



Santé au Maroc : l'impact des déterminants sociaux sur l'accès aux soins

Dr. Rachid KHAY

Docteur en Droit Public et Sciences Politiques

Université Mohamed, FSJES Agdal, Rabat

Maroc

Résumé :

Cet article met en évidence la nature multidimensionnelle du droit à la santé, qui ne se limite pas à l'accès aux services médicaux, mais contient également des facteurs nécessaires comme une alimentation saine, un logement décent et une hygiène environnementale conforme. L'éducation et l'information sanitaire jouent aussi un rôle capital. Au Maroc, la situation de santé est marquée par une complexité résultant de facteurs économiques, sociaux et culturels. Les déterminants sociaux de la santé, particulièrement la pauvreté et le manque d'éducation, sont des obstacles significatifs à l'accès aux soins. De plus, le pays fait face à des disparités géographiques en matière de services de santé et à des pénuries de personnel médical. Bien que la couverture médicale universelle ait un potentiel prometteur, elle demeure insuffisante pour garantir un accès équitable aux soins pour l'ensemble de la population marocaine.

Abstract:

This text highlights the multidimensional nature of the right to health, which is not limited to access to medical services, but also encompasses essential factors such as a healthy diet, decent housing, and adequate environmental hygiene. Education and health information also play a crucial role. In Morocco, the health situation is marked by a complexity resulting from economic, social, and cultural factors. The social determinants of health, including poverty and lack of education, are significant obstacles to accessing care. Furthermore, the country faces geographical disparities in health services and shortages of medical personnel. Although universal health coverage has promising potential, it remains insufficient to guarantee equitable access to care for the entire Moroccan population.



Introduction :

Le droit à la santé représente un concept global et multidimensionnel qui englobe bien plus que la simple possibilité de consulter un professionnel de santé en cas de besoin¹. Il s'agit d'un droit fondamental qui garantit un accès rapide et approprié à un ensemble complet de services de santé de qualité². Toutefois, l'exercice plein et entier de ce droit ne se limite pas à la disponibilité des soins médicaux. Il implique également la prise en compte et la satisfaction des déterminants fondamentaux de la santé³, ces facteurs essentiels qui influencent positivement ou négativement l'état de santé des individus et des communautés⁴. Parmi ces déterminants cruciaux, on retrouve l'accès à une alimentation saine et nutritive⁵, qui fournit l'énergie et les nutriments nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Un logement décent et sûr est également indispensable, offrant un abri contre les intempéries et contribuant à un environnement de vie saine⁶. L'hygiène environnementale, comprenant l'accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates, joue un rôle primordial dans la prévention des maladies infectieuses. L'éducation, en particulier l'éducation à la santé, permet aux

¹ DUMONT, Dereck. Le droit à la santé et la Charte des droits et libertés de la personne : perspectives actuelles et futures. 2022.

² Zogo Nkada, S. P. Reflexions sur les Fondements Normatifs du Droit de la Sante dans l'Ordre Juridique Camerounais. *Medeniyet L. Rev.*, 3.

³ BENCHEKROUN, S., TAOUAB, O., & ABDELBAKI, N. (2023). Déterminants de la Satisfaction des Bénéficiaires des Services de Soins de Santé : Une Revue de la Littérature Systématique. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 6(3).

⁴ Cantoreggi, N., & Simos, J. (2010). Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse. Genève (CH): Institut des sciences de l'environnement- Université de Genève.

⁵ Biernaux, M. (2020). Alimentation et inégalités sociales de santé : l'accès à une alimentation de qualité en question. *Solidaris*. Consulté le, 2(12), 2022.

⁶ Vandentorren, S., Giry, P., Jan, J., & Nguyen, S. (2021). Impact du logement sur la santé physique. *Santé En Action*, 457, 8-11.



individus d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour adopter des comportements sains et prendre des décisions éclairées concernant leur santé. Enfin, l'accès à des informations sanitaires fiables et pertinentes est essentiel pour permettre aux individus de comprendre les enjeux de santé et de s'orienter dans le système de soins. Au-delà de ces aspects matériels, le droit à la santé implique également la participation active de la population aux processus décisionnels liés à la santé. Il est crucial que les citoyens soient impliqués et consultés aux différents échelons, que ce soit au niveau communautaire, national ou international, afin que les politiques et les programmes de santé répondent réellement à leurs besoins et à leurs préoccupations.

Au Maroc, la situation en matière de santé est complexe et influencée par une multitude de facteurs interdépendants⁷. L'état de santé général de la population et l'égalité d'accès aux soins de santé sont affectés par des éléments économiques, sociaux, culturels et environnementaux. Parmi ces facteurs, les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle particulièrement important et exercent une influence considérable sur la santé des individus et des communautés. Ces déterminants englobent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. De plus, la triple transition démographique, épidémiologique et sanitaire, caractérisée par le vieillissement de la population, l'évolution des modes de vie et l'augmentation des maladies chroniques, est en grande partie responsable de l'état de santé actuel du pays. Cette transition pose des défis importants pour le système de santé marocain. Malheureusement, malgré l'importance de ces enjeux, l'autorité gouvernementale responsable de la santé au Maroc ne semble pas exercer une influence significative sur l'amélioration de la situation sanitaire globale.

En conséquence, l'accès difficile aux soins de santé au Maroc est profondément lié à une combinaison complexe de facteurs. Les déterminants sociaux de la santé, tels que la pauvreté, l'inégalité et le manque d'éducation, constituent des obstacles majeurs à l'accès aux soins. L'offre de soins de santé existante, caractérisée par des disparités géographiques et des pénuries de personnel médical, ne répond pas

⁷ Yaakoubd, A. I. (2010). La dimension sociale de la santé au Maroc. Santé et vulnérabilités au Maroc, 25.



toujours aux besoins de la population. Enfin, le potentiel actuel de la couverture médicale universelle en matière d'assurance maladie, bien que prometteur, reste encore insuffisant pour garantir un accès équitable aux soins pour tous les Marocains.

La position sociale, un élément primordial de la santé au Maroc

L'accès aux soins de santé au Maroc **est un droit fondamental. Pour le garantir, il est nécessaire d'assurer la cohérence entre les besoins, la demande et l'offre en santé (1). Cependant, cette cohérence est souvent compromise par la répartition inégale des déterminants sociaux de la santé entre les différents territoires⁸. Ces déterminants, qui influencent la santé des individus et des populations, sont regroupés en plusieurs catégories (2).**

1. Inadéquation entre la demande et l'offre de soins : un enjeu de santé publique

Il **est primordial** de garantir un équilibre entre les besoins de santé d'une population et les services de santé mis à sa disposition. Cet équilibre est appelé adéquation entre les besoins, la demande et l'offre de soins de santé⁹. Cette adéquation est importante, car elle garantit que les personnes ont accès aux services de santé dont elles ont besoin au moment où elles en ont besoin, et garantit également que les ressources de santé sont utilisées de manière efficiente et efficace, ce qui est important pour les systèmes de santé qui sont souvent limités en ressources.

Pour ce faire, il faut comprendre les besoins de santé d'une population, ainsi que les services de santé mis à sa disposition.

Cela nécessite également de comprendre les facteurs qui influencent la demande de soins de santé, tels que les déterminants sociaux de la santé, et les facteurs qui

⁸ HASSANI, K., & EL MOUSSALI, M. N. (2020). Le New Public Management : quels enjeux pour le système de santé publique au Maroc ? *Revue internationale des sciences de gestion*, 3(1).

⁹ Adaskou, M., Houmam, I., & Onbough, H. (2021). Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques. *International Journal of Accounting Finance Auditing Management and Economics*, 2(3), 66-85.



influencent l'offre de soins de santé, tels que la disponibilité du personnel de santé et les infrastructures de santé.

L'adéquation des soins de santé est une question complexe qui nécessite un suivi et une évaluation continue afin de garantir que les besoins en soins de santé sont satisfaits et que les services de santé sont utilisés de manière efficiente et efficace.

- Les besoins des individus en matière de santé : exigences médicales et sociales

Les patients et les professionnels de santé peuvent avoir des attitudes différentes à l'égard des besoins de santé, les patients étant parfois incapables d'exprimer leur état de santé de manière efficace¹⁰.

D'abord, on peut traiter le concept des « *besoins médicaux ressentis* » ou des « *besoins médicaux perçus* », du fait par exemple qu'une personne peut se sentir anormalement par rapport à « *la norme* » des autres, ce qui peut donner l'impression qu'elle a besoin de soins médicaux.

Un autre facteur qui peut contribuer à la perception d'un besoin de soins médicaux est le fait qu'une personne réalise momentanément un écart entre son comportement actuel et ce qu'elle considère comme « *normal* » pour son corps ou son esprit.

Toutefois, il est essentiel de souligner la corrélation directe entre la nécessité perçue de soins médicaux et la gravité du cas. En outre. Ce n'est pas parce qu'une personne ressent le besoin de soins médicaux qu'elle va préalablement en faire la demande.

Ainsi, les besoins médicaux perçus sont très subjectifs et ne correspondent pas toujours à la réalité médicale. Par exemple, un besoin perçu de soins médicaux peut en fait être le résultat d'un problème social plutôt que d'un problème médical organique.

¹⁰ LA SANTÉ, C. P. A., FAVORABLES, D., COMMUNAUTAIRE, R., AA, D. I., & INTERNATIONALE, A. P. U. A. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.



Donc, on distingue deux types de besoins médicaux ¹¹: subjectifs et objectifs. Les besoins subjectifs concernent des individus ou des populations et peuvent varier d'une personne à l'autre. Ces besoins peuvent également être influencés par les campagnes de santé publique. Les besoins objectifs, quant à eux, sont définis par les professionnels de santé et sont basés sur des outils diagnostiques et des indicateurs standardisés. Cependant, il est important de noter que les besoins objectifs ne correspondent pas toujours à la réponse du système de santé aux besoins des populations.

Ensuite, les « besoins réels » sont difficiles à évaluer, car de nombreux besoins réels ne sont pas ressentis ou reconnus par les individus. Cela peut être dû à un manque de sensibilisation ou d'éducation concernant certains risques sanitaires ou polluants environnementaux. De plus, il peut y avoir des pathologies inconnues que la science médicale n'a pas encore découvertes.

Et par conséquent, les véritables besoins médicaux ne peuvent être déterminés que par la recherche scientifique et technique, les efforts de prévention et la recherche épidémiologique¹².

Puis, « les besoins médicaux satisfaits » s'expriment par le biais de consommations médicales, telles que les visites chez le médecin, les ordonnances et les hospitalisations. Cependant, il peut y avoir une surconsommation de ressources médicales, telles que des prescriptions inutiles ou des hospitalisations.

Donc, le passage des besoins ressentis à la consommation médicale dépend de la disponibilité des ressources médicales. Et il est important de tenir compte des besoins ressentis qui sont exprimés lors de consultations médicales, mais qui peuvent ne pas être suivis par le traitement prescrit.

Or, ces besoins dépendent des facteurs suivants :

¹¹ PÉQUIGNOT, H. (1963). Les besoins médicaux. *Esprit* (1940-), (317 (5), 818-826.

¹² Adaskou, M., Houmam, I., & Onbouh, H. (2021). Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques. *International Journal of Accounting Finance Auditing Management and Economics*, 2(3), 66-85.



➤ Des facteurs médicaux tels que les progrès des connaissances médicales et l'évolution des maladies influencent la demande de soins de santé¹³.

➤ Les facteurs géographiques et climatiques influent sur la prévalence de certaines maladies dans différentes régions.

➤ Les facteurs démographiques, notamment la taille de la population, les modèles migratoires et l'état de santé des travailleurs immigrés¹⁴, ont une incidence sur les besoins en matière de soins de santé.

➤ Les facteurs socio-économiques influencent de manière significative les besoins et la demande de soins de santé, et selon des études menées par des chercheurs sur la consommation médicale de la population française, on peut fournir plus de précisions sur ces facteurs :

- L'âge est le facteur le plus déterminant, les personnes âgées consommant des soins de santé particulièrement élevés. Le niveau de consommation varie avec l'âge, suivant une courbe en U, le minimum étant compris entre 10 et 20 ans. Pour les femmes, le niveau de consommation augmente pendant les années de procréation (entre 20 et 40 ans).

- Le genre joue également un rôle, les femmes dépensant davantage pour les soins de santé en général, en particulier dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique.

- Le statut socio-économique est un autre facteur, les agriculteurs dépensant moins pour les soins de santé que les travailleurs et les commerçants, qui à leur tour dépensent moins que les cadres et les professions libérales. Les catégories les plus privilégiées consomment davantage de soins ambulatoires et moins de soins hospitaliers.

- Le niveau d'éducation est également un facteur important, les personnes plus instruites étant plus sensibles aux anomalies de santé et hésitant moins à consulter un

¹³ Sermet, C. (1998). Quels sont les facteurs qui influencent. In *Morbidité, mortalité : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective : colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)* (No. 8, p. 37). INED.

¹⁴ Safon, M. O. (2018). La santé des migrants. Bibliographie thématique.



médecin, car elles sont mieux à même de comprendre l'importance de la prévention des maladies.

- Le type de travail influence également les besoins en matière de soins de santé, l'absentéisme pour cause de maladie étant plus élevé chez les travailleurs ayant des tâches répétitives et ceux qui travaillent seuls que chez les travailleurs qualifiés et ceux qui travaillent en équipe.

- L'emplacement de l'habitat : La population vivant dans les zones urbaines a tendance à consommer davantage de services de santé que celle vivant dans les zones rurales.

- La proximité des prestataires de soins : En général, la consommation de soins de santé diminue à mesure que la distance entre le patient et le professionnel de santé augmente. Cependant, la disponibilité des spécialistes n'est pas répartie de manière égale, ce qui désavantage les zones rurales et suburbaines.

- Le nombre de personnes vivant dans le ménage : Les ménages de 1 à 2 personnes ont tendance à avoir un pourcentage plus élevé de gros consommateurs de soins de santé que les familles nombreuses.

- L'accès aux informations sur les options de santé : Les personnes bien informées sur les options de santé sont plus susceptibles de consulter un médecin en cas de besoin.

- La disponibilité du temps : Les personnes ayant des horaires chargés, comme les mères de familles nombreuses, peuvent ne pas avoir le temps de consulter un médecin pour des problèmes mineurs.

- Le niveau de revenu : La consommation de soins de santé peut diminuer vers la fin du mois, même si les services sont couverts par une assurance, en raison de la nécessité de payer d'avance. Ce n'est toutefois pas le cas pour les interventions chirurgicales, pour lesquelles un système de « tiers payeur » est souvent en place.

Pour améliorer l'alignement entre les besoins, les demandes et les services, les prestataires de soins de santé doivent comprendre et traduire les besoins exprimés ou non exprimés des consommateurs en termes concrets.



En conclusion, l'évaluation des besoins sanitaires sert à planifier les actions de santé, à déterminer et à distribuer les services de santé et à définir les priorités en matière de santé.

- La demande de la santé : une réalité complexe

Les facteurs influençant la demande de soins de santé comprennent la morbidité, les facteurs économiques (revenus et prix) et les facteurs psychosociologiques (statut socio-économique, niveau d'éducation, structure du ménage, lieu de résidence et mode de vie)¹⁵.

De ce fait, si on traite la relation entre les besoins, la demande et l'offre de services de santé, on doit connaître les points suivants :

- Bien que les besoins soient objectifs et fondés sur les exigences médicales, la demande est subjective et varie d'une personne à l'autre.
- Les caractéristiques personnelles telles que le sexe, le statut socio-économique et le contexte culturel peuvent influencer l'expression de la demande et l'utilisation des services de santé.
- Cela peut entraîner des différences entre la demande des populations et la demande identifiée par les professionnels de santé.
- Parfois, la demande ne correspond pas à un besoin prioritaire et peut nécessiter une réponse appropriée, telle que l'éducation sanitaire, de la part des décideurs et des planificateurs des soins de santé.
- La convergence entre les besoins, la demande et les services est généralement faible, ce qui signifie que les services de santé ne répondent pas toujours aux besoins et aux demandes des consommateurs.
- La relation entre offre de soins, demande et besoins de santé : une question cruciale pour la santé publique

La légitimité des services de santé dans un pays est justifiée par l'objectif de répondre aux besoins de santé de la population, qu'ils soient exprimés ou non. Le

¹⁵ Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, É. (2014). Les facteurs environnementaux et sociaux de la santé. *Psycho Sup*, 83-193.



concept de demande en économie est pertinent pour comprendre les besoins de santé, car il fait référence au désir ou à la volonté des individus de payer pour des services de santé.

L'offre de services de santé, ainsi que les services disponibles, est également essentielle pour répondre aux besoins de santé. En effet, les concepts de "besoin", de "demande" et d'"offre" sont interdépendants et doivent être intégrés dans l'analyse des systèmes de santé¹⁶.

Le fait de comprendre la relation entre ces concepts peut aider les décideurs politiques et les prestataires de soins de santé à prendre des décisions sur la manière **d'affecter efficacement les ressources afin d'améliorer l'accès aux soins.**

Par exemple, si la demande pour un type particulier de service de santé est forte, mais que l'offre est limitée, les décideurs politiques pourront peut-être envisager d'augmenter le financement ou de former davantage de prestataires pour répondre aux besoins.

De même, si la demande pour un service particulier est faible, les prestataires devront peut-être réfléchir à la manière de mieux informer les patients sur les avantages de ce service ou de le rendre plus accessible

¹⁶ Hariti, A. E. (1988). Le système de santé au Maroc entre les contraintes financières et les exigences sociales. *Africa Development/Afrique et Développement*, 5-27.

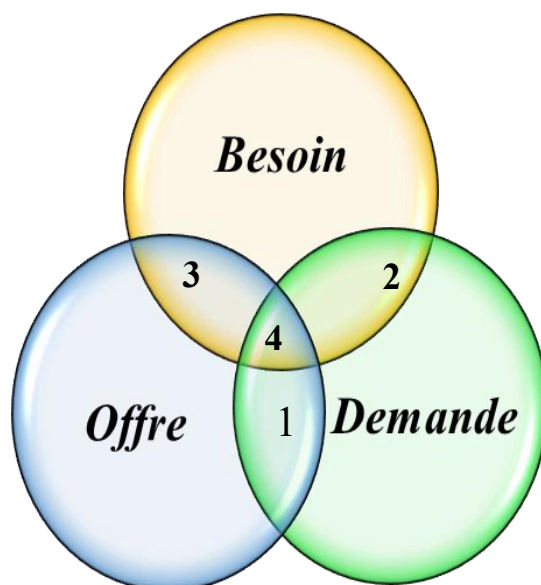


Figure 1 : Adéquation offre/demande/besoin en santé¹⁷.

La figure ci-dessus décrit la relation entre les concepts de besoins, de demande et d'offre dans le contexte des services de santé. Les points suivants expliquent chaque scénario en détail ¹⁸:

➤ Lorsqu'un besoin existe, mais qu'aucun service n'est disponible pour répondre à ce besoin, cela entraîne l'insatisfaction des personnes qui ont besoin du service. Par exemple, si un patient a besoin d'un traitement médical spécifique, mais que l'hôpital ne le propose pas, le patient ne sera pas satisfait du système de santé.

¹⁷ Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Editions nouvelles.

¹⁸ Le schéma représentant l'adéquation entre l'offre, la demande et les besoins en santé est un modèle conceptuel largement diffusé dans le domaine de la santé publique et de la planification sanitaire. Il n'a pas une seule source unique et définitive, mais est le résultat d'un travail de théorisation et de conceptualisation par plusieurs chercheurs

Ce modèle est souvent associé aux travaux des chercheurs canadiens Pineault et Daveluy, notamment dans leur ouvrage de référence *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*, publié en 1995. Ce livre est une source académique majeure qui a formalisé ce type de représentation pour la planification et l'évaluation des systèmes de santé.



➤ En revanche, lorsque le service est disponible, mais qu'il n'y a pas de demande, cela entraîne une sous-utilisation des ressources. Cela signifie que le système de santé n'est pas utilisé à son plein potentiel et que les ressources sont gaspillées. Par exemple, si un hôpital dispose d'un service spécialisé pour une maladie donnée, mais qu'aucun patient n'est dirigé vers ce service, cela entraîne une sous-utilisation des ressources.

➤ D'autre part, lorsqu'il existe une demande pour un service, mais qu'aucun besoin réel n'existe, cela entraîne du gaspillage et de l'inefficacité. Cela signifie que les ressources sont utilisées pour fournir des services qui ne sont pas nécessaires, ce qui entraîne un gaspillage de ressources. Par exemple, si un patient demande un examen médical spécifique qui n'est pas requis pour son état, cela entraîne un gaspillage de ressources.

➤ Enfin, la situation idéale est celle où il existe un besoin, une demande et une offre pour un service. Cela signifie que le système de santé répond aux besoins des personnes qui ont besoin du service et que les ressources sont utilisées efficacement.

Dans l'ensemble, il est essentiel de comprendre la relation entre les besoins, la demande et l'offre pour que les prestataires de soins de santé puissent s'assurer que les ressources sont utilisées de manière efficiente pour répondre aux besoins de la population.

L'identification des besoins de la population en matière de santé est le point de départ d'un travail de planification des soins. Ainsi, le schéma régional de l'offre de soins (SROS) exprime la déclinaison territoriale de la politique nationale de santé. Son objectif est d'améliorer la cohérence, la pertinence et l'efficacité du système de santé, tout en satisfaisant au mieux les besoins de la population. Il est censé être basé sur les principes d'équité et de solidarité.

Le schéma régional de l'offre de soins (SROS) constitue le principal outil de planification et de régulation de l'offre de soins, mais aussi de plaidoyer et de mobilisation de ressources à l'échelon régional¹⁹.

¹⁹ Najdi, A. (2022). La refonte du système de santé au Maroc à l'échelle régionale. *Revue Marocaine de Santé Publique*, 9(14).



Par ailleurs, **Le SROS organise les liens fonctionnels entre les établissements de soins, afin de garantir la complémentarité entre les secteurs d'activités** (Public et privé) et les réseaux de soins (ambulatoire, médico-social, hospitalier ; urgences). Malgré les efforts déployés, reste confrontée à un ensemble de dysfonctionnements tels que les inégalités dans la répartition territoriale de l'offre de soins, l'accès inéquitable de la population aux soins et l'utilisation non optimale de ressources particulièrement les ressources humaines.

2. Les déterminants sociaux de la santé : une composante essentielle des inégalités territoriales

En santé publique, l'accès aux soins médicaux est important pour prévenir l'aggravation des inégalités sociales en matière de santé. Cependant, on considère que seule une petite partie des variations de l'état de santé est liée aux soins médicaux visant à améliorer la santé d'une population²⁰.

Les facteurs comportementaux tels que le tabagisme, le régime alimentaire, la consommation d'alcool et l'exercice physique sont importants pour protéger et améliorer la santé, au même titre que l'âge et le sexe, les troubles psychosociaux, y compris les facteurs de stress tels que le stress au travail et les événements négatifs, jouent également un rôle dans la santé.

Il existe plusieurs approches pour aborder les déterminants sociaux de la santé, comme :

- l'approche écosystémique qui prend en compte les besoins, les intentions, les interactions et le milieu de vie de la personne.
- Le développement local est une autre approche qui implique des processus volontaires entre les résidents et les organisations locales, pour améliorer les

²⁰ Tarlov, A. R., & St Peter, R. F., « The Society and Population Health Reader, Volume II: A State and Community Perspective », Vol. 2, 2000, p. IX-XXV.



conditions sociales et donner aux individus la capacité d'agir en fonction de leur environnement et de leurs objectifs de vie²¹.

Cette approche met l'accent sur l'importance du territoire et sur le travail avec les populations locales pour réduire les inégalités sociales en matière de santé.

Il existe des défis auxquels est confrontée la société, avec un accent particulier sur la dimension territoriale, en mettant l'accent sur l'urbanisation rapide au Maroc qui a doublé entre 1960 et 2014, passant d'un taux de 29,1 % à 60,3 %, ce qui peut avoir des répercussions sur le développement humain, car les zones urbaines présentent souvent des niveaux d'inégalité et d'exclusion sociale plus élevés.

Ensuite, le classement du développement humain pour 2018 par le programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et, qui place le Maroc à la 123^{ème} place mondiale, il est basé sur l'indice de développement humain (IDH), qui mesure les réalisations d'un pays dans trois dimensions clés du développement humain : une vie longue et saine, l'accès au savoir et un niveau de vie décent, dont le score est de 0,667²², ce qui est considéré comme un développement humain moyen.

En outre, la concentration de la production et la population est manifestée comme suit :

Les régions de Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra, qui représentent 33,8 % de la population nationale, produisent 48,3 % du PIB national.

Sur les 12 régions du Maroc, 5 régions (Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kénitra, Tanger-Tétouan-Al Houssina, Fès-Meknès, Marrakech-Safi) abritent 70 % de la

²¹ Paquette, J., Leclerc, B. S., & Bourque, S., « La santé dans tous ses états les déterminants sociaux de la santé : trousse pédagogique ». CSSS de Bordeaux-Cartier ville-Laurent- CAU. 2014, p.11.

²² Programme des nations unies pour le Développement (PNUD), Indices et indicateurs de développement humain Mise à jour statistique, Communications Development Incorporated, Washington DC, USA, 2018. p.1. Disponible sur http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_fr.pdf



population et la population urbaine avec une densité de 117 habitants au kilomètre carré²³.

Ces régions représentent également les deux niveaux du PIB marocain et ont contribué à 72 % de sa croissance réelle entre 2001 et 2014.

De plus, ces régions ont enregistré 70 % des nouvelles créations d'entreprises entre 2012 et 2016, alors qu'elles n'occupent que 18 % du territoire national.

Le reste de la population et les activités économiques sont répartis dans les 7 autres régions, seule la région de Sous-Massa ayant un PIB représentant 6,6 % de la richesse nationale²⁴, et des taux de pauvreté est élevée dans plusieurs régions, notamment à Drâa-Tafilalet, Béni Mellal-Khénifra, Marrakech-Safi, Oriental, Fès-Meknès et Sous-Massa.

Cependant, il existe d'importantes disparités régionales dans le domaine d'inclusion et de cohésion sociale, des écarts socio-économiques interrégionaux étant observés dans les secteurs liés au développement humain et au bien-être de la population.

Malgré les efforts déployés pour fournir des logements convenables aux populations à faible revenu, des retards et des disparités persistantes entre les régions, les environnements et les quartiers en raison de la répartition inégale des ressources financières entre les zones urbaines et rurales.

Le ministère de la Santé du Maroc a mis en œuvre divers programmes et projets pilotes au cours de la dernière décennie, pour aborder les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a joué un rôle important en aidant le ministère à renforcer sa synergie avec le programme pour les besoins essentiels **d'amélioration** et l'outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé dans les zones urbaines²⁵.

²³ Ministère de l'aménagement du territoire national, de l'urbanisme, « De l'habitat et de la politique de la ville ». Dynamiques et disparités territoriales. 2018, p.9.

²⁴ Ibid., p.11.

²⁵ Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale. « Stratégie de coopération OMS-MAROC 2017-2021 ». 2016, p. 14.



Cependant, un défi majeur pour le Maroc est d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie et une feuille de route pour intégrer la santé dans les politiques publiques et renforcer la collaboration multisectorielle.

Même si des actions sont menées pour aborder les déterminants sociaux de la santé, la plupart des partenaires du ministère considèrent toujours que les questions de la santé relèvent de la seule responsabilité du ministère, alors que le travail intersectoriel est facilité lorsque les partenaires se sentent responsables et concernés par les problèmes de santé. Ainsi, l'influence des déterminants sociaux de la santé a un impact significatif sur l'état de santé général au Maroc.

II- L'Universalisation de la couverture de santé au Maroc :un challenge pour l'inclusion sociale

La mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle au Maroc a permis d'améliorer l'accès aux soins pour de nombreuses personnes, quel que soit leur statut social ou économique. Ce concept peut prendre différentes formes (1), mais il reste confronté à des défis, malgré les progrès réalisés (2).

1. L'extension de la couverture médicale de base : une nécessité pour l'équité en matière de santé

Le concept d'accès aux soins de santé est devenu un objectif majeur de la politique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sous le terme de couverture sanitaire universelle (CSU). C'est un objectif lancé en 2013²⁶ dans le programme de **promotion**, et qui est devenu une référence constante dans les efforts internationaux visant à améliorer la santé.²⁷

Au Maroc, la mise en œuvre de la couverture universelle a été réalisée grâce à la mise en place de la couverture médicale de base (CMB). Cette initiative a commencé avec l'introduction de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et a été

²⁶ Vega, J., « Universal health coverage: the post-2015 development agenda ». *The Lancet*, Vol. 381, N. 9862, 2013, pp 179-180.

²⁷ Chambaud, L., « Accès aux soins : éléments de cadrage ». *Regards*, N. 1, 2018, p.23.



complétée par le programme RAMED²⁸, qui facilite la gratuité des soins de santé au sein du système hospitalier. Cela a sans aucun doute conféré un avantage considérable à une population importante de personnes indigentes et vulnérables. Néanmoins, il est impératif de reconnaître que les mesures susmentionnées présentent certaines lacunes, spécialement en ce qui concerne la persistance des paiements aux ménages, de files d'attente pour les patients et de transport. Ces insuffisances persistent et représentent toujours un obstacle majeur pour atteindre une couverture sanitaire universelle exhaustive.

Cependant, le RAMED a fait l'objet de réformes visant à améliorer sa gestion et à garantir une bonne gouvernance dans toutes ses opérations, y compris l'affiliation, l'enregistrement, l'émission de cartes, le suivi des soins de santé et de la gestion des ressources financières.

Le CMB au Maroc est géré par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et La Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS), qui gèrent également la couverture des étudiants et des travailleurs indépendants.

Les efforts déployés pour fournir une couverture médicale de base au Maroc ont permis d'augmenter la couverture de 18 % de la population en 2001 à 70 % en 2019, dans les établissements publics et privés²⁹.

Bien que, la CMB ait permis une couverture significative des dépenses de santé, le coût des soins de santé constitue un obstacle important pour les citoyens qui souhaitent se faire soigner. **Au Maroc, cette dépense repose principalement sur la contribution financière directe des ménages, quels qu'en soient les moyens, qu'il s'agisse de paiements immédiats ou de paiements en retard.** Les parts allouées aux différentes entités impliquées dans le financement de la santé

²⁸ Laaziri, M., Le régime d'assistance médicale (RAMED), une composante fondamentale de l'équité dans l'accès aux soins de santé et de l'objectif de la couverture sanitaire universelle. Ministère de la santé, OMS.2015.

²⁹ Akhnif, E. H. La couverture sanitaire universelle au Maroc : Le rôle du ministère de la santé en tant qu'organisation apprenante. Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain. 2019. Thèse de doctorat. Louvain, p.47-50.



(telles que l'État, les partenaires sociaux tels que l'AMO, le RAMED, la CNSS, les Mutuelles et les collectivités locales) démontrent que les ménages contribuent à plus de 50 % au financement du système de santé. En revanche, cette contribution ne dépasse pas 18 % dans les pays de l'OCDE. En outre, selon le ministère de la Santé, 10 % des Marocains consacrent 30 % de leurs revenus aux dépenses de santé, et 3 % engagent des « dépenses catastrophiques » qui, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé, aggravent la pauvreté des ménages.

Ensuite, l'extension de la couverture d'assurance maladie de base obligatoire a passé à 22 millions de bénéficiaires supplémentaires en 2021, par contre 2022 a connu une réforme globale du système de santé au Maroc.

Les contours de cette réforme ont été discutés et présentés lors d'une récente réunion du Conseil des ministres, présidée par Sa Majesté le Roi Mohammed VI. Au cours de cette réunion, la loi-cadre 06-22 relative au système de santé national a été présentée. Elle a été **rédigée** en réponse aux instructions du Roi visant à réviser le système de santé afin de l'aligner sur l'objectif de la loi-cadre 09-21 relative à la protection sociale universelle.

Ce projet nécessitera un budget annuel de 51 milliards de dirhams, qui sera réparti entre divers domaines de la protection sociale. La plus grande partie de ce budget, soit 14 milliards de dirhams, sera allouée à la généralisation de l'assurance maladie obligatoire de base (AMO), afin de couvrir un plus grand nombre de personnes. Une autre partie importante du budget, soit 20 milliards de dirhams, sera consacrée aux allocations familiales.

Cette réforme est d'une grande envergure, visant à étendre la protection sociale à tous les citoyens du Maroc. Elle profitera d'abord aux agriculteurs, aux artisans, aux professionnels indépendants et aux indépendants soumis au régime unique de contribution professionnelle (CPU), au régime des auto-entrepreneurs ou au régime de la comptabilité. Par la suite, elle sera étendue à d'autres catégories de citoyens afin de garantir une protection sociale efficace pour tous.

Dans ce cadre, la réforme précitée repose sur quatre piliers fondamentaux, dont l'un est l'extension de l'assurance maladie de base obligatoire (AMO) à 22 millions



de personnes supplémentaires. L'AMO est un système d'assurance solidaire qui couvre les frais de traitement, de médicaments et d'hospitalisation.

Dans ce contexte, le gouvernement a adopté 22 décrets d'application afin d'enregistrer près de 11 millions de travailleurs indépendants, marquant ainsi la première étape du projet. Pour ce faire, il a été nécessaire d'établir des registres pour les catégories concernées, et la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) a joué un rôle essentiel en communiquant avec ces travailleurs à travers 8 000 points de contact.

De même, le gouvernement s'est également engagé à préserver les acquis du système médical d'assistance RAMED. Les bénéficiaires de ce système passeront désormais au nouveau système de protection sociale appelé « AMO TADAMON ». Cette mesure est en conformité avec la loi n° 60-22³⁰ et la loi n° 27-22³¹

³⁰ Da. N° 1-23-41 du 5 kaada 1444 (25 mai 2023) portant promulgation de la loi n° 60-22 portant régime d'assurance maladie obligatoire dédié aux personnes capables de s'acquitter de leurs cotisations et n'exerçant aucune activité rémunérée ou non rémunérée : BORM n° 7204, 15 juin 2023.

³¹ Loi n° 27-22 modifiant et complétant la loi n° 65-00 formant Code de couverture médicale de base : « BORM n° 7147 BIS », 30 nov. 2022. Le Dahir n° 1-23-41 du 5 kaada 1444 (25 mai 2023) portant promulgation de la loi n° 60-22 portant régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) dédié aux personnes capables de s'acquitter de leurs cotisations et n'exerçant aucune activité rémunérée ou non rémunérée a été publié au BORM n° 7204 du 26 kaada 1444 (15 juin 2023). Le texte porte sur l'harmonisation des règles générales partagées par l'ensemble de l'AMO énoncées dans la loi n° 65-00 et du régime AMO dédié aux personnes capables de s'acquitter de leurs cotisations et n'exerçant aucune activité rémunérée ou non rémunérée en tant que principe général (*art. 1*). Il détermine la catégorie éligible pour bénéficier de ce régime, à savoir les personnes dont la capacité à s'acquitter des cotisations a été prouvée, et qui ne sont soumises à aucun autre régime de l'AMO, tout en adoptant le système de ciblage des bénéficiaires des programmes de soutien social en vigueur, en tant que mécanisme de détermination de la capacité contributive (*art. 2 à 5*). La loi confie à la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) la mission de gestion de ce régime (*art. 9*), et fixe le début de



modifiant et complétant les dispositions de la loi 65.00 sur le code de la couverture médicale de base, tel que modifié et complété. L'article 4 de cette loi fait référence à une législation spéciale qui détermine les règles et les conditions d'éligibilité des personnes capables de s'acquitter de leurs cotisations pour bénéficier du régime de l'AMO.

2. Les contraintes de la couverture médicale de base

Le système actuel de couverture santé au Maroc souffre de plusieurs déséquilibres quant à l'égalité d'accès aux soins de santé. L'un des déséquilibres réside dans les dépenses personnelles relativement élevées (34,5 %) pour les soins de santé couverts par l'AMO.

Un autre déséquilibre est l'inégalité d'accès aux soins de santé en raison des taux de sinistralité ³²variables selon les régimes d'assurance, ce qui affecte l'accès aux soins de santé pour les personnes assurées. L'accès inégal aux soins de santé dans les différentes régions du Maroc³³ a entraîné une détérioration de l'état de santé de la population, qui aurait pu être évitée grâce à une prévention efficace et à un traitement précoce. Cela est particulièrement vrai pour les maladies courantes telles que le diabète, l'hypertension, les maladies rénales chroniques et le cancer, qui représentent une dépense de santé importante.

Outre ces maladies, il existe d'autres situations de santé, telles que les soins dentaires et les soins de maternité, dans lesquelles la répartition des services de santé entre les secteurs public et privé n'est pas équitable, 93 % des dépenses de l'AMO étant orientées vers les soins de santé privés.

En raison de ces déséquilibres, seulement 3,2 % de la population assure et consomme 51,5 % des dépenses totales de l'AMO, ce qui indique une disparité significative dans l'utilisation des soins de santé.

l'effectivité de l'adhésion au premier jour du mois suivant le mois pendant lequel l'assuré a été enregistré (*art. 5*).

³² Le taux de sinistralité est un ratio utilisé en assurance pour déterminer les tarifs des primes. C'est un pourcentage entre le montant des sinistres à dédommager et celui des primes encaissées

³³ Agence nationale de l'assurance maladie. « Rapport annuel globale AMO », 2018



En effet, il y a un manque de distribution équitable des services de santé dans le secteur public et une domination du secteur privé qui en résulte dans les dépenses de santé, presque 93 % des dépenses de l'AMO sont orientées vers les services de santé privés³⁴ en raison du manque relatif de qualité et de disponibilité des services de santé publics.

Or, les régimes d'assurance publics et privés présentent des différences en ce qui concerne le taux de remboursement, de taux de cotisation et de procédures administratives, qui contribuent à fragmenter davantage le système de santé³⁵.

Bien que la non-normalisation et la non-conformité aux mesures réglementaires aggravent la fragmentation du système de santé. De plus, les procédures actuelles et les échanges entre les différents acteurs du système de santé ne sont pas suffisamment numérisés, ce qui entraîne des retards et des erreurs dans la fourniture des services de santé et le remboursement.

C'est pourquoi, il est indispensable de mettre en place un système d'information interopérable capable de rassembler tous les acteurs du système de santé et de répondre aux exigences de leurs partenaires respectifs, un tel système permet de rationaliser les procédures administratives, de réduire les erreurs et les délais, et d'améliorer la qualité globale et l'accessibilité des services de santé.

Pour ce faire, le cadre juridique pour la progressivité et l'universalisation de la couverture de santé au Maroc est établi par la loi 65-00³⁶, qui intègre le code CMB. Il garantit également le droit des individus aux soins de santé et le respect des principes d'équité et d'égalité d'accessibilité géographique et de financement de services de santé de haute qualité, tout en tenant compte des ressources disponibles.

Néanmoins, des obstacles et des défis entravent le fonctionnement efficace de l'AMO conformément à l'essence de la loi 65-00 susmentionnée. Plus précisément,

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

³⁶ Agence nationale d'assurance maladie. « Stratégie ANAM 2020-2024 : Couverture- Santé universelle, un défi partagé ». 2020, p.26



les limites du cadre juridique de l'AMO sont caractérisées par l'incongruité entre les dispositions générales et spécifiques, ainsi que par l'inadéquation des dispositions pour réglementer le système.

En conclusion, l'état des soins de santé au Maroc est confronté à des difficultés, comme en témoignent les déterminants sociaux de la santé, les indicateurs de santé nationaux et le niveau de couverture maladie universelle.

Pour évaluer l'accès des citoyens aux soins, il est recommandé d'examiner l'état actuel de la territorialisation des politiques publiques dans le contexte de la décentralisation et de la déconcentration.

Conclusion

En conclusion, la réalisation du droit à la santé au Maroc nécessite une approche holistique qui prend en compte à la fois les services de santé accessibles et de qualité et les déterminants sociaux qui influencent la santé des individus et des communautés. L'interaction des facteurs économiques, sociaux et culturels souligne la nécessité d'une stratégie intégrée pour surmonter les obstacles à l'accès aux soins. Pour que la couverture médicale universelle atteigne son plein potentiel et contribue à garantir un accès équitable aux soins, il est essentiel de renforcer les infrastructures de santé, d'améliorer la répartition des ressources et de promouvoir l'éducation à la santé. Finalement, la participation active de la population aux processus décisionnels est cruciale pour la mise en œuvre de politiques qui répondent réellement aux besoins de la communauté, assurant ainsi une amélioration durable de l'état de santé au Maroc.



Les références :

- **Adaskou, M., Houmam, I., & Onbouh, H.** (2021). Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques. *International Journal of Accounting Finance Auditing Management and Economics*, 2(3), 66–85.
- **Adaskou, M., Houmam, I., & Onbouh, H.** (2021). Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques. *International Journal of Accounting Finance Auditing Management and Economics*, 2(3), 66–85.
- **Agence nationale d'assurance maladie.** « Stratégie ANAM 2020–2024 : Couverture– Santé universelle, un défi partagé ». 2020.
- **Agence nationale de l'assurance maladie.** « Rapport annuel globale AMO », 2018
- **Akhniif, E. H. La couverture sanitaire universelle au Maroc :** Le rôle du ministère de la Santé en tant qu'organisation apprenante. Institut de Recherche, Santé et Société, Université catholique de Louvain. 2019. Thèse de doctorat. Louvain.
- **BENCHEKROUN, S., TAOUAB, O., & ABDELBAKI, N.** (2023). Déterminants de la Satisfaction des Bénéficiaires des Services de Soins de Santé : Une Revue de la Littérature Systématique. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 6(3).
- **Biernaux, M.** (2020). Alimentation et inégalités sociales de santé : l'accès à une alimentation de qualité en question. *Solidaris*. Consulté le, 2(12), 2022.
- **Bruchon–Schweitzer, M., & Boujut, É.** (2014). Les facteurs environnementaux et sociaux de la santé. *Psycho Sup*, 83–193.
- **Cantoreggi, N., & Simos, J.** (2010). Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse. Genève (CH) : Institut des sciences de l'environnement–Université de Genève.
- **Chambaud, L.**, « Accès aux soins : éléments de cadrage ». *Regards*, N. 1, 2018.



- **Daveluy, C.** (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Editions nouvelles.
- **DUMONT, Dereck.** Le droit à la santé et la Charte des droits et libertés de la personne : perspectives actuelles et futures. 2022.
- **Hariti, A. E.** (1988). Le système de santé au Maroc entre les contraintes financières et les exigences sociales. *Africa Development/Afrique et Développement*, 5-27.
- **HASSANI, K., & EL MOUSSALI, M. N.** (2020). Le New Public Management : quels enjeux pour le système de santé publique au Maroc ? *Revue internationale des sciences de gestion*, 3(1).
- **LA SANTÉ, C. P. A., FAVORABLES, D., COMMUNAUTAIRE, R., AA, D. I., & INTERNATIONALE, A. P. U. A.** (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
- **Laaziri, M., Le régime d'assistance médicale (RAMED)**, une composante fondamentale de l'équité dans l'accès aux soins de santé et de l'objectif de la couverture sanitaire universelle. Ministère de la santé, OMS.2015.
- **Ministère de l'aménagement du territoire national, de l'urbanisme,** « De l'habitat et de la politique de la ville ». Dynamiques et disparités territoriales. 2018.
- **Najdi, A.** (2022). La refonte du système de santé au Maroc à l'échelle régionale. *Revue Marocaine de Santé Publique*, 9(14).
- **Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale.** « Stratégie de coopération OMS-MAROC 2017-2021 ». 2016.
- **Paquette, J., Leclerc., B. S., & Bourque, S.,** « La santé dans tous ses états les déterminants sociaux de la santé : trousse pédagogique ». CSSS de Bordeaux-Cartier ville-Laurent- CAU. 2014.
- **PÉQUIGNOT, H.** (1963). Les besoins médicaux. *Esprit (1940-)*, (317 (5), 818-826.



- **Pineault, R., & Daveluy, C.** (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Editions nouvelles.
- **Programme des nations unies pour le Développement (PNUD)**, Indices et indicateurs de développement humain Mise à jour statistique, Communications Development Incorporated, Washington DC, USA, 2018. p.1. Disponible sur http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_fr.pdf
- **Safon, M. O.** (2018). La santé des migrants. Bibliographie thématique.
- **Sermet, C.** (1998). Quels sont les facteurs qui influencent. In *Morbidité, mortalité : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective : colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)* (No. 8, p. 37). INED.
- **Tarlov, A. R., & St Peter, R. F.**, « The Society and Population Health Reader, Volume II: A State and Community Perspective », Vol. 2, 2000, p. IX-XXV.
- **Vandentorren, S., Giry, P., Jan, J., & Nguyen, S.** (2021). Impact du logement sur la santé physique. *Santé En Action*, 457, 8-11.
- **Vega, J.**, « Universal health coverage: the post-2015 development agenda ». *The Lancet*, Vol. 381, N. 9862, 2013, pp 179-180.
- **Yaakoubd, A. I.** (2010). La dimension sociale de la santé au Maroc. Santé et vulnérabilités au Maroc, 25.
- **Zogo Nkada, S. P.** Reflexions sur les Fondements Normatifs du Droit de la Sante dans l'Ordre Juridique Camerounais. *Medeniyet L. Rev.*, 3.