



## Modèles de réussite de l'universalisation de la Couverture Sanitaire et le cas du Maroc

### Success models for the universalization of Health Coverage and the case of Morocco

**BELYAGOU YOUNESS**

*Docteur en droit public, Faculté des sciences économiques juridiques et sociale, USMBA, Fès, Maroc,  
Téléphone : 0661784535 ; mail : [foryazid@gmail.com](mailto:foryazid@gmail.com)*

**BENABDALLAH ANASSE**

*Maitre de conférences en économie de santé à la faculté de Médecine, de pharmacie et de médecine  
dentaire, USMBA, Fès, Maroc, Téléphone : 06 14 31 03 68 ; mail : [anasse.benabdallah@usmba.ac.ma](mailto:anasse.benabdallah@usmba.ac.ma)*

#### Résumé

Ces dernières années, les décideurs publics des pays à faible et moyen revenu ont fait preuve d'un intérêt croissant envers les expériences internationales en matière de couverture sanitaire universelle (CSU). En effet, la Couverture Sanitaire Universelle constitue la pierre angulaire de la consécration de l'égalité en matière d'accès aux services de la santé à toute la population telle que stipulés dans divers traités et conventions internationales inhérents aux droits humains à l'instar du pacte international des droits économiques, sociaux et culturel de 1966, les Objectifs du développement durable (ODD) des Nations Unies et notamment le troisième ODD ainsi que la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Au Maroc, la généralisation de l'Assurance Maladie, lancée par le Roi marocain fin 2022, mettra sous pression l'offre de soins au Maroc. Il s'avère ainsi nécessaire, de renforcer le système de santé et de mettre en place des mécanismes de la bonne gouvernance du système.

Certains pays tels « France, Espagne, Suisse, Japon, Thaïlande, Rwanda, Costa-Rica et Turquie », ont entrepris des réformes structurelles de leurs systèmes de santé pour accompagner le processus de généralisation de la couverture et répondre aux différentes exigences en matière de soins. Bien entendu, la réussite d'un tel projet de grande envergure constitue pour chaque pays un défi, permettant d'assurer la concrétisation des principes de droit de l'homme et de la protection sociale.

L'objectif de cette étude est d'explorer les modèles de réussite de la généralisation de la couverture dans ces pays afin de tirer des enseignements sur les facteurs clés de succès de la généralisation de l'Assurance Maladie au Maroc.

**Mots clés :** CSU, Système de santé, modèle, gouvernance



## Abstract

In recent years, public policymakers in low- and middle-income countries have shown increasing interest in international experiences in universal health coverage (UHC). Indeed, Universal Health Coverage constitutes the cornerstone of the consecration of equality in terms of access to health services for the entire population as stipulated in various international treaties and conventions inherent to human rights such as the international pact on economic, social and cultural rights of 1966, the Sustainable Development Goals (SDGs) of the United Nations and in particular the third SDG as well as the constitution of the World Health Organization (WHO).

In Morocco, the generalization of Health Insurance, launched by the Moroccan King at the end of 2022, will put pressure on healthcare provision in Morocco. It is therefore necessary to strengthen the health system and put in place mechanisms for good governance of the system.

Some countries, such as France, Spain, Switzerland, Japan, Thailand, Rwanda, Costa Rica and Turkey, have undertaken structural reforms of their health systems to support the process of generalization of coverage and meet the different requirements in terms of health care. Of course, the success of such a large-scale project constitutes a challenge for each country, making it possible to ensure the realization of the principles of human rights and social protection.

The objective of this study is to explore the success models of the generalization of coverage in these countries in order to draw lessons on the key success factors of the generalization of Health Insurance in Morocco.

Keywords : CSU, Health system, model, governance

### 1. Introduction

À partir des années 1990, de nombreux pays ont entamé des réformes du secteur social pour atténuer la pauvreté et réduire les inégalités socioéconomiques. Les réformes du secteur de santé ont visé principalement le renforcement des systèmes de santé et la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle.

En effet, la couverture sanitaire universelle (CSU) est l'un des principaux objectifs de santé reconnu et poursuivi par la communauté internationale et les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Selon l'OMS, son objectif est « de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières ». De même, tous les Objectifs de Développement durable (ODD) pour l'agenda 2015-2030 ont des liens directs ou indirects avec la santé des individus et particulièrement l'Objectif n° 3 consacré à la santé du fait qu'il est intitulé comme suit « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* ». Bien

---

évidemment ce troisième ODD joint la santé au développement, et a comme finalité particulière la réalisation de couverture sanitaire universelle.

Cependant, la CSU est un processus complexe, plusieurs défis à soulever, de nombreuses voies possibles, et plusieurs contraintes à dépasser. Le chemin vers la CSU constitue un engagement politique et sociétal qui nécessite à la fois des connaissances techniques et un savoir-faire politique décliné par des politiques transversales embrassant divers domaines. Les solutions techniques doivent être accompagnées de stratégies pragmatiques et innovantes qui tiennent compte du contexte de l'économie politique nationale.

Au Maroc, le gouvernement s'est inscrit dans une réforme majeure du système de santé, la loi cadre n° 09.21 (Promulguée par Dahir n°1-21-30 publié au BO du royaume n°6975 le 5 avril 2021) relative à la protection sociale vise principalement à protéger les catégories pauvres et vulnérables et les familles à faible revenu. Cette loi sociale par excellence vise à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). C'est ainsi qu'environ 22 millions des Marocains, dont 11 millions sont adhérents aux Régime d'Assistance Médicale « RAMED », et 11 millions de professionnels, commerçants, agriculteurs, artisans et ceux exerçant une profession libérale, bénéficieront du régime de l'assurance maladie obligatoire avec les mêmes services et paniers de soins dont bénéficient actuellement les salariés du secteur privé.

### **Contexte de la recherche**

La problématique de la difficulté d'accès aux soins pour les marocains constitue une entrave majeure face à la médicalisation et une cause importante de la paupérisation de la population vulnérable. La réalisation de la couverture médicale pour tous les citoyens jouera un rôle important pour éviter la renonciation des citoyens vulnérables aux soins tout en encourageant la médicalisation. Aborder cette problématique est d'une pertinence cruciale, eu égard, l'interdépendance de la médicalisation des citoyens avec les autres secteurs sociaux clés comme le social et l'économique (médicalisation des marocains et croissance économique).

### **Question de recherche**

Les objectifs de la CSU sont généralement définis par trois dimensions : la population couverte par les fonds communs ; la proportion des coûts de santé directs couverts par les fonds communs ; et les services de santé couverts par ces fonds. (OMS, 2010)

Ces dimensions aident à définir où un pays cherche à déplacer son système de santé, et de nombreux rapports sur ce sujet ont été publiés. Cependant, il existe relativement peu d'informations sur la manière dont un pays peut faire évoluer son système de santé vers la CSU.

En réponse à la demande croissante d'une évaluation systématique des expériences mondiales en matière de CSU, cette étude vise à tirer les modèles de réussite de la Couverture sanitaire universelle dans certains pays.

La question générale de cette recherche peut s'énoncer comme suit :



---

## Quelles sont les leçons tirées des modèles de réussite de l'universalisation de la CSU

L'objectif de cette étude est de présenter les modèles de réussite de la couverture sanitaire universelle dans les pays Benchmark afin de décrire les facteurs clés de succès de la généralisation de la couverture au Maroc. Ceci va nous permettre de tirer les enseignements de certaines expériences internationales.

### Méthodologie déployée

Sur le plan méthodologique, nous recourons à une revue de littérature qui s'inscrit dans une optique exploratoire et descriptive des expériences vécues par certains pays ayant un revenu élevé et d'autres faible à moyen revenu. Pour ce faire, nous allons étudier les différentes publications et rapports publiés par les autorités de santé des différents pays ainsi que les études effectuées par d'autres acteurs du secteur de la santé.

Le choix des pays s'est limité à huit pays, ayant mis en œuvre une couverture sanitaire et dont les informations sont disponibles en français ou en anglais. Nous avons sélectionné, les pays suivants « France, Espagne, Suisse, Japon, Thaïlande, Rwanda, Costa-Rica et Turquie ».

### Structure de la recherche

Pour aborder la problématique de cette recherche, nous avons développé les éléments suivants:

- \* Couverture sanitaire au Maroc : Contexte et Cadre de référence
- \* Couverture sanitaire au Maroc : Etat des lieux
- \* Résultat et discussion
- \* Conclusion

## 2. Contexte et Cadre de référence de la Couverture sanitaire au Maroc

L'accès aux soins et services de santé d'une façon égale et équitable pour toutes les franges de la population marocaine est l'un des droits humains consacrés par la constitution marocaine du 1<sup>er</sup> juillet 2011 en général et dans l'article 31 dudit texte suprême en particulier qui stipule que « *l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits:*

- *Aux soins de santé ;*
- *À la protection sociale,*
- *À la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État ».*

En outre, la constitution marocaine reconnaît ainsi, de manière explicite, plusieurs droits liés à la santé à l'instar de :

- Droit à la vie (article 20) qui comprend également la lutte contre les mortalités évitables;
- Droit à la sécurité et à la protection de la santé (article 21) ;
- Droit à un logement décent, à l'accès à l'eau et à un environnement sain (article 31) ;
- Droit à la santé des personnes et catégories à besoins spécifiques (article 34) ;

- 
- Droit d'accès à des soins de qualité et à la continuité des prestations (article 154).

De surcroît, le préambule de la constitution en vigueur donne la primauté aux conventions internationales signées et ratifiées par le Maroc par rapport au droit interne. La reconnaissance d'un tel droit par le législateur marocain vient confirmer la volonté du royaume de s'inscrire dans la communauté internationale promouvant le respect de droits humains intentionnellement reconnus et plus particulièrement le pacte international relatif aux droits économiques et socioculturels de 1966 proclamant le respect du droit à la santé pour tous les États. Nonobstant, la réalisation du droit à la santé au Maroc nécessite une grande volonté politique et une mobilisation de toutes les parties prenantes. Dans cette optique, le Royaume marocain s'est engagé dans cette piste en procédant à la mise en place graduelle de la généralisation de la couverture médicale pour tous les citoyens. Bien entendu, la réussite de ce chantier social ambitieux nécessite de repenser la politique sanitaire au Maroc en misant sur un financement pérenne de système de santé et en mobilisant les ressources humaines et financières nécessaires.

Généralement le financement de la protection sociale en général et la couverture médicale en particulier dans le monde trouve leur fondement dans deux grands archétypes qui ont émergé en Europe à savoir : le modèle bismarckien fondé à la fin du XIX siècle par le chancelier allemand Otto Von Bismarck (1815-1898), basé sur les principes de l'assurance (modèle assurantiel financé par les cotisations des employeurs et employés) et le modèle de Beveridge qui est un modèle assistanciel institué en 1945 par l'économiste britannique William Beveridge (1879-1963), basé sur le financement par l'impôt de l'État.

Le Maroc à l'instar de plusieurs pays adopte un système mixte de financement empruntant les caractéristiques de ces deux modèles.

### **3. Couverture sanitaire au Maroc : État des lieux**

Si on compare le Maroc avec les voisins, la Tunisie et l'Algérie, il se trouve à bas de l'échelle lorsqu'elle s'agit de la couverture médicale au profit de leur population. En effet, la multitude de régimes d'assurance maladie en Tunisie fait que 98% de la population tunisienne bénéficie de la couverture médicale (Badr Dehbi (2017) Quant à l'Algérie, l'assurance maladie couvre près de 90% de la population (assurés et ayants droit). En effet, Maroc reste loin de ces chiffres avec seulement 60% de la population. Si les Comptes nationaux de santé (CNS) montrent que les ménages contribuent à plus de 53% au financement de leurs soins de santé par des paiements directs alors que l'État ne participe que de 30% dans ce financement (CNS 2013), les ménages algériens ne paient que 30% des coûts inhérents à leurs soins de santé.

Bien entendu, l'ouverture du système de santé face à la gratuité des gestes de soins dans le cadre du RAMED n'a pas été accompagnée d'une amélioration des capacités de prise en charge et de l'offre de soins en général. Cette situation a eu un impact négatif sur la satisfaction des besoins des patients qui se sont retrouvés face à un allongement de la file d'attente pour leur accessibilité aux différentes structures de soins, des rendez-vous lointains et une qualité non acceptable des services (Saadia Radi (2019).

---

A priori, pour aller à un hôpital, il faut des moyens de transport, des ambulances équipées le cas échéant, et cela implique la nécessité d'avoir de bonnes routes, des systèmes de maintenance, des politiques publiques intersectorielles pour agir et réaliser l'accès digne et équitable aux soins de santé pour toutes les franges de la population.

Pour pallier aux dysfonctionnements de son système de santé, le Maroc est appelé à repenser sa politique de financement pour qu'il soit en mesure d'apaiser le fardeau des coûts de santé supportés par les ménages. Dans cette optique, la généralisation de la couverture médicale à toutes les franges de la population constituera une véritable opportunité pour le développement du système de santé marocain en général et pour l'amélioration de la médicalisation des citoyens marocains en particulier.

### **3.1. Genèse de la couverture médicale de base**

Au Maroc, une réforme de financement de la santé a été initiée en 2002, à travers l'adoption de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base (CMB). Ladite loi a instauré deux régimes de la couverture médicale de base. Il s'agit de l'Assurance Maladie Obligatoire de base (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale aux économiquement démunis (RAMED). Le premier est fondé sur les principes et les techniques de l'assurance sociale au profit des personnes exerçant une activité lucrative, des titulaires de pension, d'anciens résistants et membres de l'armée de libération et des étudiants. Alors que le deuxième (RAMED) est fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale. De son côté, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) a été créée en 2005 pour assurer l'encadrement technique et la régulation de l'AMO, ainsi que la gestion des ressources financières du RAMED.

#### **3.1.1 Assurance Maladie Obligatoire (AMO)**

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a été instituée par la loi n°65-00 de 2002 et entrée en vigueur le 18 août 2005. Elle représente un régime de protection sociale avec notamment la contribution des assurés et des employeurs. Elle est fondée ainsi sur les principes de mise en commun des risques. L'AMO a évolué depuis sa création tant au niveau des catégories de personnes éligibles, qu'aux catégories de médicaments et soins couverts. L'AMO est géré par deux organismes : la CNSS et la CNOPS.

- **Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)**

Entrée en vigueur le premier mars 2006, la CNSS est un établissement public gérant le régime obligatoire de la sécurité sociale de l'ensemble des salariés du secteur privé au Maroc. La couverture concerne les salariés du secteur privé et leurs ayants droits, et les titulaires de pensions du secteur privé. Elle couvre ainsi les salariés de l'industrie, du commerce ainsi que ceux de l'agriculture et de l'artisanat. D'après les chiffres de 2019, 7,4 millions de Marocains sont éligibles (Caisse Nationale de Sécurité sociale (2019)).

- **Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS)**

Créée en 1950 et régie par les dispositions de la loi n°65-00 portant code de la couverture médicale de base, la CNOPS couvre les salariés de la fonction publique (fonctionnaires, agents et retraités du service public). Elle est étendue depuis 2007 aux victimes des violations des droits de l'Homme, et aux étudiants depuis



janvier 2016. À la fin 2017, le nombre des bénéficiaires de l'AMO géré par la CNOPS a atteint 3.030.448 personnes (CNOPS,2017)

La CNOPS est la 2ème source de financement du secteur de la santé après le Ministère de la santé et de la protection sociale. Elle a payé de 2005 à 2017 : 40.444.030.683 DH répartis entre les assurés (avec un montant de 21.777.921.153 DH) et les prestataires de soins (avec un montant de 18.666.109.861 DH). (CNOPS,2017)

En 2018, la population couverte par l'assurance maladie représente 40,6% de la population totale (estimée à 35,2 millions habitants), soit 14,3 millions de bénéficiaires. Les ressources de l'assurance maladie proviennent principalement des cotisations ou des primes payées par les adhérents (Cotisations salariales) et des cotisations payées par les employeurs (Cotisations patronales). L'effectif des adhérents à la CNOPS, CNSS, Caisses internes et mutuelles et entreprises d'assurance privée est de l'ordre de 6,02 millions de personnes, soit 51% de la population active occupée âgée de plus de 15 ans. Le tableau suivant présente la population couverte par catégorie d'assurance maladie

**Tableau n°1** : Taux de couverture de la population par l'assurance maladie, 2018

Institution	Adhérents	Ayant Droits	Bénéficiaires	% de la population
CNOPS	1 350 526	1 835 576	3 186 102	9%
CNSS	2 79 5643	3 582 673	6 378 316	18,10%
Mutuelles et Régimes Internes	652 985	1 077 008	1 729 993	4,90%
Assurances Privées	1 229 632	1 768 387	2 998 019	8,50%
Total	6 028 786	8 263 644	14 292 430	40,60%

**Référence : Elaboré par nos soins**

La lecture du tableau permet de montrer que la CNSS et la CNOPS couvrent ensemble plus de deux tiers des bénéficiaires de l'AMO. La CNSS couvre 45% des bénéficiaires suivie par la CNOPS avec une proportion de 22%.

### 3.1.2. Régime d'Assistance Médicale (RAMED)

Après une phase d'étude pilote lancée en 2008 dans la région Tadla-Azilal, le roi Mohammed VI a donné le coup d'envoi de la généralisation du RAMED le 13 mars 2012. Ce régime d'assistance a permis de couvrir plus de 11 millions de Marocains au 30 novembre 2016, dont plus de 6 millions de personnes avec des cartes actives (ANAM (2016))

Les citoyens éligibles au RAMED sont classés en 2 catégories, selon les revenus ou le patrimoine : d'un côté les personnes en situation de pauvreté, bénéficiant du RAMED à titre gratuit ; d'un autre côté les personnes en situation de vulnérabilité pour lesquels une contribution annuelle de 120 DH est demandée, plafonnée à 600 DH par foyer. La durée d'éligibilité de la carte RAMED est de trois ans.

Dans les hôpitaux publics, les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'État, le panier de soins relevant du RAMED est le même que celui de l'AMO. Cependant, les bénéficiaires doivent respecter une filière de soins organisée (hors situation d'urgence) en se rendant en premier lieu au centre de santé de rattachement de leur domicile qui figure au verso de la carte RAMED. À noter que la prise en charge des prestations couvertes par le RAMED se fait exclusivement dans les structures publiques de santé marocaines (la prise en charge dans les cliniques privées et à l'étranger sont exclues).

### 3.2. Vers une couverture sanitaire universelle

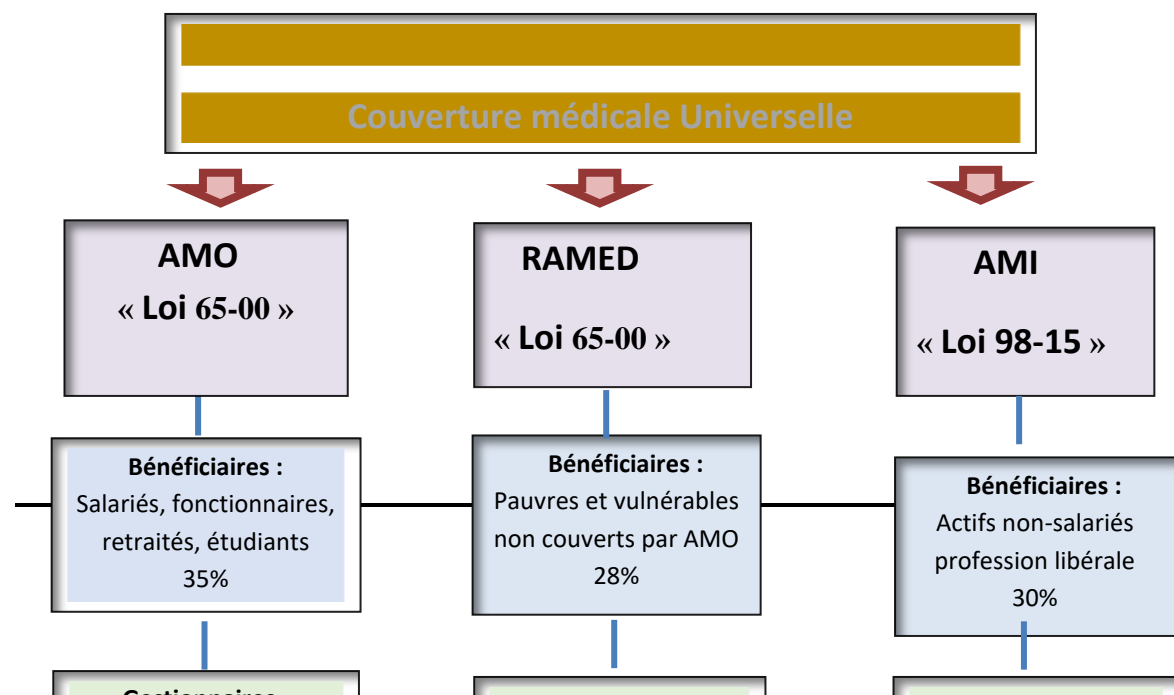
Dans ce titre, nous mettons en exergue les différentes réformes juridiques entreprises ces dernières années pour assurer une couverture sanitaire universelle. Nous faisons référence notamment à loi 98-15 du 2017 qui vise à intégrer les travailleurs indépendants et son prolongement : Loi Cadre 09-21 relative à la Protection sociale.

#### 3.2.1 Loi 98-15 relative à l'Assurance Maladie de Indépendant (AMI)

La loi 98-15 relative au système de l'assurance maladie obligatoire a été instaurée pour faire profiter les professionnels et les travailleurs indépendants et non-salariés exerçant des activités privées d'une couverture médicale. Elle a fait l'objet de publication dans le BO n° 6586 du 13 juin 2017. Cette loi introduit la couverture médicale en faveur des travailleurs indépendants et des personnes exerçant une activité libérale. Ils sont approximativement au nombre de 11 millions de bénéficiaires parmi les assurés et les ayants droit, soit 30% de la population. Elle prévoit le principe d'obligation d'adhésion à ce régime, tout en déléguant sa gestion à la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), d'une manière autonome par rapport à la gestion des autres régimes. Cette loi présente plusieurs avantages :

- Aucune limite n'est prévue pour le remboursement des frais.
- Toutes les maladies sont couvertes, même si le bénéficiaire est atteint avant l'adhésion à l'AMO.
- La cotisation se fera selon un revenu forfaitaire qui dépendra de la nature et de l'activité exercée. Les détails seront décidés à travers des textes d'application qui seront publiés plus tard. La figure ci-dessous résume le cadrage de la couverture médicale universelle.

**Figure n°1** : Cadrage de la couverture médicale universelle





### **Référence : Elaborée par nos soins**

Avec les deux régimes (l'AMO et le RAMED), les besoins sanitaires essentiels de 62% de la population sont couverts (34% pour l'AMO et 28% pour le RAMED). Les professions libérales et les travailleurs indépendants (non-salariés) représenteraient à peu près 32% (environ 11million) de la population marocaine. Cependant, la mise en œuvre sur le plan pratique de cette loi n'est pas encore établie. La couverture médicale des indépendants s'est intégrée dans un grand projet sociétal de grande envergure à savoir la loi 09-21 relative à la généralisation de la Protection sociale au Maroc. La mise en œuvre du programme relatif à l'intégration du RAMED et d'AMI dans l'AMO (environ de 22 Millions des Marocains) au plus tard fin 2022, va représenter un pas important pour assurer une couverture sanitaire universelle prônée par l'OMS et définie comme priorité mondiale.

#### **3.2.2 Loi n° 09-21 relative à la Protection sociale**

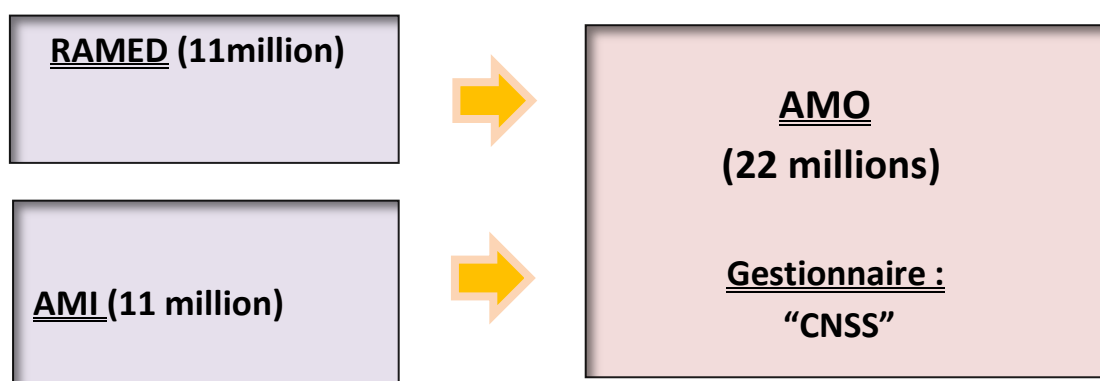
Le système actuel de protection sociale se trouve confronté à une multitude de risques et de défis (multiplicité des programmes, diversité des acteurs impliqués, manque de système de ciblage commun, multiplicité des supports de financement). Ceci pose ainsi des problématiques de gouvernance liées, essentiellement, à la coordination des interventions et à l'efficacité de la dépense publique.

Face à ces constats, un vaste chantier de réforme du système de protection sociale au Maroc a été lancé par Sa Majesté le Roi, qui a annoncé à l'occasion de la Fête du Trône de l'année 2020, la nécessité d'assurer une protection sociale à tous les Marocains étant donné que la dynamique de développement économique est articulée à la promotion du secteur social et à l'amélioration des conditions de vie des citoyens.

Ainsi, les Hautes Directives de Sa Majesté le Roi viennent consacrer la généralisation de la couverture sociale universelle qui se déclinera selon les quatre axes suivants :

Premièrement : De 2021 jusqu'au fin 2022, nous avons assisté à l'extension de la couverture médicale obligatoire, de sorte que 22 millions de bénéficiaires additionnels ont accédé à l'Assurance maladie de base qui couvre les frais de soins, de médicaments, d'hospitalisation et de traitement. À cette fin, La Chambre des Représentants a adopté le 15 mars 2021 à l'unanimité, la loi 09-21 relative à la Protection sociale visant à intégrer 22millions des Marocains dans l'AMO

**Figure n°2 : Loi 09-21 et ses bénéficiaires**



**Référence : Elaborée par nos soins**

#### **4. Résultat et discussion**

Nous allons présenter les modèles de réussite de la couverture sanitaire universelle dans les pays Benchmark puis nous discutons les facteurs clés de succès de la généralisation de la couverture au Maroc. Ceci va nous permettre de tirer les enseignements de certaines expériences internationales.

##### **4.1 Modèles de réussite de la Couverture sanitaire universelle dans les pays Benchmark**

###### **➤ THAILAND**

Les autorités thaïlandaises ont travaillé dans les années 80 et 90 sur le volet du renforcement du système de santé notamment l'infrastructure et les ressources humaines permettant de répondre au besoin de santé de la population (Teerawattananon Y et al. (2009). La Thaïlande a un système de santé qui est l'un des meilleurs



---

au monde. Le pays a lancé son programme de couverture universelle en 2002, qui a ouvert la couverture sanitaire universelle à tous les citoyens. La plupart (plus de 90%) des Thaïlandais bénéficient d'une couverture santé par le biais de ce régime de couverture universelle.

Pour accompagner le chantier de généralisation, les autorités ont adhéré au Programme d'évaluation des interventions et technologies de la santé. Le programme vise notamment à évaluer les coûts, l'efficacité et la rentabilité des technologies de la santé, non seulement les médicaments et les procédures médicales, mais aussi les mesures de santé publique et les changements apportés au système de santé lui-même (Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. (2009)).

En ce qui concerne le volet du suivi et d'évaluation de la couverture. Les décideurs ont investi dans le développement des systèmes d'information et le déploiement des indicateurs de suivi et d'évaluation au niveau des différentes plates-formes.

Avec la mise en œuvre de la CSU, tous les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé ont été atteints. Ce qui a reflété la résilience et la maturité du système de santé, au Thaïlande. Parmi les points forts du système de santé en Thaïlande est que ce dernier est basé sur une décentralisation développée des services et structures de soins. En effet, le budget est réparti entre les territoires de santé d'une manière équitable afin de lutter contre toute sorte de disparité entre eux. De même, ce pays connaît un transfert radical des fonds des hôpitaux situés en zones urbaines vers les établissements des soins de santé de base des différents territoires. Dans ce continuum des mesures accompagnatrices de la couverture médicale universelle dans ce pays asiatique, et bien que la pratique des médecins publics dans le secteur privé soit permise dans ce pays. De fortes incitations financières ont été allouées exclusivement aux médecins qui n'exercent que dans le secteur public. Cette mesure a permis de motiver les médecins pour exercer que dans le secteur public tout en assurant une prise en charge de qualité à leurs patients (Pongpisut Jongudomsuk (2015)). Dans la même vague, le fait de rendre obligatoire l'exercice de trois ans de service dans les milieux ruraux et dans les zones enclavées pour les médecins et infirmiers, ceci a constitué une mesure importante en faveur de la soutenabilité de l'universalisation de la couverture médicale au Thaïlande.

➤ **TURKEY**

La Turquie s'est inscrite en 2008 dans une couverture généralisée avec la mise en œuvre de loi sur la sécurité sociale et l'assurance maladie universelle et du programme de transformation de la santé (HTP) par le gouvernement en 2003.

Avant ses différentes réformes, les indicateurs de santé étaient inférieurs à ceux des États membres de l'OCDE et d'autres pays à revenu moyen. Le système de financement de la santé était fragmenté, avec quatre régimes d'assurance distincts et un programme de « carte verte » pour les pauvres, chaque régime comporte des prestations et des règles d'accès distincts (Meltem Aran, Claud Rokx (2014)).



La loi a unifié les systèmes de sécurité sociale du pays et a rendu les services de santé accessibles à tous les citoyens. Dans le même titre, le programme de transformation de la santé (HTP) initié par le gouvernement a regroupé cinq régimes d'assurance maladie dans un seul régime général d'assurance maladie avec des prestations harmonisées et élargies (Rifat Atun (2013)). Le programme a élargi aussi la couverture d'assurance pour les groupes de population les plus pauvres, par le biais du programme Green Card (carte verte), une assurance maladie non contributive financée par le gouvernement (Abdullah Tirgil et al, 2018). L'extension du programme de la carte verte a permis de faire passer le taux de couverture de population la plus pauvre de 2,4 millions de personnes en 2003 à 10,2 millions en 2011.

Plusieurs facteurs ont contribué à atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle et à améliorer les résultats en matière de santé en Turquie. Ces facteurs comprennent la croissance économique, la stabilité politique, une stratégie de transformation du système de santé, une mise en œuvre rapide des politiques publiques en matière de santé, et un apprentissage continu en sus des améliorations simultanées du système de santé, tant du côté de la demande (augmentation de la couverture de l'assurance maladie, avantages sociaux et réduction des dépenses directes des ménages) et du côté de l'offre (extension des infrastructures, des ressources humaines en santé et des services de santé) (Rifat Atun, 2013).

Les efforts de réforme de la Turquie ont entraîné une extension rapide de la proportion de la population couverte et des services auxquels ils ont droit. La protection financière de la population s'est améliorée. À titre d'exemple, la couverture d'assurance est passée de 64 à 98 % entre 2002 et 2012 ; la part des femmes enceintes bénéficiant de quatre consultations prénatales est passée de 54 à 82 % entre 2003 et 2010 ; et la satisfaction des citoyens à l'égard des services de santé est passée de 39,5 à 75,9 % entre 2003 et 2011 (Aran M., et C. Rokx. Forthcoming, 2013).

#### ➤ COSTARICA

La couverture sanitaire universelle au Costa Rica a une existence ancienne et intéressante. Elle est placée depuis les années 1960 sous la responsabilité de l'institution de sécurité sociale qui jouit d'une autonomie financière et de gestion par rapport au gouvernement général. La promulgation de la CSU dans les années 80 a été accompagnée par un transfert des hôpitaux à l'institution de sécurité sociale.

La santé de la population était une priorité politique au Costa Rica. En effet, les dépenses totales de santé ont voisiné le 11 % du PIB au Costa Rica (J-R Vargas 2013). Le système de couverture sociale a connu un succès dans les années 90 (88 % de Costariciens étant couverts). Une priorité a été accordée à la couverture de l'ensemble de services de soins de santé primaires, et à la promotion de la santé de toute la population, y compris le secteur informel. Ce sont les soins de santé primaires qui ont contribué de manière importante à placer le Costa Rica sur la liste des meilleurs résultats en matière de santé en Amérique latine et dans les Caraïbes, avec des espérances de vie et des taux de mortalité infantile à des niveaux similaires à ceux de l'OCDE européenne (Organisation pour l'économie, coopération et développement) (F Montenegro Torres ,



---

2013) L'espérance de vie à la naissance approche désormais les 80 ans en moyenne pour les deux sexes (Jorine Muiser (2013).

Un cadre détaillé d'analyse des performances des soins primaires est utilisé pour évaluer le travail des autorités de santé locales au regard d'une trentaine d'indicateurs portant sur l'accès, la continuité des soins, l'efficacité, l'efficience, le degré de satisfaction des patients et la compétence organisationnelle. Un objectif est défini à l'échelon national pour chaque indicateur. Les résultats obtenus au niveau local sont publiés régulièrement, en permettant ainsi aux prestataires de soins de comparer leurs performances avec les cibles établies au niveau local, régional et national.

La gouvernance et le financement de l'assurance maladie (CCSS : Caja Costarricense de Seguro Social) suivent le modèle tripartite traditionnel des institutions de sécurité sociale latino-américaines (F Montenegro Torres (2013). Les ressources fiscales fournies par le gouvernement central sont distribuées sous forme des subventions pour tous les régimes :

- Le régime contributif obligatoire pour toutes les personnes employées est financé par une taxe sur les salaires de 15 % ;
- Le régime volontaire partiellement subventionné est financé par les cotisations des particuliers à un taux de 10,25 % du revenu des travailleurs indépendants
- Le régime non contributif pour les ménages pauvres financé par les recettes fiscales provenant des taxes sur les produits de luxe, les alcools, la bière, les sodas et autres biens importés.

Les différentes sources de financement sont rassemblées dans un seul groupe géré par l'unité centrale d'administration financière du CCSS.

#### ➤ **RWANDA**

Au Rwanda la CSU a été promulguée en vertu de la loi de 2008 portant sur l'universalisation de la couverture médicale pour toute la population. Ce pays a enregistré des résultats spectaculaires en termes de taux de couverture en Afrique. En 2010, la couverture de l'assurance maladie dans ce pays a voisiné les 97%. Le taux concerne à la fois le secteur formel et informel. Les travailleurs du secteur formel au Rwanda sont couverts par des régimes de soins de santé différents en fonction de leur statut alors que les travailleurs du secteur informel sont couverts par plusieurs caisses relevant de la mutuelle communautaire.

Ce pays est considéré comme un modèle référentiel en termes de taux de couverture en Afrique. Les clés de réussite du système de santé au Rwanda sont principalement attribuées aux points suivants :

- Une couverture médicale large dépassant 90% de la population grâce au système de mutuelle communautaire ;
- Système de financement de travailleurs de santé basé sur la performance ;
- Zéro tolérance corruption ;
- Organisation décentralisée du système de santé ;
- Système d'information intégré



---

- **Système d'accréditation des hôpitaux**

Les aides extérieures ont eu un impact significatif sur le système de soins rwandais. Ils ont permis le paiement des salaires du personnel de santé et la réhabilitation des infrastructures techniques et médicales. La politique de décentralisation de santé a accordé aux établissements de santé une certaine autonomie de gestion. En effet, les Centres de santé détiennent leurs propres comptes bancaires et les comités de gestion des centres peuvent prendre des décisions en toute autonomie.

Le financement à la performance des structures de soins a eu aussi un impact significatif dans ce pays :

- Les contrats de performances ont modifié le comportement de prestataires de soins, d'un comportement passif à un comportement proactif. La distribution des fonds directement vers les structures décentralisées a amélioré la culture et les pratiques d'accueil des personnels de santé qui traitent désormais leurs usagers comme des clients, et non plus seulement comme des patients ;
- Les fournisseurs de soins ont pris conscience que leurs activités génèrent les ressources. Le profit gagné sera réinvesti dans la structure de soins ou distribué au personnel sous forme de prime de motivation ;
- Le système basé sur la performance permet la compétition et la concurrence entre les établissements de soins de santé publique et privée. Les patients ont la possibilité de choisir où aller se faire soigner, en courtisant la meilleure qualité.

➤ **Suisse :**

Le système de santé suisse est un système libéral. Le médecin suisse est rémunéré à l'acte et à la durée de consultation. Ainsi, les patients en suisse bénéficient de la CSU rendue obligatoire depuis l'introduction de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996. Le patient contracte une assurance de base obligatoire auprès de sociétés d'assurance privées à but non lucratif ; le choix de l'assurance est libre et ces dernières fournissent les mêmes prestations à tous les assurés, mais pas au même prix (dépendant du lieu de résidence et du modèle choisi). Les assurés doivent supporter une partie des dépenses de soins à travers le paiement d'une franchise et d'une quote-part (participation de 10% aux frais dépassant le montant de la franchise avec un plafonnement à 700 francs par année). Or, les assurés à faible revenu bénéficient d'aides des cantons pour leur prime d'assurance. L'assurance de base couvre, entre autres, quasiment l'ensemble des soins ambulatoires dispensés par le médecin de famille (Nicolas Senn, Sonja Tiaré Ebert, Christine Cohidon, 2016). Le médecin de famille en suisse joue un rôle capital en matière de coordination et d'optimisation de parcours de soins. En effet chaque patient est obligé de passer par le médecin de première ligne ou le médecin de famille qui le prend en charge et peut le cas échéant le transférer vers un spécialiste ou un hôpital pour éventuelle hospitalisation. Ainsi aucun remboursement ne peut avoir lieu si ce parcours n'est pas respecté par le patient. En contrepartie le patient obtient une réduction des primes d'assurances maladie de 10-15% selon les modèles d'assurances.

➤ **France :**



En 2016, la couverture maladie universelle (CMU), lancée en 2000 devient la Protection Universelle Maladie (PUMa). Elle accorde des droits continus et non plus limités dans le temps durant toute la vie à toute personne travaillant et résidant en France de façon stable. L'affiliation à la couverture médicale de base en France est immédiate en relation avec le lieu de résidence et non pas l'activité professionnelle. Ainsi, le bénéficiaire de ce droit ne cesse que si la personne intéressée a quitté le territoire Français ou si elle est présumée absente. En effet, il existe deux régimes de CMU en France, un régime obligatoire de base qui ne couvre pas tous les frais de soins et régime complémentaire facultatif qui dispense son bénéficiaire de faire l'avance des frais quel que soit le professionnel de santé consulté qui correspondent au reste à charge des ménages (forfaits hospitaliers, ticket modérateur, franchise, ...) (Jean-François Chadelat(2012)).

Bien entendu, les régimes d'assurance médicale en France se caractérisent par une adhésion et des cotisations obligatoires. Cela signifie qu'ils dépendent d'une solidarité généralisée sur la base de cotisations proportionnelles aux revenus et d'un accès aux soins déterminé en fonction des besoins. En effet, les principaux régimes de sécurité sociale (le régime général, qui a intégré les travailleurs indépendants à partir du 01/01/2018, plus le régime agricole, sont regroupés au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie UNCAM), dont le rôle est de :

- \* Conduire les liens entre le système d'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux
- \*Déterminer la gamme de services éligibles au remboursement
- \*Fixer les tarifs de prise en charge des soins

Il importe de souligner que le système de santé français est un système universel financé en grande partie par l'assurance maladie publique. Dans son évaluation de 2000 des systèmes de soins de santé mondiaux, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a constaté que la France fournissait les meilleurs soins de santé globaux au monde. En effet, en 2017, la France a consacré 11,3 % de son PIB aux soins de santé, soit 5 370 USD par habitant, un chiffre supérieur à la moyenne dépensé par les pays riches (la moyenne de l'OCDE est de 8,8 %, 2017), mais similaire à l'Allemagne (10,6 %) et au Canada (10 %), mais beaucoup moins qu'aux États-Unis (17,1 %, 2018). Environ 77 % des dépenses de santé sont couvertes par des organismes financés par le gouvernement.

Parmi les points forts de ce système Français, c'est que les médecins généralistes exerçant dans le secteur privé tirent leurs honoraires directement des caisses d'assurance publiques. Bien entendu, L'offre de soins de santé dépend fortement des prestataires privés. Les soins ambulatoires sont principalement dispensés par des professionnels de santé privés indépendants, notamment des médecins (généralistes et spécialistes), des infirmières, des dentistes et des auxiliaires médicaux, travaillant dans leur propre cabinet individuel ou dans des centres de santé/médicaux et des services ambulatoires hospitaliers. Plus de la moitié de toutes les chirurgies et un quart des soins obstétricaux sont fournis par des hôpitaux privés à but lucratif qui sont sous contrat et payés par le fonds de régimes d'assurance maladie sociale obligatoire (SHI) (Zeynep Or, Coralie Gandré (2019)).



---

Aujourd'hui, en France 95% de la population est couverte par 3 régimes principaux, un pour les travailleurs du commerce et de l'industrie et leurs familles, un autre pour les travailleurs agricoles, et enfin la caisse nationale d'assurance des travailleurs indépendants non agricoles.

De toute évidence, le système français encourage la pluralité dans l'offre de soins de santé en reposant sur une combinaison de prestataires publics et privés. Cette pluralité, avec une forte proportion de prestataires privés travaillant sous la réglementation de l'assurance publique, explique en partie les résultats relativement bons concernant les délais d'attente et la satisfaction des patients (Zeynep Or, Coralie Gandré (2019). Bien entendu, les soins de santé sont financés par un système d'assurance sociale dont la couverture est effectivement universelle. Les coûts liés à la santé sont couverts par une combinaison de régimes d'assurance maladie sociale obligatoire (SHI) et d'assurance maladie complémentaire privée (CHI). L'ensemble des prestations est complet, uniforme et de bonne qualité dans l'ensemble. En outre, la France a l'un des niveaux de paiements directs les plus faibles parmi les pays de l'OCDE (OCDE, 2017).

Plus encore, la carte Vitale a permis aux Français de justifier leurs droits auprès des professionnels de santé et d'être remboursé dans un délai de 5 à 7 jours, sans avoir de démarches à effectuer. Il s'agit d'une carte à puce contenant les renseignements administratifs utiles à la prise en charge des soins. Le professionnel de santé consulté (médecin, dentiste, etc.) par les patients utilise cette carte Vitale pour établir une feuille de soins électronique (qui remplace la feuille de soins papier), ainsi les informations sont directement transmises à l'organisme d'assurance maladie de l'intéressé en évitant les déplacements et les rouages de l'administration.

Force est de souligner que pour les dépenses médicales en France, l'utilisateur ne paie qu'une partie du coût réel des prestations dont il bénéficie, la partie non acquittée par lui étant prise en charge selon sa situation personnelle :

- soit en totalité au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- soit en partie par l'organisme public d'assurance maladie ;
- soit en quasi-totalité, s'il dispose d'une couverture volontaire dite « complémentaire » par intervention combinée de l'assurance maladie et de l'organisme d'assurance complémentaire auquel il a préalablement cotisé (à titre individuel, ou dans le cadre d'une couverture collective obtenue par exemple dans le cadre de son entreprise).

Un autre point fort de ce système sanitaire Français et qui constitue d'ailleurs une garantie de pérennisation financement de ses caisses. Il s'agit d'un dispositif intitulé « Tiers payant contre génériques », mis en place depuis en 2010 assurance maladie, dont le principe est de ne pas appliquer le tiers payant aux patients qui refusent les médicaments génériques, moins chers. De même, le patient qui ne respecte pas le parcours de soins ne sera pas remboursé comme celui qui le respecte.

➤ **Espagne :**



---

L'Espagne dispose d'un système de santé public, principalement financé par les impôts. En conséquence, les soins de santé en Espagne sont gratuits ou peu coûteux pour les résidents (et leurs personnes à charge) payant la sécurité sociale. Le système Espagnol de santé (SES) est fortement décentralisé au profit des régions autonomes, il couvre 99,7 % de la population espagnole. Les 0,3% restants n'ont accès qu'aux soins médicaux privés.

Ce système est fondé sur les principes d'universalité, de gratuité d'accès, d'équité et de justice de financement, et est principalement financé par les impôts. Il est organisé à deux niveaux – national et régional reflétant la division administrative du pays. Les compétences sanitaires sont transférées aux 17 Communautés Autonomes (CA), le niveau national étant responsable, sous la gouvernance du Conseil Interterritorial du SES.

La couverture médicale des citoyens en Espagne est inspirée du système national de santé mis en place au Royaume-Uni par la réforme Beveridge en 1947. Le système de santé espagnol est principalement financé par la fiscalité. Bien entendu, les dépenses totales de santé représentent 9,2 % du PIB avec une dépense annuelle moyenne de 2000 euros par personne. Le gouvernement central apporte un soutien financier à chaque région en fonction de critères démographiques. Ce modèle espagnol se caractérise par trois principes : Universalité où les prestations de santé sont garanties abstraction faite de la situation personnelle, sociale et financière de chacun ; égalité : tous ont droit aux mêmes services ; Globalité : la référence n'étant pas la maladie mais l'individu dans sa globalité (Enrique Bernal-Delgado, Sandra García-Armesto, 2018). Le système de santé public espagnol est généralement de haute qualité, avec un personnel médical bien formé. L'Espagne dispose d'un bon réseau d'hôpitaux et de centres médicaux, dont certains sont classés parmi les meilleurs au monde. Les paiements de sécurité sociale financent le système, ce qui signifie que la plupart des résidents n'ont pas besoin d'assurance privée pour accéder aux services de santé.

L'indice des soins de santé 2019 classe l'Espagne au septième rang sur 89 pays pour l'ensemble des soins de santé, derrière seulement l'Autriche et le Danemark en Europe (Enrique Bernal-Delgado, Sandra García-Armesto, 2018). En effet, l'espérance de vie augmente depuis les années 1990. En 2014, l'espérance de vie a atteint 83,2 ans, soit la plus élevée au niveau de l'Union européenne (UE) et sur la moyenne de l'UE de 80,9 ans (MSSSI, 2017b), avec 86,1 ans pour les femmes et 80,4 ans pour les hommes.

Par ailleurs, les personnes âgées, les enfants, les chômeurs peuvent tous accéder aux soins de santé gratuitement même s'ils ne paient pas eux-mêmes la sécurité sociale. Les coûts des soins de santé publics peuvent également varier d'une région autonome à l'autre. En moyenne, les paiements directs représentent environ 24 % du coût total. Les ménages espagnols payent entre 10 et 60 % du prix total des médicaments, selon le niveau de revenu sauf pour les retraités et les invalides où ce pourcentage est moins de 10% voir gratuit. Ainsi, pour les citoyens ayant des revenus annuels compris entre 18.000 et 100.000 euros qui constituent d'ailleurs la grande partie des citoyens de l'Espagne, il faudra assumer 50% du montant du prix de vente public du médicament.



Indubitablement, les soins de santé espagnols, réglementés par le sistema National de salud (SNS), sont largement répartis dans tout le pays. Ils sont publics, gratuits et accessibles à tous les résidents espagnols. Les personnes qui travaillent paient des cotisations sociales mensuelles pour maintenir le système public de santé. Ces cotisations garantissent que presque tout le monde peut accéder aux soins de santé gratuitement et ne doit payer qu'un pourcentage sur les ordonnances médicales auprès des officines (paiement d'une petite franchise ou ticket modérateur par les ménages). Les médicaments sont délivrés auprès des pharmacies avec des prix moins chers, la plupart des médicaments sont donnés sans ordonnance à l'instar du paracétamol et des antibiotiques. Les expatriés ou les personnes qui ne sont pas résidents de façon permanente en Espagne doivent souscrire une assurance privée pour éviter le paiement des dépenses catastrophiques quant à leur médicalisation. De même, cette assurance privée est utilisée pour récupérer le cout supporté par les ménages lors de leur achat de certains médicaments, soins dentaires, lunettes médicales, ...

C'est seulement en respectant son "parcours de santé" au dispensaire par la visite de son médecin traitant (généraliste ou médecin de famille) et en effectuant l'éventuel suivi auprès des spécialistes du service public, que le patient Espagnol pourra bénéficier de l'entière gratuité des soins, sans avancer d'argent.

➤ **Japon**

Le système de santé japonais est l'un des systèmes les plus performants au monde. En effet, Avant les années 60, environ la moitié de la population vivait dans la pauvreté. Néanmoins et au cours des années 1960, la croissance économique a connu une évolution considérable. Comme résultante, la croissance annuelle du produit intérieur brut de 11 pour cent a facilité la mise en œuvre d'un plan de doublement des revenus des citoyens, ce qui a permis d'élargir l'espace fiscale nécessaire à la CSU (Sakamoto, H. et al.,2018). Ce doublement des revenus a rendu plus abordable le paiement des contributions versées par les citoyens japonais au système d'assurance maladie sociale et a permis par conséquent au gouvernement d'allouer davantage de fonds à la santé. Ce système sanitaire est fortement décentralisé où les services et les soins de santé sont prodigués d'une façon équitable à toute la population en prenant compte les spécificités de chaque région et la situation financière de citoyens. Bien entendu, le financement de la santé au Japon repose sur une couverture médicale universelle qui depuis 1962 permettait de garantir une panoplie de services et de prestations aux citoyens résidents au Japon. En contrepartie, ces derniers sont tenus de s'affilier à un organisme d'assurance maladie en fonction de leur situation sociale et professionnelle. Dans ce sillage, On distingue trois principaux régimes esquissant le système de couverture médicale au Japon, à savoir :

- le régime d'assurance maladie des salariés « Kenkō Hoken »,
- le régime public d'assurance maladie « Kokumin Kenkō Hoken », qui s'applique à toute personne âgée de moins de 75 ans ne relevant pas d'un régime de salariés,
- le régime d'assurance maladie pour personnes âgées « Koki Koreisha Iryo Seido », dont relève toute personne âgée de plus de 75 ans (65 ans si l'intéressé présente un certain degré d'incapacité).



---

Ces régimes d'assurance médicale permettent à leurs assurés de bénéficier d'un paquet important de prestations qui sont divisés en deux prestations :

- Prestations en nature :
  - les examens médicaux,
  - les médicaments
  - les fournitures médicales,
  - les soins d'urgence,
  - les traitements chirurgicaux et médicaux,
  - les soins infirmiers à domicile,
  - les soins dentaires,
  - les soins de maternité uniquement pour les accouchements difficiles,
  - les hospitalisations,
  - le transport des malades.
- Prestations en espèces :
  - Indemnités journalières de maladie
  - Allocation de maternité
  - Frais funéraires en cas de décès
  - Prime de naissance

Par ailleurs, le Japon a élargi sa couverture sanitaire à travers la mise en place des programmes d'assurance couvrant différentes catégories d'assurés. Ces derniers ont eu les mêmes droits et les mêmes avantages. Un partage identique des coûts a été instauré chez les personnes appartenant au même groupe d'Age.

Bien encore, le remboursement et le financement des hôpitaux se fait principalement par le paiement à l'acte. Malgré que 80 % des établissements hospitaliers relèvent du secteur privé, 90% de leurs recettes proviennent des remboursements perçus des barèmes tarifaires.

Indubitablement, la gestion de la dépense en santé à travers un seul système de paiement a aidé le gouvernement de ce pays à conserver un contrôle strict sur l'ensemble de la dépense en santé. Les barèmes tarifaires sont établis par le gouvernement et leur révision se fait tous les 2 ans sur la base d'un taux général de révision des prix ainsi que les conditions générales de facturation de l'ensemble des services.

Force est de constater que les réformes de financement des hôpitaux ont été accompagné par des réformes organisationnelles afin d'améliorer leur efficacité. L'organisation hospitalière nationale a renforcé l'autonomie des gestionnaires hospitaliers, notamment en matière de restriction sur le recrutement de personnels et la fixation des salaires. La nouvelle structure de gouvernance a augmenté la redevabilité des directeurs d'hôpitaux et facilité l'introduction de contrats de travail flexibles avec le personnel hospitalier.

Quant aux ménages Japonais, ils participent directement au financement de leurs soins de santé. Cette participation est disparate en fonction de la région/territoire de domiciliation de chaque citoyen et en fonction



---

aussi du salaire annuel perçu. Le patient résidant au Japon peut payer entre 10 jusqu'à 30% de la charge totale de soins (lors de son hospitalisation, acte de jour et achat de médicament) dans le cadre de tiers payant, la partie restante est supportée par le régime d'assurance maladie auquel est assujéti le bénéficiaire. Ce mécanisme de tiers payant constitue un dispositif très important pour garantir la qualité de la prise en charge des patients en outre de participer à la pérennisation des différentes caisses de l'assurance maladie. De même, parmi les points forts de ce système Japonais c'est quel permet aux patients dont leurs cas imposent un déplacement justifié par son médecin traitant, la prise en charge partielle des frais de transport ou du trajet parcouru, qui sont payés par l'assurance maladie.

## **4.2 Discussion**

### **4.2.1 La couverture sanitaire universelle vise à assurer pour toute la population l'accès à des services de santé de qualité sans subir de difficultés financières.**

L'objectif principal qu'on associe à cette recherche est d'explorer les modèles de réussite de l'universalisation de la couverture sanitaire dans certains pays. Pour l'atteinte de cet objectif, nous nous sommes basés sur une revue de littérature afin d'explorer et de décrire les facteurs clés de succès de certains modèles en matière de généralisation de la CS.

La couverture sanitaire augmente l'utilisation des services de santé, renforce la protection financière des ménages et améliore l'état de santé de la population en général. La plupart des pays à revenu faible et moyen ont mis comme objectif dans leurs stratégies nationales la réalisation de la CSU. Néanmoins, la traduction de cet objectif en véritables actions concrètes demeure lente.

Les expériences existantes relatées dans cette modeste étude démontrent des résultats favorables en faveur de la mise en place de la CSU : un accès équitable aux services de santé, un faible niveau de besoins de santé non satisfaits et un niveau élevé de protection contre les risques financiers, un taux de médicalisation élevé et par conséquent des indicateurs de santé performants.

La CSU nécessite la mise en place d'un ensemble des mécanismes permettant la collecte des fonds nécessaires au financement de la généralisation de la couverture à travers des recettes publiques, les cotisations du secteur formel, les cotisations des ménages.

Les expériences des pays à revenu moyens et faibles ont montré qu'en dépit de ressources moyennes et faibles, il est possible de réussir le chantier du CSU et de protéger ainsi les plus pauvres contre l'augmentation des dépenses de santé.

Les pays sont parvenus à assurer la couverture universelle de la population grâce au renforcement des services de soins de santé primaire et aux redistributions équitables des ressources permettant d'atténuer les iniquités de couverture.



---

En Thaïlande et Costa-Rica, les mouvements sociaux ont joué un rôle primordial dans l'introduction de la CSU au programme politique et ont encouragé les Gouvernements à assurer le leadership nécessaire dans l'adoption et la mise en œuvre de ces réformes.

Parmi les politiques efficaces adoptées dans ces pays benchmark, il faut noter une approche basée sur la facilité d'accès aux services de santé primaire et aux médicaments grâce au mécanisme de tiers payant qui a facilité l'accès aux soins et aux médicaments aux patients et a permis aussi le paiement direct des prestataires de soins par les organismes de l'assurance maladie.

Le Japon, la Thaïlande, la Costa-Rica et la Turquie ont profité généralement de bonnes conditions macroéconomiques et ont placé la santé au centre des priorités budgétaires.

La disponibilité des ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant constitue un pilier incontournable pour accompagner l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Cependant, la pénurie en ressources humaines est un défi mondial qui s'accroît dans les pays à moyen et faible revenu. Certaines expériences des pays (Rwanda, Costa-Rica, Suisse) ont montré que les motivations pécuniaires sous forme de primes versés au personnels et non pécuniaires tels que la reconnaissance par les pairs, l'offre des équipements et outils nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches sans qu'elles soient contraignantes ont contribué de manière significative à améliorer l'offre de soins et l'activité du personnel.

Parmi les points forts des systèmes de santé retracés dans la présente étude, on peut citer l'obligation de respecter le parcours de soins pour les patients en France et en Suisse. Dans le cas où ces patients dépassent leurs médecins de famille ou leurs médecins généralistes, ou ne respectent pas leur parcours de soins, ils seront moins remboursés ou carrément non remboursés par les caisses d'assurance maladie. Ceci a permis dans ces pays une optimisation de parcours de soins des patients et un allègement de la pression dans les structures de soins spécialisées tout en assurant un financement pérenne des caisses d'assurance maladie.

Bien entendu, le fait de permettre le paiement des honoraires des médecins directement par les caisses d'assurance maladie en France surtout pour les soins de santé de première ligne, dans le cadre du mécanisme « tiers payant » a permis de récolter ses fruits, en apaisant significativement les dépenses directes des malades Français.

D'un autre côté, le développement de la télémédecine et la télésurveillance sont des outils majeurs pour lutter contre l'inégalité d'accessibilité physique et accompagner la réussite de la couverture médicale universelle. La mise en place d'une organisation qui intègre les consultations et les soins virtuels en France, Suisse, Espagne et d'autres pays Européens était nécessaire non seulement pour pallier la problématique de crise aiguë en ressources médicales et de résoudre l'enjeu d'accessibilité géographique mais bien également pour répondre à la demande croissante de services et surveillance liée au vieillissement de la population. Ces nouveaux outils technologiques apporteront un soutien indéfectible pour lutter contre la problématique de l'insuffisance aiguë en ressources humaines de la santé. Par conséquent, ils doivent être pris en charge dans des actes remboursables par les caisses d'assurance maladies afin de développer leur utilisation au Maroc.



De surcroît, la fragmentation des ressources financières entre plusieurs caisses inhérentes à l'Assurance maladie constitue un frein sérieux face à la pérennisation de financement de ces organismes, d'où la nécessité de penser au Maroc à l'unification de ces caisses en une caisse unique.

En outre, le renforcement et le développement des soins de proximité constituent la pierre angulaire de réussite de toute réforme de secteur de la santé. En effet, les soins de première ligne contribuent à l'amélioration des résultats de santé en misant sur la prévention et la dispensation des soins de santé pour les patients soit par l'intermédiaire à l'instar de ce qui est pratiqué au Cuba, en Espagne et en France.

Le tableau suivant présente les modèles de réussite de la CSU dans les pays étudiés

**Tableau n°2 : Modèles de réussite de la CSU dans les pays étudiés**

<b>Modèles de réussite de la CSU</b>	<b>France</b>	<b>Espagne</b>	<b>Suisse</b>	<b>Turquie</b>	<b>Costa-Rica</b>	<b>Rwanda</b>	<b>Thaïlande</b>	<b>Japon</b>
<b>Exploitation des bonnes conditions macroéconomiques</b>	*	*	*	*				*
<b>Engagement politique de haut niveau</b>	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>Renforcement des services de santé primaire</b>	*	*	*	*	*	*	*	*



<b>Extension des infrastructures et des services de soins</b>	*	*	*	*	*			*
<b>Investissement dans les ressources humaines (formation, motivation)</b>	*	*	*	*	*		*	
<b>Développement des systèmes d'information intégré</b>	*	*	*	*		*		*
<b>Évaluation des interventions et technologies de la santé</b>	*	*	*					*
<b>Décentralisation du système de santé</b>	*	*					*	*
<b>Financement des établissements à la performance</b>	*	*	*				*	*
<b>Gestion unique et bonne gouvernance des fonds dédiés à la couverture</b>	*	*	*		*			*
<b>Unification des systèmes de sécurité sociale</b>	*	*						

**Référence : Elaborée par nos soins**

#### 4.2.2 Les enseignements tirés pour le Maroc

Le chantier de généralisation de la Couverture médicale au Maroc bénéficie d'un engagement politique de plus haut niveau à travers l'appui personnel de sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste.

Cependant, la couverture sanitaire va être associée à une utilisation excessive des services de santé, afin d'améliorer l'état de santé de la population. Le Maroc doit déployer des mesures d'accompagnement pour assurer la collecte des fonds à travers des recettes publiques, les cotisations du secteur formel, les cotisations des ménages et via des donateurs.

Dans un contexte marqué par un accroissement exponentiel des dépenses relatives à la prise en charge des patients, une évaluation rigoureuse des technologies de santé s'avère indispensable afin d'éviter toute escalade des coûts.

Aussi, parmi les mesures permettant une meilleure gestion des dépenses en santé, l'attention doit être accordée au développement de soins de santé primaires et l'incitation à l'investissement dans les établissements offrant des services hautement prioritaires en développant les mécanismes de conventionnement et les partenariats publics privés (contractualisation avec le prestataire privé, tiers payant avec les cabinets privés et les officines...). De son côté, le Financement des établissements à la performance contribuera à renforcer les partenariats public-privé dans le domaine de la santé à travers l'alignement des établissements de santé privés avec les politiques et les objectifs de santé publique, notamment en matière la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).



---

La décentralisation des services de soins est devenue une priorité nationale en matière des politiques de santé dans plusieurs pays car elle permet d'assurer, la prise en charge précoce, régulière et proche des malades, en particulier les personnes âgées et aux atteints de maladies chroniques.

D'un autre côté, l'efficacité de ciblage de la population pauvre reste un grand défi pour les pays à faibles revenus qui sont caractérisés par le parachèvement de la corruption et des comportements malsains. Pour juguler la pertinence de ciblage. Au Maroc, il s'avère nécessaire de penser à l'implantation d'un système solide qui permet l'identification et la définition des catégories pauvres, le registre social unifié (RSU) peut constituer une solution pertinente parmi d'autres dans cette perspective. En outre, le secteur informel constitue un autre défi majeur entravant la réalisation de la couverture médicale universelle au Maroc, il faut trouver des solutions urgentes pour intégrer cette partie importante de la population qui représente plus de 28% de la population active de volume total des emplois créés selon l'enquête nationale de l'HCP sur ce secteur entre 2013 et 2014.

Il faut également penser à intégrer les frais de transport supportés par les ménages pour aller, le cas échéant aux hôpitaux spécialisés, dans la prise en charge assurantielle dans le cadre de l'AMO.

Par ailleurs, l'unification des caisses de l'AMO en une seule caisse unique pour toute la population marocaine peut être salutaire pour la pérennisation de financement de ces caisses ainsi que pour la consécration de l'égalité de traitement et de remboursement (à titre illustratif, la prise en charge d'un malade assujéti à la CNSS est différente en termes de remboursement à celui qui est affilié à la CNOPS), en évitant leur fragmentation.

## **5. Conclusion**

Le Maroc doit relever le défi de la généralisation de la couverture médicale pour tous. Ce défi qui nous a motivé pour mener cette recherche. Ainsi, l'objectif assigné à cette étude est d'apporter une modeste contribution quant aux modèles de réussite de la CS au Maroc.

Pour ce faire, nous avons essayé de tirer de certaines expériences étrangères, les points forts de réussite de la généralisation de la couverture sanitaire, en vue de comprendre comment la CS pourra être atteinte au Maroc dans les brefs délais et dans les meilleures conditions.

Bien que le Maroc soit inscrit dans une perspective de généralisation de la couverture sanitaire qui a débuté fin 2022, force est de constater que la mise en œuvre de ce chantier de grande envergure sur le plan pratique reste relativement lente. Les mesures d'accompagnement permettant de réussir ce grand chantier demeurent insatisfaisantes ; la généralisation de la couverture nécessite d'éliminer les obstacles à la santé et d'améliorer l'accessibilité, et la qualité des soins de santé.

Les expériences étrangères ont montré que bien que la CSU constitue un processus de réforme technique complexe et systémique, elle contribuerait systématiquement au développement de la santé de la population.



Le Maroc est un pays avec un grand potentiel, mais aussi avec de nombreux défis. L'accès aux services de santé est limité, car le pays manque de mécanismes fonctionnels pour financer les services de soins, optimiser les ressources et assurer une gestion efficace. L'évolution vers la CSU nécessite une réforme du système de santé avec des interventions qui assurent un renforcement des services de santé primaire, un financement stratégique avec une bonne gouvernance des fonds dédiés à la couverture, un investissement important dans les ressources humaines, des systèmes de gestion décentralisés et informatisés (dossier patient intégré dans toutes les structures de soins de santé) et enfin un fort engagement politique et sociétal.

### Références bibliographiques :

- Abdullah Tirgill et al., Early experience of universal health coverage in Turkey on access to health services for the poor: regression kink design analysis. *Journal of Health Global*
- Aran, M., et C. Rokx. (2013), Forthcoming. Turkey on the Way of Universal Health Coverage through the Health Transformation Program Banque mondiale, Washington, DC
- Badr Dehbi, (2017), La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie, *Afrique et Développement*, Vol. 42, No. 1, pp. 121-145, repéré à <http://www.jstor.org/stable/90013903>
- Constitution Marocaine du 1<sup>er</sup> Juillet 2011
- Costa Rica Case Study: Primary Health Care Achievements and Challenges within the framework of the Social Health Insurance
- Enrique Bernal-Delgado, Sandra García-Armesto, (2018), Spain : Health system review, *Health Systems in Transition*, Vol. 20 No. 2 , 23-36, repéré à <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/facts-and-figures-the-spanish-healthcare-system>
- Jean-François Chadelat, (2012), La couverture maladie universelle, « *Revue d'histoire de la protection sociale* », 2012/1 N° 5 | 101 - 113, ISSN 1969-9123, repéré à <https://www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale-2012-1-page-101.htm>
- Jorine Muiser, (2013), "The Institutionalization of Universal Health Policy in Costa Rica and Current Challenges *Rev Costarr Salud Pública*, 2013 /22 : 94-103 N° 2 – Vol. 22
- Loi cadre n° 09.21 relative à la protection sociale Promulguée par Dahir n°1-21-30 publié au BO du royaume n°6975 le 5 avril 2021
- Laurent Chambaud, (2018), Accès aux soins : éléments de cadrage, EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale | « *Regards* », N° 53, 19-28, repéré à <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-19.htm>
- Loi 65.00 portant code de la couverture médicale de base au Maroc telle qu'elle a été modifiée et complétée.
- Loi 98.15 relative à la couverture médicale des indépendants au Maroc
- Margot Nauleau, Blandine Destremau, Bruno Lautier, 2013, « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé, Armand Colin | « *Revue Tiers Monde* » cairn info, n°215, 23-45
- Meltem Aran and Claudia Rokx, (2014) "Turkey on the way of universal health coverage through the health transformation program, *Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper*, World Bank Group, 112-119
- Nicolas Senn, Sonja Tiaré Ebert, Christine Cohidon, (2016), La médecine de famille en Suisse, Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring), *Observatoire suisse de la santé (Obsan)*, 45-50
- Pongpisut Jongudomsuk, (2015), The Kingdom of Thailand Health System Review, *Health Systems in Transition*, Vol. 5 No. 5, 12-15 repéré à [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208216/9789290617136\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208216/9789290617136_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rapport d'activités de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) 2016, repéré à <http://www.anam.ma/wp-content/uploads/2015/06/RapportANAM.pdf>
- Rifat Atun et al. (2013), Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity , *Health Policy* Vol 382 July 6, 6-9, repéré à [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61051-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61051-X)
- Saadia Radi, (2019), interactions hospitalières au maroc : Les politiques d'accès aux soins dans la perspective des patients, *De Boeck Supérieur* | « *Mondes en développement* », n° 187 , 71 à 84, repéré à <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2019-3-page-71.htm>
- Site web de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, repéré à [www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)
- Teerawattananon Y et al., (2009), Historical development of health technology assessment in Thailand. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(S1) :241-252.



---

WHO, The world health report 2010, (2012), health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, repéré à

Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R., (2009), Setting priorities for health interventions in developing countries: A review of empirical studies. Tropical Medicine & International Health, 930-939, repéré à : <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3156.2009.02311.x> PMID:19563479

Zeynep Or and Coralie Gandré, (2019), Price setting and price regulation in health care: France, Institute for Research and Information in Health Economics, Paris, France, 96-103, repéré à [iris.who.int/bitstream/handle/10665/325547/9789241515924-eng.pdf](http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325547/9789241515924-eng.pdf)

ANAM (2016) « Rapport d'activités de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie », repéré à <http://www.anam.ma/wp-content/uploads/2015/06/RapportANAM.pdf>

Teerawattananon Y et al. (2009) « Historical development of health technology assessment in Thailand » International Journal of Technology Assessment in Health Care, 25(S1), 241-252

Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. (2009) « Setting priorities for health interventions in developing countries : a review of empirical studies » Tropical Medicine & International Health, volume 14, 930-939

Pongpisut Jongudomsuk (2015), « The Kingdom of Thailand Health System Review, Health Systems in Transition », Vol. 5 No. 5, Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, 26-35, repéré à <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F167.xhtml>