contribution aux établissements de santé n'a pas réellement permis d'enrayer la dégradation des structures de santé primaires et surtout n'a bénéficié qu'à une infime partie de la population excluant les plus pauvres et vulnérables (Ridde et Girard, 2004).

Sur le plan des politiques de santé un nouveau paradigme a émergé faisant de ce secteur un élément essentiel à la croissance économique et au développement humain (Giammanco , et Gitto, 2019 ; Sparkes et al., 2019). Même l'OMS jadis « sûre d'elle » a changé d'attitude et reconnaît les limites de l'initiative de Bamako, réévalue les objectifs d'Abuja quant au

financement de la santé et saisit aujourd'hui les difficultés des pays en voie de développement à atteindre une CSU.

Cette nouvelle attitude des organismes internationaux s'explique car la CSU est un sous ensemble d'une politique globale qui sous-tend l'existence ou la mise en place de systèmes de santé durables, capables d'adaptation mais aussi de résilience. Certains ont pu relever le défi comme le Burkina Faso, le Rwanda, le Ghana, le Nigéria, le Kenya, l'Ouganda et l'Afrique du Sud mais au prix de sacrifices sociaux et de compromis difficiles. Mais la gratuité au sens propre du terme n'a pas été possible. Même sans corruption et avec une politique interventionniste intersectorielle d'accès aux services de santé, il a fallu soit faire contribuer les patients en amont par une cotisation ou un impôt, soit faire payer un montant minimal ou un ticket modérateur pour les services, soit faire participer les ménages aux frais des médicaments (Ndiaye, 2019). Dans tous les cas, la dynamique du système dans son ensemble n'a pu être maîtrisée car les professionnels de santé ou encore le marché privé a réagi pour compenser (honoraires supplémentaires, surfacturation des services non offerts par l'État) évidemment au détriment surtout des populations vulnérables.

Le corollaire est une santé à plusieurs vitesses comme nous l'avons observé au Maroc avec un secteur public essoufflé par une demande légitime mais inadaptée à ses possibilités de prise en charge et un secteur privé « sauveur » ou « rentier » d'une situation que l'État, permissif sur certains aspects, encourage.

Le développement de mutuelles communautaires locales serait une solution partielle à la condition que les collectivités locales ou les régions aient des prérogatives sur les secteurs de la santé et ses déterminants. Ce qu'il faut probablement retenir comme leçon c'est que le principe de l'État providence en matière de couverture sanitaire universelle qui a joué un rôle en Europe et en France au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle n'est pas applicable au Maroc, en Afrique ou dans les pays en voie de développement pour des raisons d'abord politiques mais aujourd'hui économiques sociales et culturelles. Une progressivité et une vision sur une génération est par contre pensable, réaliste et réalisable car la CSU est aussi une question d'éducation, d'instruction, de droit, de civisme et de démocratie participative.

En effet, les pays européens et particulièrement la France ne pourrait pas « privatiser » la santé comme il serait aujourd'hui compliqué de « nationaliser » la santé dans les pays en voie de développement. Partout en Afrique et particulièrement au Maroc le financement du système de

santé est largement tributaire de la contribution des ménages aussi bien pour les frais directs médicaux que les restes à charge (Atun . et al. 2017 ; Moucheraud. et al., 2019).

C'est tout le paradoxe du Maroc et de plusieurs pays en voie de développement : la santé et l'éducation qui sont les enjeux sociaux par excellence sont en voie de privatisation au lieu d'être un réel projet d'État soutenu par des acteurs privés dans le cadre d'une mission commune de service public.

Clairement les marocains ne sont pas satisfaits de leur CMB et de leur système de santé de façon générale. Les données objectives de cette thèse sur leurs parcours, leurs dépenses et leurs perceptions quant aux services reçus nous ont permis de dresser des profils d'utilisateurs et des déterminants d'utilisation des services de santé. Déterminants qui ne sont pas liés, comme on pouvait s'attendre, au type de couverture médicale. Le Ramediste et le sans couverture médicale chemine du centre de santé à l'hôpital préfectoral, puis régional, puis universitaire. Le patient bénéficiaire de l'AMO a un parcours différent : du cabinet médical vers l'hôpital régional ou universitaire ou la clinique privée. Et enfin, le bénéficiaire de l'assurance privée commence par le cabinet médical puis se dirige vers la clinique privée et vers le CHU en cas de situation extrêmement spécialisée. Ce que nous avons observé aussi bien dans l'approche qualitative que quantitative c'est que le système, en tant que législateur de la CSU, son financement en matière de moyens et ressources, son organisation en matière d'offre, sa gouvernance en matière de relations avec les OPS et l'ANAM a créé une demande forte qu'il n'a pu gérer et a généré des effets paradoxaux voir pervers.

La CMB au Maroc, est une nécessité absolue pour des raisons constitutionnelles (art. 31 de la constitution qui donne le droit à tous à la santé et attribue cette responsabilité à l'État), politiques (tensions sociales à l'origine de la volonté de mettre en place une CSU) et sociales (la santé étant culturellement et religieusement la chose la plus importante à préserver).

La façon dont elle a été conçue, préparée, mise en œuvre est un échec eu égard aux objectifs d'accessibilité, de qualité, de réduction des dépenses catastrophiques de santé des ménages qui ne doivent pas dépasser 10% et qui sont de 63,3% au Maroc. Plusieurs rapports dès 2015 ont pointé les défaillances mais l'État à travers le Ministère de la Santé n'a jamais accepté un tel diagnostic et au contraire avait salué les succès du régime de couverture et en particulier du RAMED. Son argument reposait sur le nombre de consultations, d'actes ou d'interventions délivrés aux Ramedistes dans les hôpitaux publics mais sans jamais faire une étude de terrain ou encore utiliser des outils ou instruments de mesure plus fiables relatifs à l'accès, au parcours

de soins, aux indicateurs de productivité, à la qualité des services donnés et à la satisfaction de la patientèle, aux dépenses des utilisateurs lors d'un parcours de soins et à la performance économique de l'offre et du système.

Dans le cas du Maroc comme nous l'avons expliqué au début de cette thèse ce n'est que le 30 juillet 2018 soit 16 ans après le vote de la loi 65-00 sur la CMB, 13 ans après sa mise en œuvre partielle, 6 ans après le lancement national du RAMED que l'État a accepté le diagnostic sans appel d'échec de la CSU, tout simplement parce que la plus haute instance du pays, le ROI l'a exprimé à 34 millions de marocains dans son discours du trône.

Le RAMED a été créé pour des raisons politiques. Il est aujourd'hui à refondre totalement avec la CMB pour des raisons objectives mais royalement exprimées.

Pour revenir au travail de terrain des quatre dernières années, il était important de demander aux marocains leur perception, leur vécu et leurs attentes par rapport à la CSU et au système de soins. Une telle enquête n'a jamais été réalisée. Du symptôme jusqu'à l'accès aux services de santé nous avons constaté un parcours paradoxal et surtout non structuré. La pharmacie qui est le premier service utilisé pose le problème d'un échec de la filière de soins. Le recours très fréquent au médecin spécialiste dans la majorité des cas pose le problème de l'échec de la politique de soins de santé primaires, le médecin généraliste n'étant pas au cœur du système de de santé. Le recours effectif et l'intention exprimée de recourir au secteur privé pose le problème de l'échec de l'offre de soins publique.

Le modèle « idéal » des pays riches qui ont instauré la CSU n'est pas toujours parfait et là aussi plusieurs insatisfactions existent notamment les délais d'attente aux urgences, le ticket modérateur, le rôle du privé, la tarification à l'acte, les déserts médicaux, les lits d'hospitalisation privée au sein de l'hôpital public ... (Mossalios et al., 2017) . Ainsi, il faut rappeler que le délai d'attente moyen pour une arthroplastie de la hanche, était en 2015 de 42 jours environ aux Pays-Bas, de 290 jours en Estonie et de plus de 400 jours au Chili et en Pologne (OMS, 2019).

Il faut également souligner que pour certains citoyens européens et particulièrement britanniques cela peut revenir moins cher de prendre l'avion et de se faire soigner en Turquie que de bénéficier des mêmes soins dans son propre pays.

Enfin nous n'insisterons pas sur la notion de couverture santé aux USA où les frais de santé appauvrissent chaque année des millions d'américains, où l'OBAMACARE n'a pas survécu au concept même d'obligation /droit d'être couvert par une assurance maladie.

C'est dire que la culture politique et la notion de droit social est une spécificité de chaque nation qu'il est difficile de dupliquer mais qui ne doit pas être l'excuse pour ne pas innover afin d'assurer l'un des droits humains les plus fondamentaux.

Le Maroc aurait tout à gagner à concevoir son propre modèle à partir de l'échec du modèle actuel et d'y intégrer toutes les bonnes pratiques des autres pays lorsqu'elles sont applicables totalement ou partiellement. C'est un des objectifs de ce travail de 4 ans sur le terrain.

Si le Maroc devait repenser sa politique de CSU selon les attentes des bénéficiaires il aurait à revoir les cinq failles de la couverture médicale de base :

- Le processus de sélection des populations vulnérables et la filière de soins imposée en décalage total avec les données épidémiologiques, l'offre de soins et les capacités des ressources ;
- L'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers sur le territoire ;
- Les services, le circuit et la qualité lors de l'utilisation d'un service de santé ;
- Les moyens alloués et la disponibilité des ressources matérielles et humaines pour assurer des services de santé de qualité et optimaux ;
- Les outils de régulation, de gouvernance et d'évaluation de l'impact de la CSU dans ses dimensions accessibilité, service médical rendu, satisfaction et performance du système.

Dans le cas de la CSU il faut à notre avis, et cela est valable pour tous les pays en voie de développement, qu'il y ait une convergence et cohérence des politiques publiques si l'on veut une convergence et une cohérence des acteurs de la CSU.

En l'occurrence il faut de la cohérence, de l'inter-sectorialité entre la santé, les finances, les travaux publics et transports, l'éducation nationale, l'intérieur et l'emploi au minimum pour une meilleure articulation des actions nécessairement et indispensablement complémentaires (Radi, 2019).

Sans occulter les inégalités et les iniquités observées au Maroc, il faut reconnaître leur impact sur les dysfonctionnements de la CSU. Quand on observe 33 points d'écart entre le quintile le

plus défavorisé et le plus favorisé en matière de dépenses directes en santé ; quand on sait que seulement 5% des 20% de ménages les plus pauvres ont une couverture médicale et que 25% d'entre eux iront dans le secteur privé pour s'y soigner, c'est constater à quel point le défi est majeur. Si l'on veut qu'une CSU soit efficace au Maroc, il est fondamental avant tout de lutter contre les inégalités (Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages 2014).

L'État a réagi dans la loi de finances 2019 avec l'amendement du décret d'application n° 2-15-657 de la loi n°116-12 relative au régime de l'Assurance maladie obligatoire de base pour les étudiants pour encourager leur affiliation mais en leur donnant accès essentiellement au secteur public. De même, le gouvernement a procédé à la mise en œuvre des dispositions de la loi n°15-98 relative à l'Assurance maladie obligatoire de base au profit des indépendants et professions libérales en procédant à l'adoption des décrets d'application y afférents rajoutant une nouvelle demande potentielle de 11 Millions de personnes comme bénéficiaires de la CMB.

Là encore les causes créeront les mêmes effets car l'État n'a pas préparé l'offre en regard d'une demande qui est plus instruite, qui sera plus revendicatrice et certainement plus exigeante.

Le gouvernement du Maroc doit intégrer les déterminants socio-économiques de la santé, regagner la confiance de la population, reconstruire le parcours de soins, édifier les moyens techniques, investir dans les ressources humaines médicales et paramédicales et innover en matière de financement et de gouvernance. Cela demandera également un effort de communication car c'est un point crucial pour l'éducation pour la santé, la réduction des risques santé et l'optimisation de la prise en charge des patients et de leur famille (Humphries et al., 2019). Cela demandera également d'accepter de tout refondre le cas échéant.

L'exemple de la Chine est à ce titre intéressant à soulever puisqu'au lieu de réformer son système d'offre de soins, c'est la CSU qui a été réformée (Yip W et al., 2019)). Au Ghana également on a compris qu'il fallait éduquer et mettre en place une offre équitable (Brugiavini, A., and Pace, N., 2016). A Taiwan, c'est le principe de « l'éthique égalitaire » où des services de qualité, efficaces et rapides sont fournis à l'ensemble de la population . Il y a un seul acteur payeur et gestionnaire mais au prix de crises ayant conduit à des déficits financiers sérieux et avec un courage politique ayant permis les ajustements nécessaires (Lu and Chiang, 2018) . Finalement les expériences à travers le monde connaissent des succès relatifs selon les objectifs et les instruments de mesure de la performance de la CSU. Ce qui est certain c'est que le niveau

socio-économique, nutritionnel et d'instruction jouent un rôle clef dans la détermination du risque santé (Fitzpatrick et al, 2015) et qu'inversement la CSU influence le niveau de santé (Wherry,., and Miller, , 2015). Il faut également tenir compte des transitions démographiques, épidémiologiques économiques et sociales ainsi que de la gouvernance dans la conceptualisation de la CSU et sa mise en œuvre (Keehan et al.,2017 ; BahK et al., 2017).

Il ne faut pas repenser le futur de la CSU uniquement pour les pays en voie de développement mais également pour les pays à revenu élevé car le financement sera un enjeu de débats politiques où il faudra réfléchir à un modèle économique permettant de payer pour les transformations des systèmes de santé (Yerramilli., et al., 2018 ; Stenberg, et al., 2017).

C'est donc une nouvelle réflexion à l'échelle mondiale qu'il faut mener car l'économie et le développement sont indissociables du social.

A l'horizon 2040 il faudra probablement que les pays à faible revenu comme le Maroc dépensent deux fois plus qu'aujourd'hui pour assurer à 80% de leur population une couverture médicale (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2018).

Au vu de ces évolutions mondiales et de l'expérience vécue par le Maroc, quel modèle médico-économique faut-il concevoir pour une CSU marocaine qui réponde aux attentes de la population et à leurs besoins et qui soit efficiente en matière d'accès aux services de santé publics et privés de façon équitable ? Quel rôle de l'État dans un modèle où il est minoritaire en tant que financeur, insuffisant et inéquitable en matière d'offre de soins ?

Nous restons convaincus que malgré le vécu des marocains il faut un système public fort au côté du secteur privé pour une CSU plus équitable, efficiente et économiquement viable. Il y a probablement une vision nouvelle à proposer sans que l'hôpital ne soit organisé comme un centre de profit uniquement, sans que le médecin ne soit missionné comme un producteur rentable et que la maladie ne soit traitée comme de la « matière première » du processus de soins. A ce titre nous partageons la vision de ceux qui pensent que la privatisation même partielle du système de santé et de la couverture médicale aggraverait non seulement les inégalités mais aura des répercussions sur le niveau de santé de la population (Batifoulier P, 2018).

Ces différentes perceptions mesurées dans ce travail sont essentielles pour comprendre le comportement des marocains quant à l'utilisation effective des services de santé. Elles nous

permettent de construire une ébauche de ce qui serait éventuellement un « service de santé au coût acceptable » par les utilisateurs marocains détenteurs ou non d'une couverture médicale.

A cet effet l'offre doit être revue dans le nombre et la capacité litière des hôpitaux provinciaux et régionaux et dans la disponibilité des moyens nécessaires à son processus de médication.

Avec le « minimum syndical pour le secteur public » demandé par les marocains :

- Au niveau des infrastructures : les rapprocher des besoins locaux, les équiper avec un minimum de matériel et les doter en médicaments ;
- Au niveau des ressources humaines : augmenter le nombre de médecins et du personnel, mettre en place des mesures de contrôle pour améliorer l'attitude des professionnels vis-à-vis des patients et lutter contre la corruption.
- Au niveau des services : planifier des rendez-vous en fonction de l'état du patient, garantir le respect des normes d'hygiène, changer les horaires de travail des dispensaires et améliorer les soins dans les urgences.
- Au niveau financier : mettre un ticket modérateur pour les vulnérables et une vraie gratuité pour les pauvres mais sans discrimination du service offert.

Pour le secteur privé les marocains le plébiscitent mais souhaitent qu'il ne soit plus en « situation de monopole ». Des attentes sont clairement exprimées :

- Au niveau de la transparence : mettre l'accent sur la nécessité d'honnêteté quant aux coûts réels des prestations et à la non marchandisation de la maladie et des malades,
- Au niveau des ressources humaines : les attentes concernent plus de sélectivité en termes de recrutement du staff médical et surtout une présence régionale plus étoffée

Au vu des différents focus groups analysés et si l'on devait résumer l'état d'esprit de l'utilisateur des services de santé et du détenteur d'une couverture médicale au Maroc, c'est l'amélioration quantitative et qualitative des structures et des services. Mais c'est surtout le développement d'une culture basée sur le respect du patient et la lutte contre la corruption qui sont susceptibles d'améliorer sa perception globale de la CSU et du système de santé dans sa globalité.

Notre thèse à partir de données factuelles auprès de 7244 utilisateurs, propose une conceptualisation du parcours de soins et des profils d'USS selon la CSU. Ce travail fournit également une proposition de financement et de gouvernance de la CSU pour nourrir la réflexion sur un nouveau paradigme et projet propre au Maroc qui tienne compte non seulement



des déterminants épidémiologiques, environnementaux et socio-économiques mais également d'un modèle médico-économique structurant, réaliste, performant et adapté au contexte.

Au final, la mondialisation, la crise économique, les mutations et revendications sociales imposent au Maroc de repenser totalement le système de santé par une politique audacieuse en évitant d'importer des modèles « incompatibles ». Cette refonte et non pas réforme devra intégrer : la compréhension d'une nouvelle demande de services de santé, la compréhension des déterminants socio-économiques, politiques, environnementaux et culturels de l'iniquité en santé. Elle devra également intégrer la mise en place d'un système d'information sanitaire épidémiologique complet et fiable, la mise en place d'une offre de services de santé adaptée, l'adéquation formation emploi des professionnels de santé ainsi que la maîtrise des coûts de santé et du financement du système.

Enfin l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé devra s'accompagner de l'amélioration de la performance technique et économique des établissements de soins, l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients et in fine l'amélioration de la satisfaction de la patientèle.

Mais il faudra avoir le courage politique d'entamer ce nouveau chantier et comme le précise Boidin, faire admettre aux responsables leurs incohérences en termes de politiques publiques et le rôle ambiguë voire ambivalent des collectivités locales (Boidin, 2019).

L'État devra assurer et assumer son rôle de régulateur, de concepteur, de garant des droits des patients à l'accès aux soins et de l'équité sanitaire dans ses multiples dimensions. Ce marché sanitaire en perpétuelle évolution nécessitera des arbitrages voir même un positionnement de « police des marchés » (Duchesne et Batifoulier, 2019).

S'il y a une leçon principale à retenir des résultats de cette thèse, c'est de modestement reconnaître que l'on s'est trompé dans la mise en œuvre de la CSU au Maroc . C'est cette reconnaissance, suite aux données recueillies auprès des utilisateurs et des résultats obtenus, qui pourra être le garant d'une nouvelle voie pour la CSU marocaine.

L'objectif étant d'éviter des parcours de soins stochastiques et des effets pervers de la couverture médicale de base qui ont coûté au Maroc près de deux décades d'inefficience en terme d'accès total aux services de santé, de productivité des établissements de soins publics, de satisfaction vis-à-vis du système sanitaire et de dépenses catastrophiques de santé pour les ménages.

## **Bibliographie**

---

- Ababou,M et Benkirane W. (2019). La persistance des inégalités dans un dispositif de lutte contre les inégalités médicales : l'accès aux soins d'oncologie à Fès et à Meknès. *Mondes en développement*, 3(187) :85-96.
- Abdi Z, Harirchi I, Goharimehr M, Ahmadnezhad E, et al. (2018) Investigating the effect of having health insurance on the utilization of outpatient services provided by physicians based on the data of the utilization of health services survey. *Iran J Health Insur.*,1(3):67-71
- Abel-Smith,B.(1992). "The Beveridge report: Its origins and outcomes". *International Social Security Review*. 45 (1–2): 5–16.
- Akhnif, E., Kiendrebeogo, J.A., Idrissi Azouzzi, A. et al. (2018). Are our 'UHC systems' learning systems? Piloting an assessment tool and process in six African countries. *Health Res Policy Sys*,16(78):1-14
- Akin, J.S., Griffi C.G., Guilkey, D.K., Popkin, B.M.(1986).The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Philippines. *Economic Development and Cultural Change*, 344:755-782.
- Albouy, V. Crepon, B. (2007). Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin. INSEE, Direction des études et synthèses économiques, Document de travail, G2007/12, p.50.
- Alebachew, A, Hatt, L, Kukla, M. (2014). Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Ethiopia. *PLoS Med.*,11:e1001696.
- Alenda-Demoutiez J., (2016). Les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal : une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire. Thèse de Doctorat en Sciences Economiques. Lille 1. France
- Amar,A. et Berthier, L.(2007). Le nouveau management public : avantages et limites . *Revue Gestion et management publics*, 5 :1-14.
- Amooti-Kaguna, B.,Nuwama,F. (2000).Factors Influencing Choice of Delivery Sites in Rakai District of Uganda. *Social Science and Medicine*, 50: 203-213.
- Anadon,M.,Savoie-Zajc,L. (2009). Introduction – L'analyse qualitative des données . *Recherches Qualitatives*, 28(1): 1-17.
- ANAM. (2017).Rapport annuel global sur l'assurance maladie au Maroc .

- Anderson, G, and Peter H. (2000).Population Aging : A Comparaison Among Industrialized Contries . *Health Affairs*,19(3) :191-203.
- Annear PL., Wilkinson D., Men RC., Van Pelt M. (2006). Increasing access to health services for the poor: Health financing and equity in Cambodia. Working Paper. Phnom Penh, Cambodia.
- Annear, P.L. (2010).Comprehensive review of the literature on health equity funds in Cambodia 2001–2010 and annotated bibliography. Health Policy and Health Finance Knowledge Hub Working Paper No. 9 Nossal Institute for Global Health, Melbourne.
- Arrow,KJ.(1963).Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care . *American Economic Review*. 53(5):941-73.
- Atun,R., Odorico Monteiro de Andrade,L., Almeida,G., Cotlear,D., Dmytraczenko,T., Frenz,P. et al. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*, 385: 1230–47.
- Audibert M., Yong He, Jacky Mathonnat (2017). What does demand heterogeneity tell us about health care provider choice in rural China? Ferdi WP n°193 : 1-28.
- Audibert,M.,Mathonnat,J.,&Roodenbeke,E.(2003).Évolutions et nouvelles orientations pour le financement de la santé dans les pays en développement à faible revenu. *Santé*, 13(4) :209-214.
- Awomo Ndongo JC,. (2015). Emergence des mutuelles de santé au Cameroun. *Revue internationale de l'économie sociale*. (336). 23-35
- Aya, S.,Bishwajit, G., Ekholuenetale, M.(2017). Factors associated with the utilization of institutional delivery services in Bangladesh. *PLoS ONE* 12(2): e0171573.
- Bahk J, Kim YY, Kang HY, Lee J, Kim I, Lee J, Yun SC, Park JH, Shin SA, Khang YH. (2017). Using the National Health Information Database of the National Health Insurance Service in Korea for Monitoring Mortality and Life Expectancy at National and Local Levels. *J Korean Med Sci.*,32(11):1764-1770.
- Balarajan Y., Selvaraj S., Subramanian SV. (2011). Health care and equity in India *The lancet*, 377 (9764) :505-515.
- Bandura,A.(1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Banque Mondiale, OMS (2016). Document fondateur de la CSU en Afrique : un cadre d'action. Le Fond Mondial, AJICA, BAD.

- Bardey D. et Lesur R., (2004). Contrat d'assurance maladie optimal et risque moral ex ante. Comment peut-on s'affranchir d'une franchise ? *Revue économique*, 55(5) :857-868.
- Barnay, T. & Videau, Y. (2016). Regards d'économistes sur les déterminants de la santé et les mécanismes d'incitations à la prévention. *Santé Publique*, vol. 28(4), 435-437. doi:10.3917/spub.164.0435.
- Batifoulier, P., Domin, J.P., Gadreau, M. (2008). Mutation du patient et construction d'un marché de la santé : l'expérience française. *Revue Française de Socio-Économie*, 1(1) :27-46.
- Batifoulier, P., Domin, J.P., Gadreau, M. (2011). Market Empowerment of the Patient: The French Experience, *Review of Social Economy*, 69(2):143-162.
- Batifoulier, P. (2013). Faire payer le patient : une politique absurde. *Revue du MAUSS*, 41 (1) :77-92.
- Batifoulier, P. (2015). On responsabilise le malade en lui demandant de régler ses soins. Dans : Valéry Ridde éd., *30 idées reçues en santé mondiale* (pp. 31-34). Rennes, France: Presses de l'EHESP. doi:10.3917/ehesp.ridde.2015.01.0031.
- Batifoulier, P. (2018). Réformes de la santé : une diversité de privatisations. *L'Économie politique*, 4(80) :50-61.
- Beaussier, A.L. (2017). Kingdon en Afrique ? Théories de la mise sur agenda et le développement d'un programme d'assistance santé au Burkina Faso. *Sciences Sociales et Santé*, 35(2) : 69-80.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., and Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51(6): 843-857.
- Bernal N, Carpio M, Klein T. (2015). The Effects of Access to Health Insurance for The Effects of Access to Health Insurance for Informally Employed Individuals in Peru. Netspar academic series. DP02/2015-023.
- Bethume, X. Alfani, S., Lahaye, J.P. (1989). The influence of an abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaire. *Health Policy and Planning*, 4 :17-47.
- Bintabara, D, Mpondo BCT. (2018). Preparedness of lower-level health facilities and the associated factors for the outpatient primary care of hypertension: Evidence from Tanzanian national survey. *PLoS ONE*, 13(2): e0192942.

- Blanchet A. Et Gotman A.(2001). L'enquête et ses méthodes : l'entretien . Paris, Nathan Université, P.96 Bardin L. L'analyse de contenu, Paris, PUF, 2003, P96-97.
- Boidin B.(2014). La santé bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir d'expériences africaines. Presses Universitaires du Septin-Trion.
- Boidin B. (2018)<sup>a</sup>. Une couverture santé universelle sans politique intégrée de la santé est-elle possible en Afrique ? *Revue française des affaires sociales*, p. 85-105.
- Boidin, B. (2018)<sup>b</sup> . Le pilotage sous influence des services de santé au Sud. *L'économie politique*, 4 (80) :88-98.
- Boidin, B. (2019). Thématique : L'ambiguïté des politiques de santé dans les pays en développement. *Mondes en développement*, 187(3), 157-159.
- Boidin B.,Guennif S.(2018). Santé au sud : entre solutions clef en main et dynamiques endogènes . *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*. 36 (5-6) : 255-260
- Brinda EM, et al. (2015) Health service use, out of pocket payments and catastrophic health expenditure among older people in India: The WHO study on global AGEing and adult health (SAGE). *J Epidemiol Community Health*, 0:1–6. doi:10.1136/jech-2014-204960.
- Brugiavini, A. and Pace,N. (2016). Extending health insurance in Ghana: effects of the National Health Insurance Scheme on maternity care . *Health Economics Review* 6(7) :1-10
- Brunet-Jailly, J. (1999).Santé en capitales : la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines. Abidjan : CEDA, 388 p. Santé en Capitales : Colloque International, Abidjan (CIV), 1996/02/12-16. ISBN 2-86394-308-1.
- Buchmueller,T.C.,Couffinal,A.,Grignon,M.,Perronnin,M. (2004).Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France . *Health Economics*,13(7): 669–687.
- Budi, A.,Shafiu,M.,Haque,M.A.(2017).The Dynamics of Catastrophic and Impoverishing Health Spending in Indonesia: How Well Does the Indonesian Health Care Financing System Perform? *Asian Pacific Journal of Public Health*, 29(6) :506-515.
- Caillavet-Bachellez, V. (2010). Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire . Mémoire de l'EHESP.
- Campbell, M., Fitzpatrick,R., Haines,A. et al. (2000).Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*,321:694–6.

- Carinci, F., Van gool,K., Mainz, J. et al. on behalf of the OECD health care quality indicators expert group.(2015).Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(2) :137–146.
- Cash-Gibson, L., Rojas-Gualdrón,DF., Pericàs, JM., Benach, J. (2018). Inequalities in global health inequalities research: A 50-year bibliometric analysis (1966-2015). *PLoS ONE* ,13(1): e0191901.
- Caussat, L.,Raynaud,D.(2004). La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé . In: Revue d'économie financière, n°76, 2004. La régulation des dépenses de santé, 129-151.
- Caussat, L. & Glaude,M.(1993).Dépenses médicales et couverture sociales . *Economie et Statistiques*, 265 : 31-44.
- Caussat, L.,Raynaud, D. (2004).La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé . In: Revue d'économie financière, n°76, 2004. La régulation des dépenses de santé, 129-151.
- Cawlay J., Ruhm C.J. (2011).The economics of risky health behaviors. In Pauly M.V , McGuire T.G, Barros P.P (ed.), *Handbook of Health Economics* (p 95-199). London, Elsevier.
- Chadli,S., Taqarort,N.,El Houate,B.,Oulkheir,S.(2018). Transition épidémiologique au Maroc (1960-2015). *Médecine et Santé Tropicales*, 28(2):201-205.
- Chakraborty, S. (2013). Philippines government sponsored health coverage program for poor households. Universal Health Coverage (UNICO) studies series no. 22. Washington (DC): World Bank; 2013.
- Charreire, S., Durieux, F. (2007).Explorer et tester : les deux voies de la recherche. dans Thiétard, R.A- et al., *Méthodes de recherche en management* 3e éd. Dunod, Paris.
- Chauffour, J.P. (2018). Le Maroc à l'horizon 2040 Investir dans le capital immatériel pour accélérer l'émergence économique. Groupe de la Banque Mondiale.
- Chiappori P.A., Durand F., Geoffard P.Y. (1998). Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment . *European economic review* 42 (3-5): 499-511.

- Chemouni, B. (2018). The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106 :87-98.
- Chib, A., Van Velthoven, M.H. & Car, J. (2015). mHealth Adoption in Low-Resource Environments: A Review of the Use of Mobile Healthcare in Developing Countries. *Journal of Health Communication*, 20:1, 4-34.
- Connolly, T., Conlon, D.J., Deutsch, S.J. (1980). Organizational effectiveness: a multiple constituency approach. *Academy of Management Review*, 5(21):1-217.
- Conseil Economique Social et de l'Environnement (CESE)-Rapport annuel 2017. (2018). Maroc
- Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.L, Boyle, P. (1990). Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer . Université de Montréal, 197p.
- Cottin, R., (2019). Le ciblage direct des ménages est-il possible pour les politiques de santé ? Le cas du RAMED au Maroc. *Mondes en développement*, 3(187) :29-50.
- Croitoru, L., Sarraf, M. (2017). Estimating the Health Cost of Air Pollution: The Case of Morocco. *Journal of Environmental Protection*, 8, 1087-1099.
- D'Intignano, B. M. (2000). Le sexe médiateur. Plon. Doumeingts, Guy. 1990. Méthodes pour concevoir et spécifier les systèmes de production. LAP/GRAI , Université de Bordeaux, CIM, 90.
- Dardanoni, V., Wagstaff, A. (1987). Uncertainty, inequalities in health and the demand for health. *Journal of Health Economics* 6, 283–290.
- David, A. (1999). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion». Dans VIIIème Conférence internationale de l'AIMS. P.23. de l'interculturel, Editions l'Harmattan, Paris, 2006.
- De Sardan, Olivier J. & Ridde, V. (2018). Réponse au texte « Gratuité des soins ? Ce qu'il faudrait prouver... » de Joseph Brunet-Jailly. *Afrique Contemporaine*, 265(1), 141-152.
- Deccache, A., et Van Ballekom, K. (2010). From patient compliance to empowerment and consumer's choice: evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries.
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V., Touré, L. (2018). « La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018 », Working Paper du Ceped, n°40, Ceped (UMR 196 Université Paris Descartes IRD), Paris, Octobre 2018.



- Destremau B., Laurier B., Nauleau M. (2013). En chemin vers la couverture sanitaire universelle : les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue du Tiers Monde*, 215 (3) : 129-18.
- Dieng, M., Audibert, M. , Le Hesran JV., Ta Dial, A. (2015). Déterminants de la demande de soins en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal . 2014.15. 2015.
- Dmytraczenko, T., Almeida, G., editors. (2015). Toward universal coverage and equity in Latin America and the Caribbean. Washington (DC): World Bank.
- Doherty, W.J and Allen, W. Family functioning and parent smoking as predictors of adolescent cigarette use : a sis years prospective study. *Journal of Family Psychology*, 8 :347-353.
- Domin, J.P (2014). Crise et transformation de la protection sociale : une lecture régulationniste des évolutions du secteur de la santé (OMI-EA 2065, Université de Reims Champagne-Ardenne).
- Donabedian, A. (1966). «Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* », 1966, 44(3):166–206.
- Dormont, B. (2016). Does health insurance encourage the rise in medical prices?, A test on balance billing in France . *Health Economics*, 25(9): 1073-1089.
- Duchesne, V. & Batifoulier, P. (2019). "L'Etat comme police de marché : le cas de la construction du marché de l'Assurance Maladie," Post-Print hal-02269267, HAL.
- Ellis, R. and Mwabu, G.M. (1991). The demand for outpatient medical care in rural Kenya. Department of economics, Boston University. Boston, MA Processed.
- Erhlich, I., Chuma, H. (1990). A model of the demand for longevity and the value of life extensions. *Journal of Political Economy*, 98: 761-782. In Demande de santé ou demande de sécurité : deux modèles pour la santé en économie , Georges Menahem Working Paper - Mars 2000.
- Ensor, T., Chhun, C., Kimsun, T., McPake, B., Edoke, I. (2017) . Impact of health financing policies in Cambodia: A 20 year experience. *Social Science & Medicine*, 177 : 118e126
- Ferrié, J-N et al. (2018). Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. *Revue française des affaires sociales*, 1 : 125-143.

- Ferrié, J-N., Omary,Z. (2019). La trappe des décisions irréfléchies : le régime d'assistance médicale au Maroc (RAMED) et le plan sésame au Sénégal. *Mondes en développement*, 3(187) :15-28.
- Fitzpatrick,C.T.,Rosella,L.C.,Calzavara,A.,Petch,J.,Pinto,A.D.,Manson,H.,Goel,V., Wodchis,W.P. (2015).Looking Beyond Income and EducationSocioeconomic Status Gradients Among FutureHigh-Cost Users of Health. *Am J Prev Med*, 49(2):161–171.
- Frew E., Wolstenholme,J.L., Atkin,W.,Whynes, D.K. (1999).Estimating Time and Travel Costs Incurred in Clinic Screening: Flexible Sigmoidoscopy Screening for Colorectal Cancer. *Journal of Medical Screening*, 6 :119-123.
- Frotiée, B.(2006). La réforme française de la Couverture maladie universelle, entre risques sociaux et assurance maladie. *Lien social et Politiques–RIAC*, 55, *La santé au risque du social*, pages 33-44.
- Galdemar,V., Gilles, L., Simon, M. (2012). « Performance, efficacité, efficience : les critères d'évaluation des politiques sociales sont-ils pertinents ? » *Crédoc, cahier de recherche*, 299.
- Gao, J.,(2015). Performance Measurement and Management in the Public Sector: Some Lessons from Research Evidence. *Public Administration and Development*, 35(2): 86-96
- Gardiol, G. (2003). Separating Selection and Incentive Effects: an Econometrics Study of Swiss Health Insurance . Claims Data. Working paper.
- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, H., Jolibert,A. (2008). Méthodologie de la recherche : Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion. Pearson Education France, Paris.
- GBD (2016). Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 388: 1813–50.
- Gertler P., Locay L., and Sanderson W. (1987). Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. *Journal of Econometrics*, 36:67-88.
- Gertler, P. et Van Der Gaag, J., (1990). The willingness to Pay for Medical care : Evidence from two developping Countiries. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Giammanco MD, Gitto, L. (2019). Health expenditure and FDI in Europe. *Economic Analysis and Policy*, 62:255-267.

- Giedion, U, Alfonso, EA, Díaz, Y. (2013). The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Universal Health Coverage (UNICO) studies series no. 25. Washington (DC): World Bank.
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network.(2018). Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet*, 389:2005-30.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80:1275-1294.
- Grossman, M.(2000). The human capital model. In: Culyer, A.J., Newhouse, J.P. (Eds.), *Handbook of Health Economics 1*. Elsevier Science, Amsterdam, pp. 347–408.
- Hassenteufel, P. (1997). *Les médecins face à l'État*. Paris, Presses de Sciences Po.
- Heikel,J., Chafai,A. (2018). Couverture sanitaire universelle et parcours de soins au Maroc *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, 36(5) : 327-342.
- Heinmüller, R., Y.A. Dembélé, G. Jouquet, S. Haddad, and V. Ridde, (2012). Free healthcare provision with an NGO or by the Malian government Impact on health center attendance by children under five . *Field ACTions Science Reports*.
- Hemadeh,R.,Hammoud,R. and Kdouh, O. (2019). Lebanon's essential health care benefit package: A gateway for universal health coverage. *Int J Health Plann Mgmt*,1–16.
- Holt E. (2010). Romania Mulls over fast food tax. *The lancet*, 10 (66462) : 140-6736
- Hosseinpoor, AR., Bergen,N.,Koller,T.,Prasad,A.,Schlotheuber, A.,Valentine,N., et al. (2014). Equity oriented monitoring in the context of universal health coverage. *PLoS Med.*,11:e1001727.
- Humphries C, Jaganathan S, Panniyammakal J, et al. (2019). Patient and healthcare provider knowledge, attitudes and barriers to handover and healthcare communication during chronic disease inpatient care in India: a qualitative exploratory study. *BMJ Open*;9:e028199. doi:10.1136/ bmjopen-2018-028199.
- Jacobs, B., Ir P., Bigdeli, M., Annear, PL., Van Damme,W. (2012). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan.*;27(4):288–300.

- Jamison D.T, Ala Alwan, Charles N Mock, Rachel Nugent, David Watkins et al. (2018). Universal health coverage and intersectoral action for health: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet* , 391: 1108–20.
- Jamison, DT. Jha P., Laxminarayan, R., Ord T. Chapter 7. (2013). Infectious disease, injury, and reproductive health. In: Lomborg B, ed., Global problems, smart solutions: costs and benefits. New York: Cambridge University Press,.
- Jelovac, I. (2015). Physicians balance billing, supplemental insurance and access to health care . *International Journal of Health Economics and Management*, 15(2):269-280 (formerly International Journal of Health Care Finance and Economics).
- Jolibert, A. Et Jourdan P. (2006). Marketing research - Méthodes de recherche et d'études en marketin. Broché.
- Joseph, P. (1993). Newhouse and the Insurance Experiment Group. Free for All? Lessons from the RAND Health Experiment. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Jowett M., Deolalikar, A., Martinsson, P. (2004). Health insurance and treatment seeking behaviour: evidence from a low-income country. *Health Economics*, 13:845-857.
- Jowett, M., Deolalikar, A, Martinsson, P. (2004). Health insurance and treatment seeking behaviour: evidence from a low-income country. *Health Economics*, 13: 845-857.
- Kasper, J.P., Giovannini, T.A. et Hoffman, C. (2000). Gaining and losing Health Insurance : strengthening the Evidence for effects on Access to Care and Health Outcomes. *Medical Care research and review*, 57 (3):298-318.
- Keehan, S.P., Stone, D.A., Poisal, J.A., Cuckler, G.A., Sisko, A.M., Smith, S.D., Madison, A.J., Wolfe, C.J., and Lizonitz, J.M. (2017). National Health Expenditure Projections, 2016–25: Price Increases, Aging Push Sector to 20 Percent of Economy. *Health Affairs*, 36(3): 553–563.
- Kenkel, D. S. (1994). The Demand for Preventive Medical Care. *Applied Economics*, 26: 313- 325.
- Khan, MA et al. (2018). Process evaluation of integrated diabetes management at primary health care facilities in Pakistan : a mixed-methods study. *BJGP*, 2(4): 1-13
- Kilbourne, A.M., Switzer, G., Hyman, K., Crowley-Matoka, M. and Fine, M.J. (2006). Advancing Health Disparities Research Within the Health Care System: A Conceptual Framework. *Am J Public Health*, 96:2113–2121.
- Knight, F. H. (1921). Risk, Uncertainty and Profit. New York: Harper and Row, 1965.

- Kruk,M.E. et al. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*, 6: e1196–252
- La Ville (DE), V.-I. (2000). La recherche idiographique en management stratégique : une pratique en quête de méthode ? *Finance Contrôle Stratégie*, 3(3) :73-99.
- Lagarde, M.,Huicho,L., Papanicolas,I. (2019). Motivating provision of high quality care: it is not all about the money. *BMJ*, 366:l5210
- Lagarde, M. and N. Palmer (2011).The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries . Cochrane Database of Systematic Reviews. 4. Art. No.: CD009094. DOI: 10.1002/14651858.CD009094.
- Lamine, E., Zefouni, S., Bastide, R., et Pingaud, H.(2010). A System Architecture Supporting the Agile Coordination of Homecare Services. In Collaborative Networks for a Sustainable World, 227-34. Springer Berlin Heidelberg.
- Langlois EV, Straus SE, Antony J, et al. (2019). Using rapid reviews to strengthen health policy and systems and progress towards universal health coverage. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001178. doi:10.1136/ bmjgh-2018-001178.
- Lautier, M., Moreau, F. (2012). Domestic investment and fdi in developing countries: the missing link. *Journal of Economic Development*, 37(3) :1-23.
- Le Baron, S.W. and Schultz, S.H. (2005).Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. *International Family Medicine*, 37(7):502-505.
- Le Fur, P. et Perronnin, M. (2003). L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002 . Questions d'économie de la santé IRDES, n°76.
- Leonhardt D. (2010). Economic scene. The Battle Over Taxing Soda. *The New York Times*.
- Lewin, K. (1948). Resolving social conflicts; Selected papers on group dynamics. Lewin GW, editor. New York: Harper & Row; 1948.
- Lewin, K.(1952). Group decisions and social change. Dans, Swanson E., Newcom T. et Hartley E., Readings in social psychology (Holt Rinehart et Winston éd.). New York.
- Loeb, JM. (2004).The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 16(Suppl. 1):i5–i9.
- Lu, J-F.R, Chiang,T-L. (2018).Developing an adequate supply of health services: Taiwan's path to Universal Health Coverage.*Social Sciences and Médecine*, 198 :7-13.

- Ma,C-T.A.,Mak,H.Y.(2019).Incentives in Healthcare Payment Systems. *Oxford research encyclopedia, economics and finance*,1-27. DOI:10.1093/acrefore/9780190625979.013.61.
- Maeda, A., Araujo, E., Cashin, C., Harris, J., Ikegami, N., Reich, MR. (2014). «Universal health coverage for inclusive and sustainable development». A synthesis of 11 country case studies. Washington (DC): World Bank; 2014.
- Manning, WG., Newhouse,J.,Duan,N., Keeler, E., Leibowitz, A.& Marquis, M.,(1987) Health insurance and the demand for medical care:. Evidence from a randomized experiment. *American Economic Review*,77 : 251-277.
- Manning, WG., Newhouse, J, Duan, N., Keeler, E., Leibowitz, A.& Marquis, M., (1987). Health insurance and the demand for medical care:. Evidence from a randomized experiment . *American Economic Review*, 77: 251-277.
- Manoj Mohanan, Katherine Hay and Nachiket Mor. (2016). Quality of health care in India: Challenges, Priorities, and The road ahead. *Health Affairs*, 35(10): 1753-1758.
- Mariko M. (1999). Qualité des soins et demande des services de santé : application des modèles à choix discret pour Bamako. Thèse d'Economie, Université de Clermont-Ferrand, CERDI, 252 p.
- Marten, R, McIntyre, D, Travassos, C, Shishkin, S, Longde, W, Reddy S. (2014). An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS. *Lancet*, 384(9960):2164–71.
- McIntyre,D.,Rogers,L.,Heiei,EJ.(2001). Overview, history, and objectives of performance measurement . *Health Care Financing Review*, 2001, 22:7–43.
- Milles, M. Et Huberman, A.M., (1994). *Qualitative Data Analysis : An expanded sourcebook* . ,2 éd., Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ministère de la santé<sup>a</sup>. Comptes Nationaux de Santé (2015). Rapport Général. Rabat.
- Ministère de la santé<sup>b</sup> . Rapport sur les facteurs de risque communs des maladies non transmissibles 2017-2018. (2018). Rabat.
- Ministère de la santé<sup>c</sup>. Plan Santé 2025 (2018). Rabat
- Ministère de la santé<sup>d</sup>. Enquête nationale sur la population et la santé familiale (2018). Rabat
- Ministère de l'économie et des finances et de la reforme de l'administration . DEPF. (2018) La question des inégalités sociales : Clés de compréhension, enjeux et réponses de politiques publiques. Rabat.

- Ministère de l'économie et des finances et de la réforme de l'administration . Projet de loi de finances 2020 .(2019). Rabat
- Montenegro Torres, F. (2013).Costa Rica case study: Primary health care achievements and challenges within the framework of the social health insurance. Universal Health Coverage (UNICO) studies series no. 14. Washington (DC): World Bank.
- Mossialos,E., Djordjevic,A., Osborn,R., Sarnak,D. (2017). International Profiles of Health Care Systems. *The commonwealth fund*. 2017. New York.
- Moustatraf,A., Taoufik,J. (2018). Pour un financement pérenne du Régime d'assistance médicale au Maroc. *Santé Publique*, 30(6) :859-868.
- Munguambe,K.,Boene,H. ,Vidler,M. and al. (2016).Barriers and facilitators to health care seeking behaviours in pregnancy in rural communities of southern Mozambique. *Reproductive Health*, 13(Suppl 1):31: 84-97.
- Murray, C.J.L., & Frenk, J.(2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6):717-731.
- Mutyambizi, C., Pavlova, M., Chola, L. et al (2018).Cost of diabetes mellitus in Africa: a systematic review of existing literature. *Global Health* ,14(3): 1-13
- Mwabu, G.M, Ainsworth, M., and Nyamete, A. (1993). Quality of Medical Care and Choice of Medical Treatment in Kenya: An Empirical Analysis . *The Journal of Human Resources*, 28(4): 838-862.
- Mwabu, G.M. (1986). Health care decisions at the household level: result from a rural health survey in Kenya. *Social Science and Medicine*, 22(3):315-319.
- Nabyonga J.O. et al. (2011): Abolition of user fees: the Uganda paradox. *Health Policy and Planning* 2011;26:ii41–ii51.
- Nauleau, M., Destremau, B. & Lautier, B. (2013). « En chemin vers la couverture sanitaire universelle »: Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé. *Revue Tiers Monde*, 215(3), 129-148.
- Narayan,R. (2011). Universal health care in India: missing core determinants. *The Lancet*, 377 (9769) : 883-885.
- Naylor, DC, Iron K, Handa K. (2002).Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: Smith PC, ed. *Measuring up: improving health system performance in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development,13–34.

- Ndiaye, C.T. (2019). Corruption, Investment and Economic Growth in WAEMU Countries. *International Journal of Economics and Finance*; 11(4) : 30-39
- Neyman, J.A.,(1999) (a). The economics moral hazard revisited. *Journal of health Economics*, 18(6) : 811-824.
- Nguyen Dang, G., Pénard, T. (2001). Internet Economics : Towards New Forms of Cooperation ? , dans Belloc B., Plunket A., Voisin C. (eds), *The Dynamics of Firm Cooperation*, Londres, Edward Elgar.
- Nolte, E, McKee M. (2004).Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited London, The Nuffield Trust, 2004.
- Norris, CK. (2016). Health Insurance and Blood Pressure Control. *JAHA*, 5(12):1-4
- Ntui Asundep, N. , Carson,A.P.,Turpin, C.A. et al. (2013). Determinants of access to antenatal care and birth outcomes in Kumasi, Ghana. *Journal of Epidemiology and Global Health* , 3:279– 288.
- Nyman, JA. (1999). The welfare economics of insurance contracts that pay off by reducing price. Discussion Paper No. 308, April 1999. Center for Economic Research Department of Economics University of Minnesota Minneapolis, MN 55455
- Nyonator, F., Ofori, A., Segbafah, M., & d'Almeida, S. (2014). Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Ghana. *PLoS medicine*, 11(9), e1001691. doi:10.1371/journal.pmed.1001691
- O'connell, T., rasanathan, K., & choPra, M. (2014).What does universal health coverage mean? *Lancet*, 383: 277-279.
- Oladigbolu, R. A., Oche, M. O., Kaoje, A. U., Gana, G. J., & Makusidi, M. A. (2018). Out-of-Pocket Spending and Access to Healthcare Services in Sokoto, Nigeria. *International Journal of Tropical Disease & Health*, 31(3), 1-13.
- OMS (2019). Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Rapport de suivi 2019.
- OMS (2018). Etat de la santé dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable. Bureau régional de l'Afrique , Brazzaville.
- OMS (2013). Recherche pour une couverture sanitaire universelle. Genève. Suisse
- OMS et Groupe Banque Mondiale (2014). Couverture universelle en santé: suivi des progrès à l'échelon national et mondial. Cadre , Mesures et Objectifs. Genève. Suisse.



- OMS (2000). Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse 2000.
- OMS. (1946). Préambule à la constitution de l'OMS. Genève. Suisse.
- ONDH. (2018). Evaluation du RAMEL - Rapport 2017.
- Ouma, P.O., Maina, J., Thurania, P.N., Macharia, P.M., et al. (2018). Access to emergency hospital care provided by the public sector in sub-Saharan Africa in 2015 a geocoded inventory and spatial analysis. *Lancet Glob Health*, 6: e342-50.
- Palier, B. (2017). La réforme des systèmes de santé (8<sup>ème</sup> édition). Paris, France. Presses Universitaires de France.
- Pallegedara, A., Grimm, M., (2018). Demand for private healthcare in a universal public healthcare system: empirical evidence from Sri Lanka. *Health Policy & Planning*, 32(9):1267-1284.
- Parsons, T. (1977). Social systems and the evolution of action theory. New York, NY :Free Press.
- Pauly, J.A. (1968). The economics of moral hazard revisited : Comment. *The American Economic Review*, 58(3) Part1: 531-537.
- Pauly, M. V. (2011). Insurance and the Demand for Medical Care. Dans S. Glied, & P. Smith (Éds.) , *The Oxford Handbook of Health Economics* . Oxford: Oxford University Press.
- Perret, V., Seville, M. (2007). Fondements épistémologiques de la recherche ». in R.A. Thietart, *Recherche en management*, Dunod, p. 13-33.
- Piaser G., Denis R. (2002). Consultation médicale, l'influence du revenu et de l'assurance complémentaire . Presse de sciencePo. *Revue économique*. 53 : 113-133.
- Pierre, A. (2018). Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture. Thèse université Paris-Dauphine.
- Price, J.L. (1972). The study of organizational effectiveness. *The Sociological Quarterly*, 13(winter):3-15.
- Radi, S. (2019). Interactions hospitalières au maroc : les politiques d'accès aux soins dans la perspective des patients. *Mondes en développement*, 3(187) :71-84.
- Raghupathy, S. (1996). Education and the use of maternal health care in Thailand. *Social Science and Medicine*, 43:459-471.
- Rockefeller Foundation report. (2015). Health Finance and Governance and American Agency for International Development. New York.

- Raynaud, D. (2003). Impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. *Études et Résultats, Drees, n° 229*. L'Harmattan, Paris.
- Reiter, R., Klenk, T. (2018). The manifold meanings of 'post-New Public Management' – a systematic literature review. *International Review of International Sciences, 8(1) :11-27*.
- Ridde V, (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research, Vol. 15(Suppl 3):S6*.
- Ridde V., Robert E., Meessen B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health 2012, 12:289*
- Reno R., Brienne Beaujolais & Tamara S. Davis (2019). Facilitating mechanisms for integrating care to promote health equity across the life course: reflections from social work trainees. *Social Work in Health Care, 58(1):60-74*.
- Robert, E., Lemoine, A. & Ridde V. (2017) Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle? Une analyse fondée sur l'approche par les droits, *Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d'études du développement, 38:2, 199-215*,
- Robinson, J. & Elkan, R. (1996). *Health Needs Assessment: Theory and Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 87–94.
- Roh, C.Y., Lee, K.H. (2006). Hospital choice by rural Medicare beneficiaries: does hospital ownership matter? *Journal of Health and Human Services Administration, 28(3): 346-365*.
- Roland-Ramzi, G. (2012). Regards sur l'évolution des soins Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients, *recherches en soins infirmiers numéro 109. PP. 16-32*.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V. J., Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15, 175-183*.
- Rosenstock, I.M. (2005). Why People Use Health Services. *The Milbank Quarterly, 83(4):1-32*.
- Rothschild, M. & Stiglitz, J.E. (1976). Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economies of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics, 90: 629-650*.

- Rouselle, F. ,Brooks BPC.,Hanlon M. (2013). Estimating health expenditure shares from household surveys. *Bull World Health Organ.*, 91(7):519–24C.
- Sagot-Duvaouroux J.L. (2006). « La gratuité, une utopie réalitaire », *Mouvements*, 45-46, 3, 55-61.
- Salomez, J.L. et Laacoste, O. (1999). Du besoin de santé au besoin de soins. La prise en compte des besoins en planification sanitaire . dans Santé publique et Géopolitique, (sous la direction d'Y. LACOSTE), dans revue " Hérodote ", n° 92, La Découverte, Paris, pp. 101-120.
- Sebai, J.(2015). Evaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? *Santé Publique*, 3(27) :395 à 403.
- Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*, 28(2) : 223-234.
- Segall,M., Tipping,G., Lucas,H.,Dung,T.V.,Tam,N.T., Vinh,D.X.,Huong,D.L. (2000). Health care seeking by the poor in transitional economies: the case of Vietnam. Institute of Development Studies Brighton, Sussex, England.
- Serin, M. (2009).Maison de santé et service à la population : pour une autre organisation de notre système de santé ? *Santé Publique*, 21(hs1):67-71.
- Seung Hyun Kang<sup>1</sup> , Yeong Jun Ju, Hyo Jung Yoon, and al. (2018). The relationship between catastrophic health expenditure and health-related quality of life. *International Journal for Equity in Health*, 17(166) :1-8.
- Shavell. S. (1979). On Moral Hazard and Insurance . *The Quaterly Journal of Economics*, 93: 541-562.
- Schwartz, J., Akin, J.S. et M. Popkin, (1996) . Economic determinants of demand for modern infant-delivery in Low-Income Countries the case of the Phillippines . In Mills and K. Lee, eds., Health Economics Research in developing Countries . New York: Oxford Medical Publications.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulous, A.C. (1998). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. Rupture- *Revue transdisciplinaire en santé*, 6(1) :34-46.
- Simonet,D. (2011). The New Public Management Theory and the Reform of European Health Care Systems: An International Comparative Perspective . *International Journal of Public Administration*, 34: 815–826.

- Sirpe, G. (2011). Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso. *Mondes en développement*, 153(1), 27-40.
- Smith, PC. (2005). Performance measurement in health care: history, challenges and prospects. *Public Money & Management*, 25(4):213–220.
- Sortsø, C., Lauridsen, J., Emneus, M. et al. Socioeconomic inequality of diabetes patients' health care utilization in Denmark. *Health Econ Rev*, 7(21) :1-22
- Souza A., Peterson, K.E., Gardner, J., Ascherio, A. (2000). Circumstances of Post-Neonatal Death in Ceara Northeast, Brazil: mothers' health care seeking behaviours during their Infants' fatal illness. *Social Science and Medicine* 51 (11): 1675-1693.
- Sparkes, S.P., Bump, J.B., Özçelik, E.A., Kutzin, J., & Reich, M.R. (2019). Political Economy Analysis for Health Financing Reform, *Health Systems & Reform*, 5:3, 183-194, DOI: 10.1080/23288604.2019.1633874.
- Spiegelhalter, DJ. (1999). Surgical audit: statistical lessons from Nightingale and Codman. *Journal of the Royal Statistical Society*, 162(1):45–58.
- Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, et al. (2017). Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*, 5: e875–87.
- Stiglitz, J.E. (2018). Addressing Inequality: Education for the Information Age JFK: The Last Speech, academiccommons.columbia.edu.
- Tangcharoensathien, V, Limwattananon, S, Patcharanarumol, W, Thammatacharee; J. (2014). «Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand». *PLoS Med*. 2014;11:e1001726.
- Tesch R., (1990). *Qualitative research : analysis type software tools*. London, Falmer Press.
- Thandi, K., and Samuel, M. (2018). Geographic assessment of access to health care in patients with cardiovascular disease in South Africa. *BMC Health Services Research*, 18:197.
- The world health report (2013). Research for universal health coverage. Geneva: World Health Organization.

- Théret, B. The Place of National Systems of Social Protection and Political Representation in Socio-Economic Regulation: A Morphogenetic Structuralist View on Institutional Change in Comparative Perspective with Special References to Japan and France. *Evolut Inst Econ Rev*,7 :177–208.
- Tipirneni R, Goold SD, Ayanian JZ. (2018). Employment Status and Health Characteristics of Adults With Expanded Medicaid Coverage in Michigan. *JAMA Intern Med.*, 178(4):564–567.
- UN General Assembly Resolution 70/1. (2015). Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development», A/RES/70/1.
- Uzochukwu, BSC., Ughasoro MD., Etiabe, E. et al. (2015).Health care financing in Nigeria: Implications for achieving universal health coverage. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 18(4):437-444.
- Victora, C.G.,Vaughan, JP., Barros,FC.,Silva,AC., and Tomasi,E. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies . *Lancet*, 356(9235):1093-8.
- Victora C.G, Barros A.J.D, Axelson H, Bhutta Z.A, Chopra M, França G.V.A, Kerber K, Kirkwood B.R, Newby H, Ronsmans C, Boerma JT (2012): How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 countries: an analysis of national surveys. *Lancet* , 380:1149–1156.
- Waddington, C.J.,Enyimayew, K.A (1989). A price to pay : the impact of user charges in ashanti-akim district, Ghana .*The international Journal of Health planning and Management*, 4(1):17-47.
- Wagstaff, A. (1993).The Demand for Health: An empirical reformulation of the Grossman model. *Health Economics*, 2:189-198.
- Wagstaff,A.,Flores,G.,Hsu, J., et.al (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*, 6: e169–79.
- Wang, H., Yip,W., Zhang,L., Wang,L., Hsiao,W. (2005). Community-based health insurance in poor rural China: the distribution of net benefits. *Health Policy and Planning*, 20(6):366–374
- Wenham C, Katz R, Birungi C, et al. (2019). Global health security and universal health coverage: from a marriage of convenience to a strategic, effective partnership. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001145. doi:10.1136/ bmjgh-2018-001145.

- Wenya Y., Meina L., Chen X., Jingrui W. Jiazhen L., Haiping C. Zhang L.(2016). « Determinants and influencing mechanism of outpatient satisfaction : a survey on tertiary hospitals in the people's Republic of China ». *Patient Prefer Adherence*, 2016:10 601–612.
- Wherry,L.R., and Miller,S. (2015).Early Coverage, Access, Utilization, and Health Effects of the Affordable Care Act Medicaid Expansions: A Quasi-Experimental Study. *Ann Intern Med* ,164(12): 795–803.
- WHO<sup>a</sup>. (2016). Public Financing for Health in Africa: from Abuja to the SDGs.
- WHO<sup>b</sup>.(2016). Stratégie de coopération Maroc 2017-2021.
- WHO. (2017). Assessing national capacity for the prevention and control of NCDs. <http://www.who.int/ncds/surveillance/ncd-capacity/en/>.
- Wolfe, J.R., (1985).A model of Declining Health and Retirement.*The Journal of Political Economy*, 93(6): 1258-1267.
- WHO and The World Bank Group.(2014).Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. Framework measures and targets. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/ World Bank Group.
- WHO and the World Bank Group (2015).Tracking universal health coverage. First global monitoring report . Geneva.
- WHO and the World Bank Group-The International Bank for Reconstruction and Development (2017). Tracking Universal health Coverage: 2017 global monitoring report. Switzerland.
- Wiseman, V., Thabrany, H., Asante, A. et al.(2018). An evaluation of health systems equity in Indonesia: study protocol. *Int J Equity Health*, 17, 138.
- Wright,S., Mabejane,R. ( 2019). The UN high level meeting on Universal health coverage. *Lancet*,393 (10184): P1931
- Yerramilli,P., Fernández,O., Thomson,S. (2018). Financial protection in Europe:a systematic review of the literature and mapping of data availability. *Health Policy*,122 : 493–508.
- Yip, W.,Fu,H.,Chan,A.T., Zhai,T., Jian,W., Xu,R., Pan,J., Hu,M., Zhou,Z., Chen,Q., Mao,W.,Sun,Q.,Chen,W. (2019).10 years of health-care reform in China: progress and gaps in Universal Health Coverage. *The lancet*,394(10204) :1192-1204.

- Yiengprugsawan,V.,Carmichael,G.,Lim,L-Y.,Seubsman,S.,Sleigh,A.(2011).  
Explanation of inequity in utilization of ambulatory care before and after universal health insurance in Thailand. *Health Policy Plann* , 26:105–114.
- Zeng,W., Lannes,L., & Mutasa,R. (2018). Utilization of Health Care and Burden of Out-of-Pocket Health Expenditure in Zimbabwe: Results from a National Household Survey. *Health Systems & Reform*, 4(4):300-312.
- Zeynep Or *et al.* (2009). Inégalités de recours aux soins en Europe. Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? *Revue économique* 2(60) : 521-543.
- Zhang, Y., Zhou, Z and Si,Y. (2017). The role of parental health care utilization in children's unnecessary utilization in China: evidence from Shaanxi province. *International Journal for Equity in Health*, 16(47) :1-15.
- Zweifel, P., Breyer, F. (1997). *Health Economics*. Oxford University Press, New York.
- Zweifel, P. Manning W.G. (2010). Moral hazard and consumer incentives in health care », in J.Culyer Anthony and P.Newhouse Joseph (eds), *Handbook of health Economics*, Amsterdam : Elsevier, pp.409-59.

## **Annexes**

---



## Annexe A : RAMED

### A1. Panier de soins Ramed

Prestations médicalement requises et disponibles dans les centres de santé, les hôpitaux locaux, les hôpitaux provinciaux, préfectoraux, régionaux et universitaires ainsi que les hôpitaux spécialisés, selon le niveau des prestations que ces établissements offrent.

- Soins préventifs : vaccination, suivi de la grossesse, santé maternelle et infantile, planification familiale ;
- Consultations de médecine générale dans les centres de santé ;
- Consultations spécialisées médicales et chirurgicales ;
- Consultations médicales d'urgence ;
- Hospitalisation médicale et chirurgicale, y compris l'hospitalisation pour accouchement ;
- Chirurgie réparatrice et d'orthopédie maxillo-faciale médicalement requise et disponible ;
- Analyses de biologie médicale et d'anatomopathologie disponibles ;
- Examens de radiologie et d'imagerie médicale disponibles ;
- Explorations fonctionnelles disponibles. Exemple : endoscopie digestive, respiratoire, explorations cardiaques, explorations neurologiques (EMG, EEG, ...) etc.
- Médicaments et produits pharmaceutiques administrés durant les soins ;
- Poches de sang humain et ses dérivés ;
- Dispositifs médicaux et implants disponibles nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux ;
- Articles de prothèse et d'orthèse disponibles ;
- Soins bucco-dentaires disponibles ;
- Actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie;

Sont exclus les interventions de chirurgie esthétique.

## **A2. Filière de soins (source : Ministère de la Santé)**

La prise en charge des prestations couvertes par le RAMED se fait exclusivement dans les structures publiques de santé (la prise en charge à l'étranger est exclue)

En dehors des situations d'urgences, l'admission aux établissements de santé des bénéficiaires du RAMED a lieu selon la filière de soins organisée comme suit :

1. Première porte d'entrée obligatoire : Le Centre de santé de rattachement au domicile du bénéficiaire, dont le nom est inscrit sur la carte RAMED .
2. En cas de besoin, le médecin du centre de santé réfère à la structure hospitalière la plus proche et la plus adaptée dans la filière de soins au sein de la province : hôpital local, provincial, ou hôpital spécialisé.
3. Si les prestations ne sont pas disponibles, le médecin hospitalier réfère vers le centre hospitalier régional dont il relève.

**Annexe B : Textes régissant le RAMED**

- Dahir n° 1-02-296 du 25 rejab 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.
- Décret n° 2-08-177 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) portant application des dispositions du livre III de la loi n° 65-00 relatives au régime d'assistance médicale tel qu'il a été modifié et complété par le décret n° 2-11-199 du 07 chaoual 1432 (06 septembre 2011).
- Arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie et des finances, de la ministre de la santé et du ministre de l'agriculture et de la pêche maritime n° 1513.11 du 30 mai 2011 définissant le modèle du formulaire de demande du bénéfice du régime d'assistance médicale.
- Arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie et des finances, de la ministre de la santé et du ministre de l'agriculture et de la pêche maritime n° 836-08 du 28 ramadan 1429 (29 septembre 2008) fixant les variables liées aux conditions de vie, les coefficients de pondération du revenu déclaré, les indices de calcul du score patrimonial, les indices de calcul des scores des conditions socioéconomiques ainsi que la méthode de calcul desdits scores pour le bénéfice du régime d'assistance médicale.
- L'arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie et des finances, de la ministre de la santé n° 5911 du 24 janvier 2011 relatif à la généralisation du RAMED.

## **Annexe C : Conditions d'éligibilité au RAMED**

En vertu de l'article 2 du décret n° 2-08-177 du 29 septembre 2008 tel qu'il a été modifié et complété par le décret n° 32-11-199 du 26 septembre 2011, pour bénéficier des prestations du régime d'assistance médicale, les personnes visées à l'article 116 de la loi n° 65-00 doivent remplir les deux conditions suivantes :

1. Attester qu'elles ne bénéficient d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire soit en qualité d'assurés, soit en qualité d'ayants droit,
2. Etre reconnues, sur la base des critères d'éligibilité prévus selon le milieu de résidence (urbain ou rural mentionnés ci-après), qu'elles ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux soins.

### **a- Critères d'éligibilité dans le milieu urbain**

L'article du décret arrête les critères d'éligibilité du postulant, résidant en milieu urbain, au régime d'assistance médicale comme suit :

- Disposer d'un revenu annuel inférieur à 5 650 DH par personne composant le ménage après pondération du revenu déclaré, y compris les transferts, par des variables socio économiques du ménage.

**et**

- Avoir un score des conditions socio économiques, calculé sur la base de variables liées aux conditions de vie du ménage, inférieur ou égal à 11.

### **b- Critères d'éligibilité dans le milieu rural**

Pour être éligible, le postulant doit répondre aux deux critères sus indiqués. L'article 4 du décret arrête les critères d'éligibilité du postulant, résidant en milieu rural, au régime d'assistance médicale comme suit :

- Avoir un score patrimonial, calculé sur la base de l'ensemble des éléments constituant son patrimoine, inférieur ou égal à 70 par personne composant le ménage.

**et**

- Avoir un score des conditions socioéconomiques, calculé sur la base de variables liées aux conditions de vie du ménage, inférieur ou égal à 6.

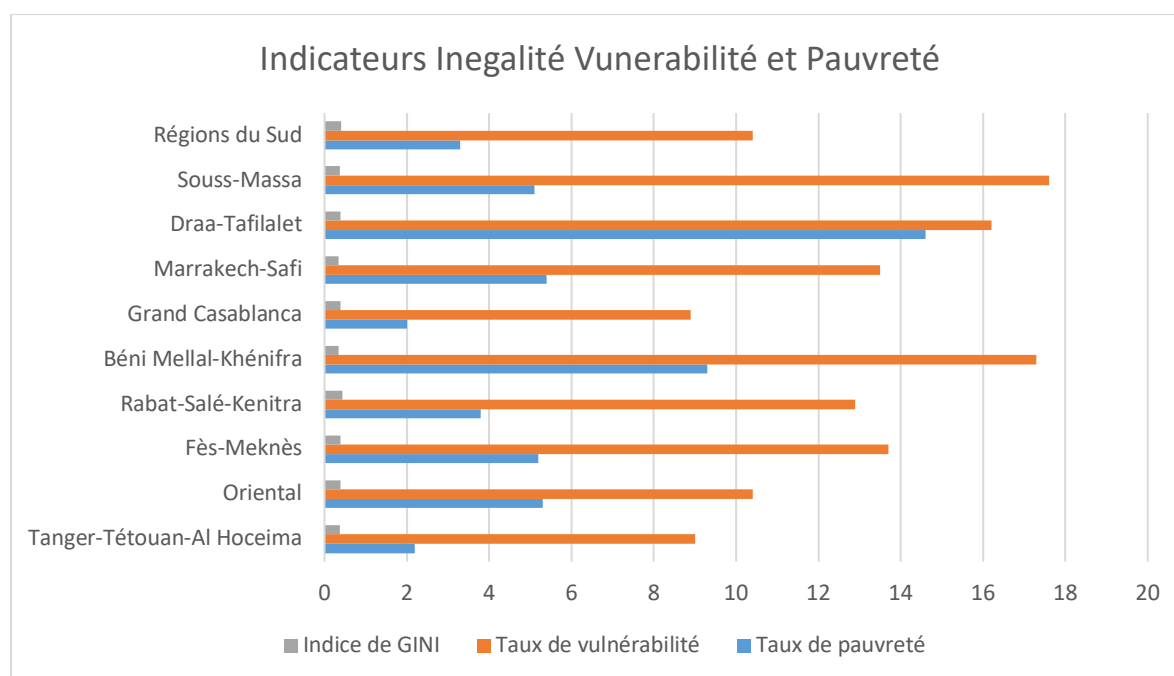
## Annexe D : Indicateurs socio-démographiques Maroc

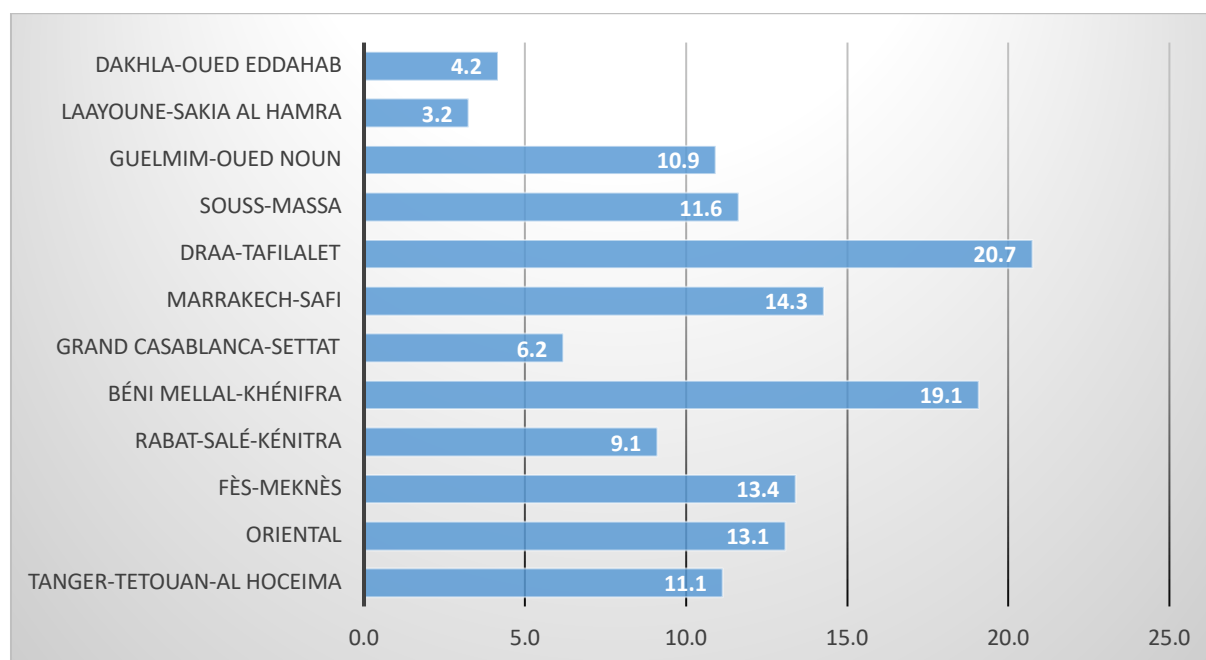
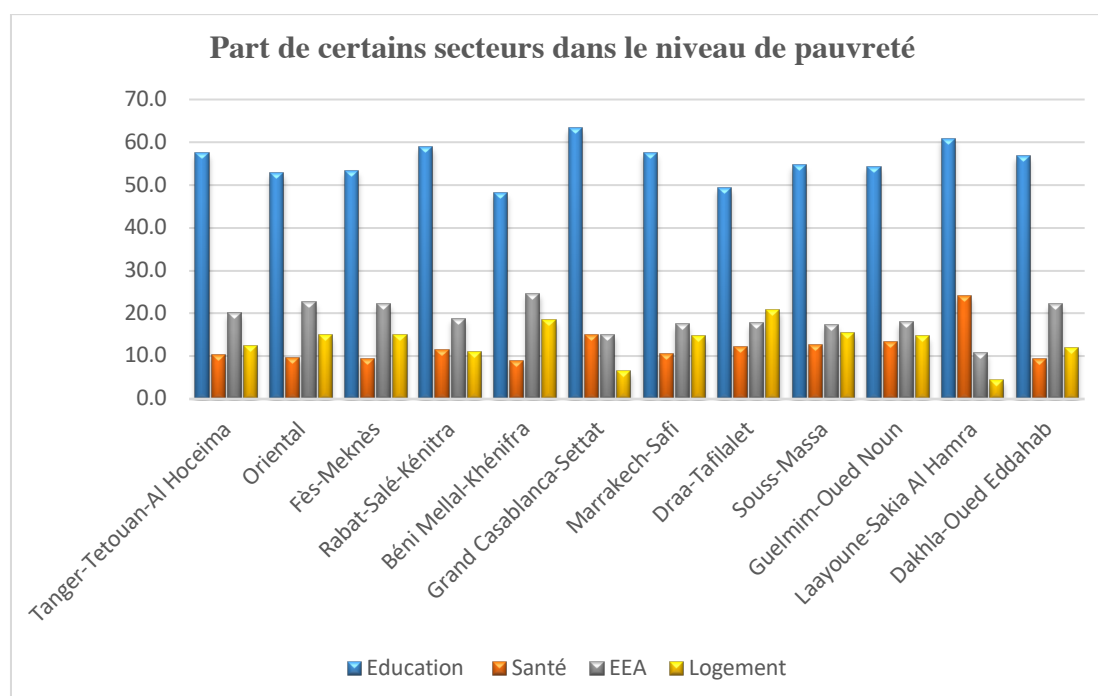
**Tableau D1 : INDICES DE SEVERITE DE LA PAUVRETE SELON LA REGION (%)**

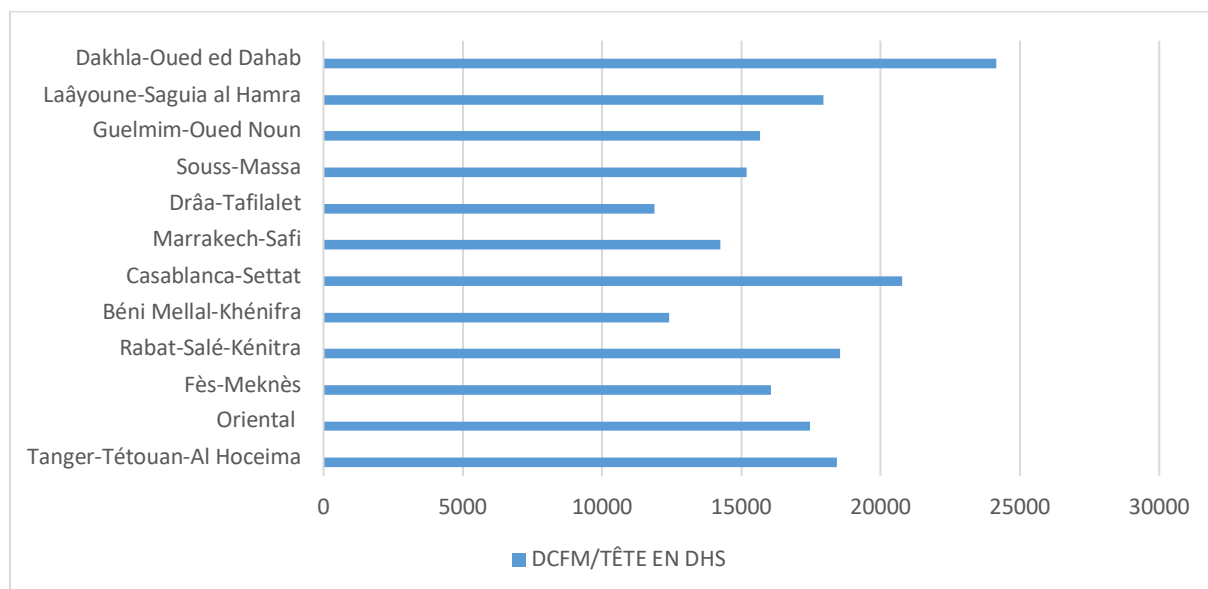
Région	2001	2014
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	0,68	0,10
Oriental	2,01	0,39
Fès-Meknès	1,25	0,31
Rabat-Salé-Kénitra	0,95	0,14
Béni Mellal-Khénifra	1,01	0,49
Grand Casablanca-Settat	0,42	0,07
Marrakech-Safi	1,45	0,25
Draa-Tafilalet	5,55	1,84
Souss-Massa	1,18	0,33
Guelmim-Oued Noun	0,94	0,25*
Laayoune-Sakia Al Hamra	0,13	0,05*
Dakhla-Oued Eddahab	0,00	0,01*
Ensemble	1,21	0,30

Source: HCP, ENCDM : 2000/2001 et 2013/2014 (\* uniquement basé sur la pauvreté monétaire)

**Graphique D2 : Pauvreté et inégalité- HCP 2014**



**Graphique D3 : Taux de pauvreté globale en %- HCP 2014****Graphique D4 : Part de la santé dans le niveau de pauvreté au Maroc- HCP 2014**

**Graphique D5 : Dépenses consommation finale des menages par habitant HCP 2016**

## Annexe E : Sous dimensions du modèle EGIPSS

### L'Adaptation

Son objectif est d'assurer la survie et l'évolution de l'institution en utilisant les ressources, moyens et opportunités présentés dans l'environnement. EGIPSS définit la dimension de l'adaptation par sept sous dimensions :

**Tableau E1 : Sous dimensions du modèles EGIPSS**

Sous- dimension	Description
Disponibilité des ressources	- Ressources financières, humaines et matérielles. Détermine si le niveau de ressources est suffisant à l'action du système.
La viabilité	- Met en exergue l'aspect durable du système : sa santé financière, santé administrative, etc. Elle permet de savoir si les ressources de gestion et de soutien sont suffisants pour permettre au système d'attirer et retenir le personnel
L'ajustement aux besoins de la population	- Permet d'évaluer certains points: - Si les services proposés sont ad-hoc avec les besoins de la population ; - Si le niveau d'utilisation des services au niveau de la population est important ; - S'il existe une facilité d'entrée (barrières géographiques, économiques, organisationnelles ou culturelles).
L'attractivité	- La capacité du système à attirer et à retenir les patients (rapport entre service produit et service utilisé).
L'intégration systémique	L'optimisation des liens du système avec les autres systèmes d'action partenaires : - L'intégration de l'adaptation : si les rôles et les responsabilités sont bien définis ; - L'intégration des valeurs : partage des valeurs du système d'action avec les autres systèmes partenaires ; - L'intégration de la production : coordination de la production des services entre les partenaires ; - L'intégration des finalités : la prise de conscience des parties prenantes des buts du système qui est l'amélioration de la santé de la population
La mobilisation de la communauté	Elle se focalise sur deux aspects : - -Si la communauté et les associations s'investissent dans une relation avec le système ; - -Si le système à une relation avec la population et s'il participe et contribue à la prévention et à la promotion de la santé.
L'innovation et la transformation	Elle s'intéresse aussi à deux aspects : - la capacité du système à s'améliorer et à s'instruire par la recherche et par l'enseignement ; - La capacité du système à intégrer les innovations dans ses pratiques quotidiennes.



### **L'Atteinte des buts**

Cette dimension fait référence à la capacité d'un système à entreprendre des choix stratégiques dans le but d'atteindre ses objectifs de manière efficace (l'amélioration de l'état de santé des populations), l'efficacité (l'optimisation des moyens) en prenant en considération la satisfaction de toutes les parties prenantes. Ceci dans un cadre d'équité composé de plusieurs indicateurs (la disponibilité des ressources, l'ajustement des besoins, l'équité de qualité et l'équité de santé). Par conséquent, l'efficacité, l'efficacité et l'équité sont des sous dimensions de l'atteinte des buts, à ces trois dimensions s'ajoute une quatrième dimension qui est la capacité du système à satisfaire les parties prenantes.

### **Le maintien des valeurs**

Dans un but de pérennisation et de d'amélioration d'un système, il faut créer du sens pour les professionnels, avoir des valeurs partagées par toutes les parties prenantes pour maintenir un bon climat organisationnel basé sur une communication fluide entre les professionnels. Cette dimension est composée de deux sous dimensions à savoir ; le consensus sur les valeurs et la qualité de vie au travail qui sont à leurs tours composées de plusieurs indicateurs.

### **La production**

La production se trouve au cœur de l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Elle est composée de trois sous-dimensions qui, à notre sens, nécessite des éclaircissements (tableau 4) . Bien que complexe le modèle EGIPSS est exceptionnel vu les relations d'interdépendance entre les quatre dimensions.

En effet, les résultats de performance peuvent être modifiés si on change les interrelations entre les dimensions. Ces dernières sont à la fois autonomes et intégrées dans un système complexe.

**Tableau E2 : Sous dimensions de la production dans le modèle EGIPSS**

Sous- dimension	Description
Le volume	- Il concerne les volumes de soins, recherche, enseignements produits par le système, l'intensité des services prodigués par le système en adéquation avec les besoins de la population. La couverture est aussi une variable du volume.
La productivité	- On parle de deux types de productivité : - La productivité technique des dispositifs et la productivité financière ; - La productivité des dispositifs et l'organisations optimal des processus (cliniques, administratifs, d'enseignement et de recherche » de manière à optimiser la production)
La qualité	- Elle est appréhendée à trois niveaux différents : - - au niveau micro, il s'agit de la relation médecin-malade ; - - au niveau méso, la qualité implique une prise en charge globale ; - - au niveau macro, la qualité est visible au niveau du « système de santé ». C'est une sous dimensions assez large qui comprend d'autres indicateurs comme l'humanisme, le respect, l'empathie, etc.

En fait il existe six types d'alignements possibles :

### **Alignement stratégique**

Met en relief le lien entre l'adaptation et l'atteinte des buts (en fait étudie le lien entre les buts du système et les besoins de la population.. On peut remarquer dans cette perspective deux aspects :

- Le caractère approprié de l'adaptation en fonction des buts recherchés ; l'allocation des ressources est ad-hoc avec les buts et objectifs fixés ?
- L'alignement stratégique est la pertinence des buts fixés en relation avec l'adaptation ; les ressources disponibles sont-elles ad-hoc avec les besoins de la population ?

### **Alignement allocatif**

Met en relief le lien l'adaptation et la production de services, il s'agit de maximiser l'utilisation des services pour répondre au mieux aux besoins de la population. Cet alignement tente de répondre à la question suivante ; est-ce que les ressources sont suffisantes pour prodiguer des soins et des services de qualités ?

L'alignement allocatif insiste aussi sur le caractère réactif de l'adaptation et son lien avec la production de services. La production influence l'adaptation organisationnelle.

### **Alignement tactique**

Met en relief le lien entre les atteintes des buts et la production. Il s'agit de répondre à la question suivante : est-ce que le système de production est en adéquation avec les buts de l'organisation ? Cet alignement a pour objectif de savoir si l'organisation a une capacité de production qui correspond aux buts du système. Il se divise en deux :

- Le lien entre le système de production et les buts organisationnels ; est-ce que les caractéristiques de la production sont adéquates pour atteindre les buts ?
- Le lien entre les buts et la production ; est-ce que les buts sont ad-hoc avec la production.

### **Alignement opérationnel**

Met en relief l'interaction entre le maintien des valeurs et la production de services. Cet alignement est défini par l'éthique et la morale de l'équipe des professionnels. Il se divise en deux :

- La congruence du système de production avec les valeurs organisationnelles. Est-ce que la fonction de production se fait conformément aux valeurs ?
- L'impact de la production sur la promotion des valeurs organisationnelles. Est-ce que le système de production encourage les valeurs fondamentales ?

### **Alignement légitimatif**

Il met en relief la relation entre le maintien des valeurs et l'atteinte des buts. Il s'agit de l'acceptation des parties prenantes des obligations et des responsabilités morales en relation avec les buts des organisations. L'alignement recouvre deux aspects :

- La dimension atteinte des buts en relation avec les valeurs ; est ce que les buts respectent les valeurs ?
- L'impact des objectifs sur l'atteinte des valeurs ; est-ce que les choix stratégiques peuvent affecter les valeurs organisationnelles ?

### **Alignement contextuel**

Il met en relief l'interaction entre l'adaptation et le maintien de la culture et des valeurs. Il recouvre deux aspects :

- La congruence entre le processus d'adaptation et les valeurs ; est-ce que les processus d'adaptation sont en phase avec les valeurs ?

- L'impact de l'adaptation sur les valeurs ; est-ce que les changements des besoins des populations influence les valeurs de l'organisation ?

Une organisation est dite performante lorsqu'elle arrive à maintenir un équilibre dynamique résultant des interactions et des échanges continus entre ces quatre fonctions.

L'équilibre résulte de la pertinence de chacune des fonctions par rapport aux missions de l'organisation et de la cohérence de l'ensemble de ses fonctions (Champagne, 2005).

## Annexe F : Indicateurs de performance des systèmes de santé

### Tableau F1 : Indicateurs d'évaluation de la performance en santé

Domaine de la mesure	Description	Indicateurs
Population	Données sur la santé de la population	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espérance de vie</li> <li>- Mortalité évitable</li> <li>- Années de vie corrigées du facteur invalidité</li> </ul>
Bilans de santé individuels	Comparaison de l'état de santé d'un individu par rapport à la population ou au sein d'un groupe par rapport à un autre.	<p>Mesures génériques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bref formulaire SF-36a (étude de forme succincte a usages multiples, comportant 36 questions)</li> <li>- EQ-5DB (un instrument normalisé pour la mesure de l'issue de toute une série de maladies et de traitements. Il fournit un simple profil descriptif et une valeur unique sur un indicateur de l'état de santé, qui peuvent être employés pour l'évaluation clinique et économique des soins de santé et dans les études sur la santé des populations).</li> <li>- Mesures spécifiques à une maladie :</li> <li>- Échelle de mesure AIMS pour l'arthrite</li> <li>- Questionnaire sur la maladie de Parkinson (PDQ-39).</li> </ul>
Qualité clinique et adéquation des soins	Mesure des résultats des soins reçus. Permet de déterminer si les soins sont appliqués de manière ad-hoc et si les actes sont formalisés sur le plan technologique	<p>Mesure des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- État de santé</li> <li>- Taux de réadmission et de mortalité post-opératoire spécifique.</li> </ul> <p>Mesure des processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence de mesure de la tension artérielle par exemple.</li> </ul>
Capacité de réaction du système de santé	Mesure de la manière dont les utilisateurs sont traités et de l'environnement de soins. Les aspects comme l'autonomie de l'utilisateur, sa dignité, la confidentialité de son traitement, la rapidité des soins, la qualité de la structure, etc. sont évalués.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure de l'expérience des utilisateurs</li> <li>- Mesure de la satisfaction des usagers</li> </ul>
Équité	Mesure le degrés d'équité en santé ; ceci concerne l'accès aux services de soins, la capacité de réaction et du financement du processus de soins.	<p>Mesure de l'utilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accès</li> <li>- Ratios entre l'usage et les besoins</li> <li>- Seuils de dépenses</li> <li>- Mesures non consolidées des résultats obtenus sur le plan de la santé.</li> </ul>
Productivité	Mesures de la productivité du système de santé, des établissements de santé et des médecins	<p>Mesure de la productivité des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesure des rapports (coûts /efficacité)</li> <li>- Efficience technique (mesure de l'output/input)</li> <li>- Efficacité dans l'allocation des moyens (mesurée selon l'empressement à payer)</li> </ul>

Source : Adapté de Smith et al. (2005)

**Tableau F2 : Évaluation des systèmes de santé selon les résultats**

Niveau de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'espérance de vie en bonne santé : l'espérance de vie à la naissance ajustée au temps passé en mauvaise santé. C'est ce qui permet de mesurer le niveau de santé d'une population sur un territoire donné.</li> <li>- La mortalité ; chez l'enfant et l'adulte sur la base d'état civil</li> <li>- Le temps passé en mauvaise santé ; sur la base des études de la charge de morbidité et sur les résultats normalisés d'enquêtes transversales menées au moyen d'instruments mis au point en utilisant la Classification internationale des fonctionnalités et incapacités.</li> </ul>
Distribution de la santé	L'OMS propose de mesurer cette variable en s'appuyant sur des registres d'état civil et des enquêtes transversales. Néanmoins, on ne peut nier que les données nécessaires à cette étude sont en phase d'amélioration pour la majorité des cibles, mais sont disponibles en matière de survie de l'enfant.
Niveau de distribution et de la réactivité	Cet indicateur diffère de celui de la satisfaction des usagers qui repose sur les attentes de ce dernier. Cet indicateur s'intéresse plutôt à la l'autonomie, à la dignité, à la confidentialité, à l'orientation du patient qui caractérise son interaction avec les différentes parties prenantes. Cet indicateur fait référence à « l'expérience vécue » permettant la comparaison entre plusieurs territoires.
Équité de la contribution financière	Cet indicateur traduit la part apportée par un usager au système de santé après avoir satisfait ses besoins et attentes de ce dernier. Le calcul de cette variable dépend : du paiement privé, de l'impôt sur la sécurité sociale et de l'assurance privée.
Ressources mises à la disposition du système de santé	Les comptes nationaux de santé permettent une évaluation systématique des ressources mises à la disposition du système de santé dans le secteur public et privé. Au cours de la dernière décennie, on a pu estimer l'ensemble des dépenses de santé privé et publics dans l'ensemble des états membres.

## Annexe G : Base de données ménages (N=1812)

### Tableau G1 : Répartition par Région des ménages étudiés

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Régions	Tanger-Tetouan-Al Hoceima	194	10,7	10,7	10,7
	Oriental	122	6,7	6,7	17,4
	Fès-Meknès	227	12,5	12,5	30,0
	Rabat-Salé-Kénitra	251	13,9	13,9	43,8
	Béni Mellal-Khénifra	127	7,0	7,0	50,8
	Grand Casablanca-Settat	388	21,4	21,4	72,2
	Marrakech-Safi	236	13,0	13,0	85,3
	Drâa-Tafilalet	77	4,2	4,2	89,5
	Souss-Massa	149	8,2	8,2	97,7
	Laayoune-Sakia El Hamra	41	2,3	2,3	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

### Tableau G2 : Répartition de l'échantillon par milieu

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Milieu	Urbain	1195	65,9	65,9	65,9
	Rural	617	34,1	34,1	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

### Tableau G3 : Nb de personnes par Ménage

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Personnes	1 à 4 PERSONNES	1242	68,5	68,5	68,5
	PLUS DE PERSONNES	4570	31,5	31,5	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

### Tableau G4 : Catégorie d'âge au sein de l'échantillon

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Age	20 à 25 ans	368	20,3	20,3	20,3
	26 à 49 ans	1041	57,5	57,5	77,8
	50 ans et plus	403	22,2	22,2	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G5 : Nombre de personnes dans le ménage**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Enfants	1 a 3 enfants	786	43,4	43,4	43,4
	4 enfants et plus	1026	56,6	56,6	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G6 : Activité professionnelle**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Activité	Actif	926	51,1	51,1	51,1
	Pas actif	886	48,9	48,9	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G7 : Niveau d'instruction**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Instruction	Bachelier ou universitaire	402	22,2	22,2	22,2
	Niveau secondaire	656	36,2	36,2	58,4
	Analphabète ou 3 années scolaires	754	41,6	41,6	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G8 : Statut**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Statut	Célibataire	546	30,1	30,1	30,1
	Marié	1266	69,9	69,9	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G9 : Genre**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Genre	Homme	627	34,6	34,7	34,7
	Femme	1182	65,2	65,3	100,0
	Total	1809	99,8	100,0	
Manquant	Système	3	,2		
Total		1812	100,0		



**Tableau G10 : Revenu**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Revenu	moins de 2500dh	753	41,6	46,0	46,0
	2500 à 5000dh	581	32,1	35,5	81,5
	plus de 5000dh	303	16,7	18,5	100,0
	Total	1637	90,3	100,0	
Manquant	Système	175	9,7		
Total		1812	100,0		

**Tableau G11 : CSP**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
CSP	AB	28	1,5	1,5	1,5
	C	377	20,8	20,8	22,4
	D	1296	71,5	71,5	93,9
	E	111	6,1	6,1	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G12 : État de santé perçu**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Etat de santé	Plutôt en Bonne santé	1495	82,5	85,6	85,6
	Plutôt en Mauvaise santé	252	13,9	14,4	100,0
	Total	1747	96,4	100,0	
Manquant	Système	65	3,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G13 : Fumeur dans le foyer**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Tabac	Oui	557	30,7	30,7	30,7
	Non	1255	69,3	69,3	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G14 : Pratique exercice physique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Activité	Oui	530	29,2	29,2	29,2
	Non	1282	70,8	70,8	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G15 : HTA**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
HTA	Pas HTA	1401	77,3	77,3	77,3
	HTA	411	22,7	22,7	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G16 : Diabète**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Diabète	Pas diabète	1462	80,7	80,7	80,7
	Diabète	350	19,3	19,3	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G17 : Maladie Chronique famille premier degré**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Mal.Chron.	Pas de Mal Chronique Fam	941	51,9	51,9	51,9
	Mal Chronique Fam	871	48,1	48,1	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G18 : Type de Couverture médicale détenue**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Couverture	Privé	189	10,4	10,4	10,4
	AMO	490	27,0	27,0	37,5
	RAMED	482	26,6	26,6	64,1
	Sans couverture	651	35,9	35,9	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G19 : Dernier service de soins utilisé par le ménage**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Service	Centre de santé / dispensaire	648	35,8	35,8	35,8
	Cabinet privé	886	48,9	48,9	84,7
	Hôpital	187	10,3	10,3	95,0
	Clinique	41	2,3	2,3	97,2
	Médecine traditionnelle	23	1,3	1,3	98,5
	Aucun	27	1,5	1,5	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G20 : Service de soins utilisé avant hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Service avant Hôpital	Un centre de santé / dispensaire	284	15,7	37,9	37,9
	Un cabinet privé	191	10,5	25,5	63,3
	La Clinique	17	,9	2,3	65,6
	La Pharmacie	75	4,1	10,0	75,6
	Médecine traditionnelle	5	,3	,7	76,3
	Aucun	178	9,8	23,7	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G21 : Satisfaction vis-à-vis accueil hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	388	21,4	51,7	51,7
	Plutôt insatisfait	362	20,0	48,3	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G22 : Satisfaction vis-à-vis des procédures administratives hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	359	19,8	47,9	47,9
	Plutôt insatisfait	391	21,6	52,1	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G23 : Satisfaction vis-à-vis des infirmiers(ères) hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	328	18,1	43,7	43,7
	Plutôt insatisfait	422	23,3	56,3	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G24 : Satisfaction vis-à-vis des médecins hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	431	23,8	57,5	57,5
	Plutôt insatisfait	319	17,6	42,5	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G25 : Satisfaction vis-à-vis de la restauration hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	211	11,6	28,1	28,1
	Plutôt insatisfait	539	29,7	71,9	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G26 : Satisfaction vis-à-vis de la propreté et hygiène hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	332	18,3	44,3	44,3
	Plutôt insatisfait	418	23,1	55,7	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G27 : Satisfaction vis-à-vis des moyens techniques hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	311	17,2	41,5	41,5
	Plutôt insatisfait	439	24,2	58,5	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G28 : Satisfaction vis-à-vis de la sortie de hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	336	18,5	44,8	44,8
	Plutôt insatisfait	414	22,8	55,2	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G29 : Satisfaction vis-à-vis du coût hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	311	17,2	41,5	41,5
	Plutôt insatisfait	439	24,2	58,5	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G30 : Autres frais liés à hospitalisation après la sortie hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Oui	305	16,8	40,7	40,7
	Non	424	23,4	56,5	97,2
	NSP	21	1,2	2,8	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G31: Utilisation couverture médicale pour expérience hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Oui	301	16,6	40,1	40,1
	Non	443	24,4	59,1	99,2
	NSP	6	,3	,8	100,0
	Total	750	41,4	100,0	
Manquant	Système	1062	58,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G32: Couverture médicale utilisée pour PS Hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	RAMED	202	11,1	67,1	67,1
	AMO	78	4,3	25,9	93,0
	PRIVE	21	1,2	7,0	100,0
	Total	301	16,6	100,0	
Manquant	Système	1511	83,4		
Total		1812	100,0		

**Tableau G33: service de soins utilisé avant la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Un centre de santé / dispensaire	34	1,9	9,9	9,9
	Un cabinet privé	155	8,6	45,2	55,1
	L'Hôpital	33	1,8	9,6	64,7
	La Pharmacie	43	2,4	12,5	77,3
	Médecine traditionnelle	2	,1	,6	77,8
	Aucun	76	4,2	22,2	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		

**Tableau G34: Satisfaction accueil à la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	309	17,1	90,1	90,1
	Plutôt insatisfait	34	1,9	9,9	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		

**Tableau G35 : Satisfaction procédures administratives à la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	301	16,6	87,8	87,8
	Plutôt insatisfait	42	2,3	12,2	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		

**Tableau G36: Satisfaction infirmiers à la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	297	16,4	86,6	86,6
	Plutôt insatisfait	46	2,5	13,4	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		

**Tableau G37: Satisfaction médecins à la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	311	17,2	90,7	90,7
	Plutôt insatisfait	32	1,8	9,3	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		

**Tableau G38 : Satisfaction restauration à la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	119	6,6	80,4	80,4
	Plutôt insatisfait	29	1,6	19,6	100,0
	Total	148	8,2	100,0	
Manquant	Système	1664	91,8		
Total		1812	100,0		

**Tableau G39: Satisfaction propreté et hygiène à la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	301	16,6	87,8	87,8
	Plutôt insatisfait	42	2,3	12,2	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		



**Tableau G40 : Satisfaction moyens techniques à la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	297	16,4	86,6	86,6
	Plutôt insatisfait	46	2,5	13,4	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		

**Tableau G41 : Satisfaction du coût lors du contact avec la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Plutôt satisfait	161	8,9	46,9	46,9
	Plutôt insatisfait	182	10,0	53,1	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		

**Tableau G42: Autres frais liés à hospitalisation après la sortie de la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Frais	Oui	148	8,2	43,1	43,1
	Non	178	9,8	51,9	95,0
	NSP	17	,9	5,0	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		

**Tableau G43 : Couverture médicale utilisée pour expérience hospitalisation à la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
CM clinique	Oui	158	8,7	46,1	46,1
	Non	174	9,6	50,7	96,8
	NSP	11	,6	3,2	100,0
	Total	343	18,9	100,0	
Manquant	Système	1469	81,1		
Total		1812	100,0		

**Tableau G44 : Couverture médicale utilisée pour expérience hospitalisation à la Clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
CM clinique	RAMED	10	,6	6,3	6,3
	AMO	115	6,3	72,8	79,1
	PRIVE	33	1,8	20,9	100,0
	Total	158	8,7	100,0	
Manquant	Système	1654	91,3		
Total		1812	100,0		

**Tableau G45 : Avis sur utilité de la couverture médicale utilisée**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Avis CM	Pas du tout utile	39	2,2	24,7	24,7
	Peu utile	117	6,5	74	98,7
	Plutôt utile	2	,1	1,3	100,0
	Total	158	8,7	100,0	
Manquant	Système	1654	91,3		
Total		1812	100,0		

**Tableau G46 : Utilisation du RAMED pour Consultation hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation RAMED	oui	257	14,2	65,1	65,1
	non	138	7,6	34,9	100,0
	Total	395	21,8	100,0	
Manquant	Système	1417	78,2		
Total		1812	100,0		

**Tableau G47: Utilisation du RAMED pour Séjour hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation RAMED	oui	119	6,6	30,1	30,1
	non	276	15,2	69,9	100,0
	Total	395	21,8	100,0	
Manquant	Système	1417	78,2		
Total		1812	100,0		

**Tableau G48: Utilisation du RAMED pour Examens radiologiques**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation RAMED	oui	112	6,2	28,4	28,4
	non	283	15,6	71,6	100,0
	Total	395	21,8	100,0	

**Tableau G49: Utilisation du RAMED pour Analyses laboratoires**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation RAMED	oui	110	6,1	27,8	27,8
	non	285	15,7	72,2	100,0
	Total	395	21,8	100,0	

**Tableau G50 : Satisfaction globale vis-à-vis du RAMED (N=395)**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Peu ou pas du tout satisfait	287	16,8	77,3	77,3
	Plutôt ou très satisfait	90	5,0	22,7	100,00
	Total	395	21,8	100,0	100,00

**Tableau G51 : Satisfaction utilisation du RAMED pour la consultation hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	30	1,7	11,7	11,7
	Peu satisfait	173	9,5	67,3	79,0
	Plutôt satisfait	42	2,3	16,3	95,3
	Très satisfait	10	,6	3,9	99,2
	NSP	2	,1	,8	100,0
	Total	257	14,2	100,0	
Manquant	Système	1555	85,8		
Total		1812	100,0		

**Tableau G52 : Satisfaction utilisation du RAMED pour le séjour hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	13	,7	10,9	10,9
	Peu satisfait	79	4,4	66,4	77,3
	Plutôt satisfait	18	1,0	15,1	92,4
	Très satisfait	7	,4	5,9	98,3
	NSP	2	,1	1,7	100,0
	Total	119	6,6	100,0	
Manquant	Système	1693	93,4		
Total		1812	100,0		

**Tableau G53: Satisfaction utilisation du RAMED pour les examens biologiques hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	10	,6	8,9	8,9
	Peu satisfait	81	4,5	72,3	81,3
	Plutôt satisfait	16	,9	14,3	95,5
	Très satisfait	5	,3	4,5	100,0
	Total	112	6,2	100,0	
Manquant	Système	1700	93,8		
Total		1812	100,0		

**Tableau G54 : Satisfaction utilisation du RAMED pour les analyses laboratoires**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	6	,3	5,5	5,5
	Peu satisfait	83	4,6	75,5	80,9
	Plutôt satisfait	17	,9	15,5	96,4
	Très satisfait	4	,2	3,6	100,0
	Total	110	6,1	100,0	
Manquant	Système	1702	93,9		
Total		1812	100,0		

**Tableau G55 : Utilisation de la couverture médicale détenue à hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation CM Hôpital	OUI	368	20,3	44,1	44,1
	NON	453	25,0	54,3	98,3
	NSP	14	,8	1,7	100,0
	Total	835	46,1	100,0	
Manquant	Système	977	53,9		
Total		1812	100,0		

**Tableau G56 : Utilisation de la couverture médicale détenue pour le PS clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation CM Clinique	OUI	249	13,7	29,8	29,8
	NON	578	31,9	69,2	99,0
	NSP	8	,4	1,0	100,0
	Total	835	46,1	100,0	
Manquant	Système	977	53,9		
Total		1812	100,0		

**Tableau G57 : Utilisation de la couverture médicale détenue au cabinet privé**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation CM cabinet privé	OUI	495	27,3	59,3	59,3
	NON	333	18,4	39,9	99,2
	NSP	7	,4	,8	100,0
	Total	835	46,1	100,0	
Manquant	Système	977	53,9		
Total		1812	100,0		

**Tableau G58 : Utilisation de la couverture médicale détenue à la radiologie**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation CM radiologie	OUI	301	16,6	36,0	36,0
	NON	523	28,9	62,6	98,7
	NSP	11	,6	1,3	100,0
	Total	835	46,1	100,0	
Manquant	Système	977	53,9		
Total		1812	100,0		

**Tableau G59: Utilisation de la couverture médicale détenue au Laboratoire d'analyses médicales**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation CM LA médicales	OUI	370	20,4	44,3	44,3
	NON	456	25,2	54,6	98,9
	NSP	9	,5	1,1	100,0
	Total	835	46,1	100,0	
Manquant	Système	977	53,9		
Total		1812	100,0		

**Tableau G60: Utilisation de la couverture médicale détenue à la pharmacie**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Utilisation CM Pharmacie	OUI	502	27,7	60,1	60,1
	NON	326	18,0	39,0	99,2
	NSP	7	,4	,8	100,0
	Total	835	46,1	100,0	
Manquant	Système	977	53,9		
Total		1812	100,0		

**Tableau G61: Satisfaction utilisation de la couverture médicale à l'hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Très satisfait	50	2,8	13,6	13,6
	Plutôt satisfait	253	14,0	68,8	82,3
	Peu satisfait	51	2,8	13,9	96,2
	Pas du tout satisfait	14	,8	3,8	100,0
	Total	368	20,3	100,0	
Manquant	Système	1444	79,7		
Total		1812	100,0		

**Tableau G62 : Satisfaction utilisation de la couverture médicale à la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	39	2,2	15,7	15,7
	Peu satisfait	189	10,4	75,9	91,6
	Plutôt satisfait	19	1,0	7,6	99,2
	Très satisfait	1	,1	,4	99,6
	NSP	1	,1	,4	100,0
	Total	249	13,7	100,0	
Manquant	Système	1563	86,3		
Total		1812	100,0		

**Tableau G63 : Satisfaction utilisation de la couverture médicale au cabinet privé**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	56	3,1	11,3	11,3
	Peu satisfait	388	21,4	78,4	89,7
	Plutôt satisfait	42	2,3	8,5	98,2
	Très satisfait	7	,4	1,4	99,6
	NSP	2	,1	,4	100,0
	Total	495	27,3	100,0	
Manquant	Système	1317	72,7		
Total		1812	100,0		

**Tableau G64: Satisfaction utilisation de la couverture médicale à la Radiologie**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	37	2,0	12,3	12,3
	Peu satisfait	221	12,2	73,4	85,7
	Plutôt satisfait	36	2,0	12,0	97,7
	Très satisfait	5	,3	1,7	99,3
	NSP	2	,1	,7	100,0
	Total	301	16,6	100,0	
Manquant	Système	1511	83,4		
Total		1812	100,0		

**Tableau G65: Satisfaction utilisation de la couverture médicale au laboratoire  
d'analyses médicales**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	51	2,8	13,8	13,8
	Peu satisfait	256	14,1	69,2	83,0
	Plutôt satisfait	56	3,1	15,1	98,1
	Très satisfait	4	,2	1,1	99,2
	NSP	3	,2	,8	100,0
	Total	370	20,4	100,0	
Manquant	Système	1442	79,6		
Total		1812	100,0		

**Tableau G66: Satisfaction utilisation de la couverture médicale pour la pharmacie**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	60	3,3	12,0	12,0
	Peu satisfait	381	21,0	75,9	87,8
	Plutôt satisfait	53	2,9	10,6	98,4
	Très satisfait	7	,4	1,4	99,8
	NSP	1	,1	,2	100,0
	Total	502	27,7	100,0	
Manquant	Système	1310	72,3		
Total		1812	100,0		

**Tableau G67: Satisfaction globale vis-à-vis de la couverture médicale détenue**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction	Pas du tout satisfait	113	6,3	13,6	13,6
	Peu satisfait	592	32,7	70,9	84,5
	Plutôt satisfait	86	4,7	10,3	94,8
	Très satisfait	44	2,4	5,2	100,0
	Total	835	46,1	100,0	
Manquant	Système	977	53,9		
Total		1812	100,0		



**Tableau G68 : Choix de structure de soins pour les expériences futures**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Choix futur	Structure privée	995	54,9	54,9	54,9
	Structure publique	682	37,6	37,6	92,5
	Structure à l'étranger	135	7,5	7,5	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G69 : 1ère raison de choix de la structure de soins**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Raison choix	Couverture/Prix	715	39,5	39,5	39,5
	Prestations de soins	1012	55,8	55,8	95,3
	Conditions prestation	85	4,7	4,7	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G70: Satisfaction globale vis-à-vis du système de la santé au Maroc**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Satisfaction Globale SS	Très satisfait	33	1,8	1,8	1,8
	Plutôt satisfait	552	30,5	30,5	32,3
	Peu satisfait	585	32,3	32,3	64,6
	Pas du tout satisfait	642	35,4	35,4	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G71 : Dans clinique, impossible de prévoir le coût final**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Prévoir Coût final clinique	Plutôt d'accord	1224	67,5	67,5	67,5
	Plutôt pas d'accord	394	21,7	21,7	89,3
	NSP	194	10,7	10,7	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G72 : Dans clinique, le service rendu mérite le prix payé**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Prix et service rendu clinique	Plutôt d'accord	1242	68,5	68,5	68,5
	Plutôt pas d'accord	426	23,5	23,5	92,1
	NSP	144	7,9	7,9	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G73 : Dans clinique, les patients sont bien accueillis**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Bon accueil clinique	Plutôt d'accord	1414	78,0	78,0	78,0
	Plutôt pas d'accord	274	15,1	15,1	93,2
	NSP	124	6,8	6,8	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G74 : En clinique la prise en charge est immédiate**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Rapidité PEC clinique	Plutôt d'accord	1275	70,4	70,4	70,4
	Plutôt pas d'accord	402	22,2	22,2	92,5
	NSP	135	7,5	7,5	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G75 : Le personnel dans les cliniques fait bien son travail**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Bon travail du personnel	Plutôt d'accord	1308	72,2	72,2	72,2
	Plutôt pas d'accord	385	21,2	21,2	93,4
	NSP	119	6,6	6,6	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G76: Pas suffisamment de contrôle dans les structures publiques**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Pas de contrôle dans hôpitaux	Plutôt d'accord	1243	68,6	68,6	68,6
	Plutôt pas d'accord	471	26,0	26,0	94,6
	NSP	98	5,4	5,4	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G77 : Dans structure publiques les patients sont bien accueillis**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Bon accueil à l'hôpital	Plutôt d'accord	556	30,7	30,7	30,7
	Plutôt pas d'accord	1190	65,7	65,7	96,4
	NSP	66	3,6	3,6	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G78: A l'hôpital, le service rendu mérite le prix payé**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Bon service Prix Hôpital	Plutôt d'accord	578	31,9	31,9	31,9
	Plutôt pas d'accord	1126	62,1	62,1	94,0
	NSP	108	6,0	6,0	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G79 :Dans structures publiques, les patients sont traités de la même façon**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Equité patients Hôpital	Plutôt d'accord	500	27,6	27,6	27,6
	Plutôt pas d'accord	1232	68,0	68,0	95,6
	NSP	80	4,4	4,4	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G80 :Pas suffisamment de médecins dans les structures publiques**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Pas assez de médecins Hôpital	Plutôt d'accord	1189	65,6	65,6	65,6
	Plutôt pas d'accord	543	30,0	30,0	95,6
	NSP	80	4,4	4,4	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G81 : Les cliniques sont plus intéressées par le profit que intérêt du patient**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Clinique et profit	Plutôt d'accord	1140	62,9	62,9	62,9
	Plutôt pas d'accord	489	27,0	27,0	89,9
	NSP	183	10,1	10,1	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G82: Les cliniques sont bien équipées**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Cliniques bien équipées	Plutôt d'accord	1426	78,7	78,7	78,7
	Plutôt pas d'accord	276	15,2	15,2	93,9
	NSP	110	6,1	6,1	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G83 : Le médecin consacre temps et attention dans clinique vs hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Médecin plus à l'écoute clinique	Plutôt d'accord	1353	74,7	74,7	74,7
	Plutôt pas d'accord	342	18,9	18,9	93,5
	NSP	117	6,5	6,5	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G84 : Dans structures privées, les patients sont traités de la même façon**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Plutôt d'accord	1222	67,4	67,4	67,4
	Plutôt pas d'accord	473	26,1	26,1	93,5
	NSP	117	6,5	6,5	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G85: A l'hôpital la prise en charge est immédiate**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Prise en charge immédiate Hôpital	Plutôt d'accord	659	36,4	36,4	36,4
	Plutôt pas d'accord	1053	58,1	58,1	94,5
	NSP	100	5,5	5,5	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G86 : Hygiène et de propreté non respectées dans les structures publiques**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Hygiène respectée hôpital	Plutôt d'accord	1087	60,0	60,0	60,0
	Plutôt pas d'accord	629	34,7	34,7	94,7
	NSP	96	5,3	5,3	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G87 : Les hôpitaux sont bien équipés**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Hôpital bien équipé	Plutôt d'accord	517	28,5	28,5	28,5
	Plutôt pas d'accord	1204	66,4	66,4	95,0
	NSP	91	5,0	5,0	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G88 :Nb de contacts avec le Centre de Santé**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Contacts CS	1 contact	94	5,2	8,6	8,6
	2 à 4 contacts	422	23,3	38,6	47,3
	5 contacts et plus	576	31,8	52,7	100,0
	Total	1092	60,3	100,0	
Manquant	Système	720	39,7		
Total		1812	100,0		

**Tableau G89 :Nb de contacts avec le cabinet privé**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Contacts cabinet	1 contact	101	5,6	7,6	7,6
	2 à 4 contacts	594	32,8	44,7	52,3
	5 contacts et plus	634	35,0	47,7	100,0
	Total	1329	73,3	100,0	
Manquant	Système	483	26,7		
Total		1812	100,0		

**Tableau G90 :Nb de contacts avec l'hôpital**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Contacts Hôpital	1 contact	219	12,1	32,4	32,4
	2 à 4 contacts	244	13,5	36,1	68,6
	5 contacts et plus	212	11,7	31,4	100,0
	Total	675	37,3	100,0	
Manquant	Système	1137	62,7		
Total		1812	100,0		

**Tableau G91 :Nb de contacts avec la clinique**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Contacts Clinique	1 contact	147	8,1	53,6	53,6
	2 à 4 contacts	101	5,6	36,9	90,5
	5 contacts et plus	26	1,4	9,5	100,0
	Total	274	15,1	100,0	
Manquant	Système	1538	84,9		
Total		1812	100,0		

**Tableau G92 :Nb de contacts avec la pharmacie**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Contacts	1 contact	15	,8	,9	,9
	2 à 4 contacts	159	8,8	9,1	9,9
	5 contacts et plus	1577	87,0	90,1	100,0
	Total	1751	96,6	100,0	
Manquant	Système	61	3,4		
Total		1812	100,0		

**Tableau G93 : USS Prive Public**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
USS	USS Privés	927	51,2	52,6	52,6
	USS Publics	835	46,1	47,4	100,0
	Total	1762	97,2	100,0	
Manquant	Système	50	2,8		
Total		1812	100,0		

**Tableau G94: USS au cours des 5 ans**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
USS 5 ans	USS une à deux fois en 5 ans	599	33,1	33,1	33,1
	USS trois fois en 5 ans	615	33,9	33,9	67,0
	USS plus de trois fois en 5 ans	598	33,0	33,0	100,0
	Total	1812	100,0	100,0	

**Tableau G95 : USS au cours des 2 ans**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
USS 2 ans	USS une à deux fois en 2 ans	776	42,8	42,9	42,9
	USS trois fois en 2 ans	614	33,9	33,9	76,8
	USS plus de trois fois en 2 ans	419	23,1	23,2	100,0
	Total	1809	99,8	100,0	
Manquant	Système	3	,2		
Total		1812	100,0		

## Annexe H :Données individuelles selon les régions (N=7244)

Tableau H1 : Répartition des cas de diabète selon les régions

		Diabète dans le ménage		Total
		Oui	Non	
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	Effectif	115	639	754
	% dans Région	15,3%	84,7%	100,0%
	% dans Diabète	7,5%	11,2%	10,4%
	% du total	1,6%	8,8%	10,4%
Oriental	Effectif	165	419	584
	% dans Région	28,3%	71,7%	100,0%
	% dans Diabète	10,8%	7,3%	8,1%
	% du total	2,3%	5,8%	8,1%
Fès-Meknès	Effectif	234	728	962
	% dans Région	24,3%	75,7%	100,0%
	% dans Diabète	15,3%	12,7%	13,3%
	% du total	3,2%	10,0%	13,3%
Rabat-Salé-Kénitra	Effectif	132	541	673
	% dans Région	19,6%	80,4%	100,0%
	% dans Diabète	8,6%	9,5%	9,3%
	% du total	1,8%	7,5%	9,3%
Béni Mellal-Khénifra	Effectif	108	399	507
	% dans Région	21,3%	78,7%	100,0%
	% dans Diabète	7,0%	7,0%	7,0%
	% du total	1,5%	5,5%	7,0%
Grand Casablanca-Settat	Effectif	218	1260	1478
	% dans Région	14,7%	85,3%	100,0%
	% dans Diabète	14,2%	22,1%	20,4%
	% du total	3,0%	17,4%	20,4%
Marrakech-Safi	Effectif	315	846	1161
	% dans Région	27,1%	72,9%	100,0%
	% dans Diabète	20,5%	14,8%	16,0%
	% du total	4,3%	11,7%	16,0%
Drâa-Tafilalet	Effectif	119	302	421
	% dans Région	28,3%	71,7%	100,0%
	% dans Diabète	7,8%	5,3%	5,8%
	% du total	1,6%	4,2%	5,8%
Souss-Massa	Effectif	118	452	570
	% dans Région	20,7%	79,3%	100,0%
	% dans Diabète	7,7%	7,9%	7,9%
	% du total	1,6%	6,2%	7,9%
Laâyoune-Sakia El Hamra	Effectif	10	124	134
	% dans Région	7,5%	92,5%	100,0%
	% dans Diabète	0,7%	2,2%	1,8%
	% du total	0,1%	1,7%	1,8%



Total	Effectif	1534	5710	7244
	% dans Région	21,2%	78,8%	100,0%
	% dans Diabète	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	21,2%	78,8%	100,0%

Khi-carré de Pearson 129,171 ; p-value .0000

Tableau H2 : Répartition des cas d'HTA selon les régions (N=7244)

		HTA dans ménage		Total
		Pas HTA	HTA	
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	Effectif	583	171	754
	% dans Région	77,3%	22,7%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	10,8%	9,2%	10,4%
	% du total	8,0%	2,4%	10,4%
	Résidus ajustés	2,0	-2,0	
Oriental	Effectif	359	225	584
	% dans Region	61,5%	38,5%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	6,7%	12,1%	8,1%
	% du total	5,0%	3,1%	8,1%
	Résidus ajustés	-7,4	7,4	
Fès-Meknès	Effectif	775	187	962
	% dans Région	80,6%	19,4%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	14,4%	10,0%	13,3%
	% du total	10,7%	2,6%	13,3%
	Résidus ajustés	4,8	-4,8	
Rabat-Salé-Kénitra	Effectif	638	35	673
	% dans Région	94,8%	5,2%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	11,9%	1,9%	9,3%
	% du total	8,8%	0,5%	9,3%
	Résidus ajustés	12,8	-12,8	
Béni Mellal-Khénifra	Effectif	320	187	507
	% dans Région	63,1%	36,9%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	5,9%	10,0%	7,0%
	% du total	4,4%	2,6%	7,0%
	Résidus ajustés	-5,9	5,9	
Grand Casablanca-Settat	Effectif	1175	303	1478
	% dans Région	79,5%	20,5%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	21,8%	16,2%	20,4%
	% du total	16,2%	4,2%	20,4%
	Résidus ajustés	5,2	-5,2	
Marrakech-Safi	Effectif	607	554	1161
	% dans Region	52,3%	47,7%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	11,3%	29,7%	16,0%
	% du total	8,4%	7,6%	16,0%
	Résidus ajustés	-18,7	18,7	
Drâa-Tafilalet	Effectif	291	130	421
	% dans Region	69,1%	30,9%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	5,4%	7,0%	5,8%
	% du total	4,0%	1,8%	5,8%
	Résidus ajustés	-2,5	2,5	
Souss-Massa	Effectif	508	62	570
	% dans Region	89,1%	10,9%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	9,4%	3,3%	7,9%
	% du total	7,0%	0,9%	7,9%
	Résidus ajustés	8,5	-8,5	
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	123	11	134
	% dans Region	91,8%	8,2%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	2,3%	0,6%	1,8%
	% du total	1,7%	0,2%	1,8%
	Résidus ajustés	4,7	-4,7	
Total	Effectif	5379	1865	7244
	% dans Region	74,3%	25,7%	100,0%
	% dans HTA Non Oui	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	74,3%	25,7%	100,0%

Khi-carré de Pearson 662,857 ; p-value .0000

Tableau H3 : DSU selon les régions (N=7244)

		Le dernier service de soins utilisé par les individus						Total
		Centre Santé	Cabinet privé	Hôpital	Clinique	Méd Tra	Aucun	
Tanger-Tetouan-Al Hoceïma	Effectif	192	458	65	0	16	23	754
	% dans Région	25,5%	60,7%	8,6%	0,0%	2,1%	3,1%	100,0%
	% dans DSU	7,0%	14,1%	7,1%	0,0%	19,0%	26,4%	10,4%
	% du total	2,7%	6,3%	0,9%	0,0%	0,2%	0,3%	10,4%
Oriental	Effectif	238	219	107	20	0	0	584
	% dans Région	40,8%	37,5%	18,3%	3,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dans DSU	8,7%	6,7%	11,6%	11,8%	0,0%	0,0%	8,1%
	% du total	3,3%	3,0%	1,5%	0,3%	0,0%	0,0%	8,1%
Fès-Meknès	Effectif	550	245	157	10	0	0	962
	% dans Région	57,2%	25,5%	16,3%	1,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dans DSU	20,1%	7,5%	17,1%	5,9%	0,0%	0,0%	13,3%
	% du total	7,6%	3,4%	2,2%	0,1%	0,0%	0,0%	13,3%
Rabat-Salé-Kénitra	Effectif	135	484	40	2	10	2	673
	% dans Région	20,1%	71,9%	5,9%	0,3%	1,5%	0,3%	100,0%
	% dans DSU	4,9%	14,9%	4,3%	1,2%	11,9%	2,3%	9,3%
	% du total	1,9%	6,7%	0,6%	0,0%	0,1%	0,0%	9,3%
Béni Mellal-Khénifra	Effectif	145	307	34	9	12	0	507
	% dans Région	28,6%	60,6%	6,7%	1,8%	2,4%	0,0%	100,0%
	% dans DSU	5,3%	9,5%	3,7%	5,3%	14,3%	0,0%	7,0%
	% du total	2,0%	4,2%	0,5%	0,1%	0,2%	0,0%	7,0%
Grand Casablanca-Settat	Effectif	395	867	118	46	12	40	1478
	% dans Région	26,7%	58,7%	8,0%	3,1%	0,8%	2,7%	100,0%
	% dans DSU	14,4%	26,7%	12,8%	27,2%	14,3%	46,0%	20,4%
	% du total	5,5%	12,0%	1,6%	0,6%	0,2%	0,6%	20,4%
Marrakech-Safi	Effectif	497	408	189	31	20	16	1161
	% dans Région	42,8%	35,1%	16,3%	2,7%	1,7%	1,4%	100,0%
	% dans DSU	18,2%	12,6%	20,5%	18,3%	23,8%	18,4%	16,0%
	% du total	6,9%	5,6%	2,6%	0,4%	0,3%	0,2%	16,0%
Drâa-Tafilalet	Effectif	123	146	122	21	9	0	421
	% dans Région	29,2%	34,7%	29,0%	5,0%	2,1%	0,0%	100,0%
	% dans DSU	4,5%	4,5%	13,3%	12,4%	10,7%	0,0%	5,8%
	% du total	1,7%	2,0%	1,7%	0,3%	0,1%	0,0%	5,8%
Souss-Massa	Effectif	338	107	84	30	5	6	570
	% dans Région	59,3%	18,8%	14,7%	5,3%	0,9%	1,1%	100,0%
	% dans DSU	12,3%	3,3%	9,1%	17,8%	6,0%	6,9%	7,9%
	% du total	4,7%	1,5%	1,2%	0,4%	0,1%	0,1%	7,9%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	124	6	4	0	0	0	134
	% dans Région	92,5%	4,5%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dans DSU	4,5%	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
	% du total	1,7%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
Total	Effectif	2737	3247	920	169	84	87	7244
	% dans Région	37,8%	44,8%	12,7%	2,3%	1,2%	1,2%	100,0%
	% dans DSU	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	37,8%	44,8%	12,7%	2,3%	1,2%	1,2%	100,0%

Khi-carré de Pearson 1353,02 ; p-value .0000

Tableau H4 : CSP selon les régions

		CSP				Total
		AB	C	D	E	
Tanger-Tetouan-Al	Effectif	3	124	570	57	754
	% dans Région	0,4%	16,4%	75,6%	7,6%	100,0%
	% dans CSP	3,0%	8,5%	10,8%	13,9%	10,4%
	% du total	0,0%	1,7%	7,9%	0,8%	10,4%
Oriental	Effectif	22	122	424	16	584
	% dans Région	3,8%	20,9%	72,6%	2,7%	100,0%
	% dans CSP	22,0%	8,4%	8,0%	3,9%	8,1%
	% du total	0,3%	1,7%	5,9%	0,2%	8,1%
Fès-Meknès	Effectif	9	255	655	43	962
	% dans Région	0,9%	26,5%	68,1%	4,5%	100,0%
	% dans CSP	9,0%	17,6%	12,4%	10,5%	13,3%
	% du total	0,1%	3,5%	9,0%	0,6%	13,3%
Rabat-Salé-Kénitra	Effectif	57	225	377	14	673
	% dans Région	8,5%	33,4%	56,0%	2,1%	100,0%
	% dans CSP	57,0%	15,5%	7,1%	3,4%	9,3%
	% du total	0,8%	3,1%	5,2%	0,2%	9,3%
Béni Mellal-Khénifra	Effectif	3	121	325	58	507
	% dans Région	0,6%	23,9%	64,1%	11,4%	100,0%
	% dans CSP	3,0%	8,3%	6,2%	14,2%	7,0%
	% du total	0,0%	1,7%	4,5%	0,8%	7,0%
Grand Casablanca-Settat	Effectif	3	197	1170	108	1478
	% dans Région	0,2%	13,3%	79,2%	7,3%	100,0%
	% dans CSP	3,0%	13,6%	22,1%	26,4%	20,4%
	% du total	0,0%	2,7%	16,2%	1,5%	20,4%
Marrakech-Safi	Effectif	0	228	884	49	1161
	% dans Région	0,0%	19,6%	76,1%	4,2%	100,0%
	% dans CSP	0,0%	15,7%	16,7%	12,0%	16,0%
	% du total	0,0%	3,1%	12,2%	0,7%	16,0%
Drâa-Tafilalet	Effectif	3	96	312	10	421
	% dans Région	0,7%	22,8%	74,1%	2,4%	100,0%
	% dans CSP	3,0%	6,6%	5,9%	2,4%	5,8%
	% du total	0,0%	1,3%	4,3%	0,1%	5,8%
Souss-Massa	Effectif	0	77	448	45	570
	% dans Région	0,0%	13,5%	78,6%	7,9%	100,0%
	% dans CSP	0,0%	5,3%	8,5%	11,0%	7,9%
	% du total	0,0%	1,1%	6,2%	0,6%	7,9%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	0	7	118	9	134
	% dans Région	0,0%	5,2%	88,1%	6,7%	100,0%
	% dans CSP	0,0%	0,5%	2,2%	2,2%	1,8%
	% du total	0,0%	0,1%	1,6%	0,1%	1,8%
Total	Effectif	100	1452	5283	409	7244
	% dans Région	1,4%	20,0%	72,9%	5,6%	100,0%
	% dans CSP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	1,4%	20,0%	72,9%	5,6%	100,0%

Khi-Carré de Pearson 608,765 ; p-value .000

Tableau H5 : Niveau d'instruction selon les régions

		Niveau d'instruction				Total
		ANALPHABETE	PRIMAIRE / SAIT LIRE	COLLEG/BAC	UNIVERSIT	
Tanger-Tetouan- Al Hoceima	Effectif	116	175	154	31	476
	% dans Région	24,4%	36,8%	32,4%	6,5%	100,0%
	% dans Instruction	10,1%	13,3%	9,0%	12,3%	10,7%
	% du total	2,6%	4,0%	3,5%	0,7%	10,7%
Oriental	Effectif	58	147	143	34	382
	% dans Région	15,2%	38,5%	37,4%	8,9%	100,0%
	% dans Instruction	5,0%	11,1%	8,4%	13,5%	8,6%
	% du total	1,3%	3,3%	3,2%	0,8%	8,6%
Fès-Meknès	Effectif	190	207	220	23	640
	% dans Région	29,7%	32,3%	34,4%	3,6%	100,0%
	% dans Instruction	16,5%	15,7%	12,9%	9,1%	14,5%
	% du total	4,3%	4,7%	5,0%	0,5%	14,5%
Rabat-Salé- Kénitra	Effectif	92	13	111	30	246
	% dans Region	37,4%	5,3%	45,1%	12,2%	100,0%
	% dans Instruction	8,0%	1,0%	6,5%	11,9%	5,6%
	% du total	2,1%	0,3%	2,5%	0,7%	5,6%
Béni Mellal- Khénifra	Effectif	92	56	107	32	287
	% dans Région	32,1%	19,5%	37,3%	11,1%	100,0%
	% dans Instruction	8,0%	4,2%	6,3%	12,7%	6,5%
	% du total	2,1%	1,3%	2,4%	0,7%	6,5%
Grand Casablanca- Settat	Effectif	103	240	570	39	952
	% dans Région	10,8%	25,2%	59,9%	4,1%	100,0%
	% dans Instruction	9,0%	18,2%	33,4%	15,5%	21,5%
	% du total	2,3%	5,4%	12,9%	0,9%	21,5%
Marrakech-Safi	Effectif	266	222	224	49	761
	% dans Région	35,0%	29,2%	29,4%	6,4%	100,0%
	% dans Instruction	23,1%	16,8%	13,1%	19,4%	17,2%
	% du total	6,0%	5,0%	5,1%	1,1%	17,2%
Drâa-Tafilalet	Effectif	112	88	73	9	282
	% dans Région	39,7%	31,2%	25,9%	3,2%	100,0%
	% dans Instruction	9,7%	6,7%	4,3%	3,6%	6,4%
	% du total	2,5%	2,0%	1,6%	0,2%	6,4%
Souss-Massa	Effectif	114	128	89	5	336
	% dans Région	33,9%	38,1%	26,5%	1,5%	100,0%
	% dans Instruction	9,9%	9,7%	5,2%	2,0%	7,6%
	% du total	2,6%	2,9%	2,0%	0,1%	7,6%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	7	43	17	0	67
	% dans Région	10,4%	64,2%	25,4%	0,0%	100,0%
	% dans Instruction	0,6%	3,3%	1,0%	0,0%	1,5%
	% du total	0,2%	1,0%	0,4%	0,0%	1,5%
Total	Effectif	1150	1319	1708	252	4429
	% dans Région	26,0%	29,8%	38,6%	5,7%	100,0%
	% dans Instruction	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	26,0%	29,8%	38,6%	5,7%	100,0%

Khi-carré de Pearson 535,034 ; p-value .0000

Tableau H6 : Couverture médicale selon les régions

		Couverture Médicale				Total
		PAS DE COUVERTURE	RAMED	AMO	PRIVE	
Tanger-Tetouan- Al Hoceïma	Effectif	373	123	219	39	754
	% dans Région	49,5%	16,3%	29,0%	5,2%	100,0%
	% dans Couverture	14,5%	5,7%	11,7%	6,2%	10,4%
	% du total	5,1%	1,7%	3,0%	0,5%	10,4%
Oriental	Effectif	183	239	112	50	584
	% dans Région	31,3%	40,9%	19,2%	8,6%	100,0%
	% dans Couverture	7,1%	11,0%	6,0%	7,9%	8,1%
	% du total	2,5%	3,3%	1,5%	0,7%	8,1%
Fès-Meknès	Effectif	235	436	286	5	962
	% dans Région	24,4%	45,3%	29,7%	0,5%	100,0%
	% dans Couverture	9,1%	20,1%	15,3%	0,8%	13,3%
	% du total	3,2%	6,0%	3,9%	0,1%	13,3%
Rabat-Salé- Kénitra	Effectif	87	82	301	203	673
	% dans Région	12,9%	12,2%	44,7%	30,2%	100,0%
	% dans Couverture	3,4%	3,8%	16,1%	32,1%	9,3%
	% du total	1,2%	1,1%	4,2%	2,8%	9,3%
Béni Mellal- Khénifra	Effectif	261	145	77	24	507
	% dans Région	51,5%	28,6%	15,2%	4,7%	100,0%
	% dans Couverture	10,1%	6,7%	4,1%	3,8%	7,0%
	% du total	3,6%	2,0%	1,1%	0,3%	7,0%
Grand Casablanca- Settat	Effectif	546	327	430	175	1478
	% dans Région	36,9%	22,1%	29,1%	11,8%	100,0%
	% dans Couverture	21,2%	15,0%	23,0%	27,6%	20,4%
	% du total	7,5%	4,5%	5,9%	2,4%	20,4%
Marrakech-Safi	Effectif	472	453	186	50	1161
	% dans Région	40,7%	39,0%	16,0%	4,3%	100,0%
	% dans Couverture	18,4%	20,8%	10,0%	7,9%	16,0%
	% du total	6,5%	6,3%	2,6%	0,7%	16,0%
Drâa-Tafilalet	Effectif	132	124	135	30	421
	% dans Région	31,4%	29,5%	32,1%	7,1%	100,0%
	% dans Couverture	5,1%	5,7%	7,2%	4,7%	5,8%
	% du total	1,8%	1,7%	1,9%	0,4%	5,8%
Souss-Massa	Effectif	247	190	110	23	570
	% dans Région	43,3%	33,3%	19,3%	4,0%	100,0%
	% dans Couverture	9,6%	8,7%	5,9%	3,6%	7,9%
	% du total	3,4%	2,6%	1,5%	0,3%	7,9%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	36	54	10	34	134
	% dans Région	26,9%	40,3%	7,5%	25,4%	100,0%
	% dans Couverture	1,4%	2,5%	0,5%	5,4%	1,8%
	% du total	0,5%	0,7%	0,1%	0,5%	1,8%
Total	Effectif	2572	2173	1866	633	7244
	% dans Région	35,5%	30,0%	25,8%	8,7%	100,0%
	% dans Couverture	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	35,5%	30,0%	25,8%	8,7%	100,0%

Khi-carré de Pearson 1286,691 ; p-value .0000

Tableau H7 : Contact avec CS durant les 2 dernières années

		Contact du ménage avec Centre de Santé durant les 2 dernières années (CS A2)		Total
		OUI	NON	
Tanger-Tetouan-Al Hoceïma	Effectif	305	396	701
	% dans Région	43,5%	56,5%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	6,6%	18,9%	10,5%
	% du total	4,5%	5,9%	10,5%
Oriental	Effectif	409	171	580
	% dans Région	70,5%	29,5%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	8,9%	8,2%	8,6%
	% du total	6,1%	2,5%	8,6%
Fès-Meknès	Effectif	727	219	946
	% dans Région	76,8%	23,2%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	15,8%	10,5%	14,1%
	% du total	10,8%	3,3%	14,1%
Rabat-Salé-Kénitra	Effectif	211	271	482
	% dans Région	43,8%	56,2%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	4,6%	12,9%	7,2%
	% du total	3,1%	4,0%	7,2%
Béni Mellal-Khénifra	Effectif	310	166	476
	% dans Région	65,1%	34,9%	100,0%
	% dans Contact du ménage avec CS A2	6,7%	7,9%	7,1%
	% du total	4,6%	2,5%	7,1%
Grand Casablanca-Settat	Effectif	755	598	1353
	% dans Région	55,8%	44,2%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	16,4%	28,6%	20,2%
	% du total	11,3%	8,9%	20,2%
Marrakech-Safi	Effectif	917	167	1084
	% dans Région	84,6%	15,4%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	19,9%	8,0%	16,2%
	% du total	13,7%	2,5%	16,2%
Drâa-Tafilalet	Effectif	365	31	396
	% dans Région	92,2%	7,8%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	7,9%	1,5%	5,9%
	% du total	5,4%	0,5%	5,9%
Souss-Massa	Effectif	482	72	554
	% dans Région	87,0%	13,0%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	10,5%	3,4%	8,3%
	% du total	7,2%	1,1%	8,3%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	131	3	134
	% dans Région	97,8%	2,2%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	2,8%	0,1%	2,0%
	% du total	2,0%	0,0%	2,0%
Total	Effectif	4612	2094	6706
	% dans Région	68,8%	31,2%	100,0%
	% dans Contact avec Centre de Santé A2	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	68,8%	31,2%	100,0%

Khi-carré de Pearson 852,569 ; p-value .0000

Tableau H8: Contact avec le Cabinet Privé durant les 2 dernières années

		Contact avec le Cabinet privé durant les 2 dernières années (CP A2)		Total
		OUI	NON	
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	Effectif	561	164	725
	% dans Région	77,4%	22,6%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	10,7%	9,5%	10,4%
	% du total	8,1%	2,4%	10,4%
Oriental	Effectif	479	88	567
	% dans Région	84,5%	15,5%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	9,2%	5,1%	8,2%
	% du total	6,9%	1,3%	8,2%
Fès-Meknès	Effectif	511	388	899
	% dans Région	56,8%	43,2%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	9,8%	22,6%	12,9%
	% du total	7,4%	5,6%	12,9%
Rabat-Salé-Kénitra	Effectif	523	72	595
	% dans Région	87,9%	12,1%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	10,0%	4,2%	8,6%
	% du total	7,5%	1,0%	8,6%
Béni Mellal-Khénifra	Effectif	401	106	507
	% dans Région	79,1%	20,9%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	7,7%	6,2%	7,3%
	% du total	5,8%	1,5%	7,3%
Grand Casablanca-Settat	Effectif	1257	216	1473
	% dans Région :	85,3%	14,7%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	24,0%	12,6%	21,2%
	% du total	18,1%	3,1%	21,2%
Marrakech-Safi	Effectif	937	196	1133
	% dans Région	82,7%	17,3%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	17,9%	11,4%	16,3%
	% du total	13,5%	2,8%	16,3%
Drâa-Tafilalet	Effectif	322	89	411
	% dans Région	78,3%	21,7%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	6,2%	5,2%	5,9%
	% du total	4,6%	1,3%	5,9%
Souss-Massa	Effectif	219	284	503
	% dans Région	43,5%	56,5%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	4,2%	16,5%	7,2%
	% du total	3,2%	4,1%	7,2%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	19	115	134
	% dans Région	14,2%	85,8%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	0,4%	6,7%	1,9%
	% du total	0,3%	1,7%	1,9%
Total	Effectif	5229	1718	6947
	% dans Région	75,3%	24,7%	100,0%
	% dans Contact avec CP A2	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	75,3%	24,7%	100,0%

Khi-carré de Pearson 903,182 ; p-value .0000



Tableau H9 : Contact avec Hôpital durant les 2 dernières années

		Contact avec Hôpital durant les 2 dernières années (Hôpital A2)		Total
		OUI	NON	
Tanger-Tetouan- Al Hoceïma	Effectif	153	505	658
	% dans Région	23,3%	76,7%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	5,2%	15,5%	10,6%
	% du total	2,5%	8,2%	10,6%
Oriental	Effectif	312	223	535
	% dans Région	58,3%	41,7%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	10,7%	6,9%	8,7%
	% du total	5,0%	3,6%	8,7%
Fès-Meknès	Effectif	561	329	890
	% dans Région	63,0%	37,0%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	19,2%	10,1%	14,4%
	% du total	9,1%	5,3%	14,4%
Rabat-Salé- Kénitra	Effectif	112	278	390
	% dans Région	28,7%	71,3%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	3,8%	8,5%	6,3%
	% du total	1,8%	4,5%	6,3%
Béni Mellal- Khénifra	Effectif	106	282	388
	% dans Région	27,3%	72,7%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	3,6%	8,7%	6,3%
	% du total	1,7%	4,6%	6,3%
Grand Casablanca- Settat	Effectif	352	943	1295
	% dans Région	27,2%	72,8%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	12,0%	29,0%	20,9%
	% du total	5,7%	15,3%	20,9%
Marrakech-Safi	Effectif	768	256	1024
	% dans Région	75,0%	25,0%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	26,2%	7,9%	16,6%
	% du total	12,4%	4,1%	16,6%
Drâa-Tafilalet	Effectif	294	75	369
	% dans Région	79,7%	20,3%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	10,0%	2,3%	6,0%
	% du total	4,8%	1,2%	6,0%
Souss-Massa	Effectif	242	257	499
	% dans Région	48,5%	51,5%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	8,3%	7,9%	8,1%
	% du total	3,9%	4,2%	8,1%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	27	107	134
	% dans Région	20,1%	79,9%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	0,9%	3,3%	2,2%
	% du total	0,4%	1,7%	2,2%
Total	Effectif	2927	3255	6182
	% dans Région	47,3%	52,7%	100,0%
	% dans Contact avec Hôpital A2	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	47,3%	52,7%	100,0%

Khi-carré de Pearson 1103,684 ; p-value .0000

Tableau H10 : Contact avec Clinique durant les 2 dernières années

		Contact avec Clinique durant les 2 dernières années		Total
		OUI	NON	
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	Effectif	43	610	653
	% dans Région	6,6%	93,4%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	4,2%	13,2%	11,6%
	% du total	0,8%	10,8%	11,6%
Oriental	Effectif	131	384	515
	% dans Région	25,4%	74,6%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	12,9%	8,3%	9,1%
	% du total	2,3%	6,8%	9,1%
Fès-Meknès	Effectif	180	669	849
	% dans Région	21,2%	78,8%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	17,7%	14,5%	15,0%
	% du total	3,2%	11,9%	15,0%
Rabat-Salé-Kénitra	Effectif	93	256	349
	% dans Région	26,6%	73,4%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	9,1%	5,5%	6,2%
	% du total	1,6%	4,5%	6,2%
Béni Mellal-Khénifra	Effectif	27	357	384
	% dans Région	7,0%	93,0%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	2,6%	7,7%	6,8%
	% du total	0,5%	6,3%	6,8%
Grand Casablanca-Settat	Effectif	142	1122	1264
	% dans Région	11,2%	88,8%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	13,9%	24,3%	22,4%
	% du total	2,5%	19,9%	22,4%
Marrakech-Safi	Effectif	275	541	816
	% dans Région	33,7%	66,3%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	27,0%	11,7%	14,5%
	% du total	4,9%	9,6%	14,5%
Drâa-Tafilalet	Effectif	46	187	233
	% dans Région	19,7%	80,3%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	4,5%	4,0%	4,1%
	% du total	0,8%	3,3%	4,1%
Souss-Massa	Effectif	79	367	446
	% dans Région	17,7%	82,3%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	7,8%	7,9%	7,9%
	% du total	1,4%	6,5%	7,9%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	3	131	134
	% dans Région	2,2%	97,8%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	0,3%	2,8%	2,4%
	% du total	0,1%	2,3%	2,4%
Total	Effectif	1019	4624	5643
	% dans Région	18,1%	81,9%	100,0%
	% dans Contact avec Clinique A2	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	18,1%	81,9%	100,0%

Khi-carré de Pearson 329,532 ; p-value .0000

Tableau H11 : Contact avec Pharmacie durant les 2 dernières années

		Contact avec Pharmacie durant les 2 dernières années (A2)		Total
		OUI	NON	
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	Effectif	746	4	750
	% dans Région	99,5%	0,5%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	10,6%	2,1%	10,4%
	% du total	10,3%	0,1%	10,4%
Oriental	Effectif	580	4	584
	% dans Région	99,3%	0,7%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	8,3%	2,1%	8,1%
	% du total	8,0%	0,1%	8,1%
Fès-Meknès	Effectif	951	0	951
	% dans Région	100,0%	0,0%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	13,5%	0,0%	13,2%
	% du total	13,2%	0,0%	13,2%
Rabat-Salé-Kénitra	Effectif	653	13	666
	% dans Région	98,0%	2,0%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	9,3%	6,9%	9,2%
	% du total	9,0%	0,2%	9,2%
Béni Mellal-Khénifra	Effectif	483	24	507
	% dans Région	95,3%	4,7%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	6,9%	12,7%	7,0%
	% du total	6,7%	0,3%	7,0%
Grand Casablanca-Settat	Effectif	1462	16	1478
	% dans Région	98,9%	1,1%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	20,8%	8,5%	20,5%
	% du total	20,3%	0,2%	20,5%
Marrakech-Safi	Effectif	1140	21	1161
	% dans Région	98,2%	1,8%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	16,2%	11,1%	16,1%
	% du total	15,8%	0,3%	16,1%
Drâa-Tafilalet	Effectif	421	0	421
	% dans Région	100,0%	0,0%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	6,0%	0,0%	5,8%
	% du total	5,8%	0,0%	5,8%
Souss-Massa	Effectif	496	69	565
	% dans Région	87,8%	12,2%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	7,1%	36,5%	7,8%
	% du total	6,9%	1,0%	7,8%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	96	38	134
	% dans Région	71,6%	28,4%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	1,4%	20,1%	1,9%
	% du total	1,3%	0,5%	1,9%
Total	Effectif	7028	189	7217
	% dans Région	97,4%	2,6%	100,0%
	% dans Contact avec Pharmacie A2	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	97,4%	2,6%	100,0%

Khi-carré de Pearson 636,990 ; p-value .0000

Tableau H12 : Contact avec Médecine traditionnelle durant les 2 dernières années

		Contact avec Médecine traditionnelle durant les 2 dernières années (MedTrad A2)		Total
		OUI	NON	
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	Effectif	22	634	656
	% dans Région	3,4%	96,6%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	3,8%	12,8%	11,9%
	% du total	0,4%	11,5%	11,9%
Oriental	Effectif	83	426	509
	% dans Région	16,3%	83,7%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	14,4%	8,6%	9,2%
	% du total	1,5%	7,7%	9,2%
Fès-Meknès	Effectif	13	799	812
	% dans Région	1,6%	98,4%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	2,3%	16,1%	14,7%
	% du total	0,2%	14,4%	14,7%
Rabat-Salé-Kénitra	Effectif	49	273	322
	% dans Région	15,2%	84,8%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	8,5%	5,5%	5,8%
	% du total	0,9%	4,9%	5,8%
Béni Mellal-Khénifra	Effectif	78	331	409
	% dans Région	19,1%	80,9%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	13,6%	6,7%	7,4%
	% du total	1,4%	6,0%	7,4%
Grand Casablanca-Settat	Effectif	28	1222	1250
	% dans Région	2,2%	97,8%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	4,9%	24,7%	22,6%
	% du total	0,5%	22,1%	22,6%
Marrakech-Safi	Effectif	153	595	748
	% dans Région	20,5%	79,5%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	26,6%	12,0%	13,5%
	% du total	2,8%	10,8%	13,5%
Drâa-Tafilalet	Effectif	79	163	242
	% dans Région	32,6%	67,4%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	13,7%	3,3%	4,4%
	% du total	1,4%	2,9%	4,4%
Souss-Massa	Effectif	63	386	449
	% dans Région	14,0%	86,0%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	11,0%	7,8%	8,1%
	% du total	1,1%	7,0%	8,1%
Laayoune-Sakia El Hamra	Effectif	7	127	134
	% dans Région	5,2%	94,8%	100,0%
	% Contact avec MédTrad A2	1,2%	2,6%	2,4%
	% du total	0,1%	2,3%	2,4%
Total	Effectif	575	4956	5531
	% dans Région	10,4%	89,6%	100,0%
	% dans Contact avec MédTrad A2	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	10,4%	89,6%	100,0%

Khi-carré de Pearson 471,838 ; *p*-value .0000

## Annexe I : Demandes et USS (N=1812)

Tableau I1 : Déterminants de l'USS selon la couverture médicale : Demande de soins

		DEMANDE		Total
		Oui	Non	
Privé	Effectif	140	49	189
	% dans Couverture	74,1%	25,9%	100,0%
	% dans DEMANDE	11,5%	8,3%	10,4%
	% du total	7,7%	2,7%	10,4%
AMO	Effectif	332	158	490
	% dans Couverture	67,8%	32,2%	100,0%
	% dans DEMANDE	27,2%	26,6%	27,0%
	% du total	18,3%	8,7%	27,0%
RAMED	Effectif	310	172	482
	% dans Couverture	64,3%	35,7%	100,0%
	% dans DEMANDE	25,4%	29,0%	26,6%
	% du total	17,1%	9,5%	26,6%
Sans couverture	Effectif	437	214	651
	% dans Couverture	67,1%	32,9%	100,0%
	% dans DEMANDE	35,8%	36,1%	35,9%
	% du total	24,1%	11,8%	35,9%
	Effectif	1219	593	1812
	% dans Couverture	67,3%	32,7%	100,0%
	% dans DEMANDE	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	67,3%	32,7%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 5,944 ; p-value .114*

## Annexe J : CSU et résultat Hôpital (N=1812)

**Tableau J1 : Résultats de l'hospitalisation à l'hôpital public selon la couverture**

		RSLT HOPITAL		
		Guérison totale	Peu d'amélioration voir aggravation	Total
Privé	Effectif	13	25	38
	% dans Prive versus Autres	34,2%	65,8%	100,0%
	% dans RSLTHOPITAL	4,8%	5,2%	5,1%
	% du total	1,7%	3,3%	5,1%
AMO	Effectif	64	103	167
	% dans Prive versus Autres	38,3%	61,7%	100,0%
	% dans RSLTHOPITAL	23,4%	21,6%	22,3%
	% du total	8,5%	13,7%	22,3%
RAMED	Effectif	101	213	314
	% dans Prive versus Autres	32,2%	67,8%	100,0%
	% dans RSLTHOPITAL	37,0%	44,7%	41,9%
	% du total	13,5%	28,4%	41,9%
Sans couverture	Effectif	95	136	231
	% dans Prive versus Autres	41,1%	58,9%	100,0%
	% dans RSLTHOPITAL	34,8%	28,5%	30,8%
	% du total	12,7%	18,1%	30,8%
	Effectif	273	477	750
	% dans Prive versus Autres	36,4%	63,6%	100,0%
	% dans RSLTHOPITAL	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	36,4%	63,6%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 5,006 ; p-value .171*

## Annexe K : Attitudes vis-à-vis de l'offre de soins en Clinique (N=1812)

**Tableau K1 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Pas de délai d'attente à la Clinique**

		Pas d'attente PEC clinique		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	111	78	189
	% dans Prive versus Autres	58,7%	41,3%	100,0%
	% dans Pas d'attente PEC clinique	8,7%	14,5%	10,4%
	% du total	6,1%	4,3%	10,4%
AMO	Effectif	341	149	490
	% dans Prive versus Autres	69,6%	30,4%	100,0%
	% dans Pas d'attente PEC clinique	26,7%	27,7%	27,0%
	% du total	18,8%	8,2%	27,0%
RAMED	Effectif	359	123	482
	% dans Prive versus Autres	74,5%	25,5%	100,0%
	% dans Pas d'attente PEC clinique	28,2%	22,9%	26,6%
	% du total	19,8%	6,8%	26,6%
Sans couverture	Effectif	464	187	651
	% dans Prive versus Autres	71,3%	28,7%	100,0%
	% dans Pas d'attente PEC clinique	36,4%	34,8%	35,9%
	% du total	25,6%	10,3%	35,9%
	Effectif	1275	537	1812
	% dans Prive versus Autres	70,4%	29,6%	100,0%
	% dans Pas d'attente PEC clinique	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	70,4%	29,6%	100,0%

Khi-carré de Pearson 16,585 ; p-value .001

**Tableau K2 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Bon travail des Professionnels de santé à la Clinique**

		PS bon travail dans clinique		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	121	68	189
	% dans Prive versus Autres	64,0%	36,0%	100,0%
	% dans PS bon travail dans clinique	9,3%	13,5%	10,4%
	% du total	6,7%	3,8%	10,4%
AMO	Effectif	341	149	490
	% dans Prive versus Autres	69,6%	30,4%	100,0%
	% dans PS bon travail dans clinique	26,1%	29,6%	27,0%
	% du total	18,8%	8,2%	27,0%
RAMED	Effectif	366	116	482
	% dans Prive versus Autres	75,9%	24,1%	100,0%
	% dans PS bon travail dans clinique	28,0%	23,0%	26,6%
	% du total	20,2%	6,4%	26,6%
Sans couverture	Effectif	480	171	651
	% dans Prive versus Autres	73,7%	26,3%	100,0%
	% dans PS bon travail dans clinique	36,7%	33,9%	35,9%
	% du total	26,5%	9,4%	35,9%
	Effectif	1308	504	1812
	% dans Prive versus Autres	72,2%	27,8%	100,0%
	% dans PS bon travail dans clinique	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	72,2%	27,8%	100,0%

Khi-carré de Pearson 12,065 ; p-value .007

**Tableau K3 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Cliniques intéressés par le profit**

		Cliniques intéressées Profit		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	108	81	189
	% dans Prive versus Autres	57,1%	42,9%	100,0%
	% dans Cliniques intéressées Profit	9,5%	12,1%	10,4%
	% du total	6,0%	4,5%	10,4%
AMO	Effectif	297	193	490
	% dans Prive versus Autres	60,6%	39,4%	100,0%
	% dans Cliniques intéressées Profit	26,1%	28,7%	27,0%
	% du total	16,4%	10,7%	27,0%
RAMED	Effectif	315	167	482
	% dans Prive versus Autres	65,4%	34,6%	100,0%
	% dans Cliniques intéressées Profit	27,6%	24,9%	26,6%
	% du total	17,4%	9,2%	26,6%
Sans couverture	Effectif	420	231	651
	% dans Prive versus Autres	64,5%	35,5%	100,0%
	% dans Cliniques intéressées Profit	36,8%	34,4%	35,9%
	% du total	23,2%	12,7%	35,9%
Total	Effectif	1140	672	1812
	% dans Prive versus Autres	62,9%	37,1%	100,0%
	% dans Cliniques intéressées Profit	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	62,9%	37,1%	100,0%

Khi-carré de Pearson 5,755 ; p-value .124

**Tableau K4 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Cliniques bien équipées**

		Cliniques bien équipées		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	132	57	189
	% dans Prive versus Autres	69,8%	30,2%	100,0%
	% dans Cliniques bien équipées	9,3%	14,8%	10,4%
	% du total	7,3%	3,1%	10,4%
AMO	Effectif	388	102	490
	% dans Prive versus Autres	79,2%	20,8%	100,0%
	% dans Cliniques bien équipées	27,2%	26,4%	27,0%
	% du total	21,4%	5,6%	27,0%
RAMED	Effectif	383	99	482
	% dans Prive versus Autres	79,5%	20,5%	100,0%
	% dans Cliniques bien équipées	26,9%	25,6%	26,6%
	% du total	21,1%	5,5%	26,6%
Sans couverture	Effectif	523	128	651
	% dans Prive versus Autres	80,3%	19,7%	100,0%
	% dans Cliniques bien équipées	36,7%	33,2%	35,9%
	% du total	28,9%	7,1%	35,9%
Total	Effectif	1426	386	1812
	% dans Prive versus Autres	78,7%	21,3%	100,0%
	% dans Cliniques bien équipées	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	78,7%	21,3%	100,0%

Khi-carré de Pearson 10,124 ; p-value .018



**Tableau K5 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Médecins consacrent du temps au patient à la clinique**

		Médecin consacre temps dans clinique		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	125	64	189
	% dans Prive versus Autres	66,1%	33,9%	100,0%
	% dans Médecin consacre temps dans clinique	9,2%	13,9%	10,4%
	% du total	6,9%	3,5%	10,4%
AMO	Effectif	368	122	490
	% dans Prive versus Autres	75,1%	24,9%	100,0%
	% dans Médecin consacre temps dans clinique	27,2%	26,6%	27,0%
	% du total	20,3%	6,7%	27,0%
RAMED	Effectif	366	116	482
	% dans Prive versus Autres	75,9%	24,1%	100,0%
	% dans Médecin consacre temps dans clinique	27,1%	25,3%	26,6%
	% du total	20,2%	6,4%	26,6%
Sans couverture	Effectif	494	157	651
	% dans Prive versus Autres	75,9%	24,1%	100,0%
	% dans Médecin consacre temps dans clinique	36,5%	34,2%	35,9%
	% du total	27,3%	8,7%	35,9%
	Effectif	1353	459	1812
	% dans Prive versus Autres	74,7%	25,3%	100,0%
	% dans Médecin consacre temps dans clinique	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	74,7%	25,3%	100,0%

Khi-carré de Pearson 8,237 ; p-value .041

**Tableau K6 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Même qualité PEC\*des patients à la clinique**

		Clinique même PEC patient		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	122	67	189
	% dans Prive versus Autres	64,6%	35,4%	100,0%
	% dans Clinique même PEC patient	10,0%	11,4%	10,4%
	% du total	6,7%	3,7%	10,4%
AMO	Effectif	329	161	490
	% dans Prive versus Autres	67,1%	32,9%	100,0%
	% dans Clinique même PEC patient	26,9%	27,3%	27,0%
	% du total	18,2%	8,9%	27,0%
RAMED	Effectif	330	152	482
	% dans Prive versus Autres	68,5%	31,5%	100,0%
	% dans Clinique même PEC patient	27,0%	25,8%	26,6%
	% du total	18,2%	8,4%	26,6%
Sans couverture	Effectif	441	210	651
	% dans Prive versus Autres	67,7%	32,3%	100,0%
	% dans Clinique même PEC patient	36,1%	35,6%	35,9%
	% du total	24,3%	11,6%	35,9%
	Effectif	1222	590	1812
	% dans Prive versus Autres	67,4%	32,6%	100,0%
	% dans Clinique même PEC patient	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	67,4%	32,6%	100,0%

Khi-carré de Pearson 0,996 ; p-value .802

**Tableau K7: Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Prix pratiqués à la clinique sont corrects**

		Prix corrects Cliniques		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	75	114	189
	% dans Prive versus Autres	39,7%	60,3%	100,0%
	% dans Prix corrects Cliniques	10,8%	10,2%	10,4%
	% du total	4,1%	6,3%	10,4%
AMO	Effectif	200	290	490
	% dans Prive versus Autres	40,8%	59,2%	100,0%
	% dans Prix corrects Cliniques	28,9%	25,9%	27,0%
	% du total	11,0%	16,0%	27,0%
RAMED	Effectif	191	291	482
	% dans Prive versus Autres	39,6%	60,4%	100,0%
	% dans Prix corrects Cliniques	27,6%	26,0%	26,6%
	% du total	10,5%	16,1%	26,6%
Sans couverture	Effectif	226	425	651
	% dans Prive versus Autres	34,7%	65,3%	100,0%
	% dans Prix corrects Cliniques	32,7%	37,9%	35,9%
	% du total	12,5%	23,5%	35,9%
	Effectif	692	1120	1812
	% dans Prive versus Autres	38,2%	61,8%	100,0%
	% dans Prix corrects Cliniques	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	38,2%	61,8%	100,0%

Khi-carré de Pearson 5,360 ; p-value .147

**Tableau K8: Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Bon Travail des PS au niveau de l'hôpital**

		PS fait Bien son travail Hop Public		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	65	124	189
	% dans Prive versus Autres	34,4%	65,6%	100,0%
	% dans PS fait Bien son travail Hop Public	11,8%	9,8%	10,4%
	% du total	3,6%	6,8%	10,4%
AMO	Effectif	129	361	490
	% dans Prive versus Autres	26,3%	73,7%	100,0%
	% dans PS fait Bien son travail Hop Public	23,4%	28,6%	27,0%
	% du total	7,1%	19,9%	27,0%
RAMED	Effectif	173	309	482
	% dans Prive versus Autres	35,9%	64,1%	100,0%
	% dans PS fait Bien son travail Hop Public	31,4%	24,5%	26,6%
	% du total	9,5%	17,1%	26,6%
Sans couverture	Effectif	184	467	651
	% dans Prive versus Autres	28,3%	71,7%	100,0%
	% dans PS fait Bien son travail Hop Public	33,4%	37,0%	35,9%
	% du total	10,2%	25,8%	35,9%
	Effectif	551	1261	1812
	% dans Prive versus Autres	30,4%	69,6%	100,0%
	% dans PS fait Bien son travail Hop Public	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	30,4%	69,6%	100,0%

Khi-carré de Pearson 13,539 ; p-value .004

**Tableau K9: Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Pas de contrôle des PS au niveau de l'hôpital**

		Pas assez Contrôle dans HP		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	113	76	189
	% dans Prive versus Autres	59,8%	40,2%	100,0%
	% dans Pas assez Contrôle dans HP	9,1%	13,4%	10,4%
	% du total	6,2%	4,2%	10,4%
AMO	Effectif	353	137	490
	% dans Prive versus Autres	72,0%	28,0%	100,0%
	% dans Pas assez Contrôle dans HP	28,4%	24,1%	27,0%
	% du total	19,5%	7,6%	27,0%
RAMED	Effectif	308	174	482
	% dans Prive versus Autres	63,9%	36,1%	100,0%
	% dans Pas assez Contrôle dans HP	24,8%	30,6%	26,6%
	% du total	17,0%	9,6%	26,6%
Sans couverture	Effectif	469	182	651
	% dans Prive versus Autres	72,0%	28,0%	100,0%
	% dans Pas assez Contrôle dans HP	37,7%	32,0%	35,9%
	% du total	25,9%	10,0%	35,9%
	Effectif	1243	569	1812
	% dans Prive versus Autres	68,6%	31,4%	100,0%
	% dans Pas assez Contrôle dans HP	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	68,6%	31,4%	100,0%

Khi-carré de Pearson 18,030 ; p-value .000

**Tableau K10: Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Pas suffisamment de Médecins à l'hôpital**

		Pas assez de Médecins dans HP		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	110	79	189
	% dans Prive versus Autres	58,2%	41,8%	100,0%
	% dans Pas assez de Médecins dans HP	9,3%	12,7%	10,4%
	% du total	6,1%	4,4%	10,4%
AMO	Effectif	328	162	490
	% dans Prive versus Autres	66,9%	33,1%	100,0%
	% dans Pas assez de Médecins dans HP	27,6%	26,0%	27,0%
	% du total	18,1%	8,9%	27,0%
RAMED	Effectif	305	177	482
	% dans Prive versus Autres	63,3%	36,7%	100,0%
	% dans Pas assez de Médecins dans HP	25,7%	28,4%	26,6%
	% du total	16,8%	9,8%	26,6%
Sans couverture	Effectif	446	205	651
	% dans Prive versus Autres	68,5%	31,5%	100,0%
	% dans Pas assez de Médecins dans HP	37,5%	32,9%	35,9%
	% du total	24,6%	11,3%	35,9%
	Effectif	1189	623	1812
	% dans Prive versus Autres	65,6%	34,4%	100,0%
	% dans Pas assez de Médecins dans HP	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	65,6%	34,4%	100,0%

Khi-carré de Pearson 8,571 ; p-value .036

**Tableau K11 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Rapidité de PEC des patients à l'hôpital**

		PEC rapide HP		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	72	117	189
	% dans Prive versus Autres	38,1%	61,9%	100,0%
	% dans PEC rapide HP	10,9%	10,1%	10,4%
	% du total	4,0%	6,5%	10,4%
AMO	Effectif	155	335	490
	% dans Prive versus Autres	31,6%	68,4%	100,0%
	% dans PEC rapide HP	23,5%	29,1%	27,0%
	% du total	8,6%	18,5%	27,0%
RAMED	Effectif	195	287	482
	% dans Prive versus Autres	40,5%	59,5%	100,0%
	% dans PEC rapide HP	29,6%	24,9%	26,6%
	% du total	10,8%	15,8%	26,6%
Sans couverture	Effectif	237	414	651
	% dans Prive versus Autres	36,4%	63,6%	100,0%
	% dans PEC rapide HP	36,0%	35,9%	35,9%
	% du total	13,1%	22,8%	35,9%
	Effectif	659	1153	1812
	% dans Prive versus Autres	36,4%	63,6%	100,0%
	% dans PEC rapide HP	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	36,4%	63,6%	100,0%

Khi-carré de Pearson 8,473 ; p-value .037

**Tableau K12 : Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Hygiène et Propreté non respectées à l'hôpital**

		Hygiène non respectée dans HP		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	115	74	189
	% dans Prive versus Autres	60,8%	39,2%	100,0%
	% dans Hygiène non respectée dans HP	10,6%	10,2%	10,4%
	% du total	6,3%	4,1%	10,4%
AMO	Effectif	300	190	490
	% dans Prive versus Autres	61,2%	38,8%	100,0%
	% dans Hygiène non respectée dans HP	27,6%	26,2%	27,0%
	% du total	16,6%	10,5%	27,0%
RAMED	Effectif	258	224	482
	% dans Prive versus Autres	53,5%	46,5%	100,0%
	% dans Hygiène non respectée dans HP	23,7%	30,9%	26,6%
	% du total	14,2%	12,4%	26,6%
Sans couverture	Effectif	414	237	651
	% dans Prive versus Autres	63,6%	36,4%	100,0%
	% dans Hygiène non respectée dans HP	38,1%	32,7%	35,9%
	% du total	22,8%	13,1%	35,9%
	Effectif	1087	725	1812
	% dans Prive versus Autres	60,0%	40,0%	100,0%
	% dans Hygiène non respectée dans HP	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	60,0%	40,0%	100,0%

Khi-carré de Pearson 12,281 ; p-value .006

**Tableau K13: Attitude vis à vis des caractéristiques de l'offre de soins : Bon rapport Service-Prix au niveau de l'hôpital**

		Bon rapport service prix dans HP		Total
		Accord	Désaccord	
Privé	Effectif	57	132	189
	% dans Prive versus Autres	30,2%	69,8%	100,0%
	% dans Bon rapport service prix dans HP	9,9%	10,7%	10,4%
	% du total	3,1%	7,3%	10,4%
AMO	Effectif	155	335	490
	% dans Prive versus Autres	31,6%	68,4%	100,0%
	% dans Bon rapport service prix dans HP	26,8%	27,1%	27,0%
	% du total	8,6%	18,5%	27,0%
RAMED	Effectif	179	303	482
	% dans Prive versus Autres	37,1%	62,9%	100,0%
	% dans Bon rapport service prix dans HP	31,0%	24,6%	26,6%
	% du total	9,9%	16,7%	26,6%
Sans couverture	Effectif	187	464	651
	% dans Prive versus Autres	28,7%	71,3%	100,0%
	% dans Bon rapport service prix dans HP	32,4%	37,6%	35,9%
	% du total	10,3%	25,6%	35,9%
	Effectif	578	1234	1812
	% dans Prive versus Autres	31,9%	68,1%	100,0%
	% dans Bon rapport service prix dans HP	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	31,9%	68,1%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 9,386 ; p-value .025*

## Annexe L : CSU et Pharmacie (N=1812)

**Tableau L1: Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 5 dernières années :  
offre de services Pharmacie**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp (B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
Fumeur (non/oui)	1,226	,487	6,353	1	,012	3,409	1,314	8,846
Instruction Bac +			7,037	2	,030			
Instruction(secondaire)	-,103	,616	,028	1	,868	,902	,270	3,020
Instruction(< 4 années)	,861	,576	2,234	1	,135	2,366	,765	7,317
Prive versus Autres			3,261	3	,353			
AMO	- 16,796	1830,6 50	,000	1	,993	,000	,000	.
RAMED	1,242	,785	2,505	1	,113	3,464	,744	16,138
Sans couverture	,820	,776	1,117	1	,291	2,272	,496	10,404
Etat de sante Perçu Bon			11,639	2	,003			
Etat de sante (Moyen)	2,243	,782	8,238	1	,004	9,424	2,037	43,602
Etat de sante (Mauvais)	1,270	,748	2,882	1	,090	3,561	,822	15,433
Constante	-7,011	1,155	36,831	1	,000	,001		

Test de Hosmer et Lemeshow 4,215 ;  $p = .755$  ; Classification 97,5%

**Tableau L2 : Rôle du type de Couverture dans l'USS au cours des 2 dernières années :  
Pharmacie**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
							Inférieur	Supérieur
<b>Fumeur (non/oui)</b>	1,021	,420	5,900	1	,015	2,775	1,218	6,324
<b>Prive versus Autres</b>			14,417	3	,002			
AMO	-,995	1,007	,976	1	,323	,370	,051	2,661
RAMED	1,521	,758	4,020	1	,045	4,575	1,035	20,233
Sans couverture	1,353	,744	3,303	1	,069	3,869	,899	16,643
<b>Etat de santé Perçu bon</b>			24,575	2	,000			
Etat de santé moyen	3,106	1,032	9,047	1	,003	22,321	2,950	168,879
Etat de santé mauvais	1,730	1,027	2,838	1	,092	5,638	,754	42,176
Constante	-7,277	1,286	32,017	1	,000	,001		

Test de Hosmer et Lemeshow 6,258 ;  $p = .618$  ; Classification 97,1%.

## Annexe M : Caractéristiques liées au parcours du diabétique et de l'hypertendu (N=7244)

### Tableau M1 : Prévalence du diabète selon le mode de couverture

		Diabète dans le ménage		Total
		Oui	Non	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	459	2113	2572
	% dans Couverture	17,8%	82,2%	100,0%
	% dans Diabète	29,9%	37,0%	35,5%
	% du total	6,3%	29,2%	35,5%
RAMED	Effectif	464	1709	2173
	% dans Couverture	21,4%	78,6%	100,0%
	% dans diabète	30,2%	29,9%	30,0%
	% du total	6,4%	23,6%	30,0%
AMO	Effectif	451	1415	1866
	% dans Couverture	24,2%	75,8%	100,0%
	% dans diabète	29,4%	24,8%	25,8%
	% du total	6,2%	19,5%	25,8%
PRIVE	Effectif	160	473	633
	% dans Couverture	25,3%	74,7%	100,0%
	% dans diabète	10,4%	8,3%	8,7%
	% du total	2,2%	6,5%	8,7%
Total	Effectif	1534	5710	7244
	% dans Couverture	21,2%	78,8%	100,0%
	% dans diabète	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	21,2%	78,8%	100,0%

Khi-carré de Pearson 33,520 ; p-value .000

### Tableau M2 : Séjour à l'hôpital selon le mode de couverture chez les sujets diabétiques

		Séjour ou pas à hôpital sujets diabétiques			Total
		Oui	Non	NSP	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	266	783	15	1064
	% dans Couverture	25,0%	73,6%	1,4%	100,0%
	% dans Séjour hôpital	29,3%	31,5%	39,5%	31,0%
	% du total	7,8%	22,8%	0,4%	31,0%
RAMED	Effectif	386	1052	19	1457
	% dans Couverture	26,5%	72,2%	1,3%	100,0%
	% dans Séjour hôpital	42,5%	42,4%	50,0%	42,5%
	% du total	11,3%	30,7%	0,6%	42,5%
AMO	Effectif	206	526	4	736
	% dans Couverture	28,0%	71,5%	0,5%	100,0%
	% dans Séjour hôpital	22,7%	21,2%	10,5%	21,5%
	% du total	6,0%	15,3%	0,1%	21,5%
PRIVE	Effectif	51	123	0	174
	% dans Couverture	29,3%	70,7%	0,0%	100,0%
	% dans Séjour hôpital	5,6%	5,0%	0,0%	5,1%
	% du total	1,5%	3,6%	0,0%	5,1%
Total	Effectif	909	2484	38	3431
	% dans Couverture	26,5%	72,4%	1,1%	100,0%
	% dans Séjour hôpital	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	26,5%	72,4%	1,1%	100,0%

Khi-carré de Pearson 7,80 ; p-value .250\*\*

**Tableau M3 : Séjour à la clinique selon le mode de couverture chez les sujets diabétiques**

		Séjour ou pas à la clinique			Total
		Oui	Non	NSP	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	178	191	0	369
	% dans Couverture	48,2%	51,8%	0,0%	100,0%
	% dans Séjour clinique	26,3%	24,3%	0,0%	25,2%
	% du total	12,1%	13,0%	0,0%	25,2%
RAMED	Effectif	148	178	0	326
	% dans Couverture	45,4%	54,6%	0,0%	100,0%
	% dans Séjour clinique	21,9%	22,6%	0,0%	22,2%
	% du total	10,1%	12,1%	0,0%	22,2%
AMO	Effectif	247	335	5	587
	% dans Couverture	42,1%	57,1%	0,9%	100,0%
	% dans Séjour clinique	36,5%	42,6%	100,0%	40,0%
	% du total	16,8%	22,8%	0,3%	40,0%
PRIVE	Effectif	103	82	0	185
	% dans Couverture	55,7%	44,3%	0,0%	100,0%
	% dans Séjour clinique	15,2%	10,4%	0,0%	12,6%
	% du total	7,0%	5,6%	0,0%	12,6%
Total	Effectif	676	786	5	1467
	% dans Couverture	46,1%	53,6%	0,3%	100,0%
	% dans Séjour clinique	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	46,1%	53,6%	0,3%	100,0%

Khi-carré de Pearson 12,222 ; p-value 0.006

**Tableau M4 : Utilisation de la couverture médicale lors du séjour en clinique chez les sujets diabétiques**

		Couverture médicale utilisée pour PS Clinique			Total
		RAMED	AMO	PRIVE	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	0	17	6	23
	% dans Couverture	0,0%	73,9%	26,1%	100,0%
	% dans Couverture médicale utilisée pour PS Clinique	0,0%	3,7%	4,6%	3,6%
	% du total	0,0%	2,7%	0,9%	3,6%
RAMED	Effectif	37	0	0	37
	% dans Couverture	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dans Couverture médicale utilisée pour PS Clinique	82,2%	0,0%	0,0%	5,8%
	% du total	5,8%	0,0%	0,0%	5,8%
AMO	Effectif	4	423	0	427
	% dans Couverture	0,9%	99,1%	0,0%	100,0%
	% dans Couverture médicale utilisée pour PS Clinique	8,9%	91,6%	0,0%	66,9%
	% du total	0,6%	66,3%	0,0%	66,9%
PRIVE	Effectif	4	22	125	151
	% dans Couverture	2,6%	14,6%	82,8%	100,0%
	% dans Couverture médicale utilisée pour PS Clinique	8,9%	4,8%	95,4%	23,7%
	% du total	0,6%	3,4%	19,6%	23,7%
Total	Effectif	45	462	131	638
	% dans Couverture	7,1%	72,4%	20,5%	100,0%
	% dans Couverture médicale utilisée pour PS Clinique	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	7,1%	72,4%	20,5%	100,0%

Khi-carré de Pearson 1000,639 ; p-value 0.0000



**Tableau M5 : Satisfaction vis-à-vis du DSU selon le mode de couverture chez les sujets diabétiques**

		Satisfaction vis-à-vis de tous les services utilisés pour dernier PS					Total
		Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Plutôt satisfait	Très satisfait	NSP	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	233	1574	562	139	54	2562
	% dans Couverture	9,1%	61,4%	21,9%	5,4%	2,1%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	31,8%	34,2%	40,7%	34,5%	50,0%	35,4%
	% du total	3,2%	21,8%	7,8%	1,9%	0,7%	35,4%
RAMED	Effectif	217	1270	496	156	34	2173
	% dans Couverture	10,0%	58,4%	22,8%	7,2%	1,6%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	29,6%	27,6%	35,9%	38,7%	31,5%	30,1%
	% du total	3,0%	17,6%	6,9%	2,2%	0,5%	30,1%
AMO	Effectif	214	1307	243	86	13	1863
	% dans Couverture	11,5%	70,2%	13,0%	4,6%	0,7%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	29,2%	28,4%	17,6%	21,3%	12,0%	25,8%
	% du total	3,0%	18,1%	3,4%	1,2%	0,2%	25,8%
PRIVE	Effectif	68	455	81	22	7	633
	% dans Couverture	10,7%	71,9%	12,8%	3,5%	1,1%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	9,3%	9,9%	5,9%	5,5%	6,5%	8,8%
	% du total	0,9%	6,3%	1,1%	0,3%	0,1%	8,8%
Total	Effectif	732	4606	1382	403	108	7231
	% dans Couverture	10,1%	63,7%	19,1%	5,6%	1,5%	100,0%
	% dans Satisfaction DSU	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	10,1%	63,7%	19,1%	5,6%	1,5%	100,0%

Khi-carré de Pearson 145,475 ; p-value 0.0000

**Tableau M6 : Satisfaction vis-à-vis du système de santé selon le mode de couverture chez les sujets diabétiques**

		Satisfaction SS Maroc		Total
		Plutôt ou très satisfait	Peu ou pas du tout satisfait	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	604	1968	2572
	% dans Couverture	23,5%	76,5%	100,0%
	% dans Satisf SS	27,8%	38,8%	35,5%
	% du total	8,3%	27,2%	35,5%
RAMED	Effectif	715	1458	2173
	% dans Couverture	32,9%	67,1%	100,0%
	% dans Satisf SS	32,9%	28,8%	30,0%
	% du total	9,9%	20,1%	30,0%
AMO	Effectif	602	1264	1866
	% dans Couverture	32,3%	67,7%	100,0%
	% dans Satisf SS	27,7%	24,9%	25,8%
	% du total	8,3%	17,4%	25,8%
PRIVE	Effectif	253	380	633
	% dans Couverture	40,0%	60,0%	100,0%
	% dans Satisf SS	11,6%	7,5%	8,7%
	% du total	3,5%	5,2%	8,7%
Total	Effectif	2174	5070	7244
	% dans Couverture	30,0%	70,0%	100,0%
	% dans Satisf SS	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	30,0%	70,0%	100,0%

Khi-carré de Pearson 95,209 ; p-value 0.0000

**Tableau M7 : Couverture selon les CSP chez les hypertendus**

		CSP				Total
		AB	C	D	E	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	4	84	465	27	580
	% dans Couverture	0,7%	14,5%	80,2%	4,7%	100,0%
	% dans CSP	36,4%	18,6%	35,2%	33,8%	31,1%
	% du total	0,2%	4,5%	24,9%	1,4%	31,1%
RAMED	Effectif	0	68	548	45	661
	% dans Couverture	0,0%	10,3%	82,9%	6,8%	100,0%
	% dans CSP	0,0%	15,0%	41,5%	56,3%	35,4%
	% du total	0,0%	3,6%	29,4%	2,4%	35,4%
AMO	Effectif	7	218	251	5	481
	% dans Couverture	1,5%	45,3%	52,2%	1,0%	100,0%
	% dans CSP	63,6%	48,2%	19,0%	6,3%	25,8%
	% du total	0,4%	11,7%	13,5%	0,3%	25,8%
PRIVE	Effectif	0	82	58	3	143
	% dans Couverture	0,0%	57,3%	40,6%	2,1%	100,0%
	% dans CSP	0,0%	18,1%	4,4%	3,8%	7,7%
	% du total	0,0%	4,4%	3,1%	0,2%	7,7%
Total	Effectif	11	452	1322	80	1865
	% dans Couverture	0,6%	24,2%	70,9%	4,3%	100,0%
	% dans CSP	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	0,6%	24,2%	70,9%	4,3%	100,0%

Khi-carré de Pearson 325,908 ; p-value .0000

**Tableau M8 : Instruction selon le type de couverture chez les hypertendus**

		Niveau Instruction				Total
		ANALPHABETE	PRIMAIRE	Collège	UNIVERSITE	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	135	117	132	8	392
	% dans Couverture	34,4%	29,8%	33,7%	2,0%	100,0%
	% dans Instruction	36,1%	32,9%	34,8%	9,8%	32,9%
	% du total	11,3%	9,8%	11,1%	0,7%	32,9%
RAMED	Effectif	187	158	69	0	414
	% dans Couverture	45,2%	38,2%	16,7%	0,0%	100,0%
	% dans Instruction	50,0%	44,4%	18,2%	0,0%	34,8%
	% du total	15,7%	13,3%	5,8%	0,0%	34,8%
AMO	Effectif	46	66	131	48	291
	% dans Couverture	15,8%	22,7%	45,0%	16,5%	100,0%
	% dans Instruction	12,3%	18,5%	34,6%	58,5%	24,4%
	% du total	3,9%	5,5%	11,0%	4,0%	24,4%
PRIVE	Effectif	6	15	47	26	94
	% dans Couverture	6,4%	16,0%	50,0%	27,7%	100,0%
	% dans Instruction	1,6%	4,2%	12,4%	31,7%	7,9%
	% du total	0,5%	1,3%	3,9%	2,2%	7,9%
Total	Effectif	374	356	379	82	1191
	% dans Couverture	31,4%	29,9%	31,8%	6,9%	100,0%
	% dans Instruction	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	31,4%	29,9%	31,8%	6,9%	100,0%

Khi-carré de Pearson 283,867 ; p-value .0000

**Tableau M9 : Prévalence de l'HTA selon le mode de couverture médicale**

		HTA dans le ménage		Total
		Oui	Non	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	580	1992	2572
	% dans Couverture	22,6%	77,4%	100,0%
	% dans HTA	31,1%	37,0%	35,5%
	% du total	8,0%	27,5%	35,5%
RAMED	Effectif	661	1512	2173
	% dans Couverture	30,4%	69,6%	100,0%
	% dans HTA	35,4%	28,1%	30,0%
	% du total	9,1%	20,9%	30,0%
AMO	Effectif	481	1385	1866
	% dans Couverture	25,8%	74,2%	100,0%
	% dans HTA	25,8%	25,7%	25,8%
	% du total	6,6%	19,1%	25,8%
PRIVE	Effectif	143	490	633
	% dans Couverture	22,6%	77,4%	100,0%
	% dans HTA	7,7%	9,1%	8,7%
	% du total	2,0%	6,8%	8,7%
Total	Effectif	1865	5379	7244
	% dans Couverture	25,7%	74,3%	100,0%
	% dans HTA	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	25,7%	74,3%	100,0%

Khi-carré de Pearson 41,854 ; p-value .000

**Tableau M10 : DSU selon le type de couverture chez les sujets hypertendus**

		Dernier service de soins utilisé par l'hypertendu						Total
		Centre de santé	Cabinet privé	Hôpital	Clinique	Méd trad	Aucun	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	258	238	51	12	8	13	580
	% dans Couverture	44,5%	41,0%	8,8%	2,1%	1,4%	2,2%	100,0%
	% dans DSU HTA	37,9%	29,8%	17,3%	25,5%	30,8%	68,4%	31,1%
	% du total	13,8%	12,8%	2,7%	0,6%	0,4%	0,7%	31,1%
RAMED	Effectif	295	195	158	7	0	6	661
	% dans Couverture	44,6%	29,5%	23,9%	1,1%	0,0%	0,9%	100,0%
	% dans DSU HTA	43,4%	24,4%	53,6%	14,9%	0,0%	31,6%	35,4%
	% du total	15,8%	10,5%	8,5%	0,4%	0,0%	0,3%	35,4%
AMO	Effectif	118	272	57	16	18	0	481
	% dans Couverture	24,5%	56,5%	11,9%	3,3%	3,7%	0,0%	100,0%
	% DSU HTA	17,4%	34,1%	19,3%	34,0%	69,2%	0,0%	25,8%
	% du total	6,3%	14,6%	3,1%	0,9%	1,0%	0,0%	25,8%
PRIVE	Effectif	9	93	29	12	0	0	143
	% dans Couverture	6,3%	65,0%	20,3%	8,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	% DSU HTA	1,3%	11,7%	9,8%	25,5%	0,0%	0,0%	7,7%
	% du total	0,5%	5,0%	1,6%	0,6%	0,0%	0,0%	7,7%
Total	Effectif	680	798	295	47	26	19	1865
	% dans Couverture	36,5%	42,8%	15,8%	2,5%	1,4%	1,0%	100,0%
	% DSU HTA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	36,5%	42,8%	15,8%	2,5%	1,4%	1,0%	100,0%

Khi-carré de Pearson 266,365 ; p-value .0000

**Tableau M11 :Raison du choix de l'offre selon le mode de couverture chez les sujets hypertendus**

		Raison lère du choix du DSU						Total
		Couv/Prix	Confiance	Conseil	Moyens TQ	Proximité	Demande	
PAS	Effectif	87	136	139	59	66	87	574
COUVERTURE	% dans Couverture	15,2%	23,7%	24,2%	10,3%	11,5%	15,2%	100,0%
	% dans Raison lère DSU	15,3%	41,3%	34,2%	30,6%	36,9%	47,8%	30,9%
	% du total	4,7%	7,3%	7,5%	3,2%	3,6%	4,7%	30,9%
RAMED	Effectif	287	80	110	65	76	43	661
	% dans Couverture	43,4%	12,1%	16,6%	9,8%	11,5%	6,5%	100,0%
	% dans Raison lère DSU	50,4%	24,3%	27,1%	33,7%	42,5%	23,6%	35,6%
	% du total	15,4%	4,3%	5,9%	3,5%	4,1%	2,3%	35,6%
AMO	Effectif	152	79	141	41	29	39	481
	% dans Couverture	31,6%	16,4%	29,3%	8,5%	6,0%	8,1%	100,0%
	% dans Raison lère DSU	26,7%	24,0%	34,7%	21,2%	16,2%	21,4%	25,9%
	% du total	8,2%	4,2%	7,6%	2,2%	1,6%	2,1%	25,9%
PRIVE	Effectif	44	34	16	28	8	13	143
	% dans Couverture	30,8%	23,8%	11,2%	19,6%	5,6%	9,1%	100,0%
	% dans Raison lère DSU	7,7%	10,3%	3,9%	14,5%	4,5%	7,1%	7,7%
	% du total	2,4%	1,8%	0,9%	1,5%	0,4%	0,7%	7,7%
Total	Effectif	570	329	406	193	179	182	1859
	% dans Couverture	30,7%	17,7%	21,8%	10,4%	9,6%	9,8%	100,0%
	% dans Raison lère DSU	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	30,7%	17,7%	21,8%	10,4%	9,6%	9,8%	100,0%

Khi-carré de Pearson 188,855 ; p-value .0000

**Tableau M12 : Niveau de satisfaction selon le mode de couverture chez les sujets hypertendus**

		Satisfaction vis-à-vis de tous les services utilisés pour dernier PS					Total
		Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Plutôt satisfait	Très satisfait	NSP	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	58	348	118	43	7	574
	% dans Couverture	10,1%	60,6%	20,6%	7,5%	1,2%	100,0%
	% dans Satisfaction dernier PS	24,8%	31,4%	30,9%	36,8%	41,2%	30,9%
	% du total	3,1%	18,7%	6,3%	2,3%	0,4%	30,9%
RAMED	Effectif	73	381	156	41	10	661
	% dans Couverture	11,0%	57,6%	23,6%	6,2%	1,5%	100,0%
	% dans Satisfaction dernier PS	31,2%	34,4%	40,8%	35,0%	58,8%	35,6%
	% du total	3,9%	20,5%	8,4%	2,2%	0,5%	35,6%
AMO	Effectif	83	293	75	30	0	481
	% dans Couverture	17,3%	60,9%	15,6%	6,2%	0,0%	100,0%
	% dans Satisfaction dernier PS	35,5%	26,4%	19,6%	25,6%	0,0%	25,9%
	% du total	4,5%	15,8%	4,0%	1,6%	0,0%	25,9%
PRIVE	Effectif	20	87	33	3	0	143
	% dans Couverture	14,0%	60,8%	23,1%	2,1%	0,0%	100,0%
	% dans Satisfaction dernier PS	8,5%	7,8%	8,6%	2,6%	0,0%	7,7%
	% du total	1,1%	4,7%	1,8%	0,2%	0,0%	7,7%
Total	Effectif	234	1109	382	117	17	1859
	% dans Couverture	12,6%	59,7%	20,5%	6,3%	0,9%	100,0%
	% dans Satisfaction dernier PS	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	12,6%	59,7%	20,5%	6,3%	0,9%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 36,703 ;p-value .000*

## Annexe N : Satisfaction (Individus)

**Tableau N1 : satisfaction vis-à-vis du système de santé selon le type d'habitat (N=7244)**

			HABITAT				Total
			Villa	Appart	Maison marocaine	Habitat Sommaire	
Satisf SS Maroc	Plutot ou tres satisfait	Effectif	112	254	1332	476	2174
		% dans Satisf SS Maroc	5,2%	11,7%	61,3%	21,9%	100,0%
		% dans HABITAT	56,6%	29,0%	30,0%	27,4%	30,0%
		% du total	1,5%	3,5%	18,4%	6,6%	30,0%
	Peu ou ps du tout satisfait	Effectif	86	621	3102	1261	5070
		% dans Satisf SS Maroc	1,7%	12,2%	61,2%	24,9%	100,0%
		% dans HABITAT	43,4%	71,0%	70,0%	72,6%	70,0%
		% du total	1,2%	8,6%	42,8%	17,4%	70,0%
	Total		Effectif	198	875	4434	1737
% dans Satisf SS Maroc			2,7%	12,1%	61,2%	24,0%	100,0%
% dans HABITAT			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% du total			2,7%	12,1%	61,2%	24,0%	100,0%

Khi-carré de Pearson 72,498 p-value 0.000

**Tableau N2 : satisfaction vis-à-vis du SS selon le type de couverture (N=7244)**

			Couverture Médicale				Total
			Privé	AMO	RAME D	Sans couverture	
Satisf SS Maroc	Plutot ou tres satisfait	Effectif	253	602	715	604	2174
		% dans Satisf SS Maroc	11,6%	27,7%	32,9%	27,8%	100,0%
		% dans Prive versus Autres	40,0%	32,3%	32,9%	23,5%	30,0%
		% du total	3,5%	8,3%	9,9%	8,3%	30,0%
	Peu ou ps du tout satisfait	Effectif	380	1264	1458	1968	5070
		% dans Satisf SS Maroc	7,5%	24,9%	28,8%	38,8%	100,0%
		% dans Prive versus Autres	60,0%	67,7%	67,1%	76,5%	70,0%
		% du total	5,2%	17,4%	20,1%	27,2%	70,0%
	Total		Effectif	633	1866	2173	2572
% dans Satisf SS Maroc			8,7%	25,8%	30,0%	35,5%	100,0%
% dans Prive versus Autres			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% du total			8,7%	25,8%	30,0%	35,5%	100,0%

Khi-carré de Pearson 95,209 ; p-value 0.000

**Tableau N3 : satisfaction vis-à-vis du SS selon le milieu (N=7244)**

			U versus R		Total
			Milieu Urbain	Milieu Rural	
Satisf SS Maroc	Plutôt ou très satisfait	Effectif	1698	476	2174
		% dans Satisf SS Maroc	78,1%	21,9%	100,0%
		% dans U versus R	30,8%	27,4%	30,0%
		% du total	23,4%	6,6%	30,0%
	Peu ou pas du tout satisfait	Effectif	3809	1261	5070
		% dans Satisf SS Maroc	75,1%	24,9%	100,0%
		% dans U versus R	69,2%	72,6%	70,0%
		% du total	52,6%	17,4%	70,0%
	Total	Effectif	5507	1737	7244
% dans Satisf SS Maroc		76,0%	24,0%	100,0%	
% dans U versus R		100,0%	100,0%	100,0%	
% du total		76,0%	24,0%	100,0%	

Khi-carré de Pearson 7,39 ;  $p$ -value = 0.007

**Tableau N4 satisfaction vis-à-vis du système de santé selon l'offre de soins (N=7244)**

			Catégorie d'offre de soins				Total
			CS	Hôpital	Cabinet Médical	Clinique	
Satisf SS Maroc	Plutôt satisfait ou très satisfait	Effectif	967	255	852	62	2136
		% dans Satisf SS Maroc	45,3%	11,9%	39,9%	2,9%	100,0%
		% dans Catégorie SS	35,3%	27,7%	26,2%	36,7%	30,2%
		% du total	13,7%	3,6%	12,0%	0,9%	30,2%
	Peu ou pas du tout satisfait	Effectif	1770	665	2395	107	4937
		% dans Satisf SS Maroc	35,9%	13,5%	48,5%	2,2%	100,0%
		% dans Catégorie SS	64,7%	72,3%	73,8%	63,3%	69,8%
		% du total	25,0%	9,4%	33,9%	1,5%	69,8%
	Total	Effectif	2737	920	3247	169	7073
% dans Satisf SS Maroc		38,7%	13,0%	45,9%	2,4%	100,0%	
% dans Catégorie SS		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% du total		38,7%	13,0%	45,9%	2,4%	100,0%	

Khi-Carré de Pearson 64,40 ;  $p$ -value= 0.000

**Tableau N5 : Résultat Hospitalisation selon le mode de couverture (Individus)**

		RSLT HOPITAL (ResH)		Total
		Guérison totale	Pas Am. ou Aggravation	
PAS DE COUVERTURE	Effectif	418	646	1064
	% dans Couverture	39,3%	60,7%	100,0%
	% dans ResH	34,7%	29,0%	31,0%
	% du total	12,2%	18,8%	31,0%
RAMED	Effectif	456	1001	1457
	% dans Couverture	31,3%	68,7%	100,0%
	% dans ResH	37,8%	45,0%	42,5%
	% du total	13,3%	29,2%	42,5%
AMO	Effectif	274	462	736
	% dans Couverture	37,2%	62,8%	100,0%
	% dans ResH	22,7%	20,8%	21,5%
	% du total	8,0%	13,5%	21,5%
PRIVE	Effectif	57	117	174
	% dans Couverture	32,8%	67,2%	100,0%
	% dans ResH	4,7%	5,3%	5,1%
	% du total	1,7%	3,4%	5,1%
Total	Effectif	1205	2226	3431
	% dans Couverture	35,1%	64,9%	100,0%
	% dans ResH	100,0%	100,0%	100,0%
	% du total	35,1%	64,9%	100,0%

*Khi-carré de Pearson 19,309 ;p-value .000*



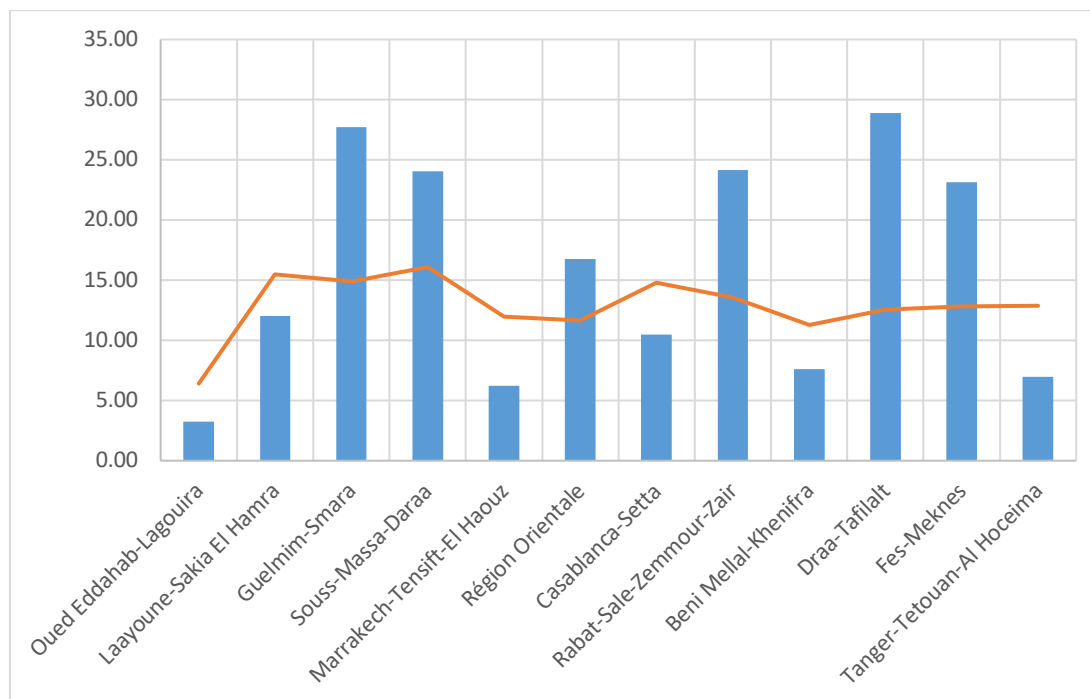
**Annexes O : Dépenses moyennes (DepMoy) lors du parcours de soins**  
**Tableau O1 : Dépenses Moyennes à l'hôpital selon la couverture (N=1812)**

						IC 95%	
Type dépenses	Couverture	N	Moyenne	Ecart Type	Erreur Sd	Borne Inf	Borne Sup
Dépenses liées aux consultations hôpital avant hosp hôpital	PAS DE COUV	210	78,28	170,87	11,79	55,03	101,52
	RAMED	298	48,05	188,52	10,92	26,56	69,55
	AMO	155	90,93	187,94	15,1	61,11	120,75
	PRIVE	33	47,58	109,12	18,99	8,88	86,27
	Total	696	66,7	180,78	6,85	53,24	80,15
<b>ANOVA F = 2.410 ; p-value 0.660</b>							
Dépenses liées à aux consultations en cabinet privé avant hosp hôpital	PAS DE COUV	213	116,67	211,75	14,51	88,07	145,27
	RAMED	297	104,81	343,96	19,96	65,53	144,09
	AMO	155	146,94	191,63	15,39	116,53	177,34
	PRIVE	34	89,71	166,87	28,62	31,48	147,93
	Total	699	117,03	271,12	10,25	96,89	137,16
<b>ANOVA F = 0.945 ; p-value 0.418</b>							
Dépenses liées à hosp (séjour hôpital)	PAS DE COUV	216	410,59	1350,17	91,87	229,52	591,67
	RAMED	299	338,52	2394,09	138,45	66,05	610,99
	AMO	155	1032,15	3757,48	301,81	435,93	1628,37
	PRIVE	34	608,53	2572,96	441,26	-289,22	1506,28
	Total	704	526,39	2542,95	95,84	338,22	714,56
<b>ANOVA F = 2.770 ; p-value 0.041</b>							
Dépenses liées aux analyses de laboratoire	PAS DE COUV	211	1112,75	13781,1	948,73	-757,51	2983
	RAMED	296	176,98	418,61	24,33	129,09	224,86
	AMO	155	301,94	638,55	51,29	200,62	403,26
	PRIVE	34	160,29	241,45	41,41	76,05	244,54
	Total	696	487,68	7597,74	287,99	-77,76	1053,12
<b>ANOVA F = 0.692 ; p-value 0.557</b>							
Dépenses liées aux examens radiologiques	PAS DE COUV	209	124,83	321,37	22,23	81,01	168,66
	RAMED	297	176,33	693,58	40,25	97,13	255,53
	AMO	156	253,85	769,45	61,61	132,16	375,55
	PRIVE	33	139,09	291,85	50,8	35,6	242,58
	Total	695	176,48	611,96	23,21	130,9	222,05
<b>ANOVA F = 1.371 ; p-value 0.251</b>							
Dépenses liées aux médicaments	PAS DE COUV	209	108,71	228,07	15,78	77,61	139,81
	RAMED	295	279,98	1459,45	84,97	112,75	447,21
	AMO	153	208,9	510,87	41,3	127,3	290,49
	PRIVE	33	151,52	293,81	51,15	47,33	255,7
	Total	690	206,19	995,75	37,91	131,77	280,62
<b>ANOVA F = 1.242 ; p-value 0.293</b>							

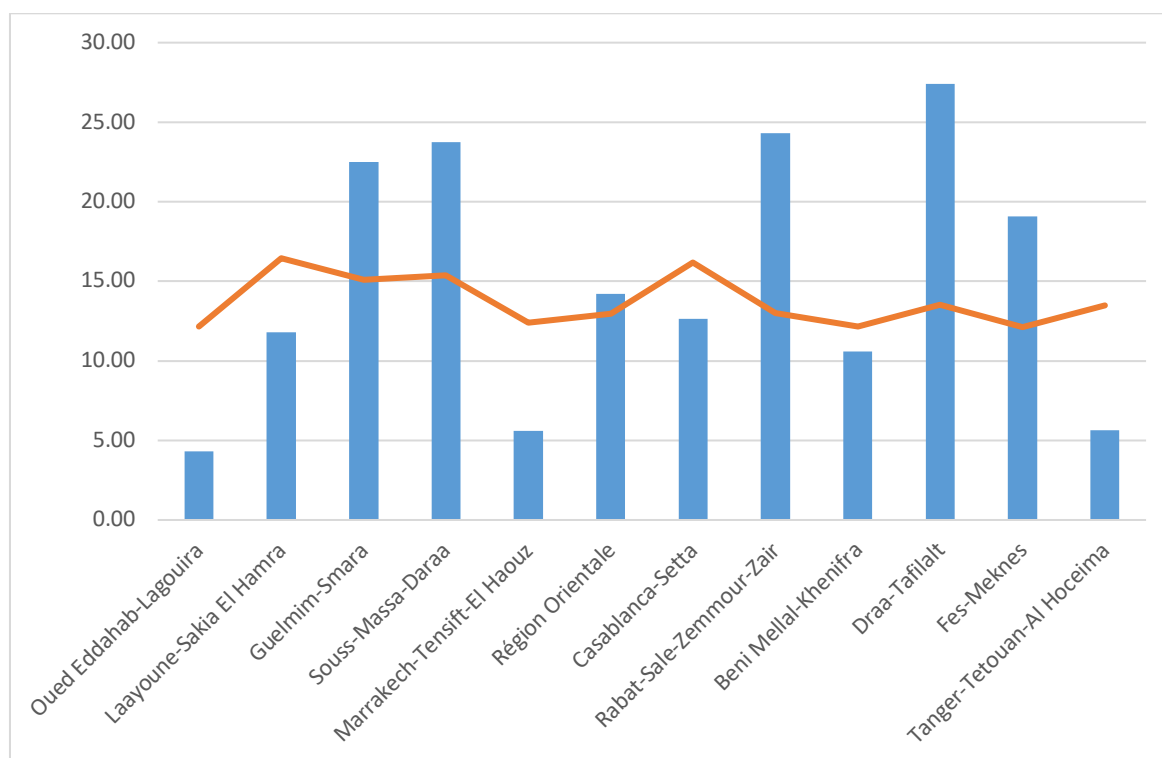
Dépenses liées aux consommables et équipements	PAS DE COUV	207	30,82	179,08	12,45	6,28	55,36
	RAMED	296	42,09	353,31	20,54	1,68	82,51
	AMO	156	30,97	215,67	17,27	-3,14	65,08
	PRIVE	33	44,55	235,01	40,91	-38,79	127,88
	Total	692	36,33	275,46	10,47	15,77	56,89
<b>ANOVA <math>F = 0.101</math> ; <math>p</math>-value <math>0.960</math></b>							
Dépenses liées à la nourriture pendant hospitalisation	PAS DE COUV	207	26,23	124,91	8,68	9,12	43,35
	RAMED	295	47,73	202,23	11,77	24,56	70,9
	AMO	153	41,92	116,75	9,44	23,27	60,56
	PRIVE	33	65,15	200,97	34,98	-6,11	136,41
	Total	688	40,8	164,9	6,29	28,46	53,15
<b>ANOVA <math>F = 0.954</math> ; <math>p</math>-value <math>0.414</math></b>							
Dépenses pour rentrer à la maison	PAS DE COUV	214	36,51	56,39	3,85	28,92	44,11
	RAMED	297	41,87	95,66	5,55	30,94	52,79
	AMO	156	32,46	50,89	4,07	24,41	40,51
	PRIVE	34	36,09	58,95	10,11	15,52	56,66
	Total	701	37,86	74,75	2,82	32,32	43,4
<b>ANOVA <math>F = 0.584</math> ; <math>p</math>-value <math>0.626</math></b>							

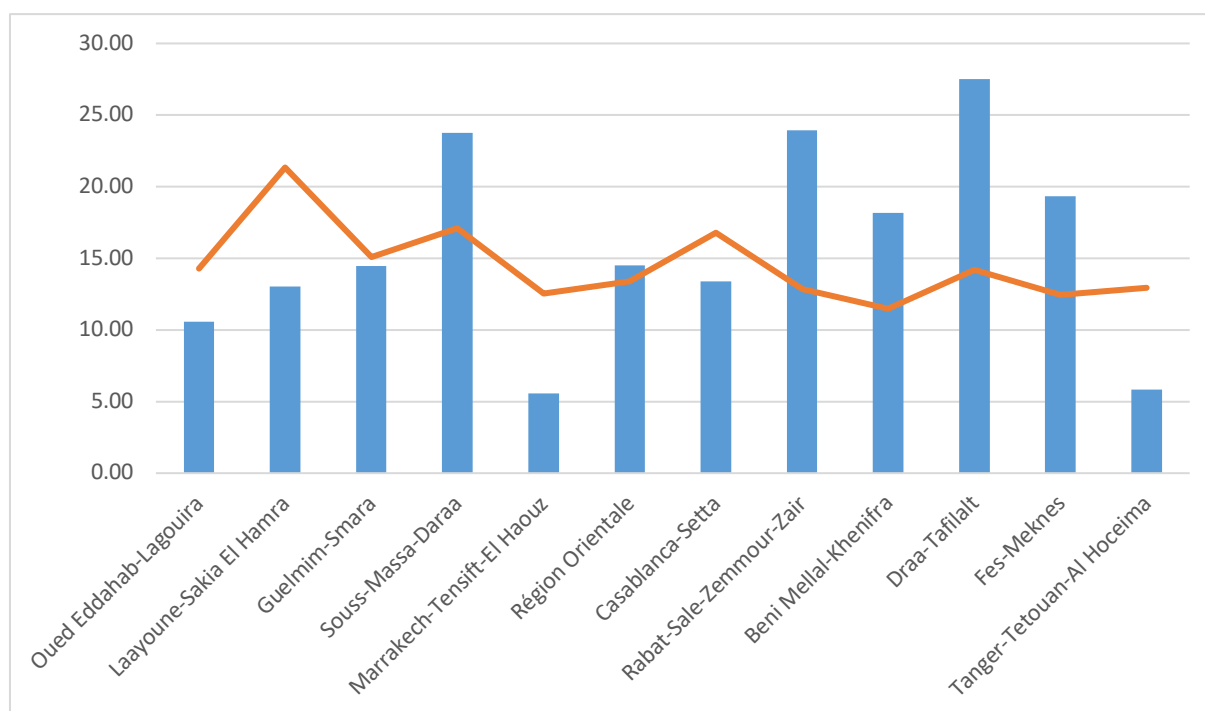
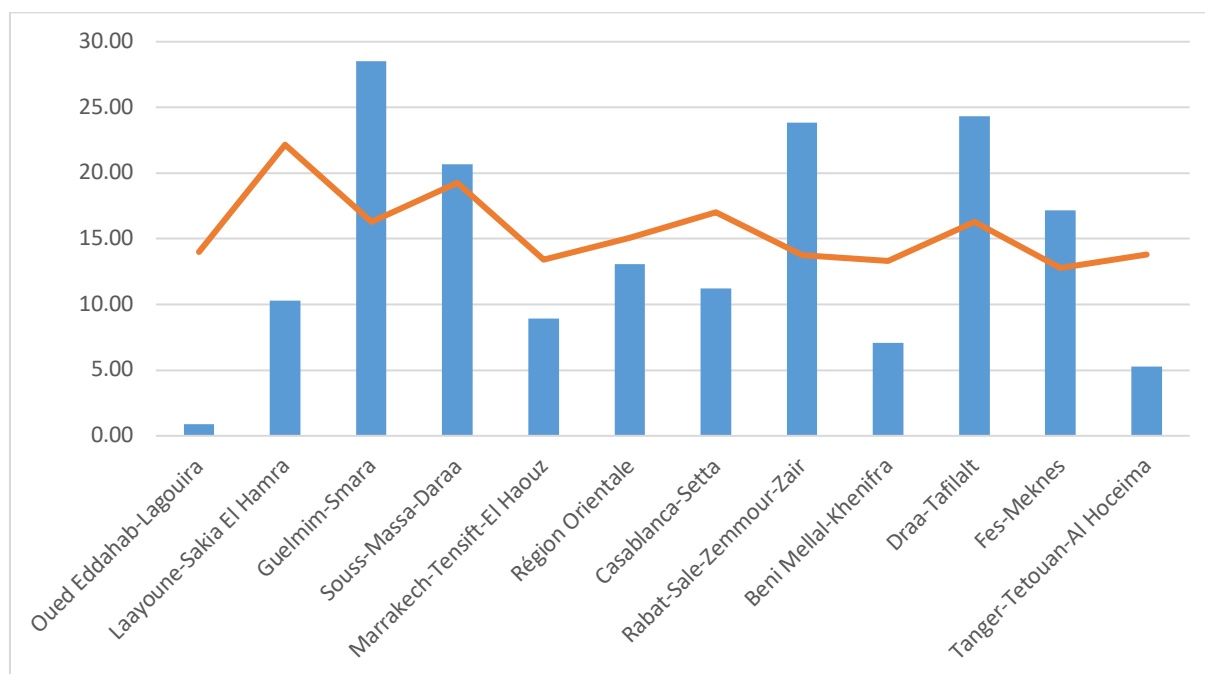
## Annexe P: Indicateurs de production des hôpitaux depuis la mise en œuvre du RAMED

### Graphique P1 : Prévalence des accouchements dystociques et césariennes-2012



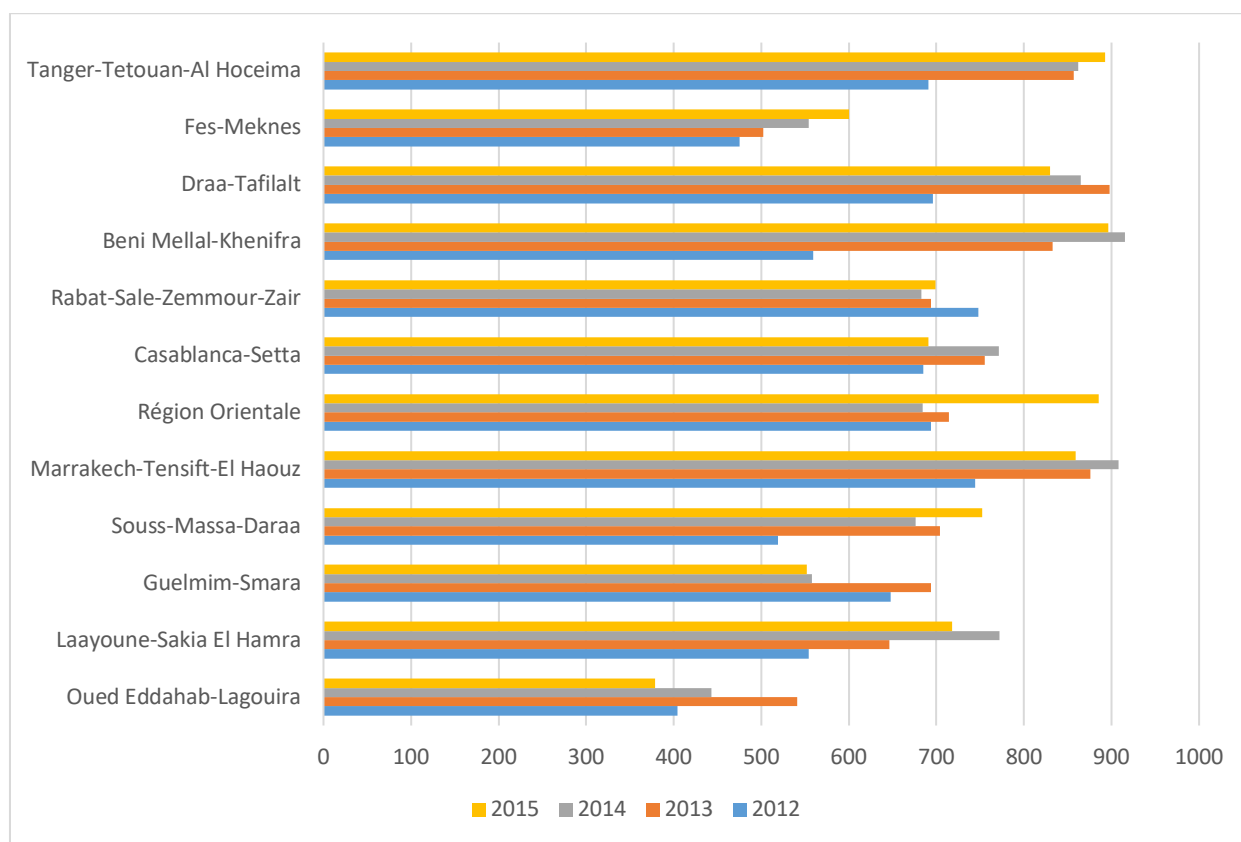
### Graphique P2 : Prévalence des accouchements dystociques et césariennes-2013



**Graphique P3 : Prévalence des accouchements dystociques et césariennes-2014****Graphique P4 : Prévalence des accouchements dystociques et césariennes-2015**

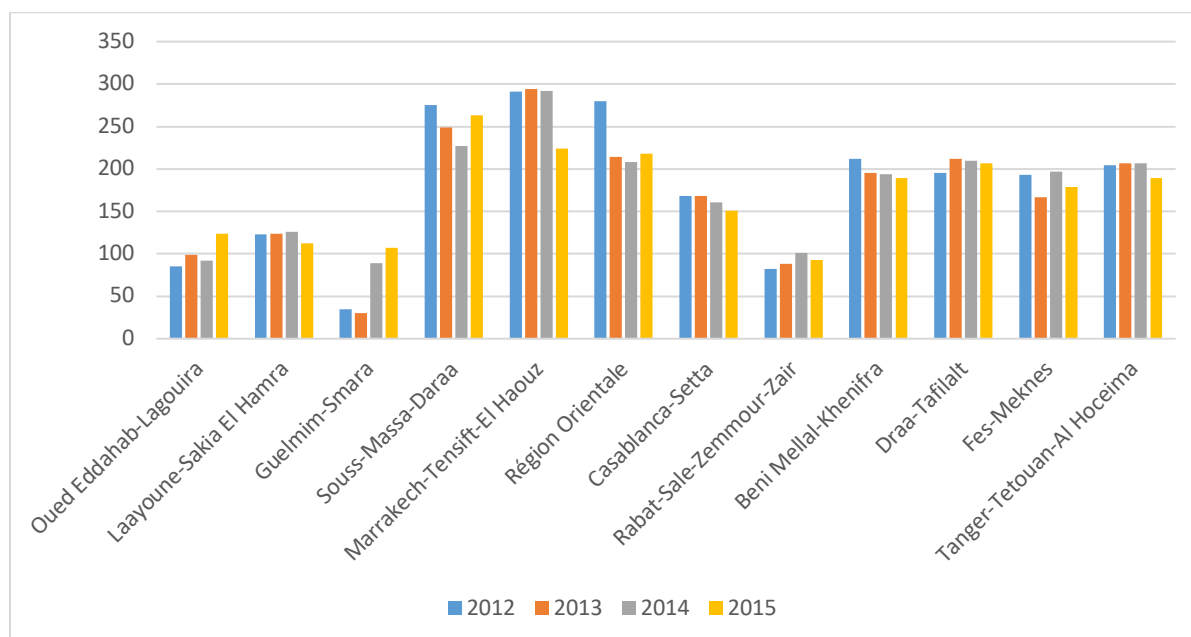
Accouchement dystociques — Césarienne —

**Graphique P5 : Consultations médicales/médecin**

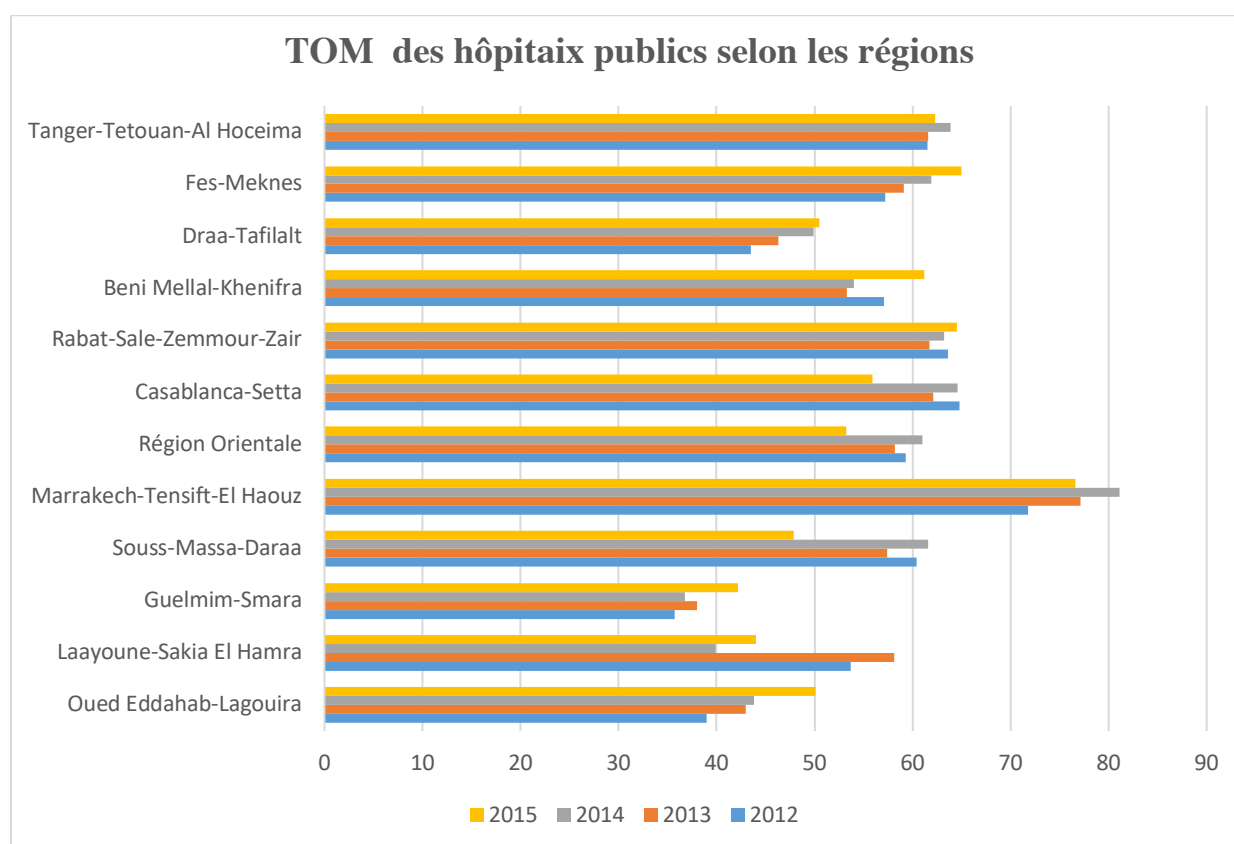


Source : Données Hôpitaux Publics

**Graphique P6 : Consultations actes chirurgie/chirurgien**



Source : Données Hôpitaux Publics

**Graphique P7 : TOM des hôpitaux publics entre 2012 et 2015**

Source : Données Hôpitaux Publics

**Tableau P8 : Évolution des consultations de cancéreux au niveau du CHU de Fès selon le mode de couverture**

Années	2015	2016	2017
<b>Type de couverture</b>	<b>Nombre de consultants</b>	<b>Nombre de consultants</b>	<b>Nombre de consultants</b>
RAMed	2 513 (85,10 %)	2 811 (85,41 %)	2 923 (84,19 %)
CNOPS	241 (8,16 %)	263 (8,00 %)	310 (8,93 %)
CNSS	186 (6,30 %)	205 (6,23 %)	228 (6,56 %)
Payants	13 (0,44 %)	12 (0,36 %)	11 (0,32 %)
Total	2 953 (100 %)	3 291 (100 %)	3 472 (100 %)

Source : Ministère de la santé-2018

## Annexe Q : Plan Santé 2025 MAROC

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé



المملكة المغربية  
+٠٧١١٨٤+ | ١١٤٧٠٤٠  
وزارة الصحة  
+٠٤٠٧١٠٠+ | +٨٠٤٠٤

# PLAN « SANTÉ 2025 »

3 Piliers / 25 Axes / 125 Actions



## 1. Introduction / Principales réalisations

L'état de santé de la population marocaine a connu une importante évolution au cours des dernières années. L'amélioration des conditions de vie et d'accès aux soins a contribué à l'amélioration de nombre d'indicateurs démographiques et épidémiologiques : maîtrise de l'accroissement démographique, plus grande longévité, baisse de la charge des maladies transmissibles et augmentation de la charge des maladies chroniques et des traumatismes.

C'est ainsi que l'espérance de vie à la naissance est passée de 71,1 années en 2004 à 75,8 années en 2015. Le ratio de la mortalité maternelle a enregistré une réduction de 35 % entre 2010 et 2016, passant de 112 à 72,6 pour 100 000 naissances vivantes (NV). La même tendance à la baisse a été constatée pour la mortalité infanto-juvénile : 30,5 pour 1 000 NV en 2011 contre 47 pour 1 000 NV en 2004. La maîtrise des maladies transmissibles s'est poursuivie durant ces dernières années.

Ainsi, le Maroc est parvenu à inverser l'incidence de l'infection par le VIH. Il est aussi le 2<sup>e</sup> pays de la région EMRO/OMS à éradiquer le trachome. Et globalement, la charge de morbidité des affections transmissibles et périnatales est passée de 33 % à 18 %. Mais c'est certainement en matière d'accès aux soins que les acquis ont été les plus importants, quoique peu appréciés par les citoyens, comme en témoigne la prise en charge des affections de longue durée (ALD).

En effet, entre 2011 et 2016, le nombre de diabétiques traités dans les structures du MS a augmenté de 40 % entre 2011 et 2016 (650 000 cas en 2016 contre 460 000 cas en 2011), le nombre d'hypertendus suivis a été multiplié par 3 (750 000 en 2016 contre 264 800 en 2011), et le nombre d'IRCT pris en charge par le MS en hémodialyse a augmenté de plus de 50 % des hémodialisés (9 300 en 2016 contre 6 000 en 2011). En plus des importantes réalisations en matière de prise en charge du cancer, en partenariat avec la « Fondation Lalla Salma, prévention et traitement des cancers » et des avancées dans le domaine de la greffe d'organes et de transplantation, dont une greffe cardiaque comme première nationale chez l'enfant, 13 hépatiques également premières nationales, cochléaires (63), moelle osseuse et cellules souches (250), cornée (1 425), rénales (165), transplantation à partir de donneurs en état de mort encéphalique (90)... Ces acquis ont été possibles notamment grâce à l'amélioration de l'accès



à l'hôpital public avec l'amélioration de la fréquentation hospitalière de 80 % (10,77 millions en 2016 contre 6 millions en 2008), l'augmentation des hospitalisations de 61 % et des consultations spécialisées de 78 %, avec une nette progression de la capacité litière hospitalière grâce à 2 440 lits supplémentaires suite à la mise en service de 14 nouveaux hôpitaux publics (1 880 lits) et un nouveau CHU à Oujda (560 lits).

Cette amélioration de l'accès a été également favorisée par le renforcement de l'accès aux médicaments et dispositifs médicaux, avec la baisse des prix de plus de 3 600 spécialités et dispositifs médicaux et l'amélioration du taux de pénétration du générique (39 % actuellement contre 30 % en 2012) et l'amélioration de la protection financière par la baisse des dépenses directes des ménages Ramedistes (38 %) et la baisse des dépenses globales des ménages en santé (6 %).

## 2. Principaux défis

Malgré ces réalisations, certaines contraintes freinent toujours le développement du secteur. Certes, l'accès aux soins et services s'est sensiblement amélioré, mais il persiste des problèmes d'accès, attestés par le faible taux d'utilisation de la consultation curative (0,6 contact par habitant et par an, contre 2,7 en Tunisie et 6,4 en France...), par le faible taux de surveillance de la grossesse / accouchement : 75 % et le faible taux d'encadrement médical en milieu rural. Les dépenses directes des ménages, estimées à 50,7 % de la dépense globale en soins, constitue un obstacle supplémentaire à l'accès aux services de santé et à leur utilisation.

Mais la pénurie marquée des ressources humaines demeure le principal défi auquel fait face le système de santé. La densité des professionnels de santé, actuellement de 1,51 agents de santé pour 1 000 habitants, aggravée par une distribution inégale entre régions et milieux, est source de disparités. Selon l'OMS, elle devrait être portée à 4,45 pour 1 000 à l'horizon 2021 pour espérer parvenir à la couverture sanitaire universelle et renforcer ainsi la résilience du système national de santé.

Par ailleurs, la qualité des services est également une problématique majeure qui non seulement entrave l'accès aux soins mais complique en plus la relation avec la population, dont les attentes sont vives, pressantes et en constante hausse.

Aussi, la liberté de déplacement des biens et des personnes, l'urbanisation et les changements environnementaux génèrent de nouveaux défis, représentés, entre autres, par les menaces sanitaires nouvelles et/ou ré-émergentes.

### **3. Cadre de référence du Plan « Santé 2025 »**

Dans la conception du Plan « Santé 2025 », une démarche participative a été adoptée en se basant sur trois niveaux de référence :

- les Hautes Orientations Royales,
- les tendances sanitaires mondiales actuelles,
- les engagements « santé » dans le Programme gouvernemental 2016-2021.

#### **3.1. Les Hautes Orientations Royales**

La 2<sup>e</sup> Conférence nationale sur la santé (juillet 2013) a été marquée par le Message Royal qui a notamment insisté sur le rang privilégié de la santé de la population dans la hiérarchie des priorités nationales.

- Le Discours Royal du 30 juillet 2015 a donné des instructions au Gouvernement pour concevoir un plan d'action intégré, fondé sur l'harmonisation des interventions des départements ministériels, ayant pour finalité la réduction du déficit dans les domaines de l'enseignement, de la santé, des routes, etc.
- Au titre de ce programme baptisé « Programme de réduction des disparités territoriales et sociales », 1 341 projets « santé » (soit 19 % de l'ensemble) ont été retenus, dont la création de 616 établissements de soins de santé primaires.
- Le Discours Royal à l'occasion de l'ouverture de la XX<sup>e</sup> législature, a largement évoqué la relation de l'Administration avec le citoyen et a insisté sur le fait que tous les services ont pour finalité de rendre les prestations de base plus proches des citoyens.
- A cet effet, Sa Majesté a appelé à des réformes permettant de rehausser le travail des services administratifs et d'améliorer la qualité des prestations offertes aux citoyens. Il va de soi que les prestations de santé constituent un des domaines qui doivent être ciblés par ces réformes.

### 3.2. Les tendances sanitaires mondiales actuelles

Pour la période 2014-2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a précisé ses priorités dans plusieurs domaines d'action, notamment la progression vers la couverture sanitaire universelle (CSU), le défi des maladies non-transmissibles (MNT), surtout la santé mentale, l'application des dispositions du Règlement sanitaire international (RSI 2005), l'amélioration de l'accès à des produits médicaux de qualité, efficaces, sans risque et abordables, et l'action sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Mais le contexte international est surtout marqué par la souscription de la communauté internationale, en septembre 2015, à l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030, particulièrement l'**ODD 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge »** qui comporte **13 cibles**.

### 3.3. Les engagements « Santé » dans le Programme gouvernemental 2016-2021

Le Programme gouvernemental 2016-2021 considère le développement humain comme élément primordial de son action. Ainsi, l'axe n° 4, « Renforcement du développement humain et de la cohésion sociale et territoriale », vise, entre autres, « l'amélioration et la généralisation des services de santé » à travers les quatre mesures suivantes : a- la généralisation de la couverture sanitaire, b- le renforcement de l'accès aux soins et services de santé, c- la consécration de la santé maternelle et infantile comme priorité nationale stratégique, et d- le renforcement des ressources humaines en santé.

## 4. Piliers, axes et actions du « Plan Santé 2025 »

Compte tenu de ce qui précède, le Plan « Santé 2025 » se base sur **trois piliers** déclinés en 25 axes intégrés, articulés autour de 125 actions. Ces piliers sont :

#### Axe 1 :

**Organiser et développer l'offre de soins en vue d'améliorer l'accès aux services de santé**

**Renforcer les programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies**

**Améliorer la gouvernance et optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources**

**Organiser l'offre de soins nationale**

## **Pilier 1 : Organiser et développer l'offre de soins en vue d'améliorer l'accès aux services de santé**

1. Mettre en œuvre les dispositions de la carte sanitaire.
2. Poursuivre la validation et la mise en œuvre des SROS dans un cadre contractuel.
3. Créer des synergies entre le secteur public et le secteur privé, notamment à but non lucratif, pour une couverture efficiente des besoins de santé.

### **Axe 2 : Développer le réseau hospitalier public**

4. Augmenter la capacité litière nationale globale moyennant la construction et la mise en service de nouveaux hôpitaux publics, avec réaménagement des structures hospitalières existantes.
5. Optimiser l'utilisation de la capacité litière existante en encourageant les modes d'hospitalisation non conventionnelle (hôpital de jour, hôpital de semaine, hospitalisation à domicile...).
6. Renforcer le plateau technique hospitalier et le mettre à niveau par les technologies biomédicales récentes (veille technologique).
7. Assoir et mettre en œuvre une politique nationale de maintenance du patrimoine hospitalier actif et inactif.

### **Axe 3 : Renforcer le réseau des ESSP, le REMS, et développer la Santé mobile, notamment en milieu rural**

8. Ouvrir les structures fermées du réseau des ESSP répondant aux exigences de la carte sanitaire.
9. Mettre à niveau les structures du réseau des ESSP dans le cadre du partenariat des DRS avec les Conseils des collectivités territoriales.
10. Développer la Santé mobile, notamment la couverture des circonscriptions enclavées par les hôpitaux mobiles et les unités médicales spécialisées selon un programme annuel.
11. Poursuivre l'extension du réseau des établissements médico-sociaux (REMS).
12. Renforcer le parc ambulancier des circonscriptions sanitaires rurales et doter les circonscriptions sanitaires rurales en unités mobiles.

#### **Axe 4 : Renforcer l'accès au réseau hospitalier et au réseau des ESSP**

13. Développer les soins tertiaires et la médecine hospitalo-universitaire.
14. Améliorer la fréquentation hospitalière, à travers l'amélioration de l'accueil et l'humanisation des services.
15. Promouvoir la prise des RDV à distance dans les établissements de soins.
16. Œuvrer au respect des filières de soins par une meilleure articulation entre les structures qui réfèrent les patients et celles qui les reçoivent (référence / contre- référence).

#### **Axe 5 : Développer la médecine de proximité et la médecine de famille**

17. Réhabiliter la médecine générale, en la plaçant au cœur des programmes de santé.
18. Augmenter le taux de couverture par la consultation du médecin généraliste.
19. Adopter le régime de «Médecine de famille-Santé de famille et de la communauté».
20. Multiplier les caravanes sanitaires et les campagnes médico-chirurgicales en partenariat avec la société civile.
21. Développer des actions de médecine solidaire au profit des populations et des territoires nécessiteux, en partenariat avec les facultés de médecine, les CHU et le secteur privé à but non-lucratif.
22. Promouvoir la télé-médecine.

#### **Axe 6 : Appuyer le Plan national des urgences médicales**

23. Poursuivre le développement des SAMU / SMUR / HéliSMUR et promouvoir le SAMU social en collaboration avec les départements concernés,
24. Etudier le déploiement d'avions sanitaires pour les transferts d'urgence.
25. Développer le transport sanitaire spécifique aux Urgences pédiatriques et aux Urgences psychiatriques.
26. Mettre à niveau les services des urgences et les services de réanimation,
27. Créer des unités régionales de prise en charge des grands brûlés au niveau des CHR.

#### **Axe 7 : Améliorer l'accès au médicament et aux produits de santé**

28. Mettre en œuvre les dispositions de la Politique pharmaceutique nationale.
29. Réadapter le cycle d'approvisionnement et de distribution des produits de santé.
30. Optimiser la gestion et l'utilisation des produits de santé.

- 31. Poursuivre la politique de baisse des prix des médicaments et dispositifs médicaux.
- 32. Améliorer le taux de pénétration du générique.

### **Axe 8 : Améliorer l'accès aux produits sanguins sécurisés**

- 33. Promouvoir le don et la collecte de sang.
- 34. Améliorer l'efficacité, la qualité et la sécurité des prestations du CNTSH et des Centres de transfusion sanguine.

### **Axe 9 : Consolider les programmes de la « Santé de la mère et de l'enfant »**

- 35. Mise en œuvre de la politique nationale de la santé de l'enfant.
- 36. Renforcer le programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement (PSGA)
- 37. Créer des pôles d'excellence régionaux multidisciplinaires dédiés à la santé de la mère et de l'enfant et mettre à niveau les structures d'accouchement surveillé, notamment en milieu rural.
- 38. Redynamiser le système national de suivi et d'évaluation de la santé de la mère et de l'enfant.
- 39. Consolider le Programme national d'immunisation (PNI) et y introduire le vaccin anti-HPV destiné aux filles de 9 à 13 ans.
- 40. Généraliser le dépistage précoce à la naissance et prendre en charge certaines maladies chez les nouveau-nés.

### **Axe 10 : Renforcer la promotion de la santé des populations à besoins spécifiques**

- 41. Accélérer la mise en œuvre du Plan national « Santé et Handicap ».
- 42. Renforcer l'offre de soins pour la population carcérale.
- 43. Renforcer la mise en œuvre du Programme national de la santé des femmes et des enfants victimes de violence.
- 44. Lancer et mettre en œuvre la Stratégie nationale de la santé des personnes âgées.
- 45. Lancer et mettre en œuvre la Stratégie nationale de la santé des migrants.
- 46. Renforcer le programme de la santé scolaire, universitaire et de la santé des jeunes et des adolescents.

### **Axe 11 : Renforcer les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles**

47. Renforcer le plan national de prévention et de contrôle du cancer, notamment par la promotion des soins palliatifs (centres régionaux).
48. Renforcer le programme de lutte contre le diabète.
49. Renforcer le programme de santé bucco-dentaire.
50. Développer et lancer le programme de conseils aux voyageurs, avec la promotion de la « Médecine du voyage » (*Travel Healthcare*).

## **Pilier 2 : Renforcer les programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies**

### **Axe 12 : Mettre à jour le Plan national de santé mentale et psychiatrique**

51. Mettre à niveau les hôpitaux et les services de psychiatrie intégrés existants.
52. Poursuivre la création de services intégrés de psychiatrie au niveau des CHR et des CHP.
53. Œuvrer pour la réinsertion sociale des malades dans le cadre de « Karama 2 ».
54. Poursuivre l'implantation des centres d'addictologie au niveau des régions sanitaires.

### **Axe 13 : Lancer de nouveaux programmes et stratégies sanitaires**

55. Lancer et mettre en œuvre le Plan « Maroc sans hépatite virale C ».
56. Lancer et mettre en œuvre le « Programme de prévention et de contrôle des maladies cardiovasculaires ».
57. Lancer et mettre en œuvre la « Stratégie de lutte contre la surdité chez l'enfant ».
58. Lancer et mettre en œuvre la « Stratégie de lutte contre l'obésité de l'enfant ».
59. Lancer le « Plan national de procréation médicalement assistée PMA ».
60. Lancer et mettre en œuvre un « Programme national de lutte contre l'IRCT ».
61. Lancer un « Plan national de promotion du don et de greffe d'organes et de tissus humains ».
62. Lancer un « Programme national des maladies rares et orphelines ».

#### **Axe 14 : Renforcer les programmes de lutte contre les maladies transmissibles**

- 63. Accélérer la riposte contre l'infection par le VIH, notamment par l'élimination de la transmission mère-enfant en vue d'atteindre les ODD.
- 64. Accélérer la riposte contre l'infection par la tuberculose en vue d'atteindre les ODD.
- 65. Renforcer le programme de lutte contre les anthroponozoonoses.
- 66. Lancer et mettre en œuvre le Plan stratégique national de prévention et de contrôle de l'antibiorésistance.

#### **Axe 15 : Renforcer la veille et la sécurité sanitaires**

- 67. Lancer et mettre en œuvre le plan national de sécurité sanitaire.
- 68. Renforcer les capacités de veille et de détection d'alerte et de riposte contre les urgences de santé publique.
- 69. Renforcer le contrôle sanitaire aux frontières.
- 70. Restructurer le réseau des laboratoires nationaux de référence.

#### **Axe 16 : Promouvoir les modes de vie sains et renforcer l'éducation pour la santé**

- 71. Lancer et mettre en œuvre un Plan national multisectoriel des modes de vie sains.
- 72. Renforcer et mettre en œuvre la Stratégie nationale de la nutrition.
- 73. Renforcer la communication en matière d'éducation sanitaire.
- 74. Lancer la « Chaîne santé publique » numérique via internet.
- 75. Développer la « e-santé ».

### **Pilier 3 : Améliorer la gouvernance et optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources**

#### **Axe 17 : Elargir la couverture médicale de base pour tendre vers la Couverture sanitaire universelle (CSU)**

- 76. Mettre en œuvre progressivement le Système d'assurance maladie obligatoire destiné aux professionnels, travailleurs indépendants et non-salariés exerçant des activités privées (AMI).
- 77. Poursuivre la réforme de l'ANAM pour renforcer son rôle de régulateur.



78. Assurer la bonne gouvernance du RAMED à travers la création d'un organisme gestionnaire spécifique et œuvrer pour la soutenabilité de son financement. 79. Consolidier l'AMO par la refonte des termes de la convention nationale fixant la TNR, l'organisation des protocoles de soins.

80. Réviser la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et renforcer les mesures de maîtrise médicalisée des dépenses.

81. Mettre en œuvre la couverture sanitaire des migrants.

### **Axe 18 : Pallier la pénurie en ressources humaines de la santé**

82. Poursuivre l'augmentation du nombre de postes budgétaires alloués au Département.

83. Renforcer les effectifs et le rôle des auxiliaires médicaux et des aides-soignants.

84. Encourager la contractualisation avec les professionnels de santé (partenariat avec les collectivités territoriales, le secteur privé, les cadres médicaux et paramédicaux à la retraite), notamment pour faire fonctionner les centres de santé ruraux fermés.

85. Revoir le cursus de formation et implanter des masters spécialisés à l'ENSP adaptés aux nouveaux besoins du système de santé.

86. Assoir les conditions appropriées pour la création d'une « Fonction publique sanitaire ».

### **Axe 19 : Améliorer les conditions de travail et motiver les professionnels de santé**

87. Promouvoir le dialogue social.

88. Actualiser la cartographie des savoir-faire existants et se projeter dans l'avenir en identifiant ceux qui devront être développés (REC / GPEC).

89. Publier et mettre en œuvre la « Stratégie sectorielle de formation continue ».

90. Augmenter la capacité de formation en « médecine de famille » via *e-learning*.

91. Augmenter les effectifs d'admission pour la formation au niveau des ISPITS

92. Poursuivre la mise en place du système LMD au niveau des établissements de formation du Ministère de la Santé (ENSP et ISPITS).

93. Institutionnaliser la prime de rendement et œuvrer pour l'augmentation de la prime de risque professionnel.

94. Instaurer des mesures incitatives pour le personnel exerçant dans les zones d'accès difficile.

## **Axe 20 : Renforcer l'encadrement législatif et réglementaire du secteur de la santé**

95. Elaborer et publier les textes juridiques relatifs au secteur de la santé, inscrits dans le programme législatif et réglementaire du Gouvernement.

96. Créer les instances de concertation prévues dans le cadre de la loi 34-09.

97. Inscrire l'investissement en santé dans la charte nationale d'investissement.

98. Elaborer un système de brevet des solutions développées dans le domaine de la santé.

**Axe 21 :** 99. 100. 101. 102.

**Axe 22 :** 103. 104. 105. 106. 107. 108.

**Axe 23 :** 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115

## **Réviser l'organisation du secteur public de la santé**

- Réorganiser le Ministère de la Santé au regard des exigences de la régionalisation avancée et créer des inspections régionales des services de santé. Créer l'Agence nationale de santé publique,
- Créer l'Agence nationale du médicament et des produits de santé. Créer l'Etablissement marocain du sang.

## **Favoriser le partenariat et la concertation**

- Promouvoir le partenariat avec les collectivités territoriales et les conseils des régions.
- Encourager le tourisme médical en concertation avec les départements concernés et accompagner l'investissement dans le secteur privé de la santé en conformité avec la carte sanitaire.
- Créer des instances de concertation en matière de santé et dynamiser celles qui existent. Renforcer la coopération internationale en santé en l'orientant vers les priorités du département.
- Promouvoir la coordination intersectorielle. Consolider le système de doléances des usagers en régionalisant le traitement des plaintes.

### **Instaurer un système national d'information sanitaire intégré**

- Mettre en place le schéma directeur informatique du Ministère de la Santé. Parachever le déploiement du système d'information décisionnel de la carte sanitaire (BOSS, banque de projets, Système d'information géographique).
- Intégrer le secteur privé dans le système d'information du MS. Concevoir, informatiser et implanter le « dossier médical partagé ». Créer le Data Center du Ministère de la Santé.

**Axe 24 :** 116. 117. 118. 119. 120. 121.

**Axe 25 :** 122. 123. 124. 125.

- Mettre en place une politique de sécurité du système d'information.
- Informatiser le cycle d'approvisionnement en médicaments et digitaliser leur système logistique de distribution.

### **Améliorer le management et la performance des services de santé**

- Instaurer un système moderne et intégré de facturation hospitalière. Développer l'autonomie hospitalière et introduire de nouveaux modes de gestion des hôpitaux publics, notamment en instaurant le statut de « Groupements hospitaliers régionaux ou de territoire » (GHR / GHT). Favoriser le mode d'organisation basé sur la spécialité et les pôles d'excellence au niveau des réseaux hospitaliers des grandes agglomérations.
- Procéder à la refonte du RIH. Généraliser l' introduction des instruments d' audit et de contrôle de gestion dans le management des services de santé.
- Assurer le suivi / évaluation de la mise en œuvre des dispositions de la Politique pharmaceutique nationale et veiller aux respects des procédures d'octroi des AMM et CEDM selon la réglementation en vigueur.

### **Institutionnaliser la qualité et la sécurité dans le processus des soins**

- Mettre en place un système d'évaluation des établissements de santé. Créer l' Agence de performance et d' évaluation hospitalière.
- Introduire les outils d'accréditation et de certification des services et des établissements de santé.
- Mettre en place une politique nationale de sécurité des soins basée sur des référentiels de prise en charge et des systèmes de vigilance.

## **Annexe R : Recommandations conférence nationale sur le financement de la santé 18-19 Juin 2019 sous la Présidence du Chef de Gouvernement**

Les principales recommandations émanant des travaux de cette conférence peuvent être résumées comme suit:

1. Investir davantage dans la santé en tant que secteur productif et économique pour les générations futures, et non pas uniquement en tant que secteur social;
2. Mettre en place des réformes structurantes pour améliorer l'offre de soins et adopter des mécanismes de financements innovants;
3. Œuvrer progressivement à l'unification des régimes obligatoires d'assurance maladie de base avec pour objectif, la mise en place d'un régime national universel de base;
4. Intégrer le dispositif public et l'offre privée dans le cadre de véritables cartes sanitaires régionales tout en veillant à investir dans les soins de santé primaires ;
5. Doter les hôpitaux d'une réelle autonomie de gestion tenant compte de la dimension territoriale, afin d'améliorer la performance en termes de gestion des ressources financière et humaines ;
6. Réaliser des gains d'efficacité en renforçant le contrôle des coûts des médicaments et en améliorant le rendement du corps médical;
7. Séparer les fonctions de gestion financière et de prestation de soins afin d'optimiser les ressources et renforcer la spécialisation des acteurs;
8. Garantir la viabilité financière du régime AMO et RAMED par le biais de la pérennité du financement, et ce, à travers la canalisation des financements innovants (fiscalité sur les produits nuisibles à la santé par ex) vers le RAMED, sans omettre l'équilibre financier des organismes gestionnaires. Il y a lieu de préciser que ce dispositif capitalisera sur les avancées permises par le registre social unique en matière de ciblage et d'identification des bénéficiaires pour une meilleure maîtrise des coûts ;
9. Réorganiser le système de soins autour d'une offre de soins publique accessible de qualité ;
10. Renforcer le partenariat avec le secteur associatif et le secteur privé à but non lucratif pour (i) mobiliser les ressources de la philanthropie, (ii) développer l'offre de soins au profit de larges franges de la population et poursuivre le financement et la mise en œuvre des programmes de santé.
11. Accélérer l'extension de la couverture médicale à d'autres catégories notamment les travailleurs non-salariés ;

12. Renforcer les recettes à affecter au secteur de la santé, en capitalisant sur les conclusions des recommandations des 3<sup>ème</sup> assises sur la fiscalité : élargir l'assiette de la TVA et dédier le surplus généré aux secteurs sociaux.
13. Corréler l'investissement privé avec les besoins de la carte sanitaire tout en prévoyant des incitations concrètes au profit du secteur privé dans le cadre de la réforme de la charte de l'investissement;
14. Augmenter la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget de l'Etat afin de se rapprocher des standards internationaux en la matière ;
15. Poursuivre l'effort d'exonération de la TVA sur les médicaments (36% de la dépense des ménages en santé) afin de réduire la charge de soins sur les citoyens
16. Améliorer l'efficacité des dépenses publiques notamment pour les volets ressources humaines, les médicaments et la gouvernance hospitalière;
17. Exploiter le Partenariat Public Privé y compris le financement par les Organismes de Placement en Capital Immobilier en tant que nouveau mode de financement du secteur de la santé, en particulier pour les structures hospitalières publiques, à l'instar du secteur des infrastructures.
18. Accélérer la refonte de la loi 65 -00 pour accompagner efficacement le parachèvement de la Couverture Sanitaire Universelle ;
19. Revoir le positionnement actuel de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et faire évoluer les textes juridiques au niveau de ses missions et de sa gouvernance pour la rendre une véritable autorité de régulation de toute la Couverture Médicale de Base;
20. Renforcer l'efficacité administrative et la transparence de la gestion au niveau des hôpitaux publics en renforçant leur autonomie de gestion dans l'objectif d'améliorer leur capacité d'attirer les fonds de l'assurance maladie obligatoire.
21. Assurer l'équité au niveau du financement en adoptant le même taux de cotisation pour tous les assurés et le même panier de soins pour l'harmonisation des régimes et leur convergence ;
22. Développer le prépaiement et réduire les paiements directs des usagers en mettant en place des outils de maîtrise médicalisée des dépenses, en l'occurrence, les protocoles thérapeutiques; la tarification nationale de référence; le contrôle technique et la maîtrise des ressources;
23. Opter pour un modèle d'achat des services médicaux centré sur la maîtrise des coûts et le suivi des prestations, en vue de converger vers l'achat stratégique.

24. Adopter une approche pragmatique pour le parachèvement de la Couverture Sanitaire Universelle, dans des délais raisonnables, afin de réduire la part des ménages dans les dépenses de soins;
25. Encourager la mutualisation des risques, promouvoir le prépaiement afin de réduire les paiements directs.
26. Mettre en place un système de péréquation entre les régimes de santé existant au Maroc ;
27. Déployer un Système d'Information National intégré et interopérable entre tous les acteurs afin de fluidifier les flux d'informations et améliorer la performance de la gestion de la couverture médicale ;
28. Définir un panier de soins unifié universel et accessible à toute la population (en mettant l'accent sur la prévention) ainsi que ses modalités de financement ;
29. Mettre en place un dispositif de gestion harmonisé pour l'identification des prestataires, des citoyens et des actes ;
30. Développer le parcours de soins coordonné autour du médecin de famille ;
31. Mettre en place des mesures de suivi et d'évaluation interne et externe des programmes mis en place ;
32. Instaurer une plateforme de dialogue institutionnalisée entre les décideurs, les prestataires et les bénéficiaires et la société civile pour développer une vision commune en matière de couverture médicale;
33. Améliorer la Gouvernance au niveau régional par la mise en place des agences régionales autonomes et la mise en place des groupements hospitaliers de territoire ;
34. Instaurer pour une bonne gouvernance fondée, notamment, sur le « dossier patient partagé » et une « facturation effective »;
35. Etablir une Charte Nationale de la santé en tant que référence pour l'ensemble des parties prenantes;
36. Mettre en place un mode de gouvernance axée sur la transversalité, la pluralité des responsables et intervenants, la complémentarité entre le public et le privé, la mutualisation des investissements, à travers la mise en place:
  - Du comité interministériel et des comités régionaux de santé ;
  - D'un espace institutionnel de dialogue à travers le Conseil Supérieur de la Santé qui jouera le rôle d'une véritable force de proposition

## RESUME

Cette thèse porte sur l'accès aux soins et la couverture sanitaire universelle (CSU) et cible le cas du Maroc qui constitue une illustration particulièrement stimulante du décalage qui peut exister entre une politique de plus grand accès aux soins et des résultats peu optimaux. En effet le Maroc a mis en œuvre une politique volontariste d'assurance maladie obligatoire et de gratuité pour les plus défavorisés. Pourtant les indicateurs sanitaires de la population ne s'améliorent pas et la performance du système de santé marocain reste faible.

Cette thèse vise à comprendre les ressorts de ce paradoxe en s'appuyant sur les théories économiques de l'assurance santé et le rôle de la couverture santé sur l'accès aux soins d'une part et sur la tradition de santé publique qui permet d'élaborer des modèles explicatifs de l'état de santé et de juger de la performance du système de santé. Les transitions démographiques et épidémiologiques, les défis du financement de la CSU, les déterminants sociaux de la santé et surtout le manque de planification adaptée, ont conduit à des effets inattendus voir pervers tant en matière d'accessibilité, de parcours de soins, de qualité de la prise en charge des malades, de satisfaction des patients et d'impact sur la performance des structures de soins (paupérisation des hôpitaux et fuite des patients solvables vers le privé).

Notre travail a permis d'éclairer les vraies raisons « d'un échec programmé » qui n'est peut être pas un problème de demande ou de financement mais probablement plus une question d'offre de soins, de mise en œuvre de la CSU, d'organisation et de gouvernance du système de santé dans sa globalité. Une modélisation du parcours de soins et des profils d'USS selon la CSU sont présentés pour faciliter la proposition d'un nouveau paradigme et modèle de couverture médicale au Maroc. Au vu des résultats observés dans notre étude, la CSU est un outil qui n'a pas optimisé l'utilisation des services de santé publiques, a creusé les inégalités en santé, n'a pas réduit comme attendu les dépenses catastrophiques de santé et a positionné le secteur privé comme « meilleur » recours d'un parcours de soins erratique et dont le coût social pourrait être supérieur à la facture globale des dépenses en santé au Maroc. Une nouvelle voie pour la CSU marocaine est nécessaire pour éviter des effets pervers qui ont coûté au Maroc près de deux décades d'inefficience en terme d'accès universel aux services de santé, de satisfaction vis-à-vis du système sanitaire et de dépenses catastrophiques de santé pour les ménages.

**Mots clefs :** Couverture sanitaire universelle- Effets- Utilisation des services de santé- satisfaction des patients-offre de soins- Maroc

## ABSTRACT

This thesis focuses on access to care and universal health coverage (UHC) and targets the case of Morocco, which is a particularly stimulating illustration of the gap that may exist between a policy of greater access to care and less than optimal results. Indeed, Morocco has implemented a proactive policy of compulsory health insurance and free healthcare for the most disadvantaged. However, the health indicators of the population are not improving and the performance of the Moroccan health system remains weak. This thesis aims to understand the drivers of this paradox by relying on the economic theories of health insurance and the role of health coverage on access to care on the one hand on the tradition of public health which allows to develop explanatory models of health status and judge the performance of the health system. Demographic and epidemiological transitions, the challenges of funding UHC, social determinants of health and especially the lack of adequate planning, have led to unexpected of even perverse effects in terms of accessibility, care pathway, quality of care for patients, patient satisfaction and impact on the performance of health facilities (impoverishment of hospitals and flights of solvent patients to the private sector).

Our work has shed light on the real reasons for "a planned failure" which may not be a problem of demand or funding but probably more a question of offer, implementation of UHC, organization and governance of the health system as a whole. Modeling of the care pathway and USS profiles according to the UHC are presented to facilitate the proposal of a new paradigm and model of medical coverage in Morocco.

In view of the results observed in our study, UHC is a tool that has not optimized the use of public health services and as incredible as it may seem, it has widened health inequalities, has not reduced as waited for the catastrophic expenses of health (out of pocket) and positioned the private sector like "better" recourse of a course of erratic care "awkwardly planned" and whose social cost could be higher than the total invoice of the health expenses in Morocco.

A new path for the Moroccan UHC is necessary to avoid erratic care pathways and the perverse effects of basic medical coverage which have cost Morocco nearly two decades of inefficiency in terms of universal access to health services, satisfaction with the health system and catastrophic health expenditure for households.

**Keywords:** Universal health coverage- Effects- Use of health services-patient satisfaction-care offer- Morocco.