

يسعد مجلة المقالات الدولية أن تضع بين أيدي القراء والباحثين العدد التاسع (المزدوج: يناير-فبراير)، وذلك في إطار رسالتها الهادفة إلى دعم البحث العلمي الرصين وتعزيز ثقافة النشر الأكاديمي الموثوق.

ونذكر بفخر بفهرسة المجلة ضمن معامل التأثير العربي (AIF) بما يمثله من اعتراف رسمي ومعياري أكاديمي معتبر، كما نعتز باستمرار إدراجها ضمن International Scientific Indexing (ISI) بما يعكس ثقة المجتمع العلمي في جودة ما ننشره ويسهم في توسيع انتشار بحوثنا وتعزيز أثرها العلمي. وإذ نقدم هذا العدد بما يزر به من بحوث ودراساتٍ متنوعة، نوّكد التزامنا الدائم بتحكيم علمي صارم، وأخلاقيات بحثية راسخة، ومعايير ثابتة للجودة والشفافية.

وقد اخترنا إصدار هذا العدد بصيغة مزدوجة (يناير-فبراير) لإتاحة وقت كافٍ لاستكمال التحكيم والمراجعات التحريرية بدقة أعلى، وتجميع المواد العلمية المقبولة في إصدار أكثر اتساقاً وتوازناً، بما يضمن جودة أفضل وانتظاماً أوضح في النشر. والله ولي التوفيق

رئيس التحرير



مجلة شهرية، محكمة متعددة التخصصات
تعنى بنشر الدراسات والأبحاث في مجالات العلوم
القانونية، الإنسانية، الاجتماعية، والاقتصادية

المدير المسؤول ورئيس التحرير: انس المستقل

 IAJ
مجلة المقالات الدولية

INTERNATIONAL ARTICLES JOURNAL

العدد التاسع مزدوج The ninth double issue

يناير و فبراير 2026 January and February

الرقم المعياري الدولي : 3085 - 5039 e-ISSN

رقم الصحافة : 1/2025 Press number

مجلة علمية، شهرية، محكمة متعددة التخصصات، تعنى بنشر الدراسات والأبحاث في مجالات العلوم الإنسانية، الاجتماعية، والاقتصادية.

الرقم المعياري الدولي: ISSN : 3085 - 5039 رقم الصحافة : 1 / 2025 Press number: العدد 9، مزدوج يناير و فبراير 2026

اللجان العلمية

أنس المستقل

المدير المسؤول ورئيس التحرير

لجنة التقرير والتحكيم

د. طه لحيدياني

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة سويسري
محمد الخامس بالرباط

د. عبد الحق بلققيه

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة سيدي
محمد بن عبد الله بفاس

د. بدر بوزلوف

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة مولاي
إسماعيل بمكناس المدير التنفيذي للمركز الوطني للدراسات القانونية
والحقوقية

د. حكيمة مؤذن

أستاذة جامعية كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية جامعة
الحسن الثاني بالدار البيضاء مديرة مجلة إصدارات

د. احمد هيساوي

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية جامعة
الحسن الثاني بالدار البيضاء

د. إبراهيم رضا

أستاذ جامعي كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة القاضي
عياض بمرآكش

د. زكرياء أقنوش

أستاذ جامعي كلية العلوم بالكلية المتعددة التخصصات الرشيدية
د. أحمد أعراب

أستاذ جامعي كلية العلوم بالكلية المتعددة التخصصات بالناضور

د. إبراهيم أيت وركان

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة شعيب
الدكالي بالجديدة

د. محمد ملاح

أستاذ جامعي كلية العلوم بالكلية المتعددة التخصصات بالناضور
د. عبد الحي الغربية

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية جامعة
الحسن الثاني بالدار البيضاء

الهيئة الإستشارية

د. يونس ودالحو

نائب العميد المكلف بالبحث العلمي والتعاون الجامعي كلية العلوم القانونية
والسياسية جامعة ابن طفيل بالقنيطرة

د. الهختر الططبي

نائب العميد المكلف بالشؤون البيداغوجية كلية العلوم القانونية والاقتصادية
والاجتماعية بعين السبع جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

د. رشيد الهدور

أستاذ جامعي جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء عضو المجلس الدستوري
سابقا مدير مجلة دفاتر برلمانية

د. سعيد ذهري

أستاذ جامعي جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء مدير مختبر القانون العام
وحقوق الإنسان

د. كمال هشوشي

أستاذ جامعي جامعة محمد الخامس بالرباط المنسق البيداغوجي لماستر
الدراسات السياسية والمؤسسية المعمقة

د. مهدي العيساوي

مستشار رئيس مجلس النواب العراقي لشؤون الصياغة التشريعية أستاذ
القانون العام الدولي في الجامعة العراقية

د. الهادي هشيد

أستاذ جامعي كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية جامعة
الحسن الثاني بالدار البيضاء

Riccardo Pelizzo

نائب العميد المكلف بالشؤون الأكاديمية بجامعة نزار باييف بكازاخستان

د. وفاء الفيلالي

أستاذة جامعية كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة سويسري
جامعة محمد الخامس بالرباط

د. صليحة بوعكاكة

أستاذة جامعية كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة سيدي
محمد بن عبد الله بفاس

محتويات العدد

3-15	إصدار العقوبات لدى هيئات التقنين ومبدأ فصل السلط أنس الزوين
16-38	حكمة شركة المساهمة ومكافحة تضارب المصالح عبد الكريم ازريكم و بدر اسريفي
39-65	من سيادة النص إلى سيادة القرار: جدلية الدولة والتراب في المغرب : مقاربة سوسيوسياسية للدورات الاستثنائية بجماعة أكادير يوسف دعي و حميد أوفقيير
66-88	الفاعلون في تقييم السياسات العمومية الصحية حميد كلة
89-102	التدبير المندمج للساحل الأطلسي الجنوبي، تطور خط الساحل وسبل المحافظة عليه " إقليم العيون انموذجا" محمد أهل عبد القادر و محمد كارا
103-135	استشراف المستقبل في التصور الإسلامي: من منطق الغيب إلى فقه المآلات عظمي أكرم
136-150	تجسيد النموذج الاقتصادي المغربي في التوجهات الملكية الحديثة عبد الله قرير
151-166	مأزق الوساطة الدولية في الحروب المعاصرة: تعدد الوسطاء وتضارب الأجندات وأثره على فرص التسوية سليمان بولعيد
167-177	حوار حول اللغة بين نورالدين عيوش وعبد الله العروي: تواصل أم تأثير رجاء مسو و هدار مصطفى
178-214	التحقيق الرقمي وأثره في مكافحة الجرائم الإلكترونية محمد المهدي الميموني

215-228	تعيين المسير في الشركة ذات المسؤولية المحدودة بشريك وحيد بين التجربة العمانية والمغربية سالم بن سعيد بن حميد بن خميس الهاشمي
229-242	العلاقة التكاملية بين المجلس الأعلى للحسابات والسلطة التشريعية في منظومة الرقابة المالية هاجر خالص
243-262	دور التحكيم في تسوية منازعات عقود الاستثمار: الرهانات والتحديات حنان لكحال
263-279	إشكالية العقل في فلسفة الدين: العقل المجرد والنقد التداولي محمد امشيش
280-316	علاقة المؤسسة الملكية بالحكومة على ضوء دستور 2011 المهدي الزوات
317-329	الثورة الرقمية وتأثيرها على مهنة المحاماة ربيعة الزعداني
330-358	المرض بين المعطى الطبيعي والهشاشة السوسيو-اقتصادية: دراسة ميدانية لدور المجتمع المدني في التكفل بالمتعاشين مع السيدا بفاس سعيد البدري
359-374	La souveraineté numérique à l'ère des technologies de l'information Achraf BOUMLIK
375-394	التمثيل التعاقدى للوكيل الذكي مريم البوشيبي
395-415	Développement humain et approche par les capacités dans les pays en développement : analyse des défis et des politiques publiques au Maroc Bourakadi Omayma ; Abbadi Idriss ; Labiad Samira
416-442	La Gouvernance De La Couverture Medicale Au Maroc Asmae LAMRANI

La Gouvernance De La Couverture Medicale Au Maroc The Governace Of Health Insurance Coverage In Morocco

Asmae LAMRANI

PhD researcher
Hassan II University, Casablanca

doctorante chercheuse
Université Hassan II, Casablanca

Abstract :

The article la gouvernance de la couverture medicale au maroc analyzes the governance of the medical coverage system in morocco and the reforms undertaken to achieve universal health coverage. It highlights the rôle of the state and social protection institutions in improving access to healthcare and reducing health inequalities.

The study also emphasizes the main challenges facing the moroccan health system, particularly the lack of funding, territorial disparities, pressure on hospital infrastructure, and difficulties related to the quality of healthcare services.

Finally, the article concludes that the success of universal health coverage depends on strengthening governance, improving resource management, and enhancing coordination among the different actors within the healthcare system.

Keywords :

Governance – Health Insurance Coverage – Morocco.

Résumé:

L'article la gouvernance de la couverture médicale au Maroc analyse la gouvernance du système de couverture médicale au Maroc et les réformes engagées pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Il met en évidence le rôle de l'état et des organismes de protection sociale dans l'amélioration de l'accès aux soins et la réduction des inégalités sanitaires.

L'étude souligne également les principaux défis auxquels le système de sante marocain est confronté, notamment le manque de financement, les disparités territoriales, la pression sur les infrastructures hospitalières et les difficultés liées à la qualité des services de santé.

Enfin, l'article conclut que la réussite de la couverture sanitaire universelle dépend du renforcement de la gouvernance, de l'amélioration de la gestion des ressources et d'une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de santé.

Mots-clés:

Gouvernance – Couverture Medicale – Maroc.

Introduction :

Cette étude présente le contexte international dans lequel la CSU ou d'autres formes d'assurance maladie ont émergé. Dans divers pays, les besoins sociaux et la montée en flèche des coûts des services de santé ont conduit les gouvernements à proposer des modèles de protection contre les risques de maladie. Les approches sélectionnées tiennent compte des circonstances spécifiques, mais poursuivent les objectifs communs d'égalité d'accès aux services de santé, d'équité dans le traitement des maladies et de protection contre les risques économiques associés aux dépenses de santé. Quel que soit le modèle, nous constatons que les systèmes de santé n'atteignent pas toujours leurs objectifs d'universalité, de qualité, d'adéquation de l'offre et de la demande, de satisfaction des bénéficiaires ou même d'équilibre budgétaire.

Section 1 :

Développer les systèmes de santé entre la logique économique et le besoin, la demande et l'adéquation des soins

1.1. La Notion et les Fondements du Système de Sante

Un système de santé est défini comme « un système organisé dans le but de maintenir ou d'améliorer la santé. Elle peut être considérée comme un ensemble de moyens et de fonds, d'information et de prévention »¹.

Son objectif est de concevoir, organiser et fournir des services pouvant répondre aux besoins de santé des usagers. Cette terminologie « utilisateur, patient, client-patient, ou consommateur de services de santé, etc. » ne faisant pas l'objet d'un accord parmi les chercheurs, nous utilisons le terme plus général, c'est-à-dire utilisateur de services de santé.

L'évolution rapide des coûts et des dépenses de santé depuis la fin du XIXe siècle a conduit les hommes politiques à repenser le système de santé non seulement en termes conceptuels mais également en termes fiscaux. Depuis lors, l'importance d'un accès équitable aux soins de

¹ . D'Intignano, B. M. Le sexe médiateur. Plon. Doumeingts, Guy. Méthodes pour concevoir et spécifier les systèmes de production. LAP/GRAI, Université de Bordeaux, CIM, 90. (2000), p : 35

santé, ainsi que de résultats de santé optimaux et d'un financement juste et équitable, est restée primordiale.

Les facteurs qui déterminent cet équilibre précaire relèvent désormais des politiques publiques et comprennent notamment le libre choix par le patient des prestataires de soins et des prestations disponibles, la position et le statut des professionnels de santé dans le parcours de soins, institutionnels et non institutionnels, ainsi que le modèle de financement. Son pouvoir de régulation et surtout le type de collaboration entre les différents acteurs du système de santé.

1.2. Demande et utilisation des services de santé

La microéconomie permet de vérifier l'adéquation entre les ressources médicales utilisées et les résultats en matière de santé. Et sur le plan macroéconomique, il est important d'évaluer les facteurs environnementaux, socio-économiques et sanitaires globaux pour la croissance, la dynamique du marché de la santé et la performance du système de santé.

Grossman présente les services de santé comme un bien intermédiaire, s'inspirant de la théorie du capital humain, citant comme exemples une alimentation saine et des pratiques d'activité physique, et cite les services de santé comme un bien intermédiaire, en l'occurrence la santé physique et mentale, qui permet de maintenir sa richesse. Et le bien-être social².

Cependant, ce modèle a été remis en question par divers auteurs ces dernières années, soit en raison de son simple déterminisme³, soit du fait que l'espérance de vie n'est pas prise

² . Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80:1275-1294. (1972).

³ . Dardanoni, V., Wagstaff, A. Uncertainty, inequalities in health and the demand for health. *Journal of Health Economics* 6, 283–290. (1987).

en compte⁴, voire remise en question. Soit parce qu'elle repose sur l'hypothèse selon laquelle le besoin de soins découle d'un besoin de santé⁵.

Par ailleurs, les premières études empiriques sur les déterminants de la demande de soins ont mis en évidence des variables ayant peu ou pas d'impact : B. Prix et revenus des ménages⁶. Cependant, d'autres chercheurs expriment des points de vue différents sur ce sujet, car il est important de considérer le concept d'utilité⁷.

Cette vision de Grossman découle de la théorie du choix rationnel et n'est pas cohérente avec les théories actuelles de l'économie de la santé, même si elle s'aligne sur certaines théories comme celles de Wolfe et Ehrlich et Chuma⁸, qui ont développé le modèle de la retraite des chercheurs.

Il en va de même pour l'incident du Maroc. En 2017, seule la moitié de la population mondiale (33 à 49 %) était couverte par des services de santé de base, les progrès étant

4. Ehrlich, I., Chuma, H. A model of the demand for longevity and the value of life extensions. *Journal of Political Economy*, 98 : (1990). Pp : 761-782. In Demande de santé ou demande de sécurité : deux modèles pour la santé en économie, Georges Menahem Working Paper - Mars 2000.

5. Zweifel, P., Breyer, F. (1997). *Health Economics*. Oxford University Press, New York.

6. Akin, J.S., Griffi C.G., Guilkey, D.K., Popkin, B.M. The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Philippines. *Economic Development and Cultural Change*, N° 344, 1986. pp: 755-782.

7. Gertler P., Locay L., and Sanderson W. Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. *Journal of Econometrics*, 36 (1987). pp :67-88.

✓ Gertler, P. et Van Der Gaag, J. The willingness to Pay for Medical care : Evidence from two developing Countries. Baltimore, Johns Hopkins University Press. (1990).

8. Wolfe, J. R, A model of Declining Health and Retirement. *The Journal of Political Economy*, 93(6): (1985). pp: 1258-1267.

inférieurs aux objectifs de planification⁹. En fait, il existe peu d'études spécifiques sur le recours aux soins préventifs dans le contexte de la couverture sanitaire universelle, tant au niveau mondial qu'au Maroc.

Cependant, il semble être un bon indicateur des inégalités sociales, des inégalités en matière de santé et de la viabilité budgétaire. Ce dernier L'accès aux soins thérapeutiques reste une priorité des politiques de santé car les effets à court et moyen terme peuvent être plus facilement mesurés¹⁰.

Les facteurs clés dans la recherche de soins comprennent les facteurs sociodémographiques (par exemple, l'âge de la personne, le sexe, la taille du ménage, l'emplacement, l'état civil) et les facteurs socio-économiques du ménage (par exemple, le revenu du ménage, l'éducation, niveau de vie. ...etc.), des facteurs socioculturels (niveau d'éducation du chef de ménage...etc.)¹¹.

En résumé, les études microéconomiques menées dans les pays en développement montrent que le recours ou non au système de santé (qui représente la première étape du parcours de l'utilisateur) a des effets négatifs sur l'automédication (moderne ou traditionnelle). Facteurs liés à la perception¹², à l'accès géographique, aux ressources économiques, à la

⁹ . OMS (2019). Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Rapport de suivi 2019.

¹⁰ . Victora C.G, Barros A.J.D, Axelson H, Bhutta Z.A, Chopra M, França G.V.A, Kerber K, Kirkwood B.R, Newby H, Ronsmans C, Boerma JT: How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*, 380: (2012). pp: 1149-1156.

¹¹ . Kenkel, D. S. (1994). The Demand for Preventive Medical Care. *Applied Economics*, 26. Pp. 313- 325.

¹² . Brunet-Jailly, J. (1999). Santé en capitales : la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines. Abidjan : CEDA, 388 p. Santé en Capitales : Colloque International, Abidjan (CIV), 1996/02/12-16. ISBN 2-86394-308-1.

confiance dans le système de santé et à la présence de barrières culturelles qui influencent la qualité et le coût des soins¹³.

Enfin, dans une perspective plus globale, Boidin a expliqué que la relation entre soins de santé et utilisation des services de santé, par exemple en Afrique, ne peut être optimisée que dans un cadre politique intégré dans lequel les soins constituent un maillon essentiel¹⁴.

Section 2 : CSU : Nécessité politique, sociale et économique

2.1. Couverture sanitaire universelle : principes théoriques clés

L'objectif de la création d'une couverture sanitaire universelle est également de réduire les difficultés financières liées à l'accès aux services de santé. La couverture sanitaire universelle nécessite l'existence d'un système de santé efficace, la création d'institutions judiciaires, de structures de soins, l'accès à la technologie médicale et aux médicaments, ainsi qu'un nombre suffisant de travailleurs qualifiés bien formés et motivés.

Pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle, l'OMS a développé une analyse tridimensionnelle basée sur l'ampleur, la hauteur et la profondeur des processus.

"L'étendue définit le pourcentage de la population bénéficiant d'une assurance maladie. Elle indique la taille de la population assurée." Dans ce contexte, il conviendrait de cibler

¹³ . Roland-Ramzi, G. (2012). Regards sur l'évolution des soins Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients, recherches en soins infirmiers numéro 109. PP. 16-32.

¹⁴ . Boidin B., Guennif S. (2018). Santé au sud : entre solutions clef en main et dynamiques endogènes. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*. 36 (5-6). Pp. 255-260

individuellement les groupes les plus défavorisés, en leur garantissant la gratuité des soins ou en leur imposant le paiement d'une contribution minimale.

"Ce montant définit le pourcentage des coûts totaux qui est préfinancé (prêts directs des ménages). L'objectif à long terme est de réduire les paiements directs à moins de 15 à 20 % des coûts totaux.

"La profondeur définit les soins." est disponible pour répondre à vos besoins en matière de santé.

L'un des principaux objectifs des organisations nationales et internationales, notamment de l'OMS, est de parvenir à une couverture sanitaire universelle pour une grande partie de la population sans conséquences financières graves. Cela signifie que les utilisateurs doivent pouvoir accéder à des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins sans connaître de difficultés financières¹⁵.

Rapport de référence de l'OMS dans ce domaine. « Financer le système de santé – La voie vers la couverture universelle » se concentre sur « trois domaines fondamentaux du financement de la santé ».

1. Récolter suffisamment de fonds pour la santé.
2. Supprimer les barrières économiques à l'accès et réduire les risques économiques associés à la maladie.
3. mieux utiliser les ressources disponibles [...] »¹⁶.

¹⁵ . OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse 2000.

¹⁶ . OMS. Recherche pour une couverture sanitaire universelle. Genève. Suisse. (2013).

En 2017, la plupart des pays ne parviendront pas à atteindre leurs objectifs de soins de santé universels, soulevant des questions sur la nécessité de maintenir les trois dimensions ou de donner la priorité à l'une par rapport à l'autre¹⁷, ou encore le niveau d'équité a été remis en question, ce qui est compréhensible¹⁸.

En fait, tous les pays ne peuvent pas fournir des soins de santé complets, mais ils sont obligés de fournir au moins les services essentiels (soins de santé de base) à la majorité. En ce sens, le Rapport de suivi de l'OMS 2017 propose plusieurs pistes pour évaluer les systèmes de couverture sanitaire universelle et répertorie un nombre important d'indicateurs. Nous nous concentrons sur l'indicateur 3.8.1 des objectifs de développement durable sur les services de santé universels.

En fait, l'Indice repose sur un mécanisme d'analyse pluriannuel qui comprend un examen mondial, des études de cas par pays, des consultations avec les chefs des ministères de la Santé et des consultations officielles de l'OMS avec les États membres. Elle repose sur quatre principes de base, dont certains ne peuvent actuellement être pleinement suivis en raison de l'indisponibilité de certaines données.

Le premier principe fondamental concerne la priorisation des mesures de compensation efficaces. Le deuxième principe, conforme à la définition de la CSU, signifie que les indicateurs doivent inclure des indicateurs liés à différents types de services. Il s'agit de la prévention (y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies), des indicateurs liés au traitement (y compris les services curatifs), de réadaptation et de soins palliatifs.

¹⁷ . Jamison, DT, Jha P., Laxminarayan, R., Ord T. Chapter 7. Infectious disease, injury, and reproductive health. In: Lomborg B, ed., Global problems, smart solutions: costs and benefits. New York: Cambridge University Press. (2013).

¹⁸ . O'connell, T., rasanathan, K., & choPra, M. (2014). What does universal health coverage mean? Lancet, 383. Pp. 277-279.

Il convient de noter qu'il comprend également les services et interventions extérieurs au secteur de la santé dont l'objectif principal est d'améliorer la santé (intersectoriel). Le troisième principe stipule que l'index couvre tous les domaines clés liés à la reproduction, à la santé maternelle et infantile, aux maladies infectieuses, aux maladies non transmissibles et aux blessures.

L'indicateur 3.8.1 précise quatre catégories d'indicateurs organisés selon les dimensions de l'inégalité. Il s'agit de :

Santé reproductive des mères, des nouveau-nés et des enfants.

Maladies infectieuses.

Maladies non transmissibles.

Capacité et accès aux services.

Selon le rapport de suivi de l'agence de santé des Nations Unies, les résultats de l'indicateur 3.8.1 des objectifs de développement durable montrent que 183 pays ont des valeurs d'indice de couverture CSU allant de 22 à 86, avec une médiane de 65. Avec un indice de 65, le Maroc présente l'une des dépenses catastrophiques liées à la santé (équivalentes à au moins 25% du revenu des ménages) les plus élevées au monde (indice 3,8,2 sur 2,7%).

2.2 La sécurité économique dans le cadre de la CSU : chimère ou fantasme ?

Nous parlons de protection financière pour garantir que les personnes ayant besoin de soins ne rencontrent pas de difficultés financières lors de leur demande de soins¹⁹. L'association entre dépenses de santé catastrophiques et qualité de vie a également été démontrée dans les pays à revenu élevé²⁰. Les données de l'OMS et de la Banque mondiale

¹⁹ . OMS (2018). Etat de la santé dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable. Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville.

²⁰ . Seung Hyun Kang¹, Yeong Jun Ju, Hyo Jung Yoon, and al. (2018). The relationship between catastrophic health expenditure and health-related quality of life. *International Journal for Equity in Health*, 17(166). Pp. :1-8.

de 2017 montrent que les dépenses de santé continuent d'appauvrir des millions de personnes.

En fait, « 808 millions de personnes (11,7 % de la population mondiale) ont dû faire face à des coûts catastrophiques par rapport au seuil de 10 %. » Si l'on prend en compte le seuil de 25 %, ce chiffre est de 179 millions de personnes (2,6 % de la population, 2,7 pour cent de la population). Maroc). Ces deux seuils font partie de l'indicateur des dépenses en cas de catastrophe, l'indicateur ODD 3.8.2, qui est défini comme « la proportion de la population pour laquelle les dépenses de santé représentent une proportion significative des dépenses totales ou des revenus des ménages ».

L'Amérique latine et les Caraïbes avaient le taux le plus élevé sur une échelle de 10 pour cent (14,8 %), suivie par l'Asie (12,8 %), la région comptant le plus grand nombre de personnes confrontées à des coûts catastrophiques.²¹

En 2018, les dépenses de santé ont plongé environ 97 millions de personnes dans la pauvreté, avec un seuil de pauvreté équivalent à 1,90 dollar par jour (1,4 % de la population mondiale). Sur la base d'un seuil de pauvreté de 3,10 dollars par jour (parité de pouvoir d'achat en 2011), la population s'élève à 122 millions d'habitants, soit 1,8 de la population mondiale. Compte tenu des critères de ces deux crises sanitaires mondiales, les taux de pauvreté dans les pays à revenu intermédiaire supérieur et à revenu élevé sont nuls ou proches de zéro²².

²¹ . Pallegedara, A., Grimm, M., Demand for private healthcare in a universal public healthcare system: empirical evidence from Sri Lanka. *Health Policy & Planning*, 32(9). Pp1267-1284.

²² . OMS et Groupe Banque Mondiale (2014). Couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial. Cadre, Mesures et Objectifs. Genève. Suisse.

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

2.3.1. Pays à revenu intermédiaire

Par exemple, le secteur de la santé en Méditerranée orientale se caractérise par une part élevée du secteur hospitalier public offrant plus de 70 lits. Les utilisateurs peuvent choisir librement l'établissement et le prestataire de soins. Par exemple, il convient de noter que même s'il n'existe pas de système d'orientation médicale en Iran, en Turquie et en Tunisie, on a tendance à choisir un médecin de famille « aux dépens » d'un spécialiste, à moins qu'il ne s'agisse d'un spécialiste. Les médecins de famille Le Baron et Schultz²³, énonçaient que Les frais médicaux étant faibles, vous pouvez facilement consulter un spécialiste. En Turquie, la question de la couverture sanitaire universelle s'articule autour de quatre grands principes : un panier de soins pour tous, un fonds unique, une séparation du financement et des soins, et un rôle important pour la médecine familiale et le secteur privé. En Iran, la CSU a été mise en œuvre simultanément à la réforme des hôpitaux et au système d'assurance maladie existant.

Ce choix fort des utilisateurs permet de réduire dans une certaine mesure les inégalités d'accès aux soins de santé, en favorisant la concurrence entre les prestataires de services et en améliorant la réactivité et l'efficacité des services. Sur la base de recherches qualitatives et quantitatives, les patients (hospitalisés et ambulatoires) sont fortement influencés par le type de service, le type d'hôpital, le prix, l'emplacement, la réputation, l'environnement physique, l'expérience d'une association professionnelle et les relations interpersonnelles. Cela a été confirmé dans plusieurs études. Comportement, la réputation de l'hôpital et surtout l'assurance²⁴.

Dans ces pays, les critiques sur l'inefficacité de l'assurance maladie ne sont pas liées à l'accès aux services de santé, mais plutôt à la diversité et à la fragmentation des systèmes

²³ . Le Baron, S.W. and Schultz, S.H. (2005). Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. *International Family Medicine*, 37(7). Pp.502-505.

²⁴ . Wenya Y., Meina L., Chen X., Jingrui W. Jiazhen L., Haiping C. Zhang L. (2016).

« Determinants and influencing mechanism of outpatient satisfaction: a survey on tertiary hospitals in the people's Republic of China ». *Patient Prefer Adherence*, 2016 :10. Pp. 601–612.

d'assurance maladie, à la vulnérabilité des populations rurales et surtout à des conditions sanitaires dévastatrices. Dépenses (Chine 14,5 %, Ghana 54,8 %, Soudan 76 %, Maroc 63 %)

En résumé, les véritables défis de la CSU au niveau des PRFI, indépendamment de l'accès ou de la demande, peuvent être divisés en trois catégories principales : un faible engagement politique, une gouvernance participative faible avec des dispositions inadéquates et une faible implication du secteur privé dans les affaires publiques.

2.3.2. CSU en Afrique : résultats paradoxaux

En Afrique, l'accès aux services de santé est une urgence, et la santé reste une priorité clé, nécessitant des dépenses publiques importantes. En fait, les usagers en Afrique ont peu accès aux services de santé de base et ne sont pas protégés contre les risques économiques liés à la santé.

La CSU est urgente, des recherches menées dans 27 pays africains montrant que les utilisateurs sont très mécontents des coûts élevés, des délais d'attente extrêmement longs et de l'impolitesse des prestataires²⁵.

La couverture sanitaire universelle est relativement faible dans la plupart des pays africains (l'indice de couverture de la CSU est de 44), et les enquêtes auprès des ménages menées entre 1990 et 2014 montrent que des millions de personnes subissent des dépenses de santé. La santé est classée comme « catastrophique » et conduit à la pauvreté²⁶.

Rappelons que la couverture sanitaire universelle (CSU) est un objectif général de l'ODD 3, et cet objectif repose sur deux variables principales. Ce sont la durabilité et l'universalité.

« Disponibilité des services essentiels par groupe d'âge. »

²⁵ . OMS (2018). Etat de la santé dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable. Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville.

²⁶ . Seung Hyun Kang¹, Yeong Jun Ju, Hyo Jung Yoon, and al. (2018). The relationship between catastrophic health expenditure and health-related quality of life. *Op. cit.* Pp :1-8.

"Couvrant les interventions essentielles aux objectifs de l'ODD3 (prévention, traitement, atténuation et promotion de la santé).

"Protéger contre les risques financiers (des coûts de santé catastrophiques).

"Satisfaction des services (répondre aux besoins de la population)"

"Sécurité sanitaire (prévention, détection et réponse aux épidémies de maladies infectieuses)

« Couvrant les objectifs liés à la santé non couverts par l'ODD3 (social, économique, environnemental et politique).

Par conséquent, le besoin de soins, en particulier pour les populations vulnérables (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, adolescents et personnes âgées), pose un défi majeur à la CSU en Afrique, car de nombreux services de santé sont inadéquats ou absents²⁷).

La disponibilité d'un service ne signifie pas que le service est susceptible d'être utilisé comme prévu par l'utilisateur (niveau d'utilisation) ou que la qualité du service est élevée (satisfaction), mais cela signifie que je parle de tout le problème de la demande (c'est-à-dire la demande). Pour les soignants).), qui fait référence à la tendance des gens à rechercher des services de traitement et de prévention. En fait, une faible demande peut signifier que le service n'est pas valorisé ou accédé par les utilisateurs.

En outre, la valeur de la demande pour les pays africains est relativement élevée par rapport à d'autres indicateurs de performance. Cette valeur signifie que le système de santé fournit les services nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de la population.

Cependant, 67 ne fonctionne pas efficacement lorsqu'il est demandé, il peut donc être amélioré. La demande effective varie considérablement d'un pays à l'autre, étant deux fois moins élevée dans les pays à très faible revenu que dans les pays aux revenus les plus élevés.

²⁷ . OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse (2020).

Cette situation peut refléter différentes approches visant à accroître la demande effective, y compris les politiques liées à la CSU. Selon l'OMS, « seuls les petits États insulaires en développement (PEID) ont une demande effective nettement plus élevée que les autres pays ».

Du point de vue de la couverture d'assurance, les pays africains ne parviennent pas à atteindre une couverture maximale des besoins de santé de base pour faciliter la transition vers une couverture santé universelle efficace. La valeur de l'indice d'utilisation de l'ODD 3 de 0,57 indique que la population de la région n'utilise que 57 interventions nécessaires pour atteindre les cibles de l'ODD 3, ce qui représente une amélioration significative. Le taux d'utilisation est faible. Par rapport aux autres défis de santé publique, la lutte contre les maladies infectieuses obtient le score le plus élevé (0,76), même si un quart de la population ne bénéficie toujours pas d'un traitement adéquat.

Le score des MNT est le plus bas (0,44), ce qui indique une très faible utilisation des traitements pour prévenir ces maladies, ce qui est paradoxal compte tenu du lourd fardeau des MNT dans la région africaine et au Maroc.

Les scores régionaux de l'Afrique montrent également des différences entre les pays et au sein de ceux-ci. En effet, les valeurs d'usage varient entre 0,36 et 0,79 à l'échelle régionale, reflétant différents déterminants des usages existants. Seuls quatre pays (Algérie, Maurice, São Tomé-et-Principe et Seychelles) ont obtenu des scores supérieurs à 0,70, ce qui indique un recours élevé aux interventions liées à l'ODD 3²⁸(OMS, 2018).

Les résultats pour chacune des six dimensions de la santé et des services connexes ont été synthétisés par l'OMS pour analyser l'état actuel des services dans les pays de la région africaine. Le score global de la région était de 0,48. Cela signifie que la région ne peut fournir que 48 services médicaux et autres à sa population. De même, un rapport du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique indique que la région africaine a un score de disponibilité des services de santé essentiels de 0,36, ce qui signifie que les pays de la région ne fournissent que 36 services essentiels en moyenne, ce qui montre que seulement 1/3 des services de santé essentiels sont disponibles. Les services essentiels couvrent les besoins. Leur population. Aujourd'hui, ce besoin est satisfait en s'attaquant aux quatre facteurs de risque (abus d'alcool, sédentarité, mauvaise alimentation et tabagisme) et en réduisant les maladies non

²⁸ . OMS (2018). Ibid

transmissibles (infections respiratoires chroniques, maladies cardiovasculaires, obésité, diabète, etc.)

En fait, les résidents africains âgés de 30 à 70 ans ont un risque de 20,7 % de mourir d'une de ces maladies non transmissibles graves, ce qui est cohérent avec la tendance mondiale de 19,4 %. La probabilité la plus faible de décès dû à ces maladies se trouve dans les Amériques (15,4 %) et en Europe (18,4 %). Cela est probablement dû à l'accessibilité, aux soins de santé et aux services hautement spécialisés dont bénéficient les populations de certains pays.

Section 3 : Impasse sur la CSU : les plans d'adaptation sanitaire des organisations internationales

3.1. Le « cube qui ne tourne pas »

Les organisations internationales considèrent la CSU comme faisant partie intégrante des ODD et travaillent avec l'OMS pour définir l'axe de progrès (non fixé), et il s'établit de la manière suivante. Un "cube" à trois paramètres. Cela affecte les assurés, les services rendus à la population et le montant restant payé par le patient. Ces trois aspects déterminent l'efficacité de votre couverture.

L'OMS estime que la réalisation de cette voie vers la CSU dépendra de l'amélioration de l'accès aux services de santé, de la garantie de soins de qualité, de la réduction du fardeau économique pesant sur les ménages et, à terme, de la promotion d'une plus grande cohésion sociale.²⁹

Or, en 2018, les chiffres publiés par les mêmes organisations (Organisation mondiale de la santé (OMS) et Banque mondiale (BM)) montraient que la moitié de la population mondiale ne bénéficie toujours pas d'une couverture complète des services essentiels, et que la surveillance des maladies chroniques et cette indique que la qualité du Les soins de santé sont terriblement insuffisants et des millions de femmes et d'enfants ne bénéficient toujours pas de soins de santé de base.

De même, plusieurs auteurs, dont Lide, soulignent l'importance de fonder les politiques publiques internationales et nationales sur des preuves scientifiques (recherche empirique), même lorsque des questions politiques doivent être prises en compte. L'un des éléments du cube, le fardeau économique pesant sur la population, n'est pas toujours résolu par des

²⁹ . (OMS, 2018). Ibid

politiques « vagues » supprimant les frais médicaux dans certaines circonstances. Les dépenses personnelles restent un problème dans certains PRFI, en particulier parmi les populations vulnérables³⁰.

Par exemple, les politiques de libre-échange du Mali et du Niger posent de sérieux problèmes pour des raisons de mise en œuvre. Dans un sens, cela constituait un risque pour la durabilité du système de santé. En fait, les organisations internationales ont commis la même erreur que le secteur de l'éducation en privilégiant la quantité plutôt que la qualité au nom de l'accès universel. Dans certaines situations, des effets même pervers de l'aide internationale sur les structures de santé ont été observés³¹.

L'exemple de l'Éthiopie, qui a suivi de près les recommandations de l'OMS sur la création et la mise en œuvre des CBHI (**Community Health Insurance**) et SHI (**Social Health Insurance**), est à cet égard éloquent. Lagarde et ses collègues expliquent que les soins prénatals et la planification familiale restent problématiques car la capacité et la motivation des professionnels sont sous-estimées face à une demande croissante.

Malgré l'engagement des pays, le soutien technique et financier des organisations internationales et les diverses activités des donateurs, il n'est pas encore possible de démontrer efficacement les progrès vers la couverture sanitaire universelle. On craint que cet objectif ne subisse le même sort que la Bonne santé pour tous en 2000, les OMD ou les projets d'assurance qualité.

En effet, nous sommes loin des objectifs fixés et les disparités entre pays riches et pays pauvres, entre catégories socio-économiques au sein d'un même pays ou entre assurés et non assurés sont souvent réelles. Il faut objectivement reconnaître que cela devient le cas. Crevasse.

³⁰ . De Sardan, Olivier J. & Ridde, V. (2018). Réponse au texte « Gratuité des soins ? Ce qu'il faudrait prouver... » de Joseph Brunet-Jailly. *Afrique Contemporaine*, 265(1). Pp. 141-152.

Voir aussi :

Nabyonga J.O. et al. Abolition of user fees: the Uganda paradox. *Health Policy and Planning*; 26: 2011. pp: 2041-2052.

³¹ . De Sardan, Olivier J. & Ridde, V, op-cit. p: 150

Ce constat général n'occulte pas les réalisations parfois impressionnantes en matière de contrôle et d'éradication des maladies transmissibles ou les avancées dans le financement et la gestion des systèmes de santé. La réalité est que la CSU progresse lentement, avec des impacts inattendus, voire pervers, sur certains indicateurs dans certains pays, dont le Maroc.

Il y a un Écart important entre les pays riches et les pays à revenu faible ou intermédiaire (RFI) (écart entre 22 et 86), tel que mesuré à l'aide de l'indice de couverture des services pour les pays pour lesquels des données sont disponibles, en termes de difficultés et d'indisponibilité des services de santé utiles, manque d'outils de diagnostic, pénuries de médicaments et charge financière continue sur les budgets des ménages³².

Dans nos délibérations, nous réitérons l'idée réitérée dans les rapports et déclarations de l'OMS et de la Banque mondiale : pour parvenir à une couverture sanitaire universelle, il faut allouer des ressources sanitaires et mobiliser la santé des populations. Ils ont choisi de ne pas adopter l'idée selon laquelle les pays doivent être encouragés à s'améliorer. Leur redistribution est que la CSU repose sur trois dimensions du modèle qui doivent simplement être réalisées.

Ce modèle, présenté dans la littérature professionnelle et constamment défendu, donne l'impression qu'il est viable, compte tenu des détails de la démarche de mise en œuvre de chaque pays et du fait qu'il ne s'agit ni d'un modèle parfait ni d'un modèle international. Le modèle peut donc être collé n'importe où. En ce sens, nous pensons que le rôle des experts devient dangereux dans la production de la vérité, son maintien, sa reproductibilité et finalement sa destruction. Cela nous amène à nous poser deux questions. La première concerne la manière de produire cette vérité, et la seconde, la manière de l'utiliser.

Nous pensons que ce modèle n'est pas neutre car il reflète les décisions de son créateur. Les pays ne peuvent pas être universels parce qu'ils ne sont pas semblables. Il ne peut pas non plus être parfait, car il peut être facilement modifié en ne recevant pas d'informations fiables et vérifiables. La création de modèles de politiques publiques est une tâche délicate, qui remet en question les fondements théoriques des modèles. Avant de tirer des conclusions de ce « cube » et de l'utiliser comme modèle, il semble juste de se demander si les vérités contenues

³² . OMS et Groupe Banque Mondiale Couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial. Cadre, Mesures et Objectifs. Genève. Suisse. (2017).

dans ce « cube » sont des vérités factuelles. Il est donc nécessaire de considérer non seulement la contingence, mais aussi la possibilité du contraire, ou plutôt, c'est notre perception.

3.2. Caractéristiques du modèle

3.2.1. Réflexion sur le modèle

Ne s'est pas limitée à l'objectif de couverture sanitaire universelle, qui peut être louable, ni aux valeurs qui le soutiennent. Pour nous, ce modèle n'est pas un modèle de développement, mais un modèle de croissance qui ne convient pas forcément aux pays en développement et qui repose sur deux piliers. Le premier pilier est le besoin d'aide financière extérieure en raison du manque de ressources dans les pays en développement. La deuxième raison est la coexistence de structures traditionnelles et industrielles, qui a conduit les experts à proposer des modèles multidisciplinaires.

Les modèles multisectoriels supposent que le développement d'un secteur particulier s'accompagne du développement d'autres secteurs, car le choix de l'écosystème principal permet l'intégration des dimensions socio-économiques et humaines. Cette approche suppose que les pays en développement sont « fragmentés », « désorientés » et « défavorisés », auquel cas ils sont contraints de suivre les modèles occidentaux ou institutionnels établis, affirmant qu'ils doivent les importer. Le danger est double. La première est que le concept considéré comme « réussi » a été développé dans les pays riches, et la seconde est que sa mise en œuvre s'adresse aux pays en développement, qui ont besoin de « s'adapter » au modèle.

En résumé, nous pensons que cette approche consistant à suggérer (mais non à imposer) un modèle à suivre est discutable. Cela réduit la diversité au sein et entre les États et ne tient pas toujours compte de la réalité. En fait, les pays en développement sont considérés comme similaires dans la mesure où leurs approches sont similaires. Deux pays d'une même région peuvent ne pas avoir la même vision, la même expérience, les mêmes ressources, les mêmes objectifs (par exemple le Maroc et la Tunisie) et n'avoir pas les mêmes indicateurs de CSU.

Dans ce cas, cette approche est discutable car les variables du modèle sont fournies et harmonisées par des systèmes d'information différents pour chaque pays voire au sein d'un même pays. En fait, le seul lissage de cette variable peut tronquer le modèle.

3.2.2. Variable

Ce « cube » établit une relation déterministe (non causale) entre la variable explicative et la variable expliquée (dans ce cas CSU), et entre les variables explicatives elles-mêmes. Même. Cela suppose qu'il n'existe aucune cause implicite susceptible de modifier le modèle. Cette dernière présuppose l'hypothèse de linéarité des variables, mais surtout dans les domaines de la politique et de la sociologie, la conclusion selon laquelle il n'y a pas de relation linéaire entre variables en présence d'une distribution non normale, et donc aucune relation entre variables n'est pas obtenue.. Cela peut rendre difficile la mise en œuvre de propositions visant à développer l'une des trois dimensions du cube.

Les pays qui cherchent à développer les soins médicaux seront contraints de prendre des décisions qui imposeront d'énormes fardeaux éthiques. Quels services de santé doivent être prioritaires pour quels groupes de population et quels systèmes de prépaiement doivent être utilisés ? Au-delà des aspects éthiques de la justice et de l'égalité, les décisions politiques de chaque pays déterminent les actions publiques, de sorte que la santé Il existe un impératif économique pour lequel collecter et redistribuer des fonds. Cela soulève des questions sur le processus de mise en œuvre du CSU.

3.3. Comment utiliser le modèle

Depuis 2005, la CSU est passée du statut de nécessité médicale à celui de nécessité de financement pour les systèmes de santé. Le financement du système de santé est une référence pour la CSU³³. L'OMS identifie trois fonctions des systèmes de financement de la santé : le financement, la mise en commun et l'achat de services. Le modèle proposé sépare clairement les fonctions de financement médical et d'achat de services.

3.3.1. Financement

De nombreuses recherches ont été menées dans ce domaine sur l'augmentation de l'espace fiscal afin de lever suffisamment de fonds pour la santé. La voie proposée pour parvenir à ce qui est défini comme l'équité verticale comprend l'augmentation des recettes

³³ . Pauly, M. V. (2011). Insurance and the Demand for Medical Care. Dans S. Glied, & P. Smith (Éds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford : Oxford University Press.

fiscales, des recettes annexes et des emprunts pour les pays qui sont largement endettés et dans lesquels le secteur informel joue un rôle important dans leurs économies.

Tous les pays en développement connaissent des difficultés économiques et doivent négocier avec le FMI et/ou la Banque mondiale (sauf Cuba et la Corée du Nord). Cette question doit donc être posée d'un point de vue politique.

En effet, les pays en développement se trouvent dans une situation économique où leur seule option est de se soumettre aux exigences de ces deux institutions et d'accepter des « lignes directrices » négociées ou négociées ou plus détaillées. La vitesse a ralenti, en fonction du système de gouvernement et de la souveraineté des pays (dans le cas des pays dits Dragon Four : Corée du Sud, Hong Kong, Singapour et Taiwan), où l'intervention de deux institutions s'est avérée bénéfique. Dans d'autres pays en développement, leurs interventions semblent avoir rendu les pays pauvres encore plus pauvres en raison de l'ajustement structurel restrictif des politiques sociales et économiques dans les années 1980 (exemples du Maroc dans les années 1980 et de l'Argentine dans les années 2000).

Si cela se produit, l'équation deviendra insoluble. L'OMS et la Banque mondiale proposent d'augmenter le financement de la santé dans les pays soumis à des politiques qui régulent l'économie par la finance. Si ces mêmes pays veulent des liquidités, au lieu de prêter, ils doivent réduire les déficits de leur balance des paiements en réduisant les dépenses publiques, en augmentant les impôts, en privatisant et en ouvrant les marchés du travail... ce qui entraîne une « fragilité » encore plus profonde. » une partie de leur population. En effet, la Banque mondiale est confrontée aux conséquences des coupes sociales imposées par le FMI dans ses projets de réduction de la pauvreté.

Cette situation perdure malgré le fait que ces deux institutions, censées réguler et stabiliser l'économie mondiale, ont cessé de fonctionner depuis 2008. Le taux d'échec des projets financés par la Banque mondiale reste supérieur à 50 %, et le FMI est souvent critiqué pour son manque de transparence dans l'allocation de ses fonds. De plus, cette focalisation sur des doctrines spécifiques a favorisé un système néolibéral qui affaiblit l'État, impose certaines formes de configuration idéologique et crée des injustices en termes de politique sociale publique.

3.3.2. Services couverts

Cet aspect du modèle reste imprécis et soulève des questions légitimes sur sa faisabilité tant que le modèle sépare les fonctions de financement et d'achat de services. En effet, cela réduirait le rôle de l'État à la régulation. Dans ce contexte, parvenir à une justice horizontale semble difficile, car les partenariats public-privé répondent à différentes dynamiques de commercialisation ou de décommercialisation de la santé.

Les priorités de la CSU en termes de type de service (préventif, curatif, adaptatif, palliatif ou facilitateur), de niveau de soins (primaire, secondaire ou tertiaire) ou de profil de prestataire de services (public, privé) sont. Ce sont des questions à poser aux différents pays qui opèrent la CSU.

Le choix est difficile car les outils d'aide à la décision qui permettent de prioriser les services nécessitent au préalable un système d'information robuste, fiable, de qualité, moderne et réactif. Cela nécessite la disponibilité d'indicateurs objectivement vérifiables, des enquêtes occasionnelles sur la charge de morbidité et de mortalité et des recherches régulières. En fin de compte, différents baromètres de la santé combinant les données de santé avec des données sociales, anthropologiques et culturelles seront importants.

En effet, l'utilisation des services de santé dépend non seulement de leur « présence physique », mais aussi de leur qualité, de leur continuité et de leurs « résultats ». Ils sont en réalité déterminés par les connaissances, les comportements, les attitudes et les croyances des groupes existant dans un environnement particulier. Parce que ces instruments sont inadéquats dans la plupart des pays en développement, les pays suivent les directives des organisations internationales pour prioriser les priorités qui peuvent ne pas correspondre à la configuration tripode demande-demande-offre.

Nous pensons que l'information est un pouvoir et que nous ne pouvons en bénéficier qu'en veillant à ce que les systèmes d'information fassent leur travail. Être capable de fournir des informations valides et utiles pour la planification stratégique plutôt que pour une consommation politique interne ou externe. Le modèle proposé est également difficile à choisir car il semble représenter une vision fracturée du système de santé, non plus perçu comme un réseau intégré³⁴. Plutôt que d'améliorer l'accès aux soins de santé, cette situation

³⁴ . Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*, 28(2). Pp. 223-234.

peut créer des obstacles à l'accès ou empêcher les plus vulnérables d'accéder aux soins de santé.

3.3.3. Coûts couverts

Pour réduire les paiements directs, le modèle appelle à mutualiser les ressources, à introduire progressivement des cotisations obligatoires proportionnelles à la capacité de payer et à réduire les paiements directs pour les services de santé essentiels (préférés).³⁵

La question du niveau de partage des coûts revêt une importance cruciale pour tous les pays en développement. Réduire les paiements directs aux groupes les plus vulnérables (par exemple, scolarisation primaire « gratuite », programmes de soutien aux plus défavorisés) n'est pas une initiative qui contribuera à la réalisation de tous les bénéfices théoriquement attendus. Ils contribueraient aussi à créer les effets paradoxaux des « drogues à différentes vitesses » de qualité douteuse

la sécurité sociale, le renforcement des dépenses budgétaires catastrophiques et l'émergence de paiements indirects ou illégaux (le RAMED au Maroc en est un excellent exemple) ; Une augmentation de l'assiette fiscale peut également donner lieu à une situation sociale encombrée et suspecte en raison du manque de transparence dû à son caractère « aléatoire » et surtout injuste (comme c'est le cas du système fiscal adopté par le Maroc au cours des trois dernières années). Années).

3.3.4. Populations cibles

La double nature des structures économiques des pays en développement, la précarité de l'emploi, la pauvreté, le chômage et le surendettement soulèvent des questions éthiques et financières, individuellement ou en combinaison, lorsqu'il s'agit de décider quelles populations cibler en priorité. Pour les mêmes raisons énumérées ci-dessus, il est difficile de décider quelle population inclure en premier. Celles-ci dépendent des définitions nationales de la vulnérabilité, de la pauvreté et de l'extrême pauvreté, ainsi que de données factuelles sur les structures fonctionnelles des ménages et les modes de consommation.

³⁵ .. Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Rapport de suivi 2019.

Le concept de classe sociale en relation avec les modes de production et la propriété foncière reste valable. Encore une fois, cette sélection s'effectue sur la base des données du recensement et dans un environnement où toutes les forces sociales sont apaisées pour réprimer les tendances frauduleuses (la sélection des personnes vulnérables pour le RAMED au Maroc en est un exemple éclairant). Ces décisions dépassent le secteur de la santé et s'inscrivent dans une politique globale et intégrée de lutte contre la pauvreté.

En effet, de véritables projets de développement économique doivent être mis en œuvre sur le terrain pour garantir que les politiques mises en œuvre jusqu'à présent ne finissent pas par renforcer les politiques sociales plutôt que par renforcer la « capacité » des populations à sortir du cercle vicieux de la pauvreté. à travers des projets sociaux visant à améliorer l'éducation et à lutter contre l'illettrisme, ou à travers des projets de développement qui impactent directement des populations géographiquement isolées (l'exemple de l'INDH au Maroc), et enfin à travers la responsabilisation et la lutte dans les systèmes de retraite, à travers une action sociale qui engage les parties prenantes en promouvant. Les organisations de l'économie et du secteur informel sont responsables.

Pour mesurer les progrès en matière de CSU, l'indice de couverture des services a été développé par la Banque mondiale et défendu par l'OMS comme indice servant de référence entre les pays. Même si nous avons des inquiétudes quant à l'exactitude de la classification elle-même, nous nous sommes appuyés sur cette classification pour sélectionner les exemples à citer. Il peut être utilisé pour analyser des tendances plutôt que des moments précis dans le temps. Classement de 183 pays, données de 2015 ont été utilisées, variant de plus de 80 dans les pays riches à moins de 35 dans les pays à faible revenu.

En raison de l'escalade des conflits armés, les arguments avancés pour expliquer la position des pays en bas du classement sont « discutables ». Comment expliquer alors l'indice de pays comme l'Irak et la Libye (63) ou la Syrie (60) ?

Il est clair que la mise en œuvre de la CSU dans un pays est le résultat du droit aux soins de santé, mais de nombreuses questions demeurent car elle dépend de certaines politiques publiques plutôt que du système de santé³⁶. Les lignes directrices des experts et des « organisations internationales ne prennent pas en compte les réalités locales, notamment les

³⁶. O.P. Ottersen. Global Governance for Health: how to motivate political change? Public Health. Jul;129(7) (2015):833-7D. McNeill. (B.A., Ph.D.) 1 and (M.D., Ph.D) University of Oslo, Norway.

conditions d'exercice de ce droit, ainsi que la performance et la résilience des systèmes de santé »³⁷.

De toute évidence, l'OMS et la Banque mondiale savaient que les principes de la CSU seraient soutenus par tous les pays, en particulier les pays les plus pauvres, en raison des intérêts politiques qu'ils représentent et de leurs propres défis nationaux. Cependant, en réalité, les systèmes de santé des PRFI sont faibles (la santé publique et les soins de santé deviennent rapidement dysfonctionnels) et les ressources disponibles sont limitées à la CSU et aux nouveaux soins, ce qui peut résulter d'une gouvernance inefficace. C'était une mission impossible car inadaptée aux besoins³⁸.

3.4. Études de cas de certains pays d'Amérique latine

Le contexte politique et historique des pays d'Amérique latine a donné lieu à des critiques précoces de la part de la société civile à l'égard des politiques restrictives du FMI, notamment au Costa Rica et au Mexique. La santé en tant que droit fondamental est devenue une exigence essentielle. Tous ces pays n'ont pas été des « exécutants » réticents du Consensus de Washington. Pour améliorer l'accès aux services de santé, nombre de ces pays ont mis en œuvre deux stratégies globales et intégrées depuis 1980.

³⁷ . Robert, E., Lemoine, A. & Ridde V. (2017) Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle ? Une analyse fondée sur l'approche par les droits, Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d'études du développement, 38 :2. Pp. 199-215.

³⁸ . Deville, C., Hane, F., Ridde, V., Touré, L. « La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018 », Working Paper du Ceped, n°40, Ceped (UMR 196 Université Paris Descartes IRD), Paris, Octobre 2018.

BIBLIOGRAPHIE :

- « Determinants and influencing mechanism of outpatient satisfaction: a survey on tertiary hospitals in the people's Republic of China ». *Patient Prefer Adherence*, 2016
- Akin, J.S., Griffi C.G., Guilkey, D.K., Popkin, B.M. The Demand for Primary Health Care Services in the Bicol Region of the Philippines. *Economic Development and Cultural Change*, N° 344, 1986.
- Boidin B., Guennif S. (2018). Santé au sud : entre solutions clef en main et dynamiques endogènes. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*. 36 (5-6).
- Brunet-Jailly, J. (1999). Santé en capitales : la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines. Abidjan : CEDA, 388 p. Santé en Capitales : Colloque International, Abidjan (CIV), 1996/02/12-16. ISBN 2-86394-308-1.
- D'Intignano, B. M. Le sexe médiateur. Plon. Doumeingts, Guy. Méthodes pour concevoir et spécifier les systèmes de production. LAP/GRAI, Université de Bordeaux, CIM, 90. (2000).
- Dardanoni, V., Wagstaff, A. Uncertainty, inequalities in health and the demand for health. *Journal of Health Economics* 6, 283–290. (1987).
- De Sardan, Olivier J. & Ridde, V. (2018). Réponse au texte « Gratuité des soins ? Ce qu'il faudrait prouver... » de Joseph Brunet-Jailly. *Afrique Contemporaine*, 265(1).
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V., Touré, L. « La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018 », Working Paper du Ceped, n°40, Ceped (UMR 196 Université Paris Descartes IRD), Paris, Octobre 2018.
- Erhlich, I., Chuma, H. A model of the demand for longevity and the value of life extensions. *Journal of Political Economy*, 98 : (1990). Pp : 761-782. In Demande de santé ou demande de sécurité : deux modèles pour la santé en économie, Georges Menahem Working Paper - Mars 2000.
- Gertler P., Locay L., and Sanderson W. Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru. *Journal of Econometrics*, 36 (1987).
- Gertler, P. et Van Der Gaag, J. The willingness to Pay for Medical care : Evidence from two developping Countries. Baltimore, Johns Hopkins University Press. (1990).
- Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80:1275-1294. (1972).
- Jamison, DT. Jha P., Laxminarayan, R., Ord T. Chapter 7. Infectious disease, injury, and reproductive health. In: Lomborg B, ed., *Global problems, smart solutions: costs and benefits*. New York: Cambridge University Press. (2013).

- Kenkel, D. S. (1994). The Demand for Preventive Medical Care. *Applied Economics*, 26.
- Le Baron, S.W. and Schultz, S.H. (2005). Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. *International Family Medicine*, 37(7).
- Nabyonga J.O. et al. Abolition of user fees: the Uganda paradox. *Health Policy and Planning*; 26: 2011.
- O.P. Ottersen. Global Governance for Health: how to motivate political change? *Public Health*. Jul;129(7) (2015):833-7D. McNeill. (B.A., Ph.D.) 1 and (M.D., Ph.D) University of Oslo, Norway.
- O'connell, T., rasanathan, K., & choPra, M. (2014). What does universal health coverage mean? *Lancet*, 383. Pp. 277-279.
- OMS (2018). Etat de la santé dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable. Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville.
- OMS (2018). Etat de la santé dans la Région africaine de l'OMS : Analyse de la situation sanitaire, des services et des systèmes de santé dans le contexte des objectifs de développement durable. Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville.
- OMS (2019). Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Rapport de suivi 2019.
- OMS et Groupe Banque Mondiale (2014). Couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial. Cadre, Mesures et Objectifs. Genève. Suisse.
- OMS et Groupe Banque Mondiale Couverture universelle en santé : suivi des progrès à l'échelon national et mondial. Cadre, Mesures et Objectifs. Genève. Suisse. (2017).
- OMS. Recherche pour une couverture sanitaire universelle. Genève. Suisse. (2013).
- OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse 2000.
- OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse (2020).
- Pallegedara, A., Grimm, M., Demand for private healthcare in a universal public healthcare system: empirical evidence from Sri Lanka. *Health Policy & Planning*, 32(9).
- Pauly, M. V. (2011). Insurance and the Demand for Medical Care. Dans S. Glied, & P. Smith (Éds.), *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford : Oxford University Press.
- Robert, E., Lemoine, A. & Ridde V. (2017) Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle ? Une analyse fondée sur l'approche par les droits, *Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d'études du développement*, 38 :2.

- Roland-Ramzi, G. (2012). Regards sur l'évolution des soins Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients, recherches en soins infirmiers numéro 109.
- Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*, 28(2).
- Seung Hyun Kang¹, Yeong Jun Ju, Hyo Jung Yoon, and al. (2018). The relationship between catastrophic health expenditure and health-related quality of life. *International Journal for Equity in Health*, 17(166).
- Victora C.G, Barros A.J.D, Axelson H, Bhutta Z.A, Chopra M, França G.V.A, Kerber K, Kirkwood B.R, Newby H, Ronsmans C, Boerma JT: How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*, 380: (2012).
- Wenya Y., Meina L., Chen X., Jingrui W. Jiazhen L., Haiping C. Zhang L. (2016).
- Wolfe, J. R, A model of Declining Health and Retirement. *The Journal of Political Economy*, 93(6): (1985).
- Zweifel, P., Breyer, F. (1997). Health Economics. Oxford University Press, New York.