

HEC MONTRÉAL

**Analyse discursive du débat entourant l'évolution du secteur de la
santé au Maroc**

**par
Youssef Kadi**

**Sciences de la gestion
(Option management)**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès sciences en gestion
(M. Sc.)*

Juillet 2020
© Youssef Kadi, 2020

Résumé

La santé des citoyens d'un pays est un sujet qui nécessite une attention particulière. Les systèmes de santé sont au cœur des débats publics afin de trouver les solutions adéquates pour l'amélioration de la santé des citoyens de manière efficace et équitable. Dans cette optique, la loi 131-13 a été adoptée afin de permettre l'ouverture des capitaux des cliniques aux investisseurs non-médecins. Avant l'adoption de cette loi, des débats d'ordre public ont pris place. Cette situation nous a amené à explorer certains discours afin d'en tirer les différents arguments et points de vue, relatifs au passage de la loi en question, des parties prenantes que nous avons sélectionnées.

Tout d'abord nous avons retranscrit et analysé une sélection de 13 vidéos, de différents acteurs ayant émis un avis sur le sujet de ladite loi, sur la plateforme YouTube. Ensuite notre travail d'analyse nous aura permis de révéler un ensemble de critères d'évaluation d'un système de santé ayant été utilisés dans les discours de notre corpus.

Tout en nous appuyant sur la théorie de la justification, nous avons ressorti les critères d'évaluations évoqués et les manières dont ils ont été utilisés. Notre étude aura aussi permis de révéler l'utilisation de ces critères en termes de justification, mais aussi les relations qui existent entre ces derniers. En effet nous pouvons affirmer, à travers nos résultats, que les critères de rentabilité et de concurrence ne peuvent être utilisés que s'ils sont accompagnés des critères de régulation et de contrôle afin de garantir l'intérêt général.

Mots clés : Système de santé, critère d'évaluation, privatisation, débat public, théorie de la justification, équité, qualité, régulation, rentabilité, public.

Table des matières

Résumé.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Chapitre I : Revue de Littérature.....	4
1.1.1 Capital Humain et Capital Santé.....	5
1.1.2 Systèmes de Santé et Théories.....	8
1.1.3 Critères d'évaluation d'un système de santé.....	17
1.2 Dimensions de la privatisation des soins.....	26
1.2.1 Le financement des soins.....	28
1.2.2 La délivrance des soins.....	30
1.3 La santé au Maroc : un bilan mitigé.....	32
1.3.1 Des progrès substantiels.....	32
1.3.2 Des difficultés persistantes et des défis à relever.....	36
Chapitre II : Cadre Conceptuel et Question de Recherche.....	41
2.1 L'analyse du discours dans un débat public.....	42
2.1.1 Le débat public.....	42
2.1.2 Approche de l'Analyse des Données Textuelles.....	43
2.1.3 L'approche thématique ou interprétation du contenu.....	44
2.2 Les critères d'évaluation d'un système de santé.....	45
2.2.1 Équité et accessibilité aux soins.....	45
2.2.2 Qualité et efficacité des soins.....	45
2.2.3 Régulation et contrôle.....	47
2.3 Les mondes selon Boltanski et Thévenot.....	49
2.3.1 Théories de la justification.....	49
2.3.2 Les différents mondes.....	49
2.4 Schéma conceptuel et question de recherche.....	53
2.4.1 Schéma conceptuel.....	53

2.4.2 Question de Recherche	54
Chapitre III : Méthodologie	56
3.1 La collecte de données	59
3.1.1 Analyse de données secondaires en recherche qualitative.....	59
3.1.2 Justification du choix des discours sélectionnés et présentation des acteurs..	60
3.1.3 Retranscription des données recueillies	66
3.2 Méthodes d'analyses des données collectées.....	67
3.2.1 L'analyse thématique, une analyse de contenu.....	67
Chapitre IV : Analyse des résultats.....	69
4.1 Équité et accessibilité aux soins.....	71
4.1.1 Restructuration plus globale du secteur sanitaire.....	71
4.1.2 Pour un accès plus équitable aux soins	73
4.2 Qualité et efficacité du système de santé	79
4.2.1 La qualité comme objectif du projet	79
4.2.2 Amélioration de la performance dans le système de soins	79
4.2.3 L'amélioration de la qualité remise en cause.....	80
4.3 Régulation et contrôle du système de santé	85
4.3.1 Contrôler et mieux veiller à la santé des citoyens.....	85
4.3.2 La régulation et le contrôle : deux aspects primordiaux pour la réussite de cette loi.....	86
4.4 Rentabilité, concurrence et système de santé.....	90
4.4.1 Rentabilité et concurrence : Un risque contre le système sanitaire	90
4.4.2 Rentabilité, concurrence : amélioration des soins.....	92
Chapitre V : Discussion et Conclusion	97
5.1 Discussion des résultats et Littérature.....	98
5.1.1 Les critères d'évaluation d'un système de santé.....	98
5.1.2 Différents aspects de la rentabilité et de la concurrence comme critère d'évaluation.....	104
5.1.3 Interaction des critères ou collaboration des « mondes »	107
5.1.4 Limites et avenues de recherche	110
5.2 Conclusion	111
Bibliographie.....	112
Annexes.....	123
Annexe 1 : Intervention du représentant du CESE	123
Annexe 2 : Intervention du Directeur Général National du SIMSP.	125

Annexe 3 : Intervention de la Coordinatrice Nationale du CDSM.	127
Annexe 4 : Intervention du Secrétaire Général du SNMSL.....	128
Annexe 5 : Intervention du Rapporteur général au Conseil de la Concurrence.....	129
Annexe 6 : Intervention du Président de la Chambre Syndicale des Biologistes du Maroc.	130
Annexe 7 : Intervention du Directeur Général de la FMSAR.....	132
Annexe 8 : Intervention du Président du CNOM.....	134
Annexe 9 : Intervention du Secrétaire Général de la FNAC.....	135
Annexe 10 : Intervention du Président du SNMG.	137
Annexe 11 : Intervention du Président du CSNMSP.	138
Annexe 12: Intervention de La présidente du groupe parlementaire du PAM.	139
Annexe 13 : Intervention du Président de la Chambre des Conseillers au Parlement.	141

Liste des tableaux

Tableau 1 : Évolution de la population et du taux d'accroissement annuel au Maroc	33
Tableau 2: Description des mondes développés sur la base de la théorie de la justification	51
Tableau 3 Les composantes de la « grammaire des conventions ».....	52
Tableau 4: Fiche technique du discours du représentant du CESE	61
Tableau 5: Fiche technique du discours du représentant du CC.....	61
Tableau 6: Fiche technique du discours du représentant du CNOM	62
Tableau 7: Fiche technique du discours du représentant du CDSM.....	62
Tableau 8: Fiche technique du discours de représentant du FMSAR.....	62
Tableau 9: Fiche technique du discours du représentant de la FNAC (Groupement de 17 associations de consommateurs).....	63
Tableau 10: Fiche technique du discours du représentant du PAM (1).....	63
Tableau 11: Fiche technique du discours du représentant du PAM (2) (Cf tableau 9)....	63
Tableau 12: Fiche technique du discours du représentant du SIMSP.....	64
Tableau 13: Fiche technique du discours du représentant de la CSB	64
Tableau 14: Fiche technique du discours du représentant du SNMSL.....	64
Tableau 15: Fiche technique du discours du représentant du SNMG.....	65
Tableau 16: Fiche technique du discours du représentant du CSNMSP	65
Tableau 17: La logique du monde civique dans la privatisation de la santé.....	77
Tableau 18: La logique du monde industriel dans la privatisation de la santé	82
Tableau 19: La logique du monde civique dans la privatisation de la santé.....	88
Tableau 20: La logique du monde marchand dans la privatisation de la santé.....	94

Liste des figures

Figure 1. Les différents éléments qui constituent un système de santé	10
Figure 2 : La dynamique et les interconnexions entre les différents éléments qui constituent un système de santé	12
Figure 3: Le modèle de Lalonde	13
Figure 4: Le modèle d'Evans et Stoddart.....	14
Figure 5: Le modèle de Dahlgren et Whitehead	15
Figure 6: Le modèle « Pathway » de la CDSS de l'OMS modifié selon Solar et Irwin.	16
Figure 7: Pluralité de la privatisation	26
Figure 8: Évolution du taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	34
Figure 9: Ration de mortalité infanto-juvénile – Comparaison internationale	34
Figure 10: Évolution du taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	35
Figure 11: Principales causes de décès maternels.....	36
Figure 12: Cadre conceptuel représentant les différents concepts retenus pour ce mémoire	53

Remerciements

La rédaction de ce mémoire a été une formidable expérience intellectuelle et humaine. Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien et leurs conseils.

Mes remerciements s'adressent dans un premier temps à monsieur Djahanchah Philip Ghadiri, pour le temps qu'il m'a consacré, pour ses précieux conseils et pour m'avoir guidé tout au long de ce travail.

Je tiens aussi à adresser ma reconnaissance envers mes parents, et mes grands-parents, qui ne m'ont jamais lâché quel que soit les chemins que j'ai emprunté dans ma vie afin que je puisse devenir qui je suis maintenant. Grâce à ces personnes magnifiques j'ai appris à me dépasser à tous les niveaux.

J'adresse également de sincères remerciements à ma femme, Rim Imani pour ses encouragements et pour l'aide morale qu'elle m'a apporté.

Enfin, merci aussi à ceux qui, malgré leurs occupations, ont trouvé du temps pour m'aider, me relire et discuter de ce travail.

Introduction

Les politiques sanitaires occupent une place centrale dans les débats sociaux, publics ou politiques. Ces systèmes fixent mutuellement des stratégies pour donner à chaque citoyen les moyens de se soigner, et d'être en bonne santé. Dans l'ensemble, les politiques sanitaires sont des politiques publiques menées principalement par l'État, mais qui peuvent être concertées avec le secteur privé, notamment les entreprises privées, les organismes d'assurance maladie, et les groupes de citoyens.

Généralement, les systèmes de santé ont pour but principal d'améliorer la situation d'un pays en termes de services sanitaires, et ceci peut tout aussi bien inclure l'aspect curatif que préventif des services. De plus, un système sanitaire se doit aussi d'être le garant et le protecteur de la santé d'une population donnée en se préparant à toutes sortes de situations et en engageant des actions incluant tous les secteurs d'une nation (Mackintosh & Koivusalo, 2005).

Malgré le fait que le Maroc ait réalisé de grands progrès dans de nombreux domaines, certaines lacunes subsistent au niveau sanitaire, avec un système de santé qui pourrait être amélioré, afin de répondre à la demande en soins de manière équitable et efficace. En effet, le Maroc se trouve parmi les pays du monde ayant une offre de soins insuffisante et ceci se traduit notamment par des disparités régionales en termes d'accès aux soins. (OMS, 2012)

Par ailleurs, il est important de rappeler que le Maroc a toujours encouragé l'investissement privé dans la santé. En effet, depuis le protectorat, les médecins du secteur privé ont soutenu le secteur public. Dans cette même optique, le projet de loi 131-13 relatif à l'exercice de la médecine, qui a pris place en 2014 avant que la loi ne soit adoptée en 2015, s'inscrit dans une vision de révision de la loi 10-94, afin d'ouvrir les capitaux des cliniques aux non-médecins. Cette révision peut être soutenue par plusieurs facteurs, à savoir :

- « Le secteur médical privé est de plus en plus confronté à des défis importants qui lui imposent d’être au diapason du progrès enregistré au niveau international ;
- Les exigences d’efficacité, de qualité et d’efficience du système de soins imposent la diversification des modes d’exercice de la médecine et de nouveaux modes de financement et de gestion des structures de soins privées ;
- Le secteur des services de santé joue un rôle de plus en plus important dans la croissance économique d’un pays en raison des opportunités qu’offre le développement du commerce des services de santé et de la biotechnologie médicale. » (CESE, 2014).

Ainsi d’après la note de présentation de la loi, l’objectif principal de cette révision est « d’adapter le dispositif juridique actuel au progrès de la pratique médicale et aux profondes mutations du système de santé, tout en tenant compte de l’évolution de l’environnement médical et économique international, pour rendre le système de santé plus attractif à l’investissement ». (CESE, 2014). De cette manière, il est nécessaire de rappeler que la loi 131-13 devrait faciliter la réalisation des objectifs de la loi cadre 34-09, à savoir :

- « la solidarité et la responsabilisation de la population dans la prévention, la conservation et la restauration de la santé ;
- L’égalité d’accès aux soins et services de santé ;
- L’équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires ;
- La complémentarité intersectorielle ;
- L’adoption de l’approche en matière de services de santé. »

Dans cette optique, il est particulièrement intéressant de se pencher sur la loi 131-13, qui représente une sorte de privatisation de la santé au Maroc, et d’explorer les réactions des différentes parties prenantes en analysant un échantillon de discours qui traite du sujet de l’adoption de la loi 131-13 relative à l’exercice de la médecine. Cette analyse sera axée sur les thématiques abordées par les différents acteurs concernés par le système de santé

et nous allons ainsi dégager les critères d'évaluations d'un système de santé utilisés dans leurs discours et comprendre la manière dont ils ont été articulés afin de justifier leurs points de vue.

Ce travail est organisé comme suit, nous commencerons par une revue de littérature qui se divise en trois grandes sections, à savoir une revue sur les systèmes de santé dans le monde, ensuite une explication des éléments d'une privatisation de la santé, pour enfin finir par une analyse de la situation sanitaire au Maroc.

Par la suite, nous détaillerons le cadre conceptuel choisi, ainsi que les hypothèses de recherche. Nous présenterons ensuite la méthodologie utilisée, puis les différents résultats de ce travail avant de conclure et de citer quelques limites et perspectives de recherche.

Chapitre I : Revue de Littérature

1.1 Santé et littérature

1.1.1 Capital Humain et Capital Santé

Les politiques sanitaires sont en principe issues des pouvoirs publics (Organisation Mondiale de la Santé), sous forme de politiques publiques permettant le bien-être des citoyens d'une société, c'est-à-dire l'accès aux soins en vue d'une amélioration de la santé physique et morale et des conditions de vie. Néanmoins, elles nécessitent une interconnexion stratégique entre les acteurs publics et privés d'un pays donné, les établissements médico-sociaux et les citoyens afin de relever certains défis.

Le Groupe de la Banque Mondial définit le « capital santé » comme « *l'ensemble des connaissances, compétences et conditions de santé que les individus accumulent tout au long de leur vie* ». Tous les individus naissent avec un « stock de santé », qui va se déprécier au fil des années. Plusieurs facteurs participent aux fluctuations de ces réserves. En effet, ces dernières diminuent avec l'âge, mais d'autres facteurs comme la consommation de soins peuvent stabiliser ce stock. Il y a donc des facteurs que les individus peuvent contrôler, et d'autres non. Ainsi, les individus seraient en mesure d'investir dans ce « capital santé ». (Michael Grossman, 1972).

Pour comprendre le capital santé, il faut savoir que celui-ci est une composante du capital humain, c'est pour cela qu'il est utile de définir également ce concept. Selon Gary Becker (1964), le capital humain est considéré comme un « stock de ressources productives incorporées aux individus eux-mêmes, constitué d'éléments aussi divers que le niveau d'éducation, de formation et d'expérience professionnelle, l'état de santé ou la connaissance du système économique ». Ainsi, ces deux définitions du « capital santé » et du capital humain évoquent la notion de « stock » que chaque individu possède, et sont donc liées à certains points.

Il existe plusieurs analyses du capital humain et de son importance dans la croissance économique d'un pays. Il est donc important de comprendre le rapport entre le capital humain et la santé.

Le capital humain est ancré depuis plus d'un demi-siècle dans les théories économiques, il joue un rôle décisif dans l'évolution d'une population, sa croissance et son bien-être, considéré par certains comme un moyen de production et une variable fondamentale de l'évolution économique. Ce concept et ses fondements se renforcent aujourd'hui avec plusieurs études sur l'impact de la santé et de l'éducation sur la productivité nationale. Selon l'économiste Théodore W. Schultz (1961), le capital humain joue un rôle important dans la productivité d'une population. Ainsi, un ensemble de facteurs vont intervenir pour permettre cette évolution, notamment l'éducation et la formation. Dans son étude, l'auteur se concentre sur cinq catégories majeures d'amélioration des capacités humaines :

1/ Les infrastructures et services de santé, conçus au sens large pour inclure toutes les dépenses qui affectent l'espérance de vie, la force et la résistance, la santé des individus ;

2/ La formation sur le lieu de travail, y compris l'apprentissage à l'ancienne organisé par les entreprises ;

3/ L'éducation formellement organisée aux niveaux élémentaire, secondaire et supérieur ;

4/ Les programmes d'études pour adultes qui ne sont pas organisés par les entreprises, y compris les programmes de vulgarisation, notamment dans l'agriculture ;

5/ La migration des individus et des familles pour s'adapter à l'évolution des possibilités d'emploi.

Il est intéressant de se focaliser sur la première catégorie, qui est « les infrastructures et services de santé qui affectent l'espérance de vie, la force et l'endurance, ainsi que la santé des individus », car elle représente le « capital santé ». Il est également possible de distinguer d'autres formes de capital, comme le capital social dans la suite du raisonnement de l'auteur :

"Les activités de santé ont des implications à la fois quantitatives et qualitatives. Les spéculations des économistes sur les effets de l'amélioration de la santé sont principalement liées à la croissance démographique, c'est-à-dire à la quantité,

mais il est certain que les mesures de santé améliorent également la qualité des ressources humaines". (Théodore W. Schultz, 1961)

Il définit cette première catégorie comme étant déterminante au niveau qualitatif et quantitatif du capital humain, et selon plusieurs économistes, il y aurait une corrélation évidente entre santé et croissance démographique, ce qui démontre cet aspect quantitatif. Il explique qu'en raison du manque de recherches dans le domaine de l'économie de la santé, le niveau qualitatif reste vague (Théodore W. Schultz). Nous pouvons ainsi dire qu'il y a un lien entre l'investissement dans ces cinq catégories et l'amélioration du capital humain, et donc du capital santé. Nous retrouvons aussi ce concept à travers le capital public, qui représente les dépenses financées par l'état et intégralement financés par l'impôt, et donc un investissement qui sera incorporé dans la construction d'infrastructures publiques, dont les infrastructures sanitaires (R. Barro, 1990).

Dans son ouvrage « Human Capital », l'économiste Gary Stanley Becker approfondit le sujet et la notion de capital santé, qu'il définit comme un capital physique. Pour l'auteur, l'investissement en matière de santé représente une optimisation des capacités de l'individu. Il voit le capital humain comme un actif ou une ressource indéniable de la croissance économique. Il faut donc comprendre les différentes variables qui améliorent ces capacités pour intégrer le caractère qualitatif de la santé qui reste toujours difficile à mesurer.

"Pour ces raisons, j'aimerais qualifier la seconde moitié du XXe siècle, et certainement le début du XXIe siècle, d'âge du capital humain. De nos jours, un des principaux déterminants du niveau de vie d'un pays est la manière dont il réussit à utiliser les compétences, les connaissances et la santé de sa population. Ces compétences, ces connaissances et cette santé sont nécessairement développées grâce à l'investissement dans les personnes, et sont utilisées dans un environnement économique, dans une structure saine, la structure du marché". (Becker, 1964)

Plus récemment, dans son ouvrage « Le capital humain », Véronique Simonet définit celui-ci comme un élément crucial pour lutter contre les inégalités et comme un vecteur

de la croissance économique. Les investissements dans la santé, l'éducation et l'immigration sont très importants, et se reflètent sur la productivité des employés. Les maladies sont des freins au développement d'un pays et de sa population, nous pouvons donc considérer celle-ci comme un facteur naturel de développement économique, et de ce fait nous pouvons dire que la santé représente pleinement le capital humain (Hoyt Bleakley, 2010).

Autre définition qu'il semble intéressant de mettre en avant, il s'agit de celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui explique que le terme santé est souvent utilisé pour décrire un état physique (maladie ou infirmité), mais qu'il s'agit aussi de bien-être mental et social. Dans la suite de cette définition, la santé est considérée comme un droit fondamental à tous les individus. La santé est ainsi une composante essentielle du capital humain et de son bien-être.

Par ailleurs, l'OMS définit la santé des citoyens comme étant un élément de lutte contre les inégalités, une condition fondamentale de la paix, de la sécurité et insiste sur la coopération entre les individus et l'État. De plus, elle permet à chacun l'accomplissement de ses missions familiales, professionnelles et sociales, grâce à une sensation de bien-être résultant du faible risque de maladie ou de décès prématuré.

La partie suivante traitera des différents paramètres des systèmes santé. Celle-ci sera dédiée à une exploration des systèmes de santé à travers différentes théories.

1.1.2 Systèmes de Santé et Théories

Comme il a été décrit précédemment, la santé est une composante importante et primordiale du capital humain. Les systèmes de santé intègrent une panoplie de facteurs et de domaines dans laquelle la santé est une grande priorité et atteignant des objectifs qui dépassent ceux du citoyen ou du système en place (Mackintosh & Koivusalo, 2005). Ils sont aussi une partie intégrante des liens sociaux entretenus entre les habitants d'un même pays et ils engendrent des gains qui dépassent l'aspect sanitaire d'une nation (Gilson, 2003; Mackintosh, 2001).

Ces systèmes de santé se basent sur l'ensemble des citoyens et impliquent tout autant la politique santé d'un pays, que la promotion de la santé publique et les retombées d'autres politiques sur la dimension sanitaire d'une nation donnée (Mackintosh & Koivusalo, 2005).

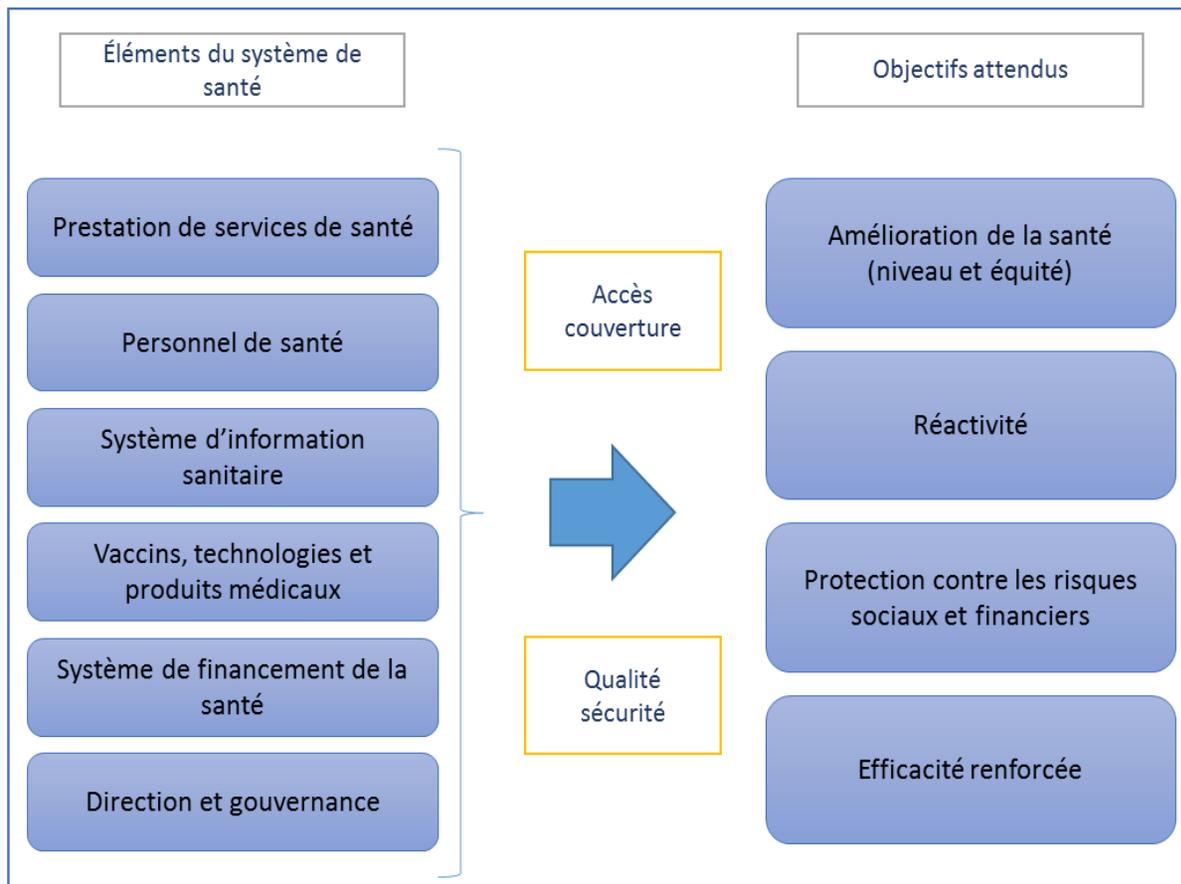
Les objectifs au sein d'un système sanitaire se caractérisent par une amélioration de la santé d'un point de vue curatif et préventif face à des situations d'urgences. Mais aussi des prestations sanitaires de manière égalitaire et pouvant être financées en fonction des revenus de chacun. De plus, il faut assurer un niveau au moins similaire qui peut être amélioré concernant la santé des citoyens, et ce à travers une formation de la main d'œuvre qualifiée ainsi que la poursuite des recherches dans le domaine sanitaire. Enfin, il faut maintenir l'intégrité et l'éthique dans les services sanitaires rendus afin de garantir les droits des citoyens, des citoyens qu'il faut impliquer et faire participer dans l'élaboration et le vote des politiques publiques dans le domaine de la santé (Mackintosh & Koivusalo, 2005). De plus, un système de santé doit maintenir certains rapports sociaux qui visent le partage des ressources sanitaire à travers l'inclusion d'une tranche de la population, qui normalement est exclus des systèmes et processus de décision (Freedman et al., 2005).

Pour reprendre les propos précédemment abordés, l'OMS (2007) qualifie les objectifs d'un système sanitaire comme devant maintenir une certaine équité dans les soins et de garantir une offre sanitaire à toute la population, et ce, indépendamment des coûts y afférents. En effet, la santé des citoyens est un droit naturel.

Enfin, l'atteinte de ces objectifs est essentielle, car la santé d'un être humain est un droit et le garant de ce droit est l'état lui-même, qui se veut le médecin de la société et il revient à la société de faire en sorte d'assurer une cure à n'importe quel mal qui présenterait une éventuelle menace à la vie (Ewald, 1986).

Afin d'atteindre les différents objectifs attendus d'un système de santé, celui-ci concentre plusieurs composantes. En effet, l'OMS a mis en place un cadre conceptuel du système de santé qu'il serait préférable d'adopter. Ce modèle se compose de 6 éléments qu'il faut savoir utiliser et manager afin d'atteindre les objectifs souhaités. Le schéma ci-dessous résume le concept discuté :

Figure 1. Les différents éléments qui constituent un système de santé



Source : (OMS, 2007)

Afin de pouvoir évaluer un système de santé en termes d'efficacité, il faut se tourner vers les services qui s'y attachent, en prenant en compte la présence de réseaux de services sanitaires, une offre de service complète répondant à la totalité des problématiques de santé des habitants d'un pays donné et enfin pour mesurer l'efficacité dudit système il est nécessaire de posséder des normes directrices et des mécanismes pour garantir un accès aux soins équitable et de qualité. Un autre aspect des éléments constitutifs d'un système de santé est les ressources en termes de personnel qualifié, d'éducation et de formation. Il faut aussi atteindre un effectif diversifié, suffisant et réparti équitablement. Ensuite, le système d'information sur la santé se doit d'être d'une certaine qualité afin d'assurer une gouvernance efficace, intégrant les bonnes pratiques qui permettent d'assurer une bonne direction du secteur par les autorités compétentes et d'établir des stratégies et des politiques nationales claires dans le domaine de la santé. Enfin, les systèmes de financement sanitaires en place peuvent être des leviers pour l'amélioration de la santé

s'ils permettent l'obtention de la couverture universelle et s'ils facilitent l'accès aux soins en termes financiers (OMS, 2010).

En plus des éléments cités ci-dessus, la population, en tant que consommateur des services de santé, en constitue un élément tout aussi important. Ces individus jouent des rôles essentiels, dont le besoin en soins, qui est droit primordial, la qualité des services rendus, le financement qu'ils apportent au système de santé, ainsi que leur aspect coproducteur d'un point de vue promotionnel de la santé (Frenk, 2010).

Il est aussi important de noter que le fonctionnement d'un système de santé doit être contextualisé en fonction du niveau dans lequel il opère. Il peut être au niveau Micro, au niveau Méso ou encore au niveau Macro (Fulop et al, 2001 ; Van Damme et al, 2010).

Enfin d'après Savigny et Adam (2009), les éléments qui constituent un système de santé ne peuvent être fonctionnels que s'il existe des relations entre ces derniers comme il est illustré au niveau de la figure suivante :

Figure 2 : La dynamique et les interconnexions entre les différents éléments qui constituent un système de santé

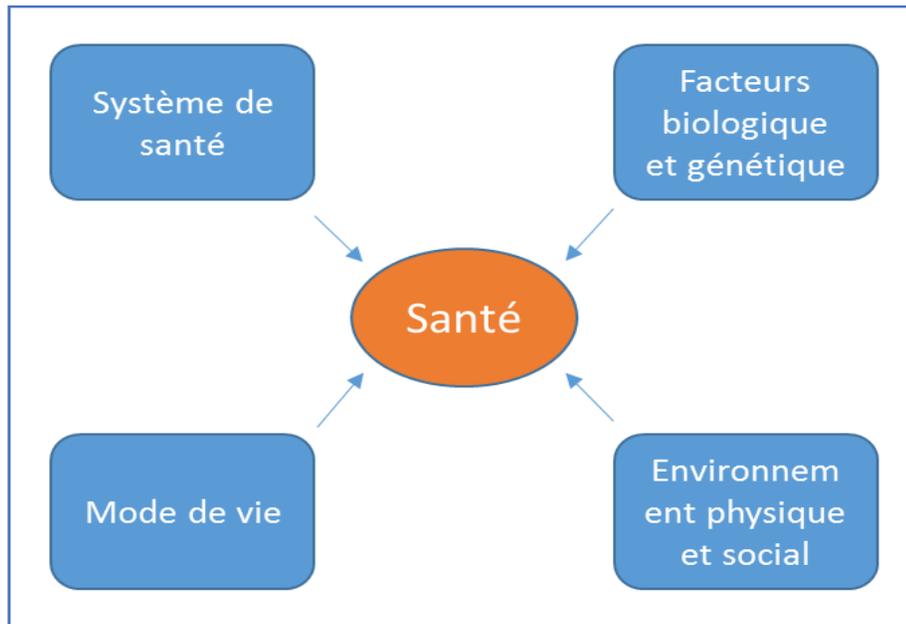


Source : (de Savigny et Adam, 2009)

En effet, un système de santé est défini à travers ses composantes et la manière dont ces éléments interagissent et sont interdépendant en relation avec les gens qui peuplent le système (Frenk, 1994).

Il existe un certain nombre de modèles qui intègrent différents facteurs dans l'approche d'un système de santé, ces facteurs se définissent par des interconnexions et sont généralement d'ordre économique, socio-environnemental et individuel. En effet, la littérature révèle l'évolution de ces modèles à travers le temps. Le modèle Lalonde (1974), qui rassemble quatre catégories de déterminants. Ces catégories sont présentées comme ayant la même importance et se situent sur un même « plan d'égalité ». Le schéma ci-après illustre ces 4 catégories :

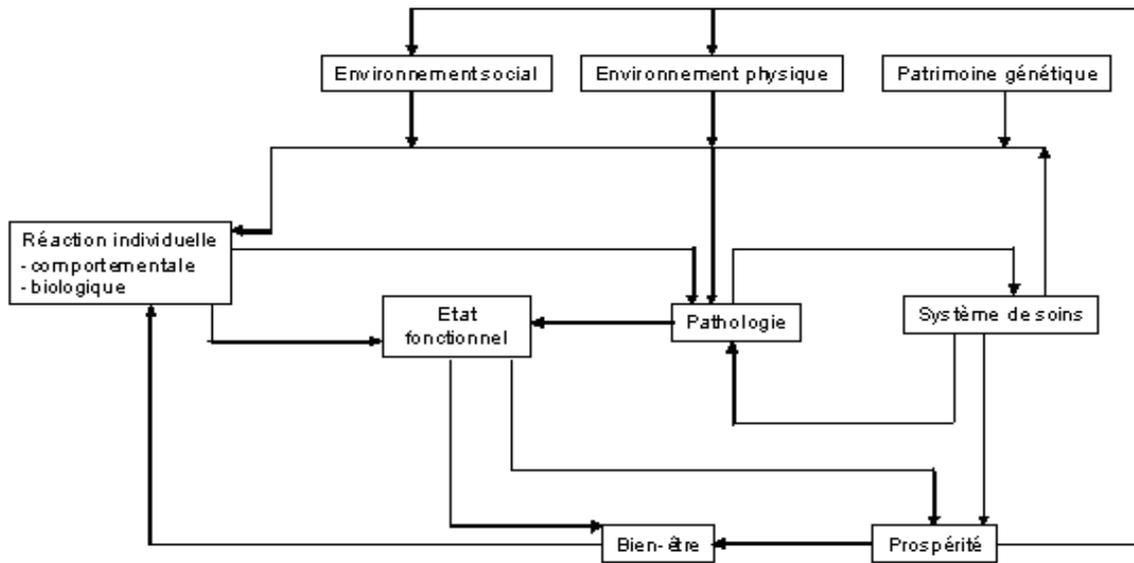
Figure 3: Le modèle de Lalonde



Source : (Lalonde, 1974)

En 1990, Evans et Stoddart proposent un modèle plus affiné que celui de Lalonde. En effet, ce modèle se compose de « six catégories de déterminant » et de « trois états de santé », il accorde aussi moins d'importance à la catégorie « Mode de vie » ou « habitude de vie ». Il y a aussi une émergence, dans ce modèle, des thèmes tels que l'inégalité et l'inégalité de santé.

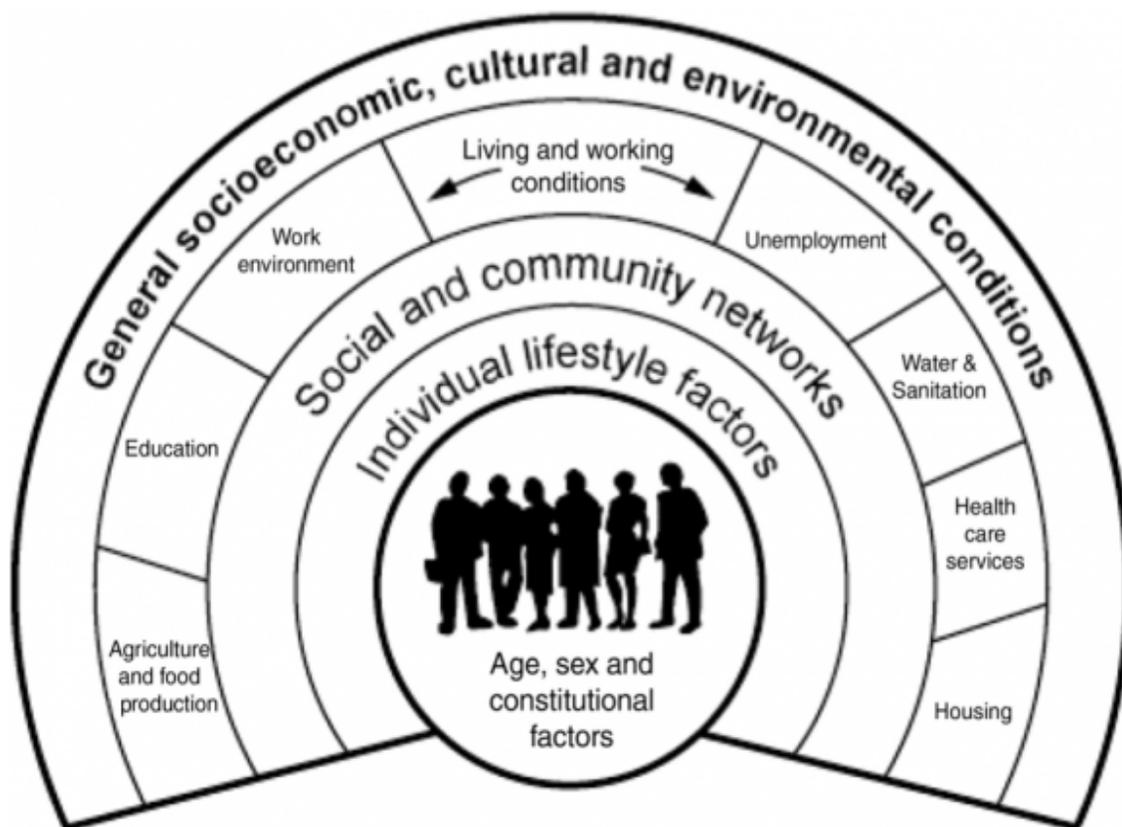
Figure 4: Le modèle d'Evans et Stoddart



Source : (Evans et Stoddart, 1996)

Le modèle Dahlgren et Whitehead (1991), se composant de cinq catégories de déterminants organisés de manière à traiter le général avant d'aller au particulier, adopte de façon explicite une approche par les inéquités ou les inégalités sanitaires.

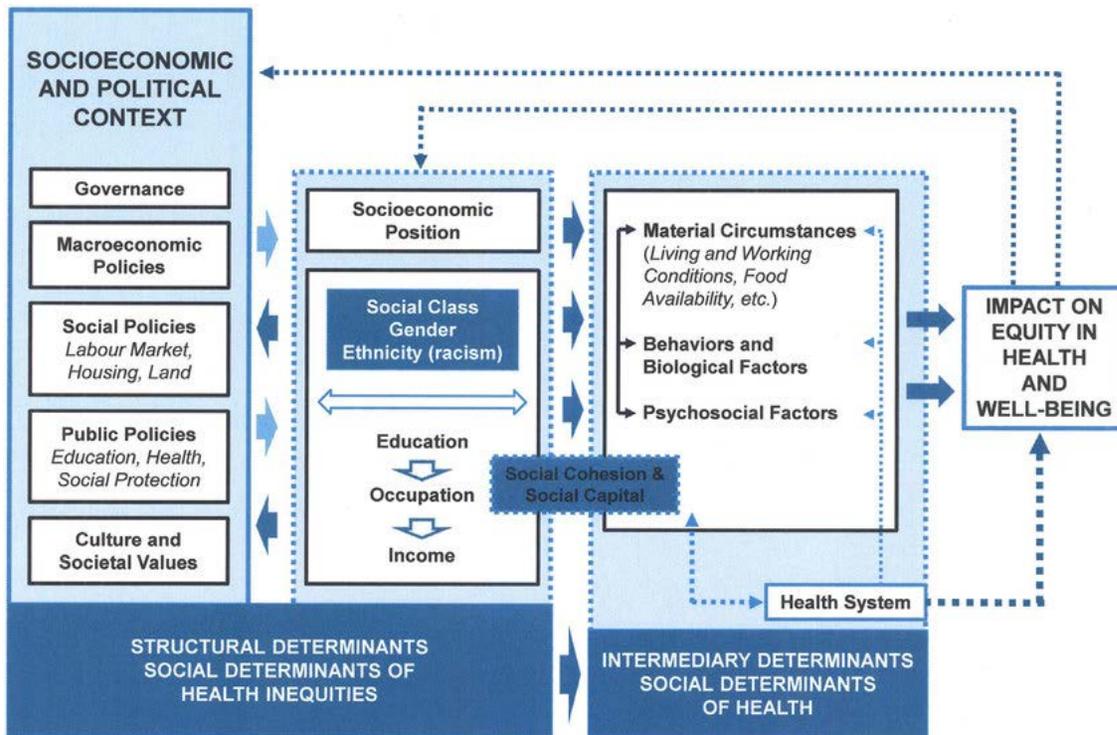
Figure 5: Le modèle de Dahlgren et Whitehead



Source : (Dahlgren et Whitehead, 1991)

Enfin, le modèle « Pathway » de la CDSS (2008) de l’OMS, qui a été établi comme un récapitulatif ou une synthèse regroupant les déterminants étudiés jusqu’à son élaboration à travers, toujours, une approche par les inégalités de la santé. Ce modèle est basé sur les relations entre trois catégories de déterminants, à savoir « la dimension macro qui réunit tout ce qui touche au contexte socio-économique et politique général », les déterminants qualifiés de structurels et enfin les facteurs intermédiaires de la situation sanitaire.

Figure 6: Le modèle « Pathway » de la CDSS de l’OMS modifié selon Solar et Irwin



Source : (Solar et Irwin, 2010)

De plus des déterminants de la santé qui ont fait l’objet de la recherche ci-dessus, un peuple se doit d’être protégé, ce qui appelle à la question des systèmes de protections sociales. Les systèmes de protection sociale sont généralement fondés sur les principes de deux modèles, le système beveridgien et le système bismarckien. Très souvent, le terme d’État-providence revient, une expression qui désigne les différents mécanismes sociaux et économiques dont le but est la réduction des inégalités sociales, contrairement à l’État-gendarme se limitant aux fonctions militaires et judiciaires, par conséquent de défense nationale et de maintien de l’ordre (F. X. Merrien, 2007). Dans notre cas, il s’agit de l’ensemble des règles intervenant dans le domaine social et économique donc de protection sociale, qui recouvre toutes les mesures et décisions prises permettant aux citoyens de faire face aux risques sociaux, comme le chômage, une maladie ou un accident.

Afin de protéger son pays d’une révolution, le chancelier allemand Otto Von Bismarck crée un modèle social permettant à travers un mécanisme d’assurance, une garantie financière en cas de risques sociaux (maladie, chômage, vieillesse ou décès), cette

description est ce que l'on nomme aujourd'hui « modèle bismarckien » ou « modèle assurantiel ». Cette garantie peut être vue comme une compensation de la perte de revenu, en cas d'invalidité, vieillesse et autres risques, résultants d'un partage en termes de cotisation sociale entre les ouvriers et l'employeur. Cependant, ce système est associé au travail, en effet, il se base sur le revenu personnel, et donc la compensation est faite selon ce revenu et non selon le besoin réel de chaque situation, ce qui relève certains problèmes d'inégalités. Premièrement, dans le cas d'une assurance maladie, le salarié contribue à hauteur de deux tiers des charges sociales et l'employeur pour un tiers. Ensuite, les accidents du travail sont totalement couverts par l'employeur, garantissant les deux tiers du revenu à l'employé en cas d'accidents. Pour les cas de vieillesse et invalidité, il y a un partage en termes de cotisations entre l'employé et l'employeur, et enfin, le système sera complété plus tard avec l'assurance-décès et l'assurance chômage, mais aussi avec une prise en compte des situations de handicaps et enfants.

Le système berevidgien, quant à lui, est considéré comme un « système d'assistance », car il s'agit de mettre en œuvre un système d'assistance social afin que tous les individus d'une société bénéficient de celui-ci. L'état est donc dans l'obligation de permettre aux citoyens de pouvoir couvrir leurs besoins substantiels. Selon son créateur W. H. Beveridge, ce modèle repose sur trois principes, d'abord à travers l'universalité et l'uniformité, par conséquent, cette aide sociale devrait être fixée indépendamment de la profession et du niveau du revenu, mais selon les besoins, afin d'assurer le bien-être et la sécurité de ses citoyens. Enfin, nous avons l'unité, qu'il considère comme un organisme public assurant la gestion de la protection social (J. P. Valette, 2007).

Dépendamment du système de santé ou de protection sociale mise en place, de l'existence ou non d'une couverture universelle, de la concurrence entre le public et le privé, il est important qu'un système de santé ait des critères d'évaluation afin de mesurer sa performance, ces critères seront détaillés dans la partie suivante.

1.1.3 Critères d'évaluation d'un système de santé

Le système santé représente toutes les ressources et stratégies mises en place permettant le bien-être des citoyens, est donc permettre à une population non seulement l'accès aux

soins, mais également un soutien mental et social tout au long de sa vie. Il regroupe aussi l'ensemble des organisations et institutions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé (Organisation Mondiale de la Santé). Il existe différents types d'investissement dans le domaine de la santé, pouvant résulter à une amélioration du capital humain et donc du capital santé. Néanmoins, il faut comprendre les facteurs constituant le système de santé, qui sont sujets à de nombreux débats publics à travers le monde. En effet, dans les pays en développement, nous pouvons remarquer une fuite du personnel médical, une conséquence des conditions de travail, des risques auxquels ils sont exposés et des salaires insuffisants (Bhargava, Docquier, 2008). Dans ce sens, il est important de comprendre certains critères d'évaluation d'un système pour pouvoir les améliorer, certains de ces critères, les plus pertinents sont présentés comme suit :

Le principe de l'équité est depuis longtemps au centre des débats sur l'égalité. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'équité en santé désigne « l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement » (OMS 2005). Ainsi, les conditions socio-économiques des individus ne doivent pas impacter la manière dont une maladie doit être traitée si elle se déclare. Tous les citoyens doivent avoir accès de manière équitable à des services de santé, et ce, malgré leur ethnie, religion, sexe, âge, classe sociale ou encore leur situation socio-économique. (Dahlgren et Whitehead, 2006). Et ce, car la santé est un besoin primaire, indispensable au bien-être des individus. (Rawls 1971). Ainsi, l'équité en termes de santé est un facteur nécessaire à l'épanouissement des individus (Cuyler et Wagstaff, 1993), car une mauvaise santé physique peut impacter sur le moral.

L'équité des systèmes de santé de chaque pays dépend de la conception de la justice sociale de ces pays (L. Hartmann, 2009), mais la nécessité d'œuvrer pour améliorer l'accès aux soins à tous demeure une valeur universelle. Ce problème peut être notamment traité d'un point de vue économique, car la consommation de services de santé d'un individu dépend de ses revenus, ce qui montre que les personnes ayant de faibles revenus sont souvent pénalisées par rapport aux personnes aisées, d'où l'importance de proposer des services financièrement accessibles à tous (Marc J. Roberts et al., 2002). De plus, une

étude de Van Doorslaer et Masseria (2004) affirme que les personnes financièrement aisées consultent beaucoup plus de médecins spécialistes que les personnes défavorisées, qui ont tendance à se diriger vers des médecins généralistes, dont les tarifs sont généralement plus abordables. Cependant, l'aspect financier n'est pas toujours le problème. Par exemple, dans une situation où deux personnes ont des revenus identiques, on constate que celui qui a une santé plus faible s'explique par le fait que celui-ci y prête moins attention (Fleurbaey 2007).

Avoir une équité dans la prestation et le financement des soins est également primordial dans les systèmes de santé, car elle consiste en une distribution équitable des ressources. Pourtant, équité ne signifie pas de distribuer ces ressources à parts égales entre tous les individus. En effet, selon Wagstaff et al (1993), cette répartition ne se fait pas en fonction de la capacité des individus à payer, mais en tenant compte de leurs besoins, pour ne pas impacter les personnes ayant de faibles revenus. Ainsi, les individus contribuent en fonction de leurs revenus et ne sont pas tributaires de facteurs socio-économiques.

L'accessibilité géographique est aussi une valeur importante de ce principe, à travers des infrastructures réparties sur le territoire de manière équitable (hôpitaux et cliniques) et la disponibilité d'équipements médicaux et de médicaments (Margaret Whitehead et al. 2006). En effet, le patient doit pouvoir se faire soigner rapidement et correctement en cas de besoin, peu importe l'endroit où il réside.

Ainsi, l'équité est une variable qui regroupe des qualités essentielles du système de santé, comme l'accessibilité financière et géographique, et donc une valeur primordiale du système de santé ne prenant pas en compte les différentes formes de discrimination, c'est à dire, directe, indirecte et systémique (OMS). De ce fait, les systèmes de santé dans le monde reflètent le contrat social auxquelles ils sont attachés, à travers les modalités de financement et l'accès aux soins, cette valeur permet l'égalité en termes de santé (Lise Rochaix et al. 2009).

Nous avons traité de l'accessibilité financière et géographique des soins. Mais il existe de nombreux autres déterminants sociaux de la santé, qui peuvent jouer un rôle sur la santé des citoyens. On peut citer notamment l'origine ethnique, la culture, l'éducation, les

conditions de travail, ou encore l'alimentation. Or un système de santé équitable peut diminuer les conséquences de ces déterminants sociaux sur la santé (Gardner, 2012) Selon les raisonnements théoriques, la qualité est la clé de voûte du système de santé. D'un point de vue global, le système sanitaire permet l'amélioration de la qualité de vie des citoyens, à travers différentes prestations sanitaires, incluant toutes les activités qui visent la promotion, la restauration et le maintien de la santé (Organisation Mondiale de la Santé). Il existe aussi un lien étroit entre la qualité du système et son efficacité, qui se traite à travers les descriptions suivantes.

La qualité des soins administrés est une des valeurs fondamentales du système de santé, dont les résultats reflètent la qualité de ce système. C'est dans cette perspective que l'efficacité et l'efficience du système jouent un rôle important dans les différents types de soins administrés, qu'ils soient préventifs, ambulatoires, d'urgences ou dispensaires. Ces derniers doivent être réalisés dans les meilleures conditions possibles, afin de ne pas exposer le patient à des risques relevant de sa sécurité sanitaire. L'efficacité c'est l'atteinte de ses objectifs.

Il existe plusieurs types d'efficacité :

- L'efficacité productive : Optimiser les coûts des soins
- L'efficacité allocative : Satisfaire la demande de soins
- L'efficacité technique : Capacité d'un organisme de santé à réaliser un maximum de soins aux patients, au coût le plus bas.

Notion souvent confondue avec l'efficacité, l'efficience c'est être efficace en utilisant le moins de ressources possibles. (Farrell and Fieldhouse 1962). En effet, il est possible d'être efficace, sans être efficient, et cela en atteignant nos objectifs, mais sans avoir optimisé les ressources utilisées.

Nous avons besoin d'un système de santé performant et souple. La performance d'un système est logiquement liée à son efficience, non seulement par son utilisation des outils (coordination logistique, système d'information, etc.) et techniques à disposition, mais aussi par l'optimisation des ressources disponibles pour un résultat constant. En

considérant le résultat de cette optimisation comme une qualité du service, il est possible de faire le lien avec la qualité de notre système de santé et donc des ressources matérielles et immatérielles engagées dans celui-ci (M. Porter, 2006).

La qualité est difficile à définir en raison de son caractère subjectif. En effet, chaque individu a un ressenti sur la qualité qui lui est propre, comme diraient (Haddal et al 1997), « La qualité figure dans l'œil de l'observateur ». La qualité est donc un concept multidimensionnel, c'est pour cette raison qu'il ne faut pas chercher une définition universelle, mais d'accepter les différentes interprétations de celle-ci (Haddal et al (1997). Ainsi, il existe un éventail de facteurs qui sont synonymes de qualité. Donabedian, (1996) les a classifiés en 3 catégories :

Structure : Il s'agit des facteurs en lien avec le contexte dans lequel les soins sont donnés : structures matérielles, humaines, financières et organisationnelles. En effet, la disponibilité des ressources notamment est une composante nécessaire au maintien de la qualité des soins. Lorsque les installations de santé ne sont pas optimales, que les équipements ne sont pas performants ou encore que les médicaments ne sont pas disponibles, les établissements de santé ne peuvent pas procurer des soins de qualité. Un personnel soignant qualifié, diversifié est également nécessaire.

Procédures : Il est question ici de la manière dont les soins sont délivrés par le personnel soignant aux patients : les diagnostics, traitements, respect des procédures recommandées, etc. Il s'agit également des relations interpersonnelles. En effet, l'environnement d'accueil et la prise en charge des patients doivent être faits avec bienveillance et empathie, ainsi que leur accompagnement en fonction de leurs besoins est vecteur de qualité (Gouvernement du Québec, 2014).

Résultats : Il s'agit des effets sur la santé des patients, et de leur satisfaction générale. L'auteur affirme qu'une structure matérielle et humaine efficace ainsi que de bonnes procédures vont mener à des résultats concluants. Cette dernière catégorie du travail de Donabedian (1996) peut être assimilée au concept d' « efficacité clinique », qui représente un changement positif de l'état du patient suite à une intervention, que ce soit un conseil médical ou une procédure chirurgicale. Cet effet positif est considéré comme un traitement

efficace (EUPATI, 2015). Dans ce cas, la satisfaction du patient, mesurée grâce aux résultats rapportés est essentielle. Et enfin, nous pouvons voir toutes les caractéristiques qualitatives précédentes comme des conditions d'acceptabilité d'un système de santé, en s'assurant du maintien de la qualité des soins, nous améliorant la satisfaction du patient et l'image du système santé.

Ainsi, ces 3 catégories sont interconnectées. Une bonne structure (catégorie 1) va mener à des process efficaces (catégorie 2), qui vont conduire à l'atteinte d'objectifs positifs (catégorie 3).

La réactivité du système de santé est également un critère d'évaluation du système de santé. Elle peut être définie comme ce qui reflète les éléments du système de santé qui sont indépendants des résultats concernant la santé (Valentine et godkin, 2009). Il s'agit donc d'un concept global, qui regroupe plusieurs points, notamment, les délais de prise en charge des patients, la communication, l'attention témoignée au patient, l'attention aux préférences individuelles, ou encore la qualité de l'accueil. (SMITH P, MOSSIALOS E, PAPANICOLAS 2008). C'est donc l'avis des patients sur un certain nombre de critères qui sera pris en compte. En effet, il s'agit du ressenti du patient, de l'évaluation qu'il va donner suite à un service reçu. Ainsi, un grand nombre de clients insatisfaits reflète des dysfonctionnements d'un établissement de santé.

Autre critère important, il s'agit de l'acceptabilité des patients, qui est un critère notamment lié à la structure sociale (âge, sexe, profession, etc.), qui peut impacter sur le mode de consommation des patients services de santé.

De plus le degré d'adaptabilité des individus aux changements auquel fait face le système de santé impacte également sur la consommation des services de santé, car celui-ci tend à s'industrialiser d'une certaine façon, avec des formes plus collectives, tandis que le concept de « médecin de famille » chez qui le patient à l'habitude de se rendre régulièrement, rapidement, avec confiance et où on lui consacre tout le temps nécessaire, tend à disparaître (Laurent Chambaud 2018).

Par ailleurs, le système de santé doit être global, c'est-à-dire que les services proposés doivent être intégrés et accessibles par des praticiens qui doivent répondre à une majorité de besoins en soins de santé personnelle (Institute of Medicine 1996). Il doit être destiné à tous les individus, en tenant compte de toutes leurs caractéristiques (physiologiques, psychologiques, familiales, etc.) et son environnement et en n'attachant pas uniquement d'importance à leurs problèmes de santé. (Fédération flamande des maisons médicales).

Autre point associé à la globalité, il s'agit de la continuité des soins, ce processus peut être défini comme un enchaînement de soins réalisés de manière harmonieuse (Haggerty, Burge et al 2008). Autre définition intéressante, il s'agit de celle de Bachrach (1981), qui parle d'un processus impliquant un mouvement ordonné et ininterrompu des patients entre divers éléments du système de prestations de services. De ce fait, si un système est discontinu, qu'il manque de coordination, ou qui contient des services inexistantes, inadéquats ou encore inaccessibles, alors il y a des failles dans ce système.

Enfin, la régulation peut être définie comme une action visant à régler ou corriger un fonctionnement par la mise en œuvre de politiques réglementaires influençant la façon de faire les choses (Lévêque, 1998). Dans le cas de ce travail, il s'agit d'un processus permettant d'assurer la constance du système de santé. Avant 1990, cette fonction de régulation renvoyait au suivi du respect des normes, ainsi que la planification des activités ciblées, sans réelle connaissance du terme « qualité ». En effet, la compétence était basée sur un principe de confiance, résultant d'une recommandation de type « bouche à oreille ». Après plusieurs changements et constatations, notamment l'apparition de nouvelles pratiques, de questions de sécurité ou encore d'utilisation abusive d'un médicament, aujourd'hui, il est possible de parler de régulation de la qualité des soins (Etienne Minvielle, 2013).

Selon Sappington D.E. (2005), cette régulation se présente sous quatre formes principales :

- A travers les réglementations : lois, prescriptions, règles, autorisations et autres outils juridiques.

- Par incitation financière, dont l'objectif est d'introduire une part liée à la qualité dans le financement des établissements de santé afin de valoriser les efforts fournis.
- Par diffusion publique de l'information, qui présente aujourd'hui de nombreux risques avec les « fake-news » qui se propagent de plus en plus vite.
- A travers l'autodiscipline, qui est essentielle au progrès des connaissances et pratiques existantes (Etienne Minvielle, 2013).

Nous retrouvons aussi la notion d'équité. Outre la préoccupation d'exclusion sociale, celle-ci pose trois différents problèmes au régulateur. D'une part à travers l'allocation des ressources, car certains pays transfèrent la gestion de leur budget santé et la production des soins vers des personnes morales de droit public, utilisant une formule complexe, intégrant comme variable l'âge de la population et une mesure de la prévalence, afin de définir les allocations selon les zones géographiques les plus touchées, dans l'attente d'une réduction des inégalités. D'autre part, le choix d'intervention, financé grâce aux fonds publics, en utilisant des variantes coûts-efficacité, en vue de déterminer un budget par opération. Enfin, la régulation doit permettre un partage entre les établissements privés et publics, de façon à ce que l'on retrouve des prestations que le public ne peut pas offrir dans le privé, tout en s'occupant de tous les clients du public et du privé, ne payant qu'une partie de cette prestation, financée partiellement par l'état (Grignon 2006).

Dans cette même optique, les politiques sanitaires vont intervenir et permettre la régulation du système de santé, est donc garantir le bon fonctionnement de ce système, étant donné l'importance de ces politiques, et leur impact. Par conséquent, la mise en place d'instruments de contrôle qualité est primordiale. Selon J.M Juran (1988), il s'agit du processus réglementaire grâce auquel nous pouvons mesurer la performance du système, que l'on compare aux normes, afin d'agir en cas de non-respect. Dans le cas de ce travail, il est possible de parler de renforcement du cadre réglementaire à travers une autorité de contrôle, qui se chargera du maintien des règles sanitaires et médicales. C'est le cas du système de santé en France avec la HAS « Haute Autorité de Santé », une autorité publique indépendante, s'assurant du développement de la qualité dans la branche sanitaire, sociale et médico-sociale. Enfin, d'autres proposent une séparation entre la régulation

économique et la régulation qualité (Dumez H., Jeunemaître A., 1999), mais cette approche reste difficile à réaliser.

1.2 Dimensions de la privatisation des soins

Les années 1980, sont marquées par un phénomène de privatisation des systèmes de santé qui s'est manifesté de différentes manières à travers le monde : selon le pays concerné, le processus a pris des allures adaptées aux besoins nationaux.

En effet, une multitude de facteurs tels que les idéologies nationales, les systèmes de santé déjà en place, le niveau de développement et bien d'autres ont joué un rôle déterminant dans la forme de privatisation qui a pris place dans le pays. Il s'agit avant tout de définir le terme de « privatisation ». Ce terme générique formulé dans d'autres contextes que celui de la santé fait référence à un transfert d'entité juridique du public au privé et fait principalement référence à une entité à but lucratif. Cependant, cette définition n'est pas adaptée au système de la santé et par conséquent la définition de la privatisation dans le cadre de la santé est plus complexe. (C. André ; P. Batifoulier ; M. Jansen-Ferreira, 2016).

Aussi, afin de définir la privatisation dans le domaine sanitaire, il faut se baser sur de nombreuses caractéristiques. Comme mentionné précédemment, une multitude de formes de privatisation des systèmes de santé peut s'observer dans le monde. Elles dépendent étroitement de deux grandes dimensions : Le financement des soins et la délivrance des soins. Ces aspects vont être étayés dans la partie suivante. Le graphique ci-dessous démontre la pluralité de la privatisation :

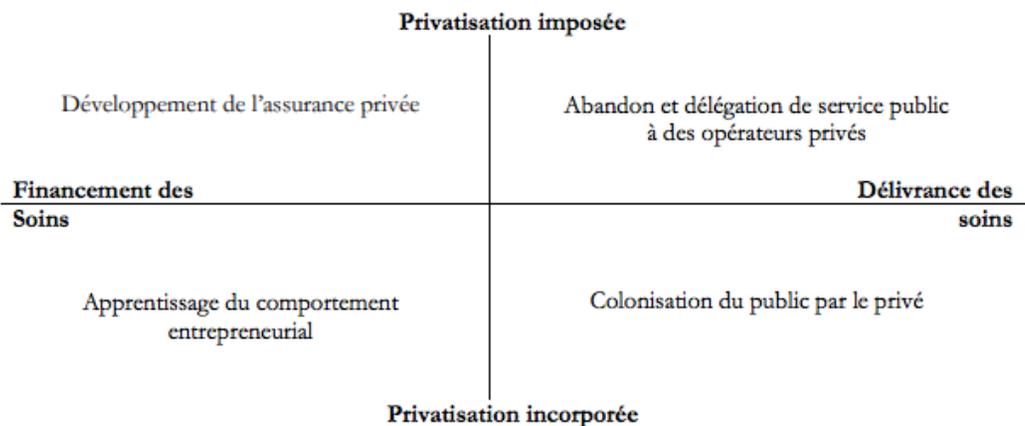


Figure 7: Pluralité de la privatisation

Aux extrémités de l'axe vertical, nous avons la « privatisation imposée » qui représente les individus subissant les nouvelles règles de cette privatisation et la « privatisation incorporée » représentant la population considérant cette privatisation comme rationnelle (norme de vie, façon de penser). Le financement des soins et la délivrance des soins situés aux extrémités de l'axe horizontal sont les cibles de cette privatisation. Enfin, les sections au centre représentent cette pluralité.

La première section, intitulée « Développement de l'assurance privé » renvoie au fonctionnement des prélèvements assurantiels obligatoires, qui sont maintenant passés au privé, un procédé dit de « partage des coûts » demandant contribution plus conséquente de la part au patient.

La deuxième section « Abandon du service public » montre que la délivrance et l'organisation des soins effectuées à ce jour par le secteur privé font augmenter la désertification médicale dans certaines régions, nous pouvons voir cela comme une densification de la médecine libérale dans les agglomérats, délaissant progressivement certains territoires, cette partie relève une dimension importante des systèmes de santé, c'est-à-dire, l'accessibilité.

La troisième section du graphique « Apprentissage d'un comportement entrepreneurial par le patient » décrit le changement de comportement chez les patients, qui sont amenés à une comparaison des frais (coûts de la prestation en cabinet, frais couverts par l'assurance maladie, etc.) Et des services payants (chambre seule, télévision, etc.), ce comportement est la cause de la concurrence entre les établissements médicaux. Cette recherche de frais moins coûteux s'accroît dans les domaines dentaires, optiques et auditifs et ne bénéficient plus de l'aide publique.

Enfin, la dernière section « Privatisation par colonisation du public par le privé » expose la privatisation comme une intégration des règles du secteur privé dans le réseau public, par exemple, la recherche de profit à travers la performance en utilisant certaines techniques industrielles comme le « Lean Management ». Ce type de fonctionnement est indéniablement celui des entreprises privées, délaissant cette culture de service public dans le domaine de la santé (C. André ; P. Batifoulier ; M. Jansen-Ferreira, 2016).

1.2.1 Le financement des soins

a) Les partenariats public-privé PPP : quand l'état achète des services du privé

Les partenariats public-privé correspondent à une alliance entre secteur public et secteur privé au sein de laquelle le premier délègue au deuxième à titre d'exemple la construction d'un hôpital, en échange de contrats longue durée avec l'État. (C. André ; P. Batifoulier ; M. Jansen-Ferreira, 2016).

Cet échange de bons procédés ne se limite pas à la construction d'hôpitaux, mais concerne également « l'achat » de divers services tels que des séances dialyse ou encore la location d'hélicoptères. (Salaheddine Lemaizi, 2015).

L'objectif de ces partenariats dans les pays en développement est d'améliorer la qualité des soins et leur accessibilité grâce à la collaboration d'acteurs aux compétences et aux expertises différentes, mais complémentaires. Cependant, c'est généralement sous le registre de la meilleure allocation des ressources pour optimiser la performance des systèmes de santé et du système international de l'aide que ces objectifs sont abordés dans les débats (Yaya, 2005).

Les partenariats public-privé dans le domaine de la santé sont de plus en plus présents. Dans certains pays tels que le Maroc où l'accès à la santé présente des inégalités, les PPP auraient pour objectif une amélioration de la qualité des soins ainsi qu'une meilleure répartition géographique des systèmes de santé, tel que le préconise le ministre de la santé au Maroc, Anass Doukkali en 2019 :

« Certes, le secteur public ne peut satisfaire les besoins croissants de la population. Pour cela, nous sommes appelés à renforcer le PPP afin de constituer un système d'offre de soins complémentaire et coordonné garantissant une répartition géographique équitable sur l'ensemble du territoire national ». (Doukkali, 2019)

Ces partenariats public-privé ont soulevé également des critiques. Selon les opposants, ils seraient dangereux dans la mesure où des associations de cette nature dans un domaine tel que celui de la santé feraient perdre de vue les valeurs d'un système de santé, qui est

supposé œuvrer pour un droit à la santé pour tous. De même, ce genre de partenariat entraînerait un transfert des responsabilités de l'État vers l'institution privée en question, et serait perçu comme si l'État se déchargeait de ses responsabilités envers ses citoyens. (Kent Buse et Amalia Waxman, 2001)

b) L'augmentation des dépenses directes des ménages

Un système de santé qui fonctionne bien contribue à assurer une bonne santé, répond aux besoins de la population et respecte le principe d'équité dans la contribution financière. En vertu de ce principe, chaque ménage doit verser une « juste » part de ses revenus pour la santé. Ce qui constitue cette juste part dépend de la conception qu'ont les gens du financement des systèmes de santé. Quoi qu'il en soit, l'équité dans la contribution financière repose sur deux caractéristiques essentielles : la contribution des individus au financement du système de santé dépend de leur revenu et elle est indépendante de leur état de santé. Le niveau de cette équité varie d'un système de santé à l'autre. En tout cas, l'accès aux services de santé a un coût qui peut parfois grever le budget des ménages au point d'entraîner des conséquences désastreuses, certains ménages tombant dans la pauvreté et d'autres, déjà pauvres, le devenant encore plus. Ainsi qu'on l'a vu dans la section précédente, la pauvreté elle-même peut être à l'origine d'une mauvaise santé et les ménages peuvent se retrouver pris dans un engrenage : mauvaise santé-pauvreté.

Dans la plupart des pays à revenu moyen et faible, y compris ceux de la région de la Méditerranée orientale, les ménages qui font appel aux services de santé sont souvent obligés, pour les payer, d'emprunter de l'argent, parfois à des taux d'intérêt très élevés, ou de vendre leurs biens ou doivent renoncer aux soins et vivre avec leur maladie en subissant les conséquences à court et à long terme. (OMS, 2004)

c) Transfert de charge de la sécurité sociale vers les assurances santé privées.

La place donnée aux assurances privées dépend d'abord de la nature du système de santé. Elle est naturellement plus importante dans les systèmes fondés sur l'assurance que dans ceux fondés sur un service national de santé. Elle est aussi liée à sa nature : substitutive, complémentaire ou supplémentaire. Le développement du secteur de l'assurance privée est

soutenu activement par l'État dans les pays étudiés. Cela concerne d'abord les incitations fiscales apportées directement aux personnes qui s'inscrivent à de telles assurances (par exemple dégrèvement de certaines cotisations d'assurance maladie dans le cadre de l'entreprise ou aides pour la CMU-complémentaire en France). Les limitations introduites dans tous les pays pour la prise en charge par l'État de divers frais médicaux par le biais des remboursements et l'instauration de franchises ou de forfaits, tant en matière de médicaments et d'analyses médicales que de consultations ou d'actes chirurgicaux, stimulent aussi la demande pour une assurance privée. Enfin, un développement insuffisant du secteur public de soins peut entraîner un report sur le secteur de soins privé dont les coûts pour le patient ne sont pas ou sont seulement partiellement couverts par les régimes publics et requièrent des assurances privées ou des paiements directs des ménages. (C. André ; P. Batifoulier ; M. Jansen-Ferreira, 2016)

1.2.2 La délivrance des soins

La privatisation de la santé dans le cadre de la délivrance de soins se divise en plusieurs catégories différentes. Tout d'abord il peut s'agir d'une privation claire d'un système de santé, c'est-à-dire, une institution ou un organisme privé qui va construire une clinique à titre d'exemple ou encore un achat des d'hôpitaux publics à travers des fonds d'investissement privés ou des chaînes de cliniques privées (Angeli and Maarse, 2012).

La seconde catégorie regroupe toutes les activités au sein d'un hôpital public qui ont pu être confiées à des prestataires privés. On peut citer tout d'abord toutes les activités non classifiées comme médicales, à savoir le ménage ou désinfection au sein de l'hôpital qui peut être conféré à une société privée. De même, d'autres activités telles que la restauration ou même la gestion de l'hôpital en elle-même peuvent être déléguées à des organismes privés. Enfin, concernant les soins médicaux en eux-mêmes : Des médecins privés peuvent offrir leurs services. (C. André ; P. Batifoulier ; M. Jansen-Ferreira, 2016)

Enfin, la dernière catégorie fait référence à une demande de soins qui devient trop importante et qui pousse les acteurs publics à signer des contrats avec le secteur privé pour la délégation de soins : par exemple un hôpital régional qui enverra ses patients dans les cliniques privées de la région : ceci a pour but de réduire des dépenses immédiates qui

reviendraient plus cher que de confier la tâche au secteur privé. (C. André ; P. Batifoulier ; M. Jansen-Ferreira, 2016)

1.3 La santé au Maroc : un bilan mitigé

1.3.1 Des progrès substantiels

Les trente dernières années correspondant à la période post indépendance au Maroc sont marquées par de nombreux changements notamment dans le domaine de la santé qui se traduisent par une société plus stable ainsi que d'un niveau de santé général plus acceptable.

a) Le droit à la santé

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Aussi, la réforme constitutionnelle de 2011, marque un tournant dans la santé au Maroc. Le droit à la santé est alors reconnu par l'État en tant que droit humain fondamental. Selon le rapport du Conseil économique, social et environnemental (« Les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé », 2013), la constitution reconnaît 7 droits fondamentaux liés à la santé :

- Le droit à la vie ; qui comprend également la lutte contre les maladies évitables
- Le droit à la sécurité et à la protection de la santé
- Le droit aux soins
- Le droit à un environnement sain
- Le droit à la couverture médicale
- Le droit à la santé des personnes et catégories à besoins spécifiques
- Le droit d'accès à des soins de qualité et à la continuité des prestations.

b) L'augmentation de l'espérance de vie

Le Maroc a vu sa population tripler ces cinq dernières décennies, en passant de 11.6 millions d'habitants en 1960 à 32 millions d'habitants en 2011. Le taux d'accroissement tel qu'il apparaît sur le tableau ci-dessous (Stratégie Sectorielle 2012-2016) montre que la

transition démographique traversée par le pays s'est enfin stabilisée et s'est accompagnée d'une baisse nette de la fécondité et de la mortalité.

Tableau 1 : Évolution de la population et du taux d'accroissement annuel au Maroc

Année	Population totale	Taux d'accroissement en %
1970	11 626 470	2,58
1971	15 379 259	2,58
1982	20 419 555	2,61
1994	26 073 717	2,06
2004	29 891 708	1,38
2011	32 187 000	1,05

En effet, la baisse de la fécondité s'explique par une activité professionnelle accrue des femmes, un recul de l'âge au premier mariage, ainsi que le développement des moyens de contraception.

Face à cela, les progrès de la médecine, un accès plus facile aux soins ainsi qu'une vive amélioration des conditions de vie des marocains ont permis une baisse significative de la mortalité ce qui a entraîné une **augmentation importante de l'espérance de vie de la population marocaine** : de 47 ans en 1962 elle est passée aujourd'hui à 74,8 ans, soit un gain de 28 ans en seulement cinquante ans.

Cependant, il faut signaler que cette augmentation de l'espérance de vie a pour conséquence une intensification de la morbidité : les personnes en prenant de l'âge sont plus susceptibles de contracter des maladies chroniques.

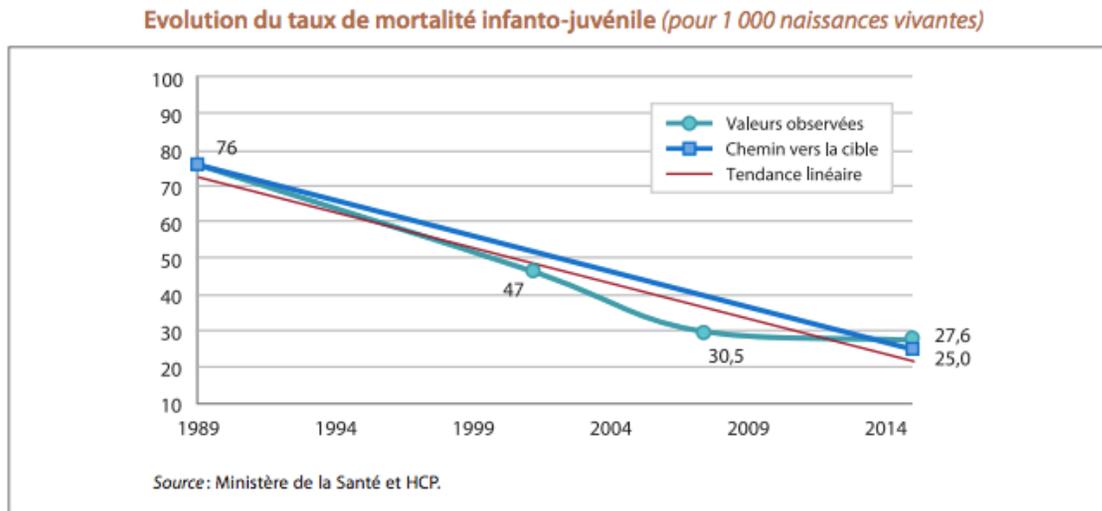
c) La baisse de la mortalité

Avec les progrès de la médecine et un accès aux soins facilité, la mortalité infantile et juvénile et la mortalité maternelle au Maroc ont remarquablement diminué et l'espérance de vie à la naissance a nettement augmenté, passant de 76 ‰ naissances vivantes en 1987-1991 à 47 ‰ au cours de la période 1999-2003 puis à 30,5 ‰ en 2007-2011 (ENPSF/MS, 2011).

Comme l'atteste d'ailleurs les statistiques révélées par la banque mondiale qui préconise que « la mortalité infantile est tombée de 145 morts pour 1 000 naissances en 1960 à 63

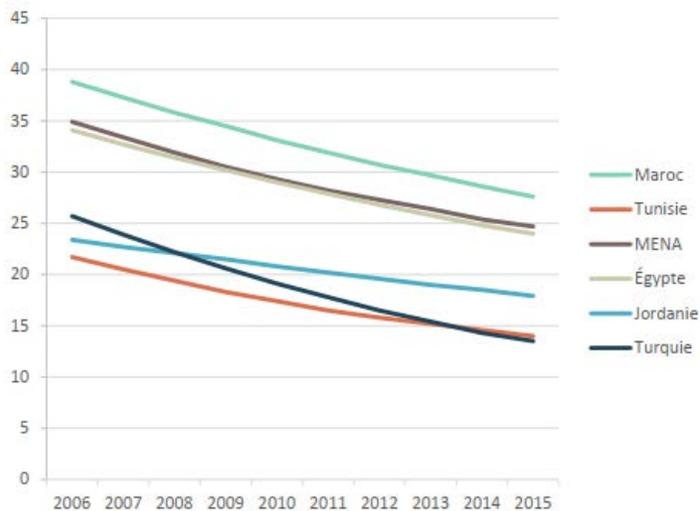
en 1990 et enfin à 24 en 2015, la mortalité infanto-juvénile a chuté elle, de 240 pour 1 000 naissances vivantes en 1960 à 80 en 1990 et enfin 28 en 2015, la mortalité maternelle a reculé de 317 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 121 en 2010 et l'espérance de vie à la naissance est passée de 48 ans en 1960 à 71 ans en 2013.

Figure 8: Évolution du taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)



* Estimations du groupe Inter-Agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, la Banque mondiale et la division de la Population du département des Affaires économiques et sociales du SNU).

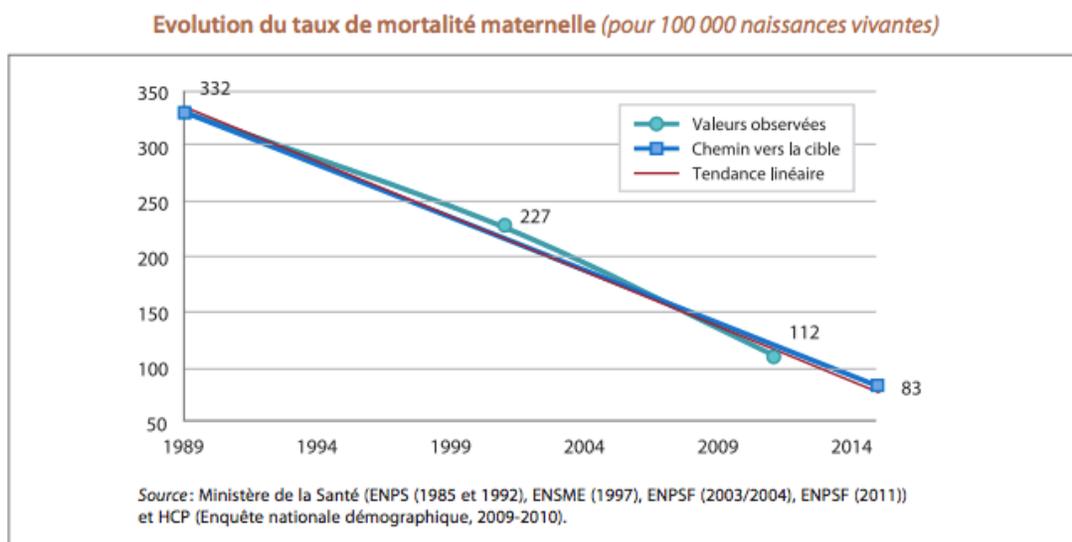
Figure 9: Ration de mortalité infanto-juvénile – Comparaison internationale



Source : Banque Mondiale

De même, la mortalité maternelle a également baissé de manière significative au cours des trente dernières années. Elle a diminué de près de 66% en vingt ans, passant de 332 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1985-1991 à 112 en 2009-2010. (cf tableau ci-dessous).

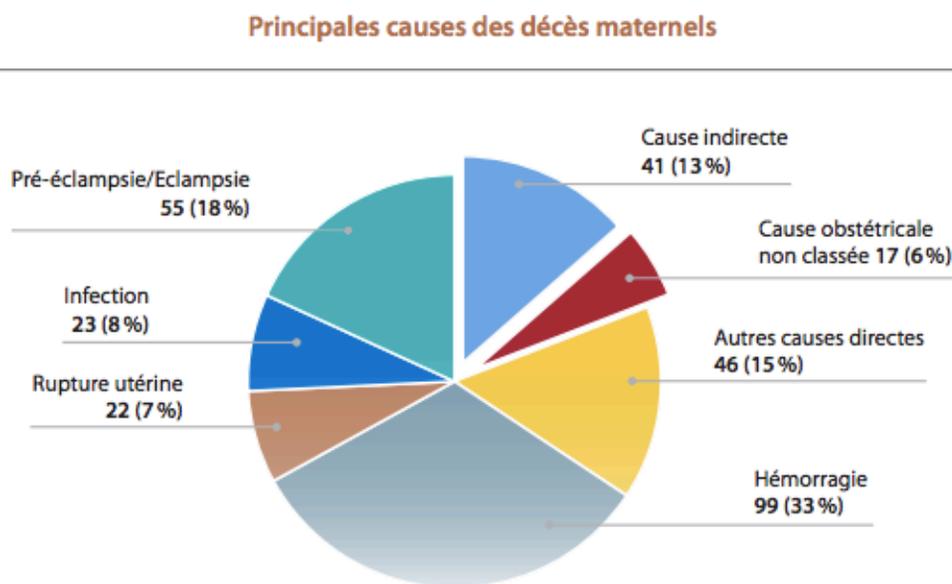
Figure 10: Évolution du taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)



Des études et audits réalisés sur les principales causes de mortalité maternelle au Maroc (cf graphique ci-dessous) à savoir hémorragie, pré-éclampsie /éclampsie ou infections ont prouvé que la majeure partie de ces morts sont évitables : elles sont majoritairement dues à des problèmes de prise en charge (délais dans les soins, erreur de diagnostic, sous-estimation de la gravité ou surveillance insuffisante). Pour ce faire, le gouvernement marocain a mis en place une série de mesures qui ont permis de faire baisser le taux de mortalité maternelle : réduction des barrières géographiques (mise à disposition de centre de soins dans les zones reculées, etc) financières (prises en charge) et organisationnelles.

Nonobstant, il est à noter que ces efforts qui ont certes porté leurs fruits doivent également être accompagnés par des actions plus concrètes au sein des cliniques et centres de soins, plus particulièrement de la part du personnel soignant (audits dans cliniques afin d'identifier les erreurs à ne plus commettre, formations afin d'actualiser les standards des bonnes pratiques).

Figure 11: Principales causes de décès maternels



Source: Rapport national de l'enquête confidentielle sur les décès maternels au Maroc, décembre 2010.

d) Baisse des maladies transmissibles

Les 30 dernières décennies sont caractérisées par une baisse de la prévalence des maladies transmissibles telles que le VIH, le paludisme et autres maladies appartenant à cette catégorie. Le gouvernement a mis en place un programme national d'immunisation contre les maladies transmissibles à travers une vaccination accessible (tuberculose, rougeole, coqueluche, tétanos, etc...).

Ces résultats ont été obtenus suite aux nombreux programmes de lutte mis en place par le gouvernement (Plan stratégique national (PSN) de lutte contre le sida 2012-2016, élargissement de l'offre de dépistage, Les programmes de prévention combinée pour les populations les plus exposées aux risques d'infection ou populations-clés etc...) (Rapport National, 2015).

1.3.2 Des difficultés persistantes et des défis à relever

a) Les normes internationales dressent les objectifs

La Déclaration du millénaire des Nations Unies (septembre 2000) dans le domaine de la santé prône la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH/sida, paludisme, tuberculose et autres maladies.

Au Maroc, tel que le chapitre précédent l'a démontré, des progrès indéniables ont eu lieu dans ces domaines, mais les objectifs sont encore loin d'être atteints. Le classement du Maroc par rapport aux autres pays de la région dans le domaine de la santé se révèle peu satisfaisant. En effet, selon le rapport de l'OMS (2012), « le Maroc figure parmi les 57 pays du monde présentant une offre médicale faible. Les pourcentages des médecins ou d'infirmiers pour 10 000 habitants ne s'inscrivent pas aux normes internationales et restent en deçà du seuil critique.

Selon le même rapport, pour les médecins, le ratio au Maroc est de 6,2, alors que l'Algérie, la Tunisie, la Libye et l'Espagne affichent des ratios respectifs de 12,1 ; 11,9 ; 19 et 37,1.

Concernant les paramédicaux, le ratio se situe à 8,9, ce qui est proche du ratio en Mauritanie (6,7), mais loin derrière les ratios de l'Algérie, la Tunisie, la Libye et l'Espagne (qui s'élèvent respectivement à 19,5, 32,8, 68 et 51,6).

Le nombre de lits hospitaliers pour 10 000 habitants s'élève à 11, ce qui est faible en comparaison de l'Algérie, la Tunisie, la Libye et l'Espagne (avec respectivement des taux de 17, 21, 31 et 32).

En termes de santé mentale, le Maroc offre moins d'un lit pour 10 000 habitants contre 4,4 en moyenne au niveau international.

En outre, le système de santé fait face à des problèmes de fonctionnement, tels que l'absentéisme, la double pratique et les formations inadéquates.

b) Une couverture médicale limitée

Parmi ses orientations politiques, le Maroc a opté pour un modèle de santé hybride, marqué par deux secteurs de soins, public et privé. Ce dernier a connu durant les dernières décennies une forte mutation, expliquée d'une part par les avancées extraordinaires qu'a connues la médecine, notamment en matière thérapeutique, et d'autre part, par les

changements opérés au niveau de l'ensemble de la société marocaine et la société médicale plus particulièrement.

Le Maroc a mis en place *le Régime de l'Assistance Médicale (RAMED)* qui constitue l'une des composantes fondamentales de la politique du développement social au Maroc. Il est basé sur les principes de justice sociale, de solidarité et de l'égalité de l'accès aux soins.

Ce régime exonère les populations pauvres et vulnérables totalement des frais hospitaliers. En fin 2015, environ 3,4 millions de foyers soit près de 9 millions d'individus avaient été reconnus éligibles au RAMED.

La mise en œuvre de cette assistance a entraîné une hausse significative de la demande en matière de soins dans les services publics, cependant la réponse à cette demande est loin d'être satisfaite. L'assurance maladie obligatoire (AMO), qui devrait en principe prendre en charge le reste de la population salariée, a été développée à partir de 2005 et comptait environ 8 millions de bénéficiaires en 2013. Le premier produit d'assurance médicale destiné aux artisans, commerçants et professions libérales, l'Inaya, a fait l'objet d'un phénomène de sélection drastique et le nombre d'adhésions à ce système est resté très réduit. Au total, selon des estimations optimistes, uniquement 60 % de la population marocaine bénéficierait actuellement de cette couverture.

Ceci s'explique notamment par la présence très marquée de l'emploi informel, par le faible taux d'affiliation des employeurs et salariés du secteur agricole et par la couverture peu représentative des travailleurs indépendants qui ont, malgré tout, les moyens financiers d'y être affiliés. (El Hali, 2017).

Par ailleurs, les personnes ayant un travail, et donc déclarées à la CNSS ou à la CNOPS vont se diriger quant à elles vers le secteur privé qui facilite les démarches liées à couverture sociale comparée au secteur public qui se montre obsolète quant au processus de recouvrement des frais médicaux. Selon le rapport du Conseil Économique, social et environnemental (« Les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé », 2013), en 2012, le secteur privé a bénéficié de 80% des dépenses de la CNOPS et de 82% des dépenses de la CNSS, alors que le secteur public n'a absorbé que 5% et 6% des

dépenses de ces deux organismes (auditions des directeurs de la CNOPS et de la CNSS) en 2012.

Ceci contribue à creuser les disparités entre secteur public et secteur privé : le premier est dédié aux plus démunis alors que le dernier est réservé aux patients solvables. (« Les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé », 2013).

c) Le secteur privé au détriment du secteur public

En outre, selon le rapport du Conseil Économique, social et environnemental (« Les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé », 2013), la géographie du secteur privé dans le domaine de la santé montre des disparités claires : la quasi-totalité est groupée dans les villes. A titre d'exemple, la ville de Casablanca seule recense 30% du nombre total de lits et de cabinets médicaux, et 66% se situent dans cinq régions seulement (Casablanca, Rabat, Tanger-Tétouan, l'Oriental, Souss-Massa-Draa).

Le secteur privé a bénéficié de 80% des dépenses de la CNOPS et de 82% des dépenses de la CNSS, alors que le secteur public n'a absorbé que 5% et 6% des dépenses de ces deux organismes en 2012 (auditions des directeurs de la CNOPS et de la CNSS).

Le secteur médical privé représente près de la moitié des médecins, près de 90% des pharmaciens et chirurgiens-dentistes et près de 10% des paramédicaux du Maroc (Ministère de la santé / INISAN, 2012)

d) La discordance de l'offre et de la demande

Il est important de noter qu'un quart des Marocains ne se font pas soigner lorsqu'ils sont malades. Ce chiffre atteint parfois le tiers de la population en milieu rural. Les raisons à cela sont diverses. Tout d'abord, bien que les assurances santé sont mises en place, les ménages peinent à régler la facture directement en attendant le remboursement par les mutuelles santé. Aussi, l'objectif du gouvernement est de réduire la part de la contribution directe des ménages. De plus, les services de santé mal repartis à travers le territoire rendent l'accès aux soins difficile, les personnes étant dans l'obligation de parcourir de longues distances pour se faire soigner. (*Ministère de la Santé, 2012*).

Le Maroc est l'un des 57 pays souffrant d'une pénurie aiguë en professionnels de santé avec un ratio de 1,86 pour 1 000 habitants. Ce ratio est inférieur au seuil critique de 2,37 personnels pour 1 000 habitants, calculé par l'OMS pour permettre d'assurer une couverture vaccinale de 80% des enfants de moins de deux ans, garantir des accouchements assistés pour 80% des femmes enceintes et assurer une amélioration durable des indicateurs de santé pour l'ensemble de la population. (CESE, 2013).

Face à cette demande pressante et insatisfaite de services publics dans le secteur de la santé, les attentes de la population s'inscrivent désormais dans l'urgence et l'espoir d'une mise en place de réformes effectives.

Cette attente vise principalement l'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité et de la répartition territoriale des services de santé.

En effet, malgré les initiatives récemment entreprises par les autorités pour généraliser la couverture sanitaire et améliorer la gouvernance du système et la qualité des soins, le financement et l'organisation de la plupart des services de soins de santé demeurent très insuffisants.

Cette situation reflète le chevauchement des prérogatives et des responsabilités entre les prestataires et les payeurs et les disparités que cela entraîne dans l'accès aux soins de santé.

De plus, le pouvoir d'achat alloué aux dépenses liées à la santé est médiocre et mal reparti, cela est associé à une absence d'un système d'information intégré efficace. Par conséquent, on observe des inadéquations dans l'allocation et l'utilisation des ressources publiques, ainsi que par le niveau élevé des dépenses privées. Trouver des remèdes à ces inégalités représente pour le Maroc un enjeu de justice sociale majeur. (EL HALI, 2017).

Chapitre II : Cadre Conceptuel et Question de Recherche

Afin de nous permettre d'atteindre l'ensemble des objectifs de ce mémoire, nous allons nous concentrer dans la partie suivante sur les concepts qui guident notre analyse. En effet il a tout d'abord été question de recueillir des discours relevant du débat public, car ces derniers impliquent l'ensemble de la population et sont accessibles pour tous les citoyens. Ensuite, au lieu de reprendre une analyse basée sur la transparence, l'argumentation et l'équivalence de traitement, nous avons plutôt opté pour une analyse des thèmes (critères d'évaluation d'un système de santé) abordés à travers la théorie des mondes de Boltanski et Thévenot afin de mettre en évidence les différentes formes de justifications qui peuvent être articulées.

2.1 L'analyse du discours dans un débat public

2.1.1 Le débat public

Afin de définir la notion de « débats publics », nous devons tout d'abord remonter à l'origine de ces débats. Dans la constitution d'un État, nous retrouvons trois pouvoirs, le pouvoir législatif, exécutif et judiciaire. Nous allons nous intéresser au premier, car il est considéré comme indispensable au fonctionnement des autres pouvoirs (C. Sägerser, 2016). En effet, celui-ci crée les lois, mais avant le vote, l'adoption et la promulgation de cette loi, il y a le dépôt d'un projet de loi. Après la soumission au parlement d'une proposition de loi, élaborée par les personnes habilitées, ces projets de loi font l'objet de plusieurs débats parlementaires sous la forme de discours politiques, considérés comme des débats publics, car ces lois sont soumises à une discussion publique, prenant en compte l'opinion publique (C. Salavastu, 2011).

Aujourd'hui, il existe de nombreuses commissions régulant ces débats publics. Nous pouvons citer le cas de la France avec la CNDP « Commission Nationale du débat Public ». Cette commission valide et garantit les débats après la soumission par le maître d'ouvrage du dossier présentant la thématique du débat. Nous retrouvons ensuite la CPDP qui s'assure de l'organisation et de la participation du public au débat, à travers la transmission des informations sur le projet, des réponses aux questions et enfin elle permet

l'expression de l'opinion des citoyens, qui se présentent sous forme d'observations, de critiques et de suggestions.

Selon la CNDP, le débat public se caractérise par trois principes :

- La transparence : les informations transmises doivent être claires, accessibles et complètes.
- L'argumentation : le débat doit être construit avec des arguments pertinents
- L'équivalence de traitement au niveau des points exprimés par les citoyens avec la même qualité d'écoute et d'expression pour tous.

Ainsi, la mission principale de la CNDP est donc d'informer les citoyens et de faire entendre leur point de vue concernant les décisions en rapport avec les grands projets d'aménagement et d'équipement d'intérêt national (C. Leyrit, 2016). Mis à part l'implication des citoyens dans ces grands projets dans plusieurs pays depuis plus d'une décennie, la bioéthique est sujette à divers débats publics, et avec ses nombreuses problématiques concernant la recherche biomédicale, l'éthique, la morale et la dignité humaine, le sujet est toujours d'actualité (L. Dubouis, 2011).

Enfin comme nous l'avons rappelé précédemment, les trois principes d'un débat public tels que définis par la CNDP, ne feront pas l'objet de notre analyse. Notre analyse se focalise sur les thématiques abordées dans les différents discours, des thématiques qui se manifestent en tant que critères d'évaluation d'un système de santé, ces thématiques seront ensuite analysées à travers la théorie de la justification de Boltanski et Thévenot (1991) afin de comprendre comment ces critères sont utilisés lors du débat public sur la privatisation de la santé au Maroc.

2.1.2 Approche de l'Analyse des Données Textuelles

Il est important de se doter d'outils pour l'analyse de discours, pour exploiter toutes les données et découvrir les informations importantes de notre corpus. Il existe plusieurs solutions à cet effet. Le choix des outils dépend de plusieurs éléments, notamment les caractéristiques de l'étude, la constitution du corpus, et les hypothèses de recherches.

L'Analyse de Données Textuelles (ADT) permet de relever les informations importantes dans un corpus. L'ADT est constituée de quatre méthodes : l'approche lexicale, l'approche linguistique, l'approche cognitive, et l'approche thématique. Nous avons opté pour une approche thématique.

2.1.3 L'approche thématique ou interprétation du contenu

Selon Bardin (1989) l'analyse de contenu sert à décrire et déchiffrer tout passage de signification d'un émetteur à un récepteur.

Elle regroupe plusieurs techniques permettant de traiter des informations recueillies au préalable à travers plusieurs méthodes (observations, enquêtes, interviews, analyse de corpus) et leur donner du sens. Et ce, pour déterminer les conditions de production de ces données.

Bardin (1989) nous dit également que l'analyse de contenu va nous permettre de faire ressortir un autre message entrevu à travers ou à côté du premier.

L'ADT peut être divisée en quatre méthodes : l'approche lexicale, l'approche linguistique, l'approche cognitive, et l'approche thématique. L'approche thématique, qui est celle que nous avons choisi d'utiliser dans ce travail consiste en la lecture d'un corpus, extrait par extrait et en ressortir les éléments importants en lien avec notre objet de recherche. Ces derniers seront par la suite classés par catégories, avant d'être analysés en s'appuyant sur la théorie de la justification.

Toujours selon Bardin (2010) l'approche thématique consiste ainsi à regrouper des éléments selon des thèmes, et ce, afin de détruire définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières.

2.2 Les critères d'évaluation d'un système de santé

2.2.1 Équité et accessibilité aux soins

Il est primordial de mentionner l'égalité des soins lorsque l'on parle de soins de santé. En effet, c'est un élément essentiel pour lutter contre l'injustice sociale.

Selon l'OMS, l'équité est « l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques ». Cependant, cette définition dépend étroitement de la conception de la justice sociale dans chaque pays.

A titre d'exemple, les systèmes de santé européens se basent généralement sur des mesures de l'équité communes et sur le principe de solidarité, qui rendent ces systèmes efficaces. Plusieurs pays européens sont en haut de la liste des meilleurs systèmes de santé du monde. On peut citer la France, l'Espagne ou encore l'Allemagne.

Ainsi, tous les pays œuvrent pour proposer à leurs citoyens un accès équitable en matière de soins. Il est cependant difficile de proposer un accès aux soins 100% équitable, mais il convient d'œuvrer pour essayer de faire baisser les inégalités, notamment chez les personnes ayant de faibles revenus, dont les frais médicaux sont difficiles à maîtriser, et qui se sentent mis de côté par la société.

Une étude de Van Doorslaer et Masseria (2004) nous dévoile qu'une constante dans les pays développés est que les riches consultent significativement plus les médecins spécialistes que les pauvres.

Les inégalités d'accès aux soins s'expliquent généralement par les contrastes de revenus, qui modifient la qualité des soins, et limiter les choix des patients. Et ce, notamment concernant la souscription à des complémentaires santé.

2.2.2 Qualité et efficacité des soins

La qualité des soins de santé provoque une insatisfaction chez de nombreux malades. Or offrir des soins de qualité aux patients s'avère essentiel. Le terme « qualité » est très vaste

et possède des critères de jugement variés, ce qui peut conduire parfois à une confusion. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité des soins peut être définie comme la capacité d'assurer aux patients le meilleur résultat en termes de santé, avec un coût optimal, sans lui faire prendre de risques.

L'OMS parle également de Droit à la santé : « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ».

Avedis Donabedian définit la qualité des soins comme étant la variable qui améliore la satisfaction des patients par rapport aux soins offerts, tout en prenant en considération le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus des soins.

Mougeot dans ses travaux a tenté de donner une définition détaillée au concept de l'efficacité sanitaire. Il présente l'efficacité allocative comme étant un système qui permet de recouvrir la capacité des demandeurs de soins, c'est-à-dire de garantir la satisfaction des besoins des citoyens en matière de santé. Ce critère implique que la part de ressources dédiées aux soins soit logique et correcte, ainsi que ces ressources soient utilisées de manière optimale.

Les principaux facteurs qui permettent aux établissements d'améliorer la qualité de leurs services peuvent être regroupés ainsi :

- **Qualité des équipements et du matériel médical** : performance, confort et hygiène des structures de santé.
- **Accessibilité aux soins** : pas de différences ni de discrimination entre les patients.
- **Aspects techniques des professionnels de santé** : Performance des soignants et des diagnostics.
- **Aspect relationnel** : qualité de l'accueil, comportement des soignants/médecins, temps accordé, écoute et information, confiance, respect et confidentialité.

Il est cependant essentiel de noter que la qualité dépend aussi des valeurs du sujet qui l'apprécie ; Les patients sont tous différents, avec des besoins et des attentes qui lui sont propres. Leur évaluation est liée à plusieurs facteurs en lien direct avec l'individu : ce qui satisfait une personne ne va pas forcément satisfaire tout le monde.

2.2.3 Régulation et contrôle

Burton Weisbrod (1991) définit le système sanitaire en mettant l'accent sur quatre points fondamentaux :

- Coûts d'opportunité de la dépense publique ;
- Garantie de qualité de ce qui est produit et offert ;
- L'équité dans la répartition ;
- L'encouragement à l'innovation.

Selon l'auteur, la régulation des systèmes sanitaires vise à l'obtention d'un niveau de dépense correct, une qualité de soins jugée acceptable, une offre de soins équitable et enfin une flexibilité dans le secteur sanitaire, qui permet d'encourager la concurrence dans un objectif de gains et de progrès médical.

Le système de santé est divers et complexe, et doit être régulé en raison de l'existence de failles.

Réguler un système de santé repose sur des institutions qui ont pour but de veiller sur la santé des citoyens. Ces institutions qui régulent le système de santé sont des instances publiques et parapubliques. Pour ce faire, elles doivent satisfaire la demande des citoyens tout en régulant les dépenses. Elles doivent veiller à obtenir un résultat optimal en fonction des moyens utilisés et rendre le système de santé accessible à tous.

Les patients, les offreurs de soins et les assurances jouent tous un rôle dans ce système et le perturbent. Ainsi la mise en place d'un système de régulation vise à une meilleure efficacité du système de santé.

Selon Lévêque (1998), la régulation est la mise en œuvre de règles par la puissance publique pour influencer la façon dont les agents conduisent leur activité.

Mettre en œuvre des politiques de régulation et des mécanismes concurrentiels est essentiel pour rendre le système de santé optimal, mais il faut trouver un équilibre pour laisser une part d'autonomie aux professionnels, sans tout contrôler.

Dans la littérature, il existe un certain nombre de critères d'évaluation des systèmes de santé au niveau mondial, utilisés par de grandes instances comme l'OMS, mais dans ce travail, nous avons choisi trois critères jugés pertinents pour conduire notre travail: Accessibilité et équité, efficacité et qualité, contrôle et régulation.

Dans la prochaine section, nous présenterons la théorie de la justification développée par Boltanski et Thévenot (1991) en montrant son importance dans notre travail de recherche. Nous nous intéresserons dans cette recherche à un seul élément de la théorie de la justification, à savoir les mondes et comment les différentes parties prenantes utilisent les différents critères d'évaluation et comment ces critères s'inscrivent dans différents univers de justifications.

Ensuite, nous allons présenter la problématique centrale de travail ainsi que les questions de recherche auxquelles nous répondrons dans le chapitre consacré aux résultats.

2.3 Les mondes selon Boltanski et Thévenot

2.3.1 Théories de la justification

La théorie de la justification a été proposée par Boltanski et Thevenot dans un ouvrage qui s'intitule « De la justification (1991) ». Cette théorie s'est inscrite parmi les courants de pensée en sociologie traditionnelle française dans les années 80. Elle aborde principalement la question des valeurs.

Dans les années 70, Crozier définit l'organisation comme étant un lieu de jeu de pouvoir, où chaque acteur au sein de l'organisation essaye de se protéger contre les règles en déployant des stratégies pour ne pas subir ces règles. Ces acteurs déploient des stratégies pour gagner en autonomie, et en jouant sur les ressources internes qu'ils peuvent trouver dans l'organisation.

Boltanski et Thevenot (1991), dans leur œuvre « De la justification », essayaient de répondre à des questions du type : Comment les acteurs justifient-ils leurs choix, leurs propositions et leurs comportements ?

Les expériences de terrain ont montré que les personnes n'hésitaient pas à argumenter et à défendre leur point de vue en moyennant des approches normatives découlant d'une vision du bien commun (Gond et Schultz, 2011).

2.3.2 Les différents mondes

Boltanski et Thévenot ont conclu qu'en situation d'altercation, les acteurs essayaient de mener leur discussion autour de certains points permettant de converger vers une situation d'équilibre en termes de paix (Cloutier et Langley, 2013). Les auteurs ont conclu également que lors d'une dispute, les individus utilisaient souvent une approche pragmatique, c'est-à-dire qu'ils étaient d'accord pour changer leurs techniques argumentatives sur la base de leurs besoins et objectifs.

Boltanski et Thévenot ont construit une grille d'analyse qui permet de classer les revendications des différents acteurs en fonction des mondes.

Les auteurs définissent un monde comme étant un dossier d'informations discursives et symboliques. Chaque monde fournit une information sur les actions et représente un outil de discussion permettant aux individus de justifier leurs idées et actions, d'expliquer le chemin choisi et de défendre leur point de vue. Les mondes développés par Boltanski et Thévenot dans leur œuvre sont les suivants :

- ***Le monde civique*** : est connu par la primauté des intérêts collectifs par rapport aux intérêts individuels. Les concepts qui sont souvent utilisés sont l'équité, la solidarité et le collectif.
- ***Le monde marchand*** : est caractérisé par les mécanismes des lois du marché (L'offre et la demande). Le fait de marchander dans un cadre concurrentiel signifie la réalisation d'un profit à court terme et donc la réussite.
- ***Le monde industriel*** : revient sur l'idée du progrès technique, c'est-à-dire l'efficacité du monde industriel fait appel à la technologie. Les individus dans ce monde sont productifs et actifs, et tous les calculs sont très précis.
- ***Le monde domestique*** : Comme son nom l'indique, ce monde se base sur le relationnel, que ça soit les familles, les amis ou les traditions.
- ***Le monde de l'opinion*** : Dans ce monde, on donne de l'importance à l'opinion d'une personne « connue », une célébrité.
- ***Le monde de l'inspiration*** : Fait référence aux relations artistiques, à la créativité. L'apparition de l'inspiration représente un principe supérieur commun dans ce monde. Parmi les concepts de ce monde, on trouve, l'amour, la passion et l'invention.

Au niveau des tableaux ci-dessous, nous fournissons une présentation détaillée de chaque monde :

Tableau 2: Description des mondes développés sur la base de la théorie de la justification

Principe supérieur commun	De l'inspiration	Domestique	De l'opinion	Civique	Marchand	Industriel	Vert
État de grand	Etre bizarre, différent, original, insolite	Etre bienveillant, bienséant, sensible, fidèle	Avoir du prestige, de la notoriété ou une bonne réputation	Etre libre, officiel, représentatif	Etre riche, ou en position de force sur le marché	L'efficacité, la précision et la fonctionnalité	Tout ce qui est propre, biodégradable, recyclable et qui s'oppose à la pollution
État de petitesse	La routine, l'habitude, le « réel »	L'impolitesse, le manque de considération, la trahison	Tout ce qui est méconnu ou dont l'image est floue	La division, l'isolement, l'individualisme	La pauvreté	L'inefficacité, l'imprévisibilité	La pollution et la dégradation du paysage
Rapport de grandeur	L'unicité, l'indépendance	La respectabilité, la responsabilité, l'honneur	La reconnaissance, la notoriété, la visibilité	Le membership, les activités de délégation	La possession matérielle	L'expertise	L'écocentrisme
Dignité humaine	L'amour, la passion, la créativité	L'aisance, le soutien, le jugement	Être reconnu célèbre, visible, influent	La liberté, la démocratie, la solidarité	L'égoïsme, la convoitise, le désir	L'énergie, le travail, les activités	Revendiquer un style de vie écologique
Preuve d'investissement	La prise de risque, les détours, les aléas de la création	Le respect des traditions, le rejet des conduites égoïstes	Renoncer à la vie privée	Renoncer à l'intérêt propre, faire preuve de solidarité	L'opportunisme	Le progrès, l'effort, l'investissement	Une coupure verte
Sujets emblématiques	Les enfants, les artistes, les visionnaires	Père, roi, les supérieurs, les inférieurs	Les leaders d'opinion, les célébrités	Les élus, les membres d'un parti, les représentants	Les concurrents, les acheteurs, les vendeurs	Les professionnels, les experts, spécialistes	Les environmentalistes, les écologistes
Objet emblématique	L'inconscient, l'esprit, le corps	L'étiquette, les cadeaux, le rang	Les médias, les marques, les campagnes publicitaires,	Les élections, la loi, les codes, les comités	La richesse, le luxe, les objets	Les ressources, les outils, les plans, les méthodes	Les zones sauvages, l'habitat naturel, le patrimoine écologique
Éléments permettant de préserver l'ordre social	L'imaginaire, l'inconscient	La famille, le foyer, les conventions, les principes	L'image publique, l'audience	L'État, la démocratie, l'électorat, le parlement	Le marché	Le système	L'écosystème
Épreuve modèle	L'aventure, le rêve	Les cérémonies, le mariage	Les conférences, les lancements, les présentations, les galas	Plaider en faveur d'une cause commune,	Les transactions, les contrats	Les vérifications, les essais, les tests,	Les pratiques durables

Source : (André, 2018)

Tableau 3 Les composantes de la « grammaire des conventions »

Concept	Description
Principe supérieur commun	Principe autour duquel chaque monde est construit. Il s'agit d'une « valeur suprême » susceptible d'orienter l'action collective.
État de grand	Ensemble des qualités les plus valorisées à l'intérieur d'un monde.
État de petitesse	Ensemble de caractéristiques considérées comme étant indésirables au sein d'un monde.
Rapport de grandeur	Critère permettant d'établir une hiérarchie entre individus à l'intérieur de chaque monde
Dignité humaine	Capacité physique permettant aux acteurs de préserver l'ordre naturel de chaque monde.
Preuve d'investissement	Prix à payer pour pouvoir l'atteindre l'état de grand.
Sujets emblématiques	Personnage archétypique incarnant les valeurs d'un monde.
Objets emblématiques	Objet archétypique incarnant les valeurs d'un monde
Éléments harmonieux de l'ordre social	Élément symbolique définissant l'essence d'un monde en particulier.
Épreuve modèle	Activité évaluative permettant de mesurer la grandeur d'un être à l'intérieur d'un monde

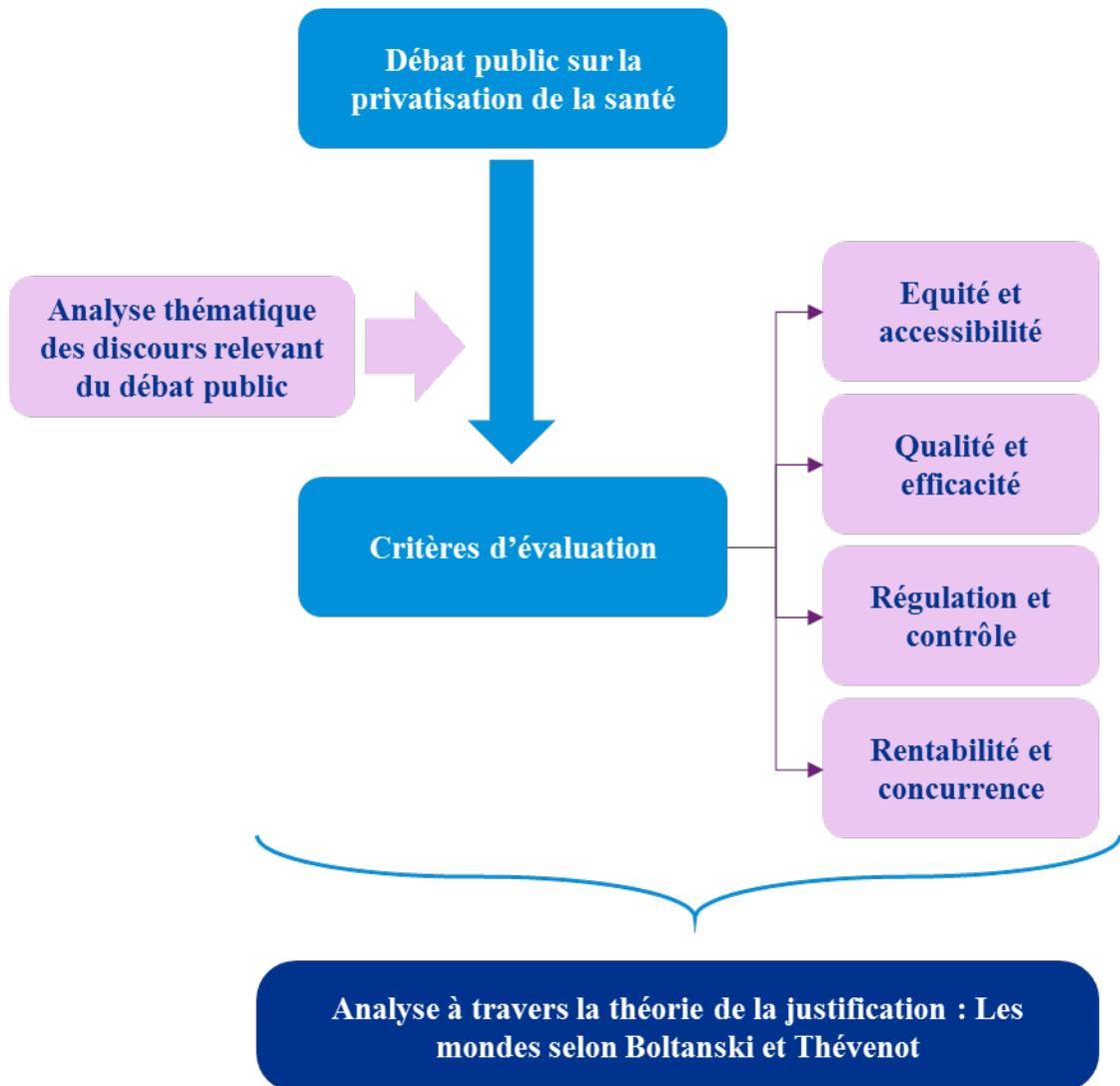
Source : (André, 2018)

2.4 Schéma conceptuel et question de recherche

2.4.1 Schéma conceptuel

Le schéma conceptuel ci-dessus, plutôt simple, rassemble les différents concepts pris en compte lors de ce travail de recherche et la relation entre ces derniers.

Figure 12: Cadre conceptuel représentant les différents concepts retenus pour ce mémoire



2.4.2 Question de Recherche

Tout d'abord, rappelons que les chiffres concernant le système de santé au Maroc sont inquiétants et en tendance baissière. La mise en place du projet de loi 131-13 conduit les différents acteurs et parties prenantes à différents débats et opinions sur l'adoption de cette loi. Chacun de ces acteurs aborde différents thèmes se traduisant par des critères d'évaluations du système de santé en place et à venir pour défendre son point de vue et tenter d'apporter des justifications par rapport à l'adoption du projet de loi. Ce débat influence généralement sur les décideurs publics dans la prise de décision, en ce qui concerne la loi 131-13.

C'est pourquoi il est nécessaire de se pencher sur ce débat, en mettant l'accent sur les critères d'évaluation d'un système de soins abordés et leur ancrage dans un univers de justification donné.

Suite à notre analyse sur ce que la littérature pouvait nous apprendre sur les différents aspects de la question de l'ouverture des capitaux des cliniques privées aux investisseurs non médecins, il serait judicieux d'éclaircir les l'utilisation des différents critères d'évaluation que nous avons relevés dans les discours des acteurs relevant des catégories suivante : Organisations gouvernementales et non gouvernementales, syndicats de médecins publics, partis politiques, et syndicats de médecins privés et des associations.

À travers leurs missions, leurs fonctions et leurs interactions, ils représentent les catégories d'acteurs les plus pertinents à analyser pour explorer leurs manières de justifier leur point de vue dans le débat public. De plus, ce choix va nous permettre de mieux comprendre comment cette loi a été interprétée par les différentes parties prenantes et comment cette question peut rejoindre ou non les éléments précédemment recensés dans notre revue de littérature.

Toutefois, nos questions formelles de recherche se limitent à celles-ci :

Quels sont les critères d'évaluations mobilisés par les différents acteurs de la santé au Maroc lors du débat public sur la privatisation de la santé ?

Comment sont-ils utilisés en termes de justification lors du débat public sur la privatisation de la santé au Maroc ?

Afin d'y répondre, nous avons recensé 13 vidéos issues de la saisine relative au projet 131-13 organisée par la Commission permanente chargée des Affaires sociales et de la Solidarité du CESE, qui a organisé plusieurs séances d'audition avec plusieurs parties prenantes.

Dans la partie suivante, nous présenterons la méthodologie utilisée pour réaliser cette étude.

Chapitre III : Méthodologie

Rappelons que le but de cette recherche est de réaliser une analyse du discours public dans le secteur de la santé, plus particulièrement sur la privatisation de la santé afin d'en ressortir les principaux critères d'évaluations abordés et leur utilisation en termes de justifications par les différentes parties prenantes. Ainsi, nous allons sélectionner différents discours sur le Projet de loi 131-13 relatif à l'exercice de la médecine. Les discours proviennent des différentes parties prenantes (Consommateurs, médecins privés, médecins publics, assureurs, politiciens etc.) ayant un avis au sujet de cette loi et de ses répercussions sur la société marocaine. Il est à noter que le secteur de santé marocain a suscité de nombreuses discussions et débats au cours des dernières années, notamment au sujet de l'égalité d'accès aux soins, l'efficacité et l'efficience du système, et la qualité des soins. Ainsi, nous avons été en mesure de collecter les différents discours des différents acteurs. Ensuite, nous avons opté pour la méthodologie la plus appropriée qui nous permettra d'analyser au mieux les discours choisis et de comprendre l'utilisation des critères d'évaluation d'un système de soins par les intervenants sélectionnés.

À travers les recherches menées sur les différentes stratégies ou méthodologies à suivre pour la réalisation de nos objectifs, notre choix s'est tourné vers la question du comment ?

En effet, comme le décrit Creswell (2014) nous avons le choix entre trois méthodologies afin de réaliser une recherche scientifique, à savoir la méthode quantitative, qualitative et mixte. Pour la présente recherche, nous avons opté pour une méthodologie qualitative, car celle-ci « entreprend la recherche qualitative dans un cadre naturel où le chercheur est un instrument de collecte de données qui rassemble des mots ou des images » Creswell (1998). Cette description se rapporte parfaitement à la philosophie de la recherche et l'analyse que nous sommes sur le point d'effectuer.

Contrairement à la recherche quantitative, la recherche qualitative ne se définit pas comme étant un outil de mesure, mais plutôt comme un recueil de données verbales, comme le cas des discours que nous allons analyser. C'est la recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites (Taylor et Bogdan, 1984). En soi, la recherche qualitative a pour finalité de répondre à des questions se rapportant au pourquoi et au comment.

Cette méthode permet aussi d'explorer les différents points de vue des différentes parties prenantes sélectionnées par nos soins. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à notre sujet de recherche, car elle permet une compréhension plus pointue de notre problématique.

Afin de mener notre étude, nous allons recourir à cette approche, afin de répondre à la question du comment, tel que précisé au début de cette section. Nous allons tout d'abord expliquer comment nous avons recueilli et présenté nos données pour ensuite expliquer les méthodes utilisées nous ayant permis de répondre au mieux à notre problématique.

3.1 La collecte de données

« En général, la valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes. » (Drapeau, 2004). En effet, il faut accorder une importance particulière à la rigueur de nos travaux, et ce, au niveau de toutes les étapes de notre recherche, y compris la collecte des données qui serviront de support à notre étude. En suivant cette logique, nous démontrerons et nous justifierons par la suite notre choix de sélection du contenu audiovisuel, la retranscription de ces données en format texte afin de pouvoir les exploiter.

3.1.1 Analyse de données secondaires en recherche qualitative

Lors de cette étude, nous avons eu recours à la méthode d'analyse de données secondaires. En effet grâce à une technologie développée nous avons de plus en plus accès à l'information. Les bases de données en ligne se multiplient et nous permettent de consulter à n'importe quel moment et avec précision l'information que nous cherchons. Cette méthode se caractérise particulièrement par l'utilisation de données existantes sous différentes formes (chiffrée, textuelles, etc.). Dans le cas de notre étude, nous aborderons ce sujet plus en détail, les données collectées proviennent de séances d'audition sur la plateforme YouTube, où des orateurs donnent leurs avis sur le sujet du passage de la loi 131-13 relative à l'exercice de la médecine.

Dans le cas de notre étude, la priorité était d'avoir accès aux réactions des acteurs du secteur au moment précis où le débat public autour du passage de la loi n°131-13 prenait place, c'est-à-dire en 2014-2015, sans que leurs avis ou leur argumentaire ne soit influencé après le vote de ladite loi. C'est pour cette raison qu'il nous a paru important d'accéder aux contenus audiovisuels de la plateforme YouTube pour en extraire des séances d'audition avec les parties prenantes concernées, que nous présenterons par la suite. Il est important de rappeler que les données utilisées sont de l'ordre public et accessible sur YouTube.

De plus, les supports audiovisuels utilisés lors de la conduite de cette étude ne relèvent pas d'un échange entre l'enquêteur et l'enquête, mais plutôt de l'avis des acteurs concernés par rapport un sujet précis qui s'articule autour du passage ou du non-passage de la loi

131-13. Les supports **1 à 11** relèvent d'un atelier de « travail organisé par la Commission permanente chargée des Affaires sociales et de la Solidarité et relatif à la saisine sur le projet de loi n°131-13 portant sur l'exercice de la médecine ». Les intervenants ont répondu à la question suivante :

– « **Quel regard portez-vous sur le projet de loi n°131-13** »

Pour les supports 12 et 13, le PAM a organisé, au niveau de la chambre des représentants une journée d'information et un débat ouvert sur le sujet du projet de loi 131-13. Nous avons choisi les discours de la présidente du groupe parlementaire du PAM à la chambre des représentants et le président du groupe parlementaire du PAM à la chambre des conseillers.

Dans la partie suivante, nous allons justifier le choix de notre corpus tout en présentant les différents intervenants dont les discours seront analysés.

3.1.2 Justification du choix des discours sélectionnés et présentation des acteurs

Afin de mener notre étude, il a fallu rassembler un nombre de données assez diversifié et représentatif de l'ensemble des intervenants dans le sujet du débat public sur le projet de loi 131-13. Afin d'y parvenir, nous avons tout d'abord identifié les acteurs susceptibles d'avoir un avis ou étant directement affectés par cette nouvelle loi, par exemple :

- Les médecins privés ;
- Les médecins publics ;
- Les partis politiques ;
- Les patients (consommateur) ;
- Les professionnels de l'assurance ;
- Le gouvernement.

Nous avons donc identifié, des discours (Cf Annexe 1-13) d'intervenants s'exprimant au nom de chacune des catégories précitées. Ces intervenants sont présentés comme suit :

a) Les Organismes Gouvernementaux

Tableau 4: Fiche technique du discours du représentant du CESE

Statut de l'intervenant	Membre du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE)
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Donner son avis sur les orientations générales de l'économie nationale et du développement durable et de toutes autres questions d'ordre économique, social et environnemental relatives à la régionalisation avancée ; • Analyser la conjoncture et assurer le suivi des politiques économiques et sociales nationales, régionales et internationales ainsi que leurs répercussions ; • Réaliser des études et recherches dans les domaines relevant de l'exercice de ses attributions ; • Favoriser et consolider la consultation et la coopération entre les partenaires économiques et sociaux ; • Formuler des propositions dans les divers domaines économiques, sociaux et environnementaux.

Tableau 5: Fiche technique du discours du représentant du CC

Statut de l'intervenant	Rapporteur général au Conseil de la Concurrence (CC)
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Donner son avis sur les demandes de consultation, telles que prévues par la loi 20-13 et par la loi 104-12 relative à la liberté des prix et de la concurrence, et à publier des études sur le climat général de la concurrence sur les plans sectoriel et national ; • Intervenir dans toutes les pratiques susceptibles d'affecter le libre jeu de la concurrence ; • prendre l'initiative de donner un avis sur toute question concernant la concurrence ; • recommander à l'administration de mettre en œuvre les mesures nécessaires à l'amélioration du fonctionnement concurrentiel des marchés ; • être consulté par les commissions permanentes du Parlement sur les propositions de loi ainsi que sur toute question concernant la concurrence, conformément aux règlements intérieurs des Chambres du Parlement ; • Etre obligatoirement consulté par le gouvernement sur les projets de textes législatifs ou réglementaires instituant un régime nouveau ou modifiant un régime en vigueur.

Tableau 6: Fiche technique du discours du représentant du CNOM

Statut de l'intervenant	Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller au respect de l'éthique et de la déontologie de la pratique médicale ; • Défendre la santé du citoyen ; • Émettre un avis sur les lois et les règlements relatifs à l'exercice de la profession ; • Proposer et encourager, en coordination avec les autorités compétentes, toute action visant la promotion de la santé ; • Participer à l'élaboration et à l'exécution de la politique sanitaire et à l'élaboration de la carte sanitaire ; • Examiner et donner un avis ou statuer sur les questions se rapportant à la profession médicale.

b) Les Organismes non-gouvernementaux

Tableau 7: Fiche technique du discours du représentant du CDSM

Statut de l'intervenant	Coordonnatrice Nationale du Collectif pour le Droit à la Santé au Maroc.
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter pour la promotion du droit à la santé ; • Promouvoir l'accès, libre, universel et égalitaire à la santé et au bien-être comme droit humain fondamental, sans aucune discrimination ; • améliorer le système de santé marocain, afin qu'il réponde au mieux aux attentes de la citoyenneté marocaine, et au renforcement du réseau impliquant les associations porteuses d'actions pour la promotion du droit à la santé.

c) Les associations et fédérations

Tableau 8: Fiche technique du discours de représentant du FMSAR

Statut de l'intervenant	Directeur Général de la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance.
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Défendre les intérêts professionnels des sociétés d'assurances et de réassurance ; • Représenter le secteur des assurances auprès des pouvoirs publics, des autres associations professionnelles et des tiers ; • Entreprendre toute action de communication et d'information auprès du public et de la profession ;

Tableau 9: Fiche technique du discours du représentant de la FNAC (Groupement de 17 associations de consommateurs)

Statut de l'intervenant	Secrétaire Général de la Fédération Nationale des Associations des Consommateurs.
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Construire un cadre légal de concertation et de collaboration entre les associations de consommateurs et leurs partenaires et de créer un cadre favorable pour le renforcement de leurs actions. • Coordonner les actions des associations de consommateurs, en matière d'information, de sensibilisation, d'orientation, d'éducation et de défense du consommateur ; • Mettre en lumière les positions et les avis concertés des associations de consommateurs

d) Les partis politiques

Tableau 10: Fiche technique du discours du représentant du PAM (1)

Statut de l'intervenant	Présidente du groupe parlementaire du PAM.
Informations générales sur le parti	<p>Le Parti authenticité et modernité (PAM) est un parti politique marocain de centre gauche, créé le 7 août 2008 par Fouad Ali El Himma, qui organise la fusion de cinq partis politiques marocains, à savoir le Parti National-Démocrate, le Parti Al Ahd, le Parti de l'Environnement et du Développement, l'Alliance des Libertés et l'Initiative Citoyenne pour le Développement.</p> <p>La création de ce parti intervient aussi dans le cadre d'une initiative politique baptisé « Mouvement pour tous les démocrates » lancée par plusieurs personnalités politiques.</p>

Tableau 11: Fiche technique du discours du représentant du PAM (2) (Cf tableau 9)

Statut de l'intervenant	Président de la Chambre du Conseiller au Parlement.
--------------------------------	---

e) Les syndicats des médecins publics

Tableau 12: Fiche technique du discours du représentant du SIMSP

Statut de l'intervenant	Directeur Général National du Syndicat Indépendant des Médecins du Secteur Public.
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Établir l'indépendance du travail syndical ; • Établir la dimension professionnelle de l'acte syndical et transformer le corps syndical en un acteur, dont le mouvement dépend des événements. • Extraire les racines fondatrices des formes de pratiques visant à obtenir l'indépendance, en mettant en place une action syndicale qui évoque la profession dans ses différentes dimensions, matérielles et morales ; • Diffuser et à consolider les mécanismes d'activation de la démocratie en tant qu'approche et voie de décision, qu'il s'agisse d'une organisation ou d'un professionnel.

Tableau 13: Fiche technique du discours du représentant de la CSB

Statut de l'intervenant	Président de la Chambre Syndicale des Biologistes.
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer au développement de la biologie au Maroc ; • Resserrer les liens de solidarité professionnelle ; • Défendre les intérêts moraux et économiques des biologistes en mettant en œuvre tous les moyens pour y parvenir.

f) Les syndicats des médecins privés

Tableau 14: Fiche technique du discours du représentant du SNMSL

Statut de l'intervenant	Secrétaire Général du Syndicat National des médecins du secteur libéral.
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Défendre les intérêts professionnels, matériels, moraux et sociaux des médecins du secteur libéral, à titre individuel et collectif ; • Intervenir auprès des pouvoirs publics ou judiciaires et auprès des différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé au Maroc, pour défendre les intérêts des médecins du secteur libéral ; • Promouvoir la médecine libérale au Maroc • Participer avec les autres institutions médicales, de la santé libérale ou publique, dans leurs multiples activités visant la promotion de la santé au Maroc ; • Organiser des manifestations scientifiques et des œuvres sociales pour ses membres

Tableau 15: Fiche technique du discours du représentant du SNMG

Statut de l'intervenant	Président du Syndicat National de la médecine générale.
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Activer le processus de mise en place de la couverture médico-sociale des médecins libéraux ; • Traiter les dossiers de la fiscalité des cabinets médicaux, en vue de permettre plus de justice et de transparence et d'encourager le secteur ; • Apporter, dans le cadre de formation médicale continue, des propositions en matière de structures, de cadre juridique, de mise en place, d'accompagnement et d'évaluation.

Tableau 16: Fiche technique du discours du représentant du CSNMSP

Statut de l'intervenant	Président du Collège Syndical National des médecins spécialistes privés.
Missions de l'entité	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir une couverture médicale et retraite des médecins. • Signer un partenariat public/privé permettant aux médecins du secteur privé d'accéder aux hôpitaux. • Suivre l'application stricte de la nomenclature du mémorandum d'entente.

Le corpus que nous avons sélectionné représentera le support de notre étude. Afin de constituer ce corpus, nous avons opté pour un échantillonnage « par choix raisonné ». Cela signifie que nous avons jugé que les 13 supports audiovisuels choisis sont suffisants pour nous apporter la diversité recherchée dans l'accomplissement de notre recherche et dans notre analyse des discours relatifs à la loi 131-13. Nous pouvons retrouver l'importance de la diversification externe ou de contraste chez Michelat :

« Il est surtout important de choisir les individus les plus divers possibles. L'échantillon est donc constitué à partir des critères de diversification en fonction de variables qui, par hypothèse, sont stratégiques pour obtenir des exemples de la plus grande diversité possible des attitudes supposées à l'égard du thème de l'étude. » (Michelat, 1975)

La diversification externe est en effet une forme adoptée lorsque la finalité de la recherche est d'obtenir une vision d'ensemble sur la problématique. Dans le cas que nous étudions, il a été question d'explorer divers points de vue sur une seule et même question, celle du

passage de la loi 131-13. En plus de rechercher une certaine diversité dans l'échantillon que nous avons sélectionné, nous avons axé notre choix sur des individus représentant, à travers une association, un syndicat ou encore un parti politique, une catégorie de la population affectée par le passage de la loi en question.

3.1.3 Retranscription des données recueillies

Tout d'abord, nous pouvons citer plusieurs formes de données qualitatives, qui peuvent être présentées en format texte, vidéos, photos, gestes etc. Dans le cas de notre étude, les données recueillies étaient sous un format vidéo (YouTube), certaines étaient en langue française et d'autres en langue arabe.

Pour les vidéos en français, nous avons procédé à une simple retranscription des paroles, en respectant le lexique et les tournures de phrases des orateurs, mais nous avons jugé que les pauses et les interjections par exemple, n'étaient pas pertinentes à retranscrire, vu que notre analyse porte sur une analyse thématique du corpus, et que les techniques argumentatives que nous avons étudiées ne nécessitaient pas forcément une telle forme de retranscription.

Ensuite, pour les vidéos en arabe, nous avons procédé à la traduction du contenu en respectant les idées et arguments avancés par les orateurs, mais aussi les tournures de phrase et les mots utilisés afin d'obtenir un matériel exploitable et qui respecte au mieux le discours de chaque intervenant.

Enfin, nous avons retranscrit les vidéos manuellement (Silverman, 1998) sous un format texte afin que notre matériel soit directement accessible à l'analyse, au lieu d'analyser directement les vidéos (Auerbach, Silverstein, 2003).

3.2 Méthodes d'analyses des données collectées

3.2.1 L'analyse thématique, une analyse de contenu

Notre travail de recherche s'intéresse à ce qu'on appelle l'Analyse de Données Textuelles (ADT). Le but de cette analyse est de mettre en lumière les informations importantes dans un texte. L'ADT peut être divisée en quatre méthodes : l'approche lexicale, l'approche linguistique, l'approche cognitive, et l'approche thématique.

Il nous a semblé pertinent d'utiliser la 4^{ème} méthode, qui est l'approche thématique. La spécificité de l'approche thématique est que celle-ci se base sur la lecture d'un corpus, fragment par fragment, en repérant les éléments importants du discours qui sont en lien avec notre objet d'étude. Puis il s'agira de les coder en différentes catégories, puis d'analyser les informations qui ressortent.

Ainsi, après plusieurs lectures analytiques de notre corpus, nous avons défini un système organisé, constitué de **quatre** catégories, en lien avec les objectifs de la recherche et le contenu à analyser, car selon Berelson (1978) « Les études...seront productives dans la mesure où les catégories seront clairement formulées et bien adaptées au problème et au contenu ».

Ainsi nos **4** catégories sont les suivantes :

- **Équité et accessibilité aux soins**
- **Qualité et efficacité des soins**
- **Régulation et contrôle**
- **Concurrence et rentabilité**

Nous n'avons pas utilisé d'outils pour le codage, étant donné la taille réduite de notre corpus. Nous avons procédé manuellement à l'aide d'une matrice permettant de cocher les thèmes présents dans un texte. Ainsi, nous avons codé l'ensemble de notre recueil de texte, en sélectionnant les citations les plus adéquates pour illustrer chacune de ces catégories. Péninou (1986) nous dit qu' : « Il existe un champ général de paroles, qui se déposent en autant de traces récupérables, dans des interviews, les questions ouvertes des

questionnaires de sondages, les écrits ... bref un amas qui peut-être une mine ». Toutes ces informations doivent ensuite être triées, catégorisées et analysées pour en interpréter le contenu. Afin d'analyser ce contenu nous avons opté pour la théorie qui nous a semblé la plus adéquate, à savoir celle de la justification (Boltanski et Thévenot, 1991).

Enfin, nous avons décrypté, confronté les textes, mis en avant les critères d'évaluation d'un système de soin qui ont été abordés dans le corpus. De ce fait, la problématique de notre travail s'inscrit de manière directe dans le cadre d'une analyse de données textuelles thématique, qui s'articulera autour de la discussion des différentes parties prenantes sur le projet de loi 131-13.

Le prochain chapitre sera dédié à l'analyse de nos résultats afin d'essayer de répondre à notre problématique :

- *Quels sont les critères d'évaluations mobilisés par les différents acteurs de la santé au Maroc lors du débat public sur la privatisation de la santé ?*
- *Comment sont-ils utilisés en termes de justification lors du débat public sur la privatisation de la santé au Maroc ?*

Chapitre IV : Analyse des résultats

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté nos choix méthodologiques en commençant par la cueillette des données nécessaire à l'accomplissement de ce travail, pour ensuite pouvoir procéder à une analyse thématique du corpus tout en identifiant les différentes manières dont les critères d'évaluation identifiés ont été utilisés pour justifier les différents points de vue des acteurs de notre corpus.

Les retranscriptions issues des vidéos contenant les interviews sur le projet de loi 131-13 des différentes parties prenantes ont fait ressortir des éléments intéressants dans leur contenu, et dans la diversité des propos relatifs aux expériences propres de chacun. Dans le présent chapitre, nous présentons les résultats que nous avons retenus du travail en menant une analyse thématique et une étude sur les différents mondes de Boltanski et Thévenot (1991) qui ont été abordés afin de justifier certains points de vue.

Les données recueillies concernent 13 discours issus de plusieurs parties prenantes (Organisations gouvernementales, Organisations non gouvernementales, société civile, syndicats...).

D'abord, nous nous baserons sur les retranscriptions pour pouvoir dégager les thèmes majeurs abordés dans les différents discours. Ensuite pour chacune des catégories de critère d'évaluation nous allons nous pencher sur l'utilisation de ces critères d'évaluation en termes de justifications à travers les mondes de Boltanski et Thévenot (1991).

4.1 Équité et accessibilité aux soins

4.1.1 Restructuration plus globale du secteur sanitaire

L'accès aux services sanitaires doit être assuré pour tous les citoyens, ainsi qu'il doit être offert de manière équitable. En analysant les différents discours, les parties prenantes soulignent le point de l'accessibilité en l'abordant par son importance au sein de la société :

« ...elles [les universités privées] challengent le secteur public puisque les universités publiques sont en compétition, sont en concurrence et attirent inévitablement vers le haut l'ensemble du système d'enseignement du pays, donc nous estimons que l'ouverture du capital des cliniques privées va avoir un effet d'émulation sur la couverture santé au Maroc, ce qui va permettre aux Marocains, aux citoyens marocains d'avoir accès peut-être à des cliniques mieux outillées qui disposent d'un matériel plus performant » (Le Directeur Général de la FMSAR)

Ou en l'analysant comme une menace suite à la mise en place du nouveau projet de loi, autrement dit, l'accès aux soins est un droit social garanti :

« Ainsi, nous affirmons notre opinion qui rejette le contenu de ce projet, et ce projet constitue une menace pour la santé des citoyens ainsi que les conditions d'accès à des structures sanitaires de qualité et sans adjudication en tant que droit social garanti. » (La Coordinatrice Nationale du CDSM)

Dans son intervention, la représentante du CDSM, a affirmé le rejet de ce projet de loi avec regret ainsi que la non-responsabilité du Ministère en ce qui concerne la préservation du droit de la société civile dans la participation à la décision.

L'accessibilité aux soins représente la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins d'une façon assez globale et élargie. (Picheral H. 2001). Aussi, quelle que soit la classe sociale d'un citoyen, il devrait bénéficier des mêmes chances d'accès aux systèmes de soins de

son pays, car la santé est un des droits primordiaux de l'être humain. Aucune « discrimination » ne devrait être ressentie au sein d'un même pays quant à l'équité des soins, comme il a été avancé lors du discours de M. le Directeur Général National du Syndicat Indépendant des Médecins du Secteur Public :

« Cette situation va subdiviser la population marocaine en 3 catégories dans un cadre d'iniquité :

- *La catégorie des citoyens pauvres et ceux à faible revenu qui possèdent une carte RAMED qui vont aller aux hôpitaux publics qui sont à l'origine dans une situation catastrophique, les services sont médiocres ...*
- *La deuxième catégorie comprend les citoyens ayant une couverture médicale obligatoire ou toute autre assurance maladie qui vont chercher des soins dans des cliniques et,...*
- *Quant à la troisième catégorie, qui est le groupe minoritaire, est constituée de riches Marocains qui se rendent toujours dans des cliniques ou à l'étranger dans le cadre du tourisme médical ». (Le Directeur Général national du SIMSP).*

Ou en d'autres termes dans le discours du Secrétaire Général du Syndicat National des médecins du secteur libéral, qui évoque la séparation que cela va causer entre les citoyens à faible revenu et sans couverture médicale et ceux ayant une couverture médicale :

« ...parce qu'une grande partie des citoyens n'ayant pas de revenu vont être exclus des soins. Et les Marocains ayant une couverture médicale verront leurs régimes d'assurances augmenter les montants des contributions pour garantir l'accès des adhérents aux soins du secteur privé. » (Le Secrétaire Général du SNML)

Nous pouvons aussi remarquer que l'ouverture des capitaux aux investisseurs non-médecins pourrait ne pas profiter à l'ensemble de la population, sachant qu'un investisseur privé est guidé par le gain et n'ira pas investir dans une région où sa rentabilité serait compromise :

« Ce projet de loi qui ouvrirait les capitaux privés non médicaux à l'investissement dans la santé du citoyen est pour nous une simple catastrophe dans la mesure où

il n'apporte rien de plus à une frange importante de la population qui est les démunis, où l'investisseur n'ira jamais dans les zones reculées pour investir grandement auprès de citoyens qui n'ont pas accès à la santé et qui n'ont aucune couverture sociale. » (Le Président du Collège Syndical National des médecins spécialistes privés.)

En effet, la question de la rentabilité comme moteur premier des investisseurs peut aussi être retrouvée dans le texte qui suit :

« Car ce qui intéresserait ces nouveaux investisseurs, c'est uniquement la rentabilité financière et non la santé des citoyens, et que les médecins seront réduits à de simples salariés chez eux. Avec la possibilité de recruter des médecins et des infirmiers étrangers à leur guise. » (Le Président de la Chambre des Conseillers au Parlement.)

L'accessibilité aux soins représente une priorité pour les différents intervenants dans ce débat. Ces derniers argumentent leurs choix en mettant l'accent sur la nécessité d'élargir l'offre de soins au profit des citoyens et que cette dernière soit offerte de manière équitable.

4.1.2 Pour un accès plus équitable aux soins

L'égalité dans l'accès aux soins constitue l'exigence majeure. En se référant au Code de la santé publique, le premier article stipule qu' "Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins". Dans les interviews, les différentes parties prenantes ne cessent pas de répéter et de souligner l'importance de l'équité dans le projet de loi. À titre d'exemple, l'intervention du Président de la Chambre des Conseillers au Parlement :

« L'état est obligé à côté des établissements publics, des autorités territoriales de mobiliser tous les moyens logistiques dont ils disposent pour faciliter l'accès au soin de tous les citoyens de façon équitable. » (Le Président de la Chambre des Conseillers au Parlement.)

Il s'agit de promouvoir des conditions favorables à la modernisation de l'offre et de la demande des prestations sanitaires, par une prise en charge plus conséquente des classes sociales défavorisées et cela par la mise en place de ce nouveau dispositif qui vise à garantir un accès plus équitable au système sanitaire. Un accès qui toucherait la totalité de la population marocaine, que ce soit socialement comme géographiquement :

« ...tout en n'oubliant pas la carte sanitaire, les régions déshéritées pour qu'il y ait des investissements dans ce sens et mettre également à niveau les hôpitaux publics qui sont très importants, mais il faudrait aussi, comment dirais-je ? Une couverture sociale de toutes les Marocaines et de tous les Marocains » (Le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)).

Ainsi, connaître l'état de santé dans un pays et mesurer la situation sociale face à l'accès aux soins constituent des enjeux importants dans la prise en considération du critère de l'équité. (Girard *et al.* 2000, Couffinhal *et al.* 2004). En effet, afin qu'il existe une certaine équité dans un système de santé, une des priorités reste l'accès aux soins au même prix, et cela indépendamment de la région géographique et de la classe sociale dont est issu le demandeur de soins :

« Au sein de notre syndicat, nous estimons que la priorité des priorités pour le citoyen marocain c'est l'élargissement de l'accès aux soins.

Alors si cette nouvelle loi, qui va permettre l'ouverture du capital des cliniques aux investisseurs, si cette loi va permettre l'installation de ces cliniques dans les villages les plus reculés pour faciliter l'accès des citoyens à la santé, aux mêmes prix, aux mêmes coûts que les structures nationales sans nuire à l'intérêt des prestataires de soin » (Le Président du Syndicat National de la médecine générale.)

Les citoyens marocains doivent bénéficier des services sanitaires sur le même pied d'égalité :

« Dans ce cadre nous insistons toujours sur le droit d'accès aux soins et d'avoir une couverture médicale en tant que droit constitutionnel, ainsi que d'offrir un

service de santé à tous les marocains de manière équitable. » (Le Président de la Chambre des Conseillers au Parlement.)

Pour les autres intervenants, le concept de l'équité n'apparaît pas dans leurs interventions. Le thème a d'ailleurs émergé dans les discours de façon indirecte sans être d'abord évoqué par les parties prenantes.

L'équité selon l'OMS s'explique par "l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques". Elle doit certainement impliquer une répartition équitable des ressources nécessaires pour assurer la santé, l'accès équitable aux possibilités offertes et le soutien équitable offert en cas de maladie.

Mais dans les passages où le thème de l'équité est évoqué, on remarque que l'intervenant traite le concept de façon agrégé, sans rentrer dans les détails. Il explique son point de vue en insistant sur le droit d'accès aux soins pour tous les citoyens de façon équitable, alors que l'équité prend plusieurs formes.

Par la suite, nous allons effectuer une synthèse des résultats obtenus à travers notre recherche afin de mieux comprendre comment ces critères sont utilisés en termes de justifications.

Synthèse :

Dans le cas de notre corpus qui traite du système de santé au Maroc, nous avons relevé des désaccords, mais qui tendent vers un objectif commun, à savoir mettre en place un système de santé qui respecte la dignité des citoyens.

De façon générale, le **discours politique**, dans la forme, se veut un discours partisan teinté d'un intérêt qui épouse l'**intérêt général**.

En effet, cette vision d'équité et d'accessibilité aux soins s'intègre dans **le principe supérieur commun de la prééminence du collectif** (Boltanski et Thévenot, 1991). Le **monde civique** donne la priorité à l'intérêt général du collectif, et non celui de l'individuel, il prône **le vivre ensemble, l'égalité et les droits communs**.

Dans le monde civique, **l'état de grandeur** se caractérise par un esprit d'**équité et de solidarité entre les individus**.

Nous pouvant retrouver, au niveau du tableau suivant, les arguments avancés au niveau de notre corpus relevant de la « **citée civique** » afin de débattre sur le passage de la loi 131-13. Ce tableau représente d'une part les points de convergence entre le critère abordé et le monde dans lequel il s'inscrit et les points de divergence, à savoir les autres justifications abordées qui ne relèvent pas du même monde.

Tableau 17: La logique du monde civique dans la privatisation de la santé

Points de convergence	Points de divergence
<ul style="list-style-type: none"> • Un accès aux services sanitaires à tous les citoyens de manière équitable ; • Un accès aux soins comme droit constitutionnel et comme droit social garanti ; • Un accès aux soins inéquitable qui se traduit par une division de la population par niveau de richesse ; • La garantie de l'État de garantir l'accès aux soins de façon équitable à toute la population marocaine ; • Une généralisation de la couverture sociale au niveau de tous les citoyens du pays. 	<ul style="list-style-type: none"> • La recherche du gain par les investisseurs privés (Monde marchand) • Élargir l'accès aux soins sans pour autant nuire à l'intérêt des professionnels de la santé (Monde marchand)

Nous pouvons remarquer que la majorité des intervenants du corpus aborde la question de la santé au Maroc sous un angle social. En effet, à travers les textes cités ci-dessus, il est clair que la totalité des intervenants sont pour la promotion du **bien collectif**, et ce, à travers un argumentaire qui se focalise sur des questions d'**équité** et d'**égalité** à l'accès aux soins.

De plus, les textes que nous avons analysés mettent aussi l'accent sur l'importance du dépassement des intérêts de chaque **individu**, afin d'atteindre un intérêt **collectif** qui permettra à toute la population, indépendamment de sa situation sociale, géographique ou matérielle d'avoir un accès au même niveau de soins au Maroc.

Dans le « Contrat social », Rousseau décrit la famille comme étant « la plus ancienne de toutes les sociétés & la seule naturelle » (Rousseau, 1762). En effet il existe un lien entre le père et les enfants qui représente « le premier modèle des sociétés politiques, le chef est l'image du père, le peuple est l'image des enfants, et tous étant nés égaux et libres,

n'aliènent leur liberté que pour leur utilité. ». Dans ce même sens, les intervenants décrivent l'État comme étant le garant des citoyens pour un accès aux soins équitable. L'État représentant l'**action collective** qui œuvre pour le **bien collectif** à travers l'instauration de **politiques publiques** visant à étendre une couverture médicale pour l'ensemble de la population.

Cependant, certains intervenants, comme le Directeur Général de la FMSAR, adopte une approche s'approchant du « **monde marchand et industriel** », qui traduit la **concurrence** comme un levier qui permettra d'**améliorer les prestations des professionnels** de la santé, les rendant accessibles à l'ensemble de la population. Ceci est une manière de rejoindre les idées qui adhèrent au « **monde civique** » sans pour autant négliger l'aspect **vendeur** et **commercial** de la santé. La totalité des intervenants sont, *in fine*, pour une amélioration du **bien-être collectif**, en se penchant vers un système sanitaire qui envisage les services de santé de manière **équitable** et accessible à tous, même si certains suivent le mouvement sous réserve de ne pas nuire aux intérêts généraux des prestataires de soins.

4.2 Qualité et efficacité du système de santé

4.2.1 La qualité comme objectif du projet

Plusieurs parties prenantes reconnaissent qu'il y a actuellement des failles au niveau du secteur de la santé au Maroc, notamment le manque de ressources humaines et logistiques, une mauvaise répartition régionale des médecins, l'obsolescence des infrastructures hospitalières, et une couverture médicale inéquitable. C'est le cas du Directeur Général National du SIMSP :

« Des hôpitaux publics qui sont à l'origine dans une situation catastrophique : les services sont médiocres, et les moyens médicaux, humains et financiers sont faibles ». (Le Directeur Général National du SIMSP)

C'est également le cas de la Présidente du groupe parlementaire du PAM :

« Nous sommes aussi conscients des obstacles, des contraintes et des insuffisances que connaît le secteur de la santé en sous-effectif de médecins, infirmiers, établissements de soins, carences au niveau des spécialités, mauvais déploiement du personnel médical et toutes les contraintes que connaît la couverture médicale ». (La Présidente du groupe parlementaire du PAM)

Ainsi, reconnaître qu'il y a des failles est une première étape. En effet, pour qu'il y ait une évolution de la qualité du système de santé, il faut identifier les failles, qui permettront de trouver des axes d'amélioration.

4.2.2 Amélioration de la performance dans le système de soins

Pour certains, le projet de loi 131-13 va pouvoir mettre à niveau ce système décrié. Le représentant de la FMSAR a un regard optimiste sur les avantages de ce projet de loi, qui selon lui va garantir les critères d'efficacité du système de santé, à travers l'amélioration des services sanitaires et d'accessibilité à des services de qualité :

« ...va avoir un effet d'émulation sur la couverture de santé au Maroc, ce qui va permettre aux citoyens marocains un accès à des cliniques disposant d'un matériel plus performant ». (Le Directeur Général de la FMSAR)

Il donne également l'exemple de l'enseignement supérieur, ou selon lui, l'apparition des universités privées a permis d'améliorer la qualité des formations des universités publiques, puisque qu'elles ont été mises face à un défi, qui les a poussées à s'améliorer. Ainsi, la concurrence serait un vecteur d'amélioration, car il pousse les entités à se surpasser :

« Avec ce projet de loi [...] je fais souvent le parallèle avec l'enseignement supérieur, avec l'avènement des universités privées [...] challengent le secteur [...] et attirent inévitablement vers le haut l'ensemble du système d'enseignement du pays, donc nous estimons que l'ouverture du capital des cliniques privées va avoir un effet d'émulation sur la couverture santé au Maroc, ce qui va permettre aux Marocains, aux citoyens Marocains d'avoir accès peut-être à des cliniques mieux outillées qui disposent d'un matériel plus performant ». (Le Directeur Général de la FMSAR)

L'efficacité repose aussi sur la création d'une nouvelle carte sanitaire :

« ...des recommandations quant aux préalables nécessaires, l'une des recommandations phares c'était de rattacher l'investissement privé à une véritable carte sanitaire qui soit opposable au secteur privé et public... » (Le représentant du CESE)

4.2.3 L'amélioration de la qualité remise en cause

D'autres auteurs sont défavorables à cette loi. Pour réfuter ce projet de loi, le Président de la Chambre des Conseillers au Parlement nous dit que cette loi va entraîner une commercialisation des soins de santé, dont le but sera d'engranger le plus de profit possible. Selon lui, les soins vont perdre en qualité, car le patient sera vu comme une « marchandise ». Ici l'intervenant s'inquiète de l'aspect vénal que pourrait prendre le système de santé, au détriment de l'éthique :

« Ainsi, ce projet de loi va entraîner de grandes modifications dans le secteur sanitaire au Maroc, vu que ce secteur deviendra un marché commercial et considérait la santé des citoyens marocains comme une marchandise ». (Le Président de la Chambre des Conseillers au Parlement).

De même pour la Coordinatrice Nationale du CDSM, qui estime que ce projet pourrait avoir un impact négatif sur la santé des patients :

« Ce projet constitue une menace pour la santé des citoyens ainsi que les conditions d'accès à des structures sanitaires de qualité » (La Coordinatrice Nationale du CDSM).

Qu'elles soient pour ou contre ce projet, les différentes parties prenantes s'accordent pour dire qu'il faut un organisme chargé d'évaluer la qualité des services des établissements sanitaires au Maroc :

« Enfin, c'est instaurer un organisme étatique de coordination de contrôle et d'évaluation de l'activité de l'établissement de soins, afin de s'assurer en permanence de la qualité des soins et de la sécurité sanitaire de la population et d'éviter ainsi tout dérapage. » (Le Président de la CSB)

L'intervenant dans ce passage rappelle la complémentarité entre deux critères majeurs : La réglementation et la qualité. Il explique de façon directe le lien de causalité qui existe entre les deux thèmes.

Synthèse :

En guise de synthèse, nous affirmons que les thèmes objets de notre analyse des résultats : Qualité et efficacité du système de santé, peuvent être vus à travers l'approche de **Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1991)**.

En effet, la grandeur du « **monde industriel** », se traduit par des principes d'**efficacité** et de **performance** qui en sont les valeurs suprêmes, et les acteurs principaux de ce monde sont des **experts** et des **professionnels**.

Ces derniers ont des objectifs à atteindre et mettent en place les **méthodes**, les **processus** et les **protocoles** nécessaires pour y parvenir. Ces objectifs sont bien entendu recherchés dans le but d'un bien commun. Ce monde abrite des concepts tels que le **travail**, les **standards** et l'**harmonie structurelle**.

Nous pouvant retrouver, au niveau du tableau suivant, les arguments avancés au niveau de notre corpus relevant de la « **citée industriel** » afin de débattre sur le passage de la loi 131-13. Ce tableau représente d'une part les points de convergence entre le critère abordé et le monde dans lequel il s'inscrit et les points de divergence, à savoir les autres justifications abordées qui ne relèvent pas du même monde.

Tableau 18: La logique du monde industriel dans la privatisation de la santé

Points de convergence	Points de divergence
<ul style="list-style-type: none">• L'obsolescence des infrastructures, la situation catastrophique des hôpitaux publics et le manque de moyens humains et financiers ;• La carence en spécialistes et le mauvais déploiement des ressources humaines et matérielles ;• Un accès à des cliniques avec du matériel plus performant et efficace ;	<ul style="list-style-type: none">• Challenger le secteur du public afin d'améliorer sa performance ; (Monde marchand)• La commercialisation de la santé entraîne une perte de qualité. (Monde marchand)

Points de convergence	Points de divergence
<ul style="list-style-type: none"> • Un accès conditionné à des soins de qualité ; • L'instauration d'un organisme de contrôle afin de garantir la qualité des soins. 	

De notre lecture du corpus, nous pouvons remarquer que la majorité des intervenants ont comme principale préoccupation la **qualité** et l'**efficacité** des soins procurés à l'ensemble de la population du Maroc, et de manière équitable comme nous l'avons ressortie au niveau du chapitre précédent.

Nous pouvons aussi remarquer que la plupart des parties prenantes avancent des arguments mettant un accent sur les **états de petitesse** avancés par **Boltanski et Thévenot (1991)**, des états qui un effectif **déqualifié**, en effet les moyens humains du secteur de la santé sont présentés comme présentant une carence au niveau des **spécialités**. Les intervenants de notre corpus mettent en exergue l'importance de rentrer dans la **grandeur** de **la cité industrielle** et ce, en avançant des arguments quant à la nécessité d'obtenir un matériel plus **performant** et donc plus **efficace**, un effectif plus **expérimenté**, et combler le manque de médecins **spécialistes**.

Nous pouvons aussi retrouver un argument qui prône les **valeurs** du **monde marchand**, tel que la **concurrence**. En effet, cet argument encourage l'ouverture des capitaux afin de mettre en concurrence le secteur public et le secteur privé. En apportant un challenge au secteur public, ce dernier se verra dans l'obligation de rehausser son niveau de **qualité** et son **efficacité** pour s'aligner aux standards d'un marché qui serait plus **concurrentiel**. Dans ce cas de figure, des **valeurs** du **monde marchand** sont utilisées comme outils afin d'atteindre des **grandeurs** du **monde industriel**.

Néanmoins, il persiste certaines retenues quant au passage de la loi 131-13. En effet cette loi, pourrait conduire à la commercialisation de la santé au Maroc et constituer à une éventuelle menace de la **qualité** et de l'**efficacité** des soins. L'ouverture des capitaux au

non-médecin risque de conduire à un système de santé **inefficace**, **déqualifié** et **inadapté**. Cette configuration se traduirait par l'atteinte d'un état de **petitesse industriel**.

Enfin, pour que le critère de la qualité soit maintenu dans tout établissement sanitaire, il faut qu'il soit réglementé. L'absence d'un cadre législatif définissant clairement les rôles et fonctions des différents acteurs peut compromettre le développement des initiatives visant à améliorer la qualité des soins. (Nolte et al, 2008).

4.3 Régulation et contrôle du système de santé

4.3.1 Contrôler et mieux veiller à la santé des citoyens

Un certain nombre des intervenants voient que le contrôle représente un élément majeur pour atteindre les résultats escomptés après l'application de la loi 131-13. Dans leurs discours, et avant de boucler leurs interventions, ils reviennent sur l'importance du contrôle, du suivi et de l'évaluation pour la réussite de ce nouveau projet :

*« ... l'une des recommandations phares c'était de rattacher l'investissement privé à une véritable carte sanitaire qui soit opposable au secteur privé et public et deuxièmement le renforcement des systèmes de contrôle que ce soit les systèmes de contrôle au sein du ministère de la santé qu'au sein du CNOM »
(Le représentant du CESE.)*

Afin de garantir l'applicabilité des nouvelles mesures que la loi 131-13 apporte, il sera judicieux qu'une nouvelle entité étatique se charge du suivi de la mise en place de ladite loi, et aussi du contrôle des établissements publics et privés chargés de l'offre de soins :

« En fin, c'est instaurer un organisme étatique de coordination de contrôle et d'évaluation de l'activité de l'établissement de soins afin de s'assurer en permanence de la qualité des soins et de la sécurité sanitaire de la population et d'éviter ainsi tout dérapage. » (Le Président de la CSBM)

L'intervenant rappelle l'importance du contrôle du système sanitaire au sein du pays dans le but de garantir une offre de soins de qualité et une accessibilité plus élargie pour tous les citoyens. Ce dernier conjugue son argument en avançant des termes comme la coordination et l'évaluation pour atteindre les objectifs escomptés.

Certains sont même contre cette loi, car ils pensent qu'elle ne pourra pas être régulée correctement. L'utilisation de l'expression « garde-fou », qui est un dispositif permettant d'éviter les erreurs et les abus, montre la réticence du représentant du CESE :

« Cette loi par rapport à l'ancienne loi, 10-94 qui existait, n'a pas apporté de choses fondamentales, en dehors de l'ouverture du capital à des sociétés

commerciales, dans la mesure où d'une part elle ne s'inscrit pas dans une réelle carte sanitaire et dans la mesure où les garde-fous à même d'éviter des dérives de l'application de cette loi ont été jugés insuffisants » (Le représentant du CESE.)

Dans ce sens, il faut accorder une importance majeure à un éventuel système de régulation afin de contrôler la bonne application de cette loi :

« Il faudrait justement que les garde-fous soient bien mis en place, et peut-être même de créer une agence de réglementation pour pouvoir réguler toute cette opération entre public et privé, et ça ne donnera qu'un plus pour patient Marocain ». (Le Secrétaire Général de la Fédération Nationale des Associations des Consommateurs)

4.3.2 La régulation et le contrôle : deux aspects primordiaux pour la réussite de cette loi

Un autre aspect intéressant qui ressort des discours étudiés est la régulation, qui est présentée comme étant un facteur indispensable pour assurer un équilibre au niveau du secteur sanitaire :

« ... C'est tout cet équilibre qui doit être atteint, peut-être un peu difficile à mettre en place, mais nous estimons que ce texte de loi doit être accompagné par une régulation très forte. » (Le Directeur Général de la FMSAR)

Aucune action ou politique ne peut réussir sans l'accompagnement d'un régulateur. Il en résulte que la régulation des systèmes de santé conduit à la réalisation du meilleur résultat possible pour les ressources utilisées.

L'éboulement de la mise en place de la nouvelle loi ne peut être évité qu'à travers un régulateur désigné avec l'attribution de missions de suivi, d'accompagnement et de régulation :

« ...A ce propos, il faut clairement désigner un régulateur, bon il est tout désigné, c'est le ministère de la santé publique, et au niveau du ministère il doit y avoir une

direction qui est chargée particulièrement de la régulation disons des cliniques privées, de l'accompagnement de ce projet de loi pour qu'il n'y ait pas de dérapage. » (Le Directeur Général de la FMSAR)

Selon l'intervenant, cette décision conduira à garantir des services de soins de qualité et une accessibilité équitable aux soins à tous les citoyens. La régulation des systèmes de santé peut être expliqué comme un quadrirème : comme dans tout système public à financement obligatoire, il sera question de coûts d'opportunité de la dépense publique, mais aussi, et de manière tout aussi importante, de garantie de qualité de ce qui est produit et offert, d'équité dans la répartition, et d'encouragement à l'innovation. (Burton Weisbrod 1991)

La création d'un organisme de régulation a pour objectif de veiller sur la santé publique avant tout, en surveillant les médicaments, les hôpitaux, les cliniques privées et autres entités et aspects qui relèvent de la santé du citoyen.

Notant aussi que la régulation des systèmes de santé ne peut se confondre avec la régulation de la dépense, mais concerne l'obtention du meilleur résultat possible pour les ressources utilisées.

Synthèse :

Le **monde civique** représente, comme vu lors de la première synthèse, **le principe supérieur commun de la prééminence du collectif** (Boltanski et Thévenot, 1991). En effet, ce monde réincarne la volonté de tout un peuple qui « ne regarde qu’à l’intérêt commun ». L’**État** est censé représenter la voix de ses citoyens, et la **démocratie** est par définition la participation de toute une population d’un pays donné lors de décisions politiques et lors du vote de politique publique.

En suivant le principe de souveraineté où le pouvoir est détenu par le peuple, et où l’**État** représente le peuple, lors du vote de **politiques publiques**, celles-ci doivent être présentées avec certains « garde-fous » sous forme de régulations. Plus ces régulations seront montées de manière efficace et plus l’**intérêt général** du peuple sera préservé.

Nous pouvant retrouver, au niveau du tableau suivant, les arguments avancés au niveau de notre corpus relevant du « **monde civique** » afin de débattre sur le passage de la loi 131-13. Ce tableau représente d’une part les points de convergence entre le critère abordé et le monde dans lequel il s’inscrit et les points de divergence, à savoir les autres justifications abordées qui ne relèvent pas du même monde.

Tableau 19: La logique du monde civique dans la privatisation de la santé

Points de convergence	Points de divergence
<ul style="list-style-type: none">• Le renforcement des systèmes de contrôle pour une privatisation de la santé réussie ;• L’instauration d’un organisme de contrôle et de régulation pour une garantie de l’application des nouvelles mesures que la loi 131-13 apporte ;• La mise en place d’un régulateur étatique.	<ul style="list-style-type: none">• La mise en place d’une réglementation pourra contrôler la concurrence public/privé (Monde marchand) ;• La remise en cause de la performance de contrôle et des régulations (Monde industriel).

Lorsque nous évoquons le terme de régulation, nous évoquerons aussi le terme de régulateur. En effet, ici, comme il a été abordé par certains intervenants, la loi 131-13 doit

être accompagnée par une régulation qui sera confiée à un organisme **étatique** comme par exemple le Ministère de la santé.

Dans la logique du **monde civique** nous retrouvons le principe de **représentativité**, un principe qui est traité par Boltanski et Thévenot (1991). Ainsi, la **grandeur civique** dans le cas du passage de la loi 131-13 réside dans le fait que la population, qui sera directement affectée par le passage ou non de cette loi, est représentée par le gouvernement et les **élus** en place qui devront veiller à ce que l'**intérêt général** soit respecté par la mise en place de systèmes de **régulation** et de **contrôle**.

Nous pouvons remarquer que la mise en place de ces « gardes fous » pourrait être jugée insuffisante et **inefficace**, ce qui rejoint la logique du **monde industriel**, une logique qui se caractérise par une **grandeur industrielle**, qui rejoint les principes d'**efficacité** et de **fiabilité**. En effet, afin de permettre à la loi 131-13 de satisfaire l'**intérêt général** (Monde Civique) de la population, son application doit être contrôlée et régulée par les autorités compétentes, dans notre cas cela peut se manifester dans les actions du Ministère de la Santé. Ceci pourra permettre d'optimiser les **performances** et la **fiabilité** de cette loi.

Enfin, l'aspect **concurrentiel** (Monde Marchand) de la santé pourrait être affecté par cette loi. En effet, en ouvrant les capitaux des cliniques aux non-médecins, l'interaction public/privé en termes de concurrence peut se révéler bénéfique ou au contraire avoir un impact négatif sur les soins des citoyens marocains. Afin d'éviter à la population de subir d'éventuels effets négatifs quant à la privatisation du secteur de la santé, il faudrait instaurer des régulations qui permettront de contrôler ce changement.

4.4 Rentabilité, concurrence et système de santé

La concurrence et la rentabilité est un autre critère d'évaluation extrait de cette analyse. Créer un lieu propice à la concurrence permet de générer des gains pour les acteurs de tout secteur. Dans le secteur sanitaire, cette théorie peut être valide, mais l'amélioration du système sanitaire dans sa globalité ne peut pas être garantie par la concurrence des cliniques.

Dans les différentes interventions analysées, le critère de rentabilité intervient soit pour défendre l'idée du projet ou pour la critiquer.

4.4.1 Rentabilité et concurrence : Un risque contre le système sanitaire

Selon Le rapporteur général au conseil de la concurrence, l'amélioration de l'accès aux soins des citoyens doit dépasser l'objectif de la rentabilité des entreprises sanitaires :

« Ouvrir le secteur des cliniques aux capitaux et investissements privés [...] nous ne pouvons que nous féliciter de cette initiative, [...] ceci bien sûr sous condition de garder la santé du citoyen primordiale par rapport aux gains d'une entreprise privée » (Le Rapporteur général au Conseil de la Concurrence).

L'intervenant ci-après utilise des arguments afin de montrer que l'ouverture des capitaux aux cliniques privées va encourager davantage les entreprises privées à rechercher plus de gains, alors que le projet a pour objectif principal d'améliorer l'accès aux soins des citoyens :

« Car ce qui intéresserait ces nouveaux investisseurs, c'est uniquement la rentabilité financière et non la santé des citoyens, et que les médecins seront réduits à de simples salariés chez eux. Avec la possibilité de recruter des médecins et des infirmiers étrangers à leur guise ». (Le Président de la Chambre des Conseillers au Parlement).

L'idée de projet peut générer des répercussions négatives sur le citoyen, car toutes les entreprises privées vont chercher des profits, au détriment de la santé des individus :

« C'est un projet qui va amener le danger grand de la subordination du médecin-praticien à l'investisseur privé, qui va lui dicter des règles qui vont finalement retentir sur le citoyen, parce que le médecin va se trouver lié dans son exercice par les dictiones d'un investisseur qui ne cherche qu'à gagner en bénéfices et davantage et régulièrement ». (Le Président du Collège Syndical National des Médecins spécialistes Privés).

Dans son intervention, le président du collège syndicale national des médecins spécialistes privés, utilise ensuite le terme danger pour montrer les risques qui peuvent être liés à ce projet :

« Et enfin le grand danger, c'est que ce projet va détruire un projet très cher à ce pays que nous avons mis des années à mettre en place, qui est l'assurance maladie obligatoire, et ce n'est un secret pour personne que les fonds de cette assurance sont rédhitoires et que l'investisseur privé va en faisant ses audits annuellement découvrir que ce n'est pas avec les émoluments que propose l'assurance maladie obligatoire qu'il va gagner davantage d'argent ». (Le Président du Collège Syndical National des Médecins spécialistes Privés).

Ici l'intervenant rappelle que le ministère a déjà mis en place le projet de l'assurance maladie obligatoire (MAO) qui peut être impacté par le projet de loi 131-13. Il explique également comment la concurrence peut conduire à l'effondrement du système de santé dans le pays.

« La seule façon de le faire pour que l'organisme reste en équilibre c'est de puiser davantage dans la poche du citoyen, pour payer un pourcentage encore plus élevé de son salaire pour pouvoir financer les exigences d'un étranger, qui de toute façon finira par expatrier la manne qu'il gagnera sur le dos de la santé » (Le Président du Collège Syndical National des Médecins spécialistes Privés).

Enfin, l'intervenant déclare que cela va se répercuter sur le citoyen, qui devra faire face à une augmentation des frais de soins. Il conclut en exposant que les bénéfices des investisseurs étrangers risquent d'être transférés vers leur pays d'origine à défaut d'être réinvestis dans l'économie locale.

Ainsi, la création d'un climat de concurrence entre les entreprises privées constitue un projet à double tranchant. La concurrence peut conduire à un élargissement de l'offre sanitaire qui permettra aux citoyens de choisir quand et comment se soigner, en fonction des avantages offerts par les entreprises sanitaires. En parallèle, elle peut amener les cliniques à rechercher des objectifs de gains et de profit au lieu de chercher le renforcement du système sanitaire.

4.4.2 Rentabilité, concurrence : amélioration des soins

Un certain nombre d'intervenants ont rappelé l'importance du thème « coût et rentabilité » dans la conception du projet de loi 131-13 :

« Alors si cette nouvelle loi qui va permettre l'ouverture du capital des cliniques aux investisseurs, [...] l'installation de ces cliniques dans les villages les plus reculés pour faciliter l'accès des citoyens à la santé, aux mêmes prix, aux mêmes coûts que les structures nationales, sans nuire à l'intérêt des prestataires de soin, nous dirons oui. Mais apparemment ces structures vont s'installer dans les zones où le pouvoir d'achat est élevé, ils vont s'installer en l'occurrence à Marrakech, près de la palmeraie, pour pouvoir faire du tourisme médical et permettre à ces gens venus d'ailleurs des convalescences dans des resorts 5 étoiles ». (Le Président du Syndicat National de Médecine Générale).

Ce projet doit cibler l'amélioration de l'accessibilité des citoyens aux soins en mettant en place de nouvelles cliniques dans tout le pays, et en garantissant l'accès aux mêmes prix et aux mêmes coûts que les autres cliniques qui opèrent dans le secteur.

Dans son intervention, le Président de la Chambre des Conseillers au Parlement, souligne que ce projet va stimuler la concurrence des entreprises privées, sans garantir l'amélioration du secteur sanitaire, à défaut de réguler les coûts de santé.

Le secrétaire général de la FNAC, quant à lui, rappelle la nécessité de revoir le système de santé marocain par la mise en place du projet de loi 131.13. Dans son intervention, il mentionne que le groupe qu'il représente, « LA FNAC », est favorable à ce projet, vu que

ce dernier va relancer la concurrence des entreprises et des cliniques. Ce qui donnera aux patients un large échantillon de choix et de possibilités de soins :

« Maintenant, nous sommes pour, parce que c'est une pratique qui va pouvoir ouvrir la concurrence, [...] ça peut stimuler la concurrence, ça donnera aussi le droit au patient de choisir [...] peut être bien stimulé [...] la concurrence, et quand on parle de stimuler la concurrence ça peut mener à une baisse de prix ». (Le Secrétaire Général de la Fédération National des Associations de consommateur).

Ainsi, dans son discours, l'intervenant explique que la concurrence conduit aux gains des entreprises, qui peut être conjugué avec l'amélioration de l'accessibilité aux soins. Les ménages et les entreprises sanitaires bénéficient du projet.

En somme, les établissements de santé doivent offrir aux citoyens des soins de qualité, et de façon équitable, tout en veillant à mobiliser leurs ressources de façon optimale afin de réaliser des gains dans un espace caractérisé par la concurrence.

Synthèse :

Lorsque nous parlons de concurrence et de rentabilité, le Monde Marchand, tel que décrit par **Boltanski et Thévenot (1991)**, ressort. En effet, ce monde se caractérise par des grandeurs, tel que l'intérêt, des formules d'investissement qui se concentre autour de l'opportunisme et de l'ouverture.

Ce monde reste animé par le désir de possession, et ce désir place les différents habitants de ce monde dans un perpétuel état de compétition, où être grand et synonyme de gagnant. Dans ce monde nous pouvons remarquer que les règles du marché sont prédominantes, et la réussite dans se monte se calcul par le gain et le positionnement des différents acteurs au sein du marché.

Le tableau suivant représente d'une part les points de convergence entre le critère abordé et le monde dans lequel il s'inscrit et les points de divergence, à savoir les autres justifications abordées qui ne relèvent pas du même monde.

Tableau 20: La logique du monde marchand dans la privatisation de la santé

Points de convergence	Points de divergence
<ul style="list-style-type: none">• La rentabilité financière au cœur des intérêts des investisseurs ;• La subordination du Médecin aux règles de l'investisseur ;• L'augmentation de la contribution des citoyens à l'assurance maladie afin de pouvoir financer les soins fournis par de futures potentielles cliniques privées ;• L'installation des cliniques privées dans des régions à fort revenu ;• La stimulation de la concurrence qui conduira à une éventuelle baisse des prix.	<ul style="list-style-type: none">• La santé du citoyen est prioritaire sur le gain matériel des investisseurs (Monde civique).

Nous pouvons entamer cette synthèse en évoquant le côté **marchand** de la santé. En effet, lors de notre analyse des différents textes du corpus, il a été relevé que la santé des citoyens pouvait être associée au **gain matériel**, les investisseurs privés ou étrangers n'engageront pas leur **argent** sans en attendre un retour sur investissement. Cette optique peut parfois être favorisée au détriment de la santé des citoyens.

De plus, lorsqu'un investisseur non-médecin possède un semblant de « contrôle » sur le médecin praticien, ce dernier se retrouve à exercer en suivant les **intérêts égoïstes** de l'investisseur privé et non un **intérêt commun** (monde civique) à l'ensemble d'une population.

Cette poursuite du **gain** va pousser les supposées nouvelles cliniques privées à vouloir dominer le marché, ce qui se traduirait par la naissance d'une très forte **concurrence** entre le secteur public et le secteur privé de la santé. Cette **concurrence** peut tout aussi bien engendrer une baisse des prix des soins, mais elle pourrait tout aussi bien conduire à une division de l'offre de soins. Quand nous évoquons le terme « division », nous parlons bien sûr de différentes offres qui seraient destinées à différentes classes sociales des citoyens. Par exemple une classe « **aisée** » qui se soigne au niveau des cliniques privées et une classe « **pauvre** » qui se dirigerait plutôt vers les hôpitaux publics.

En conclusion, la loi 131-13 devrait permettre aux investisseurs privés et étrangers de se lancer à la poursuite de **bénéfices financiers**, mais sans pour autant porter à atteintes au « portefeuille » des citoyens et en maintenant une offre des soins équitable et de qualité, comme nous avons pu le voir lors des synthèses précédentes.

À la lumière de l'analyse présentée dans ce chapitre, nous avons pu approfondir les résultats des interventions dans les différents discours des parties prenantes, à travers une approche thématique. Ce travail d'analyse de discours a fait émerger quatre critères d'évaluation majeurs qui représentaient la base de notre analyse, à savoir, l'équité et l'accessibilité aux soins, la qualité et l'efficacité du système de santé, la régulation et le contrôle du système de santé et finalement la concurrence et la rentabilité dans le domaine de la santé.

Le prochain chapitre nous permettra d'approfondir les différents aspects et critères d'évaluations que nous avons abordés en les confrontant avec la littérature afin de pouvoir discuter des apports de ce mémoire.

Chapitre V : Discussion et Conclusion

L'objet de cette étude a été d'analyser les différentes interventions des parties prenantes lors du débat public autour du passage de la loi 131-13 sur l'exercice de la médecine et plus particulièrement sur l'ouverture du capital des cliniques aux investisseurs non-médecins comme stipulé au niveau de l'article 60 de ladite loi. Lors du chapitre précédent, nous avons mis en avant les principaux thèmes abordés dans les discours constituant notre corpus, qui se traduisent en critères d'évaluation du système de santé marocain.

Afin de finaliser notre analyse, il nous a paru intéressant et utile d'interpréter les résultats obtenus à travers la littérature que nous avons détaillée au niveau du premier chapitre. Le chapitre suivant nous permettra d'explorer l'essence théorique de nos résultats et les limites qui en découlent.

5.1 Discussion des résultats et Littérature

Les résultats de notre recherche et de nos analyses démontrent que les différents intervenants avancent différents arguments qui reviennent sous la forme de critères d'évaluation d'un système de soin et qui sont présentés de façon à justifier ou non le passage de la nouvelle loi 131-13.

5.1.1 Les critères d'évaluation d'un système de santé

Nous avons pu dégager plusieurs critères d'évaluation utilisés afin de défendre les différents points de vue des intervenants du corpus que nous avons sélectionné. En effet, les discours étudiés traitent des critères suivant :

- Équité et accessibilité ;
- Qualité et efficacité ;
- Régulation et contrôle ;

Lorsque nous abordons les termes d'**équité et d'accessibilité** aux soins, nous pouvons remarquer que les arguments avancés rejoignent le principe supérieur commun du monde « civique » de Boltanski et Thévenot (1991). En effet, l'accès aux soins de manière équitable à tous les citoyens est un des fondements d'un système de santé, pour cause l'OMS décrit l'équité des soins comme étant « l'absence de différences systémiques et

potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement » (OMS, 2005).

Nous pouvons aussi mettre l'accent sur l'importance d'une accessibilité aux soins comme droit constitutionnel et comme droit social garanti, la santé des citoyens ne devrait pas être un fardeau auquel il faut accorder une attention supplémentaire, elle devrait plutôt être « garantie » et ceci rejoint les propos de l'OMS qui décrivent la santé d'un peuple comme étant la responsabilité du gouvernement et que les politiques publiques devraient permettre à tous les habitants d'un pays donné d'accéder aux soins de manière équitable. En effet comme le décrit Rawls (1971), la santé représente un besoin primaire qui est indispensable au bien-être des individus qui leur permettra de vivre de manière épanouie (Cuyler et Wagstaff, 1993), et ainsi développer d'autres aspects de leur vie.

Un autre aspect que nous avons pu relever lors de notre analyse du corpus, est la disparité et l'accès inéquitable aux soins qui se traduit par une division de la population par niveau de richesse, en effet, comme le démontre l'étude de Van Doorslaer et Masseria (2004), le niveau de richesse des individus a une corrélation directe avec le type de médecins fréquenté, par cela nous voulons dire que les plus riches auront un accès à des médecins spécialistes plus qualifiés et plus difficilement accessibles d'un point de vue financier.

De plus, d'un point de vue financier, l'équité est un critère d'évaluation du système de santé qui peut aussi se mesurer à travers l'accessibilité géographique aux soins, une accessibilité qui pourrait être facilitée par des investisseurs privés. Malgré que lorsque nous parlons de cette typologie de thématique, et comme Boltanski et Thévenot (1991) l'ont ressorti, l'intérêt général et le principe du collectif représentent les grandeurs du « monde civique », mais dans le discours du représentant des assureurs, le Directeur de la FMSAR, ayant des intérêts financiers dans le passage de ladite loi, avance des propos relevant de la cité « industriel ». En effet, à travers son explication, le fait de mettre en concurrence les hôpitaux publics en introduisant le privé dans le secteur de la santé, leur permettra de rehausser le niveau et aussi l'ouverture de centre de soins dans les villages les plus reculés. Si nous poursuivons cette logique, une logique relevant de la cité « industriel » et atteignant des objectifs ancrés dans la « cité civique », ceci rejoindrait

parfaitement les principes d'équité et d'accessibilité, mais la question qui revient est la suivante : Est-ce que les investisseurs privés auront un avantage à ouvrir leurs cliniques privées dans des positions géographiques reculées où la population ne dispose pas des fonds nécessaires pour accéder à des soins d'un certain niveau? Ceci a été la préoccupation du président du Syndicat National de Médecine Générale, qui a avancé :

« Mais apparemment ces structures vont s'installer dans les zones où le pouvoir d'achat est élevé, ils vont s'installer en l'occurrence à Marrakech près de la palmeraie, pour pouvoir faire du tourisme médical et permettre à ces gens venus d'ailleurs des convalescences dans des resorts 5 étoiles. » (Le Président du SNMG)

Nous pouvons donc remarquer que malgré les avances du président de la FMSAR en termes des bienfaits de cette loi, les acteurs du privé restent motivés par la recherche du gain, car en soi ce sont des vendeurs, ils sont dans une industrie, l'industrie de la santé et leurs investissements attendent un retour qui se traduit par une rentabilité financière. Bien entendu, afin de défendre publiquement le passage d'une loi, il faut faire en sorte qu'un maximum de citoyens soient convaincus de l'aspect « intérêt général » de cette loi et des bienfaits que cela leur apportera d'autant plus que la majeure partie ne sont pas en mesure d'accéder financièrement à des soins fournis par des établissements privés. Ainsi il est important que tous les citoyens, indépendamment de leur situation socio-économique, puissent accéder équitablement à tous les soins nécessaires lorsqu'ils sont malades (Dahlgren et Whitehead, 2006). Enfin, nous pouvons conclure sur le fait que le système doit être organisé de manière à atteindre une « couverture universelle », qui permettra à toutes les tranches de la population d'accéder à des soins de manière équitable et qui pourra garantir une certaine accessibilité des infrastructures sanitaires. Et quand nous parlons d'accessibilité, nous entendons toutes les composantes de celle-ci, qu'elle soit physique, qu'elle concerne l'information ou encore les prix abordables des soins.

Enfin, nous pouvons conclure que le critère d'évaluation qu'est l'équité est d'une importance particulière, car pendant des années il n'était pas considéré dans les approches des systèmes de santé avant qu'il ne soit introduit de manière explicite par Dahlgren et

Whitehead (1991), qui ont opté pour une approche par les inégalités sanitaires. Cette approche a ensuite été reprise par le Modèle « Pathway » de la CDSS en 2008.

Ensuite, lorsque nous parlons d'améliorer la qualité de vie d'une population donnée, ceci se fait à travers un système de santé **qualitatif et efficace**. La qualité d'un système de santé, comme nous avons pu le voir au niveau de la revue de littérature peut être subdivisée en 3 catégories, qui sont :

- La structure ;
- Les procédures ;
- Les résultats. (Donabedian, 1996).

Lors de notre analyse, nous avons pu relever certains discours qui traitent de la première catégorie, à savoir la structure. Cette dernière englobe le volet matériel, qui se caractérise par une obsolescence des infrastructures, ainsi que des hôpitaux publics en très mauvais état et un manque de moyens humains et financiers (Le Directeur Général du Syndicat Indépendant des Médecins du Secteur Public). À travers le discours précité, il est important de relever que le représentant de la médecine public constate que cette loi va subdiviser la population en 3 catégories, des plus pauvres au plus riche. Certes, cette loi permettra d'améliorer les infrastructures, mais elle fera dans les cliniques privées, qui ne sont pas accessibles à la majorité de la population d'une classe sociale défavorisée. Ce point rejoint le critère d'évaluation traité plus haut, l'équité. En effet, la qualité pourra être améliorée, mais de manière non équitable, seuls les plus aisés auront un accès à des cliniques mieux équipées. Ici, nous pouvons remarquer la différence de discours entre les acteurs du privé et ceux du public. Lorsque les uns avancent des arguments, tels que les professionnels de l'assurance, sur des thèmes relatifs à la concurrence, d'autres, comme les médecins du secteur libéral, estiment que cette loi va conduire à une « marchandisation de la santé » (Le Secrétaire Général du SNML) et que cette « marchandisation va conduire à une perte de la qualité.

Comme nous l'avons traité lors de notre analyse des résultats, la « cité industrielle » (Boltanski et Thévenot, 1991) qui se traduit par l'efficacité comme valeur suprême et abrite les experts et les professionnels comme les grands de ce monde, elle préconise un

système de qualité délivré par des professionnels, or les professionnels et les experts ont un prix qui n'est pas toujours abordable par la majorité du peuple. Ceci peut aboutir à un système sanitaire de qualité, mais comme nous l'avons mentionné ci-dessus, seulement pour la classe aisée.

Pour rejoindre le critère de l'équité, ici nous pouvons comprendre que la qualité du système peut être haussée à travers la concurrence que les investisseurs privés apporteront, en effet ces derniers investiront dans les dernières avancées technologiques en termes d'infrastructures et de matériels, ce qui pourrait pousser le secteur à définir de nouveaux standards de qualité pour que la tranche défavorisée de la population puisse accéder aux mêmes niveaux de soins.

La finalité recherchée est le traitement d'un patient malade et son rétablissement, ainsi nous pouvons réfléchir en terme de résultat, en d'autres termes l'atteinte du concept d' « efficacité clinique » (Eupatie, 2015).

Afin de permettre une amélioration du système de santé notamment en termes d'équité et de qualité, comme nous venons d'en discuter dans les paragraphes précédents, il est important d'incorporer les notions de **régulation et de contrôle** dans l'équation. En effet, cette notion peut être interprétée comme un critère d'évaluation, dans ce sens nous pouvons dire que lorsqu'un système est régulé de sorte à atteindre les objectifs d'un système sanitaire équitable et efficace, il a plus de chance d'y arriver.

Ainsi, nous pouvons reprendre la définition de Lévêque (1998), qui caractérise la régulation comme l'instauration de politiques réglementaires en vue de guider l'application des choses. Dans le cas que nous traitons, et en prenant en compte le fait que l'État représente le peuple et donc par extension le défenseur de ses droits, en œuvrant pour l'intérêt général pour reprendre les grandeurs de la « cité civique » de Boltanski et Thévenot (1991), les règles qu'il mettra en place auront pour seul but de garantir l'équité et la qualité des soins. D'où la suggestion des intervenants de notre corpus d'instaurer un organisme de régulation et de contrôle étatique, car l'État est censé protéger les intérêts de son peuple.

Nous pouvons aussi remarquer l'interaction entre le « monde marchand » et le « monde civique », qui se traduit par une concurrence qui ne pourrait être bénéfique à l'ensemble de la population que si elle est réglementée et contrôlée. En effet, réguler entraîne le partage entre le public et le privé, dans le but de retrouver des prestations dans le privé qui ne sont pas offertes dans le public et que les demandeurs de soins ne paient qu'une fraction de cette prestation, l'autre fraction revenant à l'État (Grignon, 2006). En instaurant un système de régulation, nous pouvons aussi mesurer les performances de la santé du pays et réagir dans le cas où les normes ne seraient pas respectées (J.M Juran, 1988), ce qui rejoint les propos du Président de la Chambre Syndicale des Biologistes du Maroc :

« En fin, c'est instauré un organisme étatique de coordination de contrôle et d'évaluation de l'activité de l'établissement de soins afin de s'assurer en permanence de la qualité des soins et de la sécurité sanitaire de la population et d'éviter ainsi tout dérapage. » (Le Président de la CSBM)

Ceci rejoint l'aspect qualitatif de la santé, mais il persiste l'aspect économique de celle-ci. En effet, cette dernière ne se doit non seulement d'être de qualité, mais aussi accessible à tous, à un prix abordable pour respecter les principes d'équité.

Enfin, la question de la régulation reste importante, par exemple dans le cas des assureurs, en effet, le président de la CSBM qu'il serait préférable, afin d'éviter tout conflit d'intérêt d'empêcher tout organisme en relation avec le domaine de l'assurance ou ayant un intérêt financier direct dans le passage de cette loi, d'investir dans les cliniques privées. Afin d'essayer de résoudre les problèmes de conflits d'intérêts, il ne suffit pas de :

« Pourchasser quelques praticiens malhonnêtes, c'est modifier les équilibres structurels des relations entre les institutions publiques et privées. [...] La lutte contre les conflits d'intérêts permet d'infléchir la courbe des dépenses de santé, permet d'allouer de nouveau les ressources vers des objectifs de santé publique, permet d'améliorer l'égalité d'accès aux soins et conduit à davantage de qualité et de sécurité. Autant d'objectifs qui ne peuvent pas être atteints quand la médecine est sous influence. » (Rodwin, 2014)

Ainsi nous pouvons conclure que dans les différents discours issus du débat public sur la santé au Maroc, les intervenants ont mis en avant les critères d'évaluation des systèmes de santé développés ci-dessus tout en avançant des propos permettant de rallier à leurs visions un ensemble de personnes concernées par les problématiques de soins du pays. Les thématiques que nous avons relevé qui concordent avec mes critères d'évaluation d'un système de santé, sont l'équité, la qualité et la régulation. Nous avons aussi relevé un quatrième thème qui pourrait être considéré comme critère d'évaluation ou de performance d'un système donné, ce thème aborde les problématiques de la concurrence public/privé et de la rentabilité issue des systèmes de soins. Nous allons par la suite ouvrir une discussion sur ce sujet.

5.1.2 Différents aspects de la rentabilité et de la concurrence comme critère d'évaluation

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que l'aspect « rentable » d'un système de soin, peut être considéré comme un moyen d'atteindre un certain niveau d'équité dans l'offre de soins du pays, ce qui constitue un alignement entre le « monde marchand » et le « monde civique » de Boltanski et Thévenot (1991), comme nous pouvons le constater dans les propos du Président Du Syndicat National de Médecine Générale :

« Alors si cette nouvelle loi qui va permettre l'ouverture du capital des cliniques aux investisseurs, [...] l'installation de ces cliniques dans les villages les plus reculés pour faciliter l'accès des citoyens à la santé, aux mêmes prix, aux mêmes coûts que les structures nationales, sans nuire à l'intérêt des prestataires de soin, nous dirons oui. »

En effet ce dernier envisage une ouverture des capitaux qui va permettre de favoriser l'accessibilité géographique des soins et ainsi rendre le système plus équitable envers tous les citoyens et ce indépendamment de leur lieu de résidence, qu'ils soient en zone rurale ou en zone urbaine. En effet, la privatisation des systèmes de santé, malgré le fait qu'elle soit associée aux grandeurs du « monde marchand » tel que la vente, la rentabilité ou encore la commercialisation de la santé, celle-ci est vu comme offrant des prestations plus performantes et plus accessible géographiquement (Bennett, et al, 2005).

Mais cette configuration doit être atteinte sans pour autant « nuire à l'intérêt des prestataires de soin », ici, il parle de l'intérêt économique. Il nous parle aussi d'une configuration où l'opportunisme, une caractéristique du « monde marchand » pousserait les investisseurs à poursuivre la rentabilité de leurs investissements dans des zones où le pouvoir d'achat est plus élevé, dans ce cas le critère de la rentabilité passe en second plan devant l'intérêt général des professionnels de la santé, mais aussi devant l'intérêt commun (monde civique), qui pousse vers une équité des soins, donc l'ouverture des nouvelles cliniques dans les coins les plus reculés du Maroc. Ceci dit, Nous pouvons citer un scénario où lorsque le système de santé est privatisé, cela engendre une désertification médicale des régions reculées, pour favoriser un développement dans les grandes agglomérations, ce qui va à l'encontre du principe d'accessibilité (C. André ; P. Batifoulier ; M. Jansen-Ferreira, 2016).

Dans le cas de figure que nous venons d'explorer, la rentabilité financière du système de santé ne devrait être considérée que si elle ne porte pas atteinte à l'équité de l'offre, mais elle peut aussi bien être considérée comme un moyen d'atteindre cette équité. Afin qu'elle puisse représenter un levier pour la couverture santé, il faut identifier les freins que pourrait constituer cette privatisation afin d'en tirer les leçons nécessaires à l'atteinte des états de grandeurs des mondes « civiques » et « industriels », à savoir une offre de qualité couvrant toute la population de manière équitable (Bennett, et al, 2005).

D'un autre point de vue, en poursuivant la rentabilité ceci peut mener à une forme d'individualisme où chaque investisseur pense à son gain personnel, ici nous pouvons remarquer une incompatibilité du « monde marchand », qui favorise la « vente » et le « gain matériel », avec le « monde civique », qui favorise l'intérêt général de tout le peuple. En effet, la poursuite de la rentabilité financière conduit le prix des soins à la hausse dans le privé, et donc stigmatise l'offre de soin qui ne pourra pas être accessible à tous d'un point de vue financier. Cet aspect du « rentable » dans la santé est repris par le Secrétaire Général de la Fédération Nationale des Associations de Consommateur :

« les cliniques privées actuellement comment ils se comportent, généralement comme des entreprises commerciales, donc aucun droit pour le patient-consommateur d'y accéder s'il n'est pas outillé financièrement pour pouvoir

accéder et voire même ne pas même rentrer, accéder aux soins si il ne dépose pas des garanties financières conséquentes pour pouvoir se prétendre à ces soins-là »

D'un autre côté, ce dernier décrit la concurrence qu'apporteront les investisseurs non-médecins, qui pourra conduire à une baisse des prix et permettre au patient/consommateur d'avoir le choix de choisir entre différents prestataires de soins et non se limiter à ceux qu'il peut se permettre financièrement, ce qui ici pourrait caractériser le critère de la « rentabilité et de la concurrence » comme levier pour l'atteinte d'objectifs relevant du « monde civique », à savoir une offre de soin accessible financièrement à tous.

Ce critère peut aussi être interprété comme levier pour l'atteinte d'objectif relevant du « monde industriel », à savoir la performance et la qualité des soins comme il est avancé dans les propos du Directeur Général de la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurances qui fait le parallèle avec le cas des universités privées qui en concurrençant le secteur public lui permette d'évoluer, ce qui devrait avoir le même effet sur la santé :

[...] « nous estimons que l'ouverture du capital des cliniques privées va avoir un effet d'émulation sur la couverture santé au Maroc, ce qui va permettre aux Marocains, aux citoyens Marocains d'avoir accès peut-être à des cliniques mieux outillées qui disposent d'un matériel plus performant. »

Ceci peut être interprété comme un possible arrangement entre les mondes, en effet, la rentabilité du système de santé qui représente la grandeur du « monde marchand » et en phase avec l'amélioration de la couverture santé, une couverture qui permet un accès financier plus large pour plus de citoyens, ainsi permettant au système de garantir le bien-être de ces derniers de manière équitable dans des cliniques de meilleure qualité et plus efficace, ce qui représente deux grandeurs des mondes « civique » et « industriel ».

Enfin, nous pouvons remarquer que la privatisation d'un système de santé et aussi un facteur qui se place au-delà de la rentabilité des prestataires de soins ou d'assurances, il permet en effet de booster le secteur public, comme il a été recommandé par le CESE :

« Le CESE a fait un ensemble de recommandations pour garantir les droits des patients et d'inscrire l'investissement privé dans une politique nationale en redynamisant le secteur public, car la commission a jugé que le système de santé devait être doté d'un secteur public fort sans être orienté ou axé sur une médecine privée »

De cette manière, il sera possible d' « utiliser à bon escient la flexibilité et la rigueur reconnues au secteur privé afin de contrebalancer la lenteur des règles de procédures du public, ce qui permettrait ainsi une meilleure adaptation des moyens de l'État à ses fins » (Hachimi. S. Y, 2005).

Ainsi nous pouvons conclure que la rentabilité du secteur privé peut être considérée comme un critère d'évaluation d'un système de santé. Ceci peut constituer la possibilité d'obtenir un arrangement entre les mondes. En effet, la rentabilité du système de santé qui représenta la grandeur du « monde marchand » et en phase avec la réussite du système public, un système qui se veut garant du bien-être des citoyens, donc qui prône l'équité, la qualité et l'efficacité des soins, qui sont deux grandeurs des mondes « civique » et « industriel ». Par ailleurs, même si la rentabilité d'un système et la concurrence entre le public et le privé peuvent être considérées comme critères d'évaluation, ils peuvent tout aussi bien jouer à l'encontre des autres critères et causer des iniquités et une baisse de la qualité des soins par exemple, si cette rentabilité et cette concurrence ne sont pas associées à une forte régulation.

5.1.3 Interaction des critères ou collaboration des « mondes »

Dans la partie précédente, nous avons pu discuter des résultats de notre recherche et rapprocher l'utilisation des critères d'évaluation identifiés comme justification dans les discours que nous avons sélectionnés avec la présentation de ces mêmes critères dans la littérature. Dans la partie qui suit, nous allons plutôt nous pencher sur la manière dont ces critères sont articulés à travers les différents mondes de Boltanski et Thévenot (1991).

En effet, nous pouvons remarquer que lorsque les critères **d'équité et d'accessibilité** sont abordés, l'accès aux soins est décrit comme un besoin primaire pour tout être humain et ce besoin devrait être un droit pour tous. Cet aspect relève d'une justification purement

civique, c'est une preuve d'investissement qui se caractérise par un abandon de l'intérêt propre afin d'atteindre l'intérêt commun. De plus, nous pouvons remarquer que ces critères sont utilisés de manière à réfuter le passage de cette loi, et ce, pour cause de division des citoyens par niveau de richesse et donc une accentuation des inégalités. Dans ce cas de figure, la justification apportée relève du **monde civique** et elle se caractérise par un rejet de l'état de petitesse qui se traduit, ici, par une division de la population en différentes classes de revenus conduisant à une inéquité des soins. Enfin, nous pouvons relever un dernier cas de figure qui représente l'atteinte des objectifs d'équité et d'accessibilités géographiques des soins en ouvrant les capitaux afin de permettre aux investisseurs de construire des cliniques dans les endroits les plus reculés. Cette situation se caractérise par un alignement des **mondes civiques et marchands**, car elle permet de préserver l'ordre social dans le **monde marchand**, à savoir le marché, avec la preuve d'investissement du **monde civique**, à savoir, l'abandon du gain personnel pour l'intérêt général, mais ceci reste en théorie, faut-il encore que les investisseurs gardent comme objectifs premiers le bien être de l'ensemble des citoyens.

Dans le cas des critères de **qualité et d'efficacité**, nous pouvons tout d'abord nous tourner vers la question de la qualité des services et des infrastructures qui ne seront accessibles qu'aux plus riches, car les investisseurs recherchent la rentabilité et qu'un matériel plus performant vient à un prix, cette justification relève du **monde industriel** et elle est atteinte par le biais de la richesse des investisseurs qui relève du **monde marchand**, mais elle aboutit à un état de petitesse du **monde civique**, à savoir la division de la population par classe sociale. Ensuite, nous pouvons remarquer que l'amélioration des soins peut être une résultante de la concurrence public/privé et une perte de la qualité des soins causée par une « marchandisation » de la santé. Cette configuration relève d'une justification « **industrielle** » résultante d'un sujet emblématique dans le **monde marchand**, à savoir le concurrent qui est représenté à travers l'investisseur privé : nous retrouvons ici à la fois un scénario où un état de grand est achevé, à savoir la qualité et l'efficacité des soins, et un scénario où nous basculons plus vers un état de petitesse, à savoir l'inefficacité engendrée par cette « marchandisation » de la santé. Enfin, nous retrouvons un cas de figure où la qualité des soins du public est améliorée afin de se mettre à niveau avec la concurrence du privé permettant ainsi aux citoyens les plus démunis d'accéder à des soins

de qualité et efficace. Cette configuration, quant à elle, représente un alignement entre les **mondes marchand, industriel et civique** et elle s'articule comme suit : la « concurrence » permet d'améliorer la « qualité et l'efficacité » de la santé publique, auquel aura accès « équitablement » l'ensemble de la population.

Pour les critères de **régulation et de contrôle**, ils peuvent représenter un levier afin d'atteindre les critères de qualité, d'efficacité, d'équité et d'accessibilité des soins, et ce à travers l'introduction du secteur privé dans la santé, mais en régulant et en contrôlant le système de santé en place pour garantir à tous les citoyens des services de soins de qualité. Ici, la justification relève d'un alignement des **mondes civique, industriel et marchand**. Nous pouvons aussi retrouver une opposition entre les **mondes marchand et civique**, à travers l'instauration d'une régulation du système afin d'éviter tout conflit d'intérêts, à savoir, le contrôle des investissements des assureurs, car d'un point de vue éthique, il est préférable pour eux d'éviter d'être en même temps fournisseur de soins et d'assurances maladies. De ce fait, en tant que critères d'évaluation, la régulation et le contrôle ne peuvent être que positifs pour la santé des citoyens.

Enfin, **la rentabilité et la concurrence** du public et du privé découlent directement du passage de la loi 131-13. En effet, la privatisation des soins a un impact sur différents niveaux, et permet l'alignement de plusieurs mondes, mais elle peut aussi créer des conflits entre eux.

Ainsi, cette privatisation des soins peut améliorer la qualité et l'équité des soins, elle peut aussi créer un conflit, à savoir la rentabilité que cherche un investisseur contre intérêt général de la population, qui est une bonne santé pour tous les citoyens.

La concurrence que va créer cette privatisation peut mener à une baisse des prix et rendre les soins de qualité accessible à tous de manière équitable. Mais d'un autre point de vue, le principe de la concurrence est de mieux réussir que ses concurrents. Dans le cas présent, le concurrent est le système de santé publique, donc l'offre de soins à laquelle la majeure partie de la population a accès, ce qui va créer des inégalités en termes de qualité et d'équité des soins. Ainsi, nous pouvons remarquer l'aspect extrêmement instable de la

rentabilité et de la concurrence comme critère d'évaluation, du fait que ces derniers peuvent tout autant participer à l'amélioration de la santé qu'à sa détérioration.

5.1.4 Limites et avenues de recherche

Malgré les diverses conclusions que nous avons tiré tout au long de notre recherche et analyse, celle-ci enregistre tout de même certaines limites. En effet, nous pouvons rappeler que bien que les discours que nous avons traités soient diversifiés en termes d'intervenants, la quantité des intervenants sélectionnés reste faible pour cause d'un accès limité à l'information recherchée, ce qui ne permet pas à notre recherche d'atteindre une certaine exhaustivité en termes de justifications et de critères utilisés dans le discours qui entoure le passage de la loi 131-13 sur la privatisation des soins. Cela dit, il serait intéressant de conduire un autre type de recherche afin de combler les lacunes de celle-ci en termes d'exhaustivité de l'information.

De plus, cette recherche a été effectuée sur la base de discours ayant pris place dans un moment fixé dans le temps, elle ne prend donc pas en compte l'évolution de la situation depuis le passage de cette loi. Il serait donc pertinent de réaliser une étude sur l'évolution du discours relatif à l'ouverture des capitaux des cliniques au secteur privé.

Finalement, l'analyse qualitative ne traite de manière générale que le contenu des discours apportés sur le texte de loi. Dans ce sens, une analyse quantitative est primordiale afin de quantifier l'impact d'un tel projet sur plusieurs domaines, et plus précisément les domaines économiques et sociaux en prenant en compte le fait que cette loi vise à modifier la structure des investissements dans ce secteur.

5.2 Conclusion

L'objectif principal de ce mémoire a été d'analyser les différentes utilisations des critères d'évaluation d'un système de santé lors du débat public sur la privatisation des soins. Cette analyse a été effectuée à travers la théorie de la justification et les différents mondes de Boltanski et Thévenot (1991). Les discours que nous avons recueillis sur la plateforme YouTube nous ont permis d'analyser l'utilisation des critères identifiés en termes de justifications lors du débat public sur la privatisation de la santé au Maroc.

Ainsi, les différents intervenants de notre corpus rappellent que la santé est un droit naturel, qui se doit d'être équitable, de qualité et régulé, et ce, quel que soit le système en place. En effet, que nous parlions du secteur privé, du secteur public, ou des deux, une régulation doit être mise en place par l'État qui est censé être le garant de la santé de l'ensemble de ses citoyens.

Enfin, cette étude aura permis d'explorer les différentes manières dont les critères d'évaluations d'un système de santé peuvent être utilisés et les combinaisons ainsi que les relations qui existent entre chaque critère. Lors de cette analyse, certains critères sont incontestables, tel que l'équité, l'accessibilité, la qualité et l'efficacité d'un système de santé. Par contre, nous pouvons remarquer, que lorsqu'il est question de la régulation et du contrôle, ces derniers ne peuvent être que positifs en tant que critère d'évaluation. En effet, un système régulé et contrôlé est amené à participer à l'amélioration de la santé des citoyens. Dans un autre registre, la rentabilité d'un système de soin ne devrait pas être utilisée comme critère d'évaluation en soit, car cette dernière peut tout aussi bien engendrer des conflits d'intérêts au sein du système que devenir un levier pour le bien commun et l'intérêt général. Ceci dit, si le critère de rentabilité est utilisé, il faut que ce dernier le soit avec une évaluation forte du côté de la régulation afin d'éviter tous conflits d'intérêts.

Cela dit, il peut être difficile de mesurer ces critères d'évaluation. De plus, ces critères sont valables lors d'une période normale, mais qu'en est-il lorsque nous sommes face à une crise, qui prendrait la forme d'une pandémie ? Qu'advient-il alors de l'équité des soins ? De leur efficacité ?

Bibliographie

André, Christine, Philippe Batifoulier et Mariana Jansen-Ferreira (2016). « Cartographie des privatisations », dans *Les processus de privatisation du soin en Europe : justifications théoriques et classement empirique*, p. 3-8.

André, Marc Alexandre (2018). *Vers une ré-institutionnalisation du « Made in Canada » : une analyse des motivations sous-jacentes à la production locale pour les firmes de mode canadiennes*, p. 41-42.

Angeli, Frederica et Hans Maarse (2012). « Mergers and acquisitions in Western European health care: Exploring the role of financial services organizations », dans *Health Policy*, Elsevier, vol. 105, p. 265-272.

Auerbach, Carl et Louise Silverstein (2003). *Qualitative studies in psychology: Qualitative data: An introduction to coding and analysis*. New York University Press.

Bachrach, L. L. (1981). *Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis*. Am J Psychiatry, vol. 138, no 11, p. 1449- 1456.

Bardin, Laurence (1989). *L'analyse de contenu*, 5^e éd, Paris, Presses Universitaires de France.

Barro, Robert J. (1990). « Government Spending in a Simple Model of Endogenous Growth », *Journal of Political Economy*, vol. 98, p. 103-125.

Becker, Gary Stanley (1964). « Human Capital, A Theoretical and Empirical Analysis », *National Bureau of Economic Research*, New York, Columbia university, no 80, p. 11-14.

Bennett, Sarah, Kara Hanson, Patrick Kadama et Dominic Montagu (2005). « Les défis prioritaires », dans *Travailler avec le secteur privé pour réaliser les objectifs de santé publique*, Organisation mondiale de la Santé, p. 1-4.

Berelson, Bernard (1978). *Les Enquêtes Sociologiques : Théories et Pratiques*, Paris, A. Colin, p. 167.

Bhargava, Aloc et Frédéric Docquier (2008). « HIV Pandemic, Medical Brain Drain, and Economic Development in Sub-Saharan Africa », dans *The World Bank Economic Review*, vol. 22, no 2, p. 345–366.

Bleakley, Hoyt (2010). « Health, Human Capital, and Development », *Annual Review of Economics*. University of Chicago, p. 283–310.

BM, Banque Mondiale (2012). *Programme pour résultats d'amélioration de la sante primaire dans les zones rurales*, Maroc, Groupe INISAN.

BM, Banque Mondiale (2015). *Ratio de mortalité infanto-juvénile – Comparaison internationale*. Récupéré de : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.MORT>.

BM, Banque Mondiale (2018). Taux de mortalité infantile, dans *Données de la Banque Mondiale*. Récupéré de : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.IMRT.IN>.

BM, Banque Mondiale, « À propos du projet pour le capital humain », dans « *Projet pour le capital humain* ». Récupéré de : <https://www.banquemondiale.org/fr/publication/human-capital/brief/about-hcp>.

Boltanski, Luc et Laurent Thévenot (1991). *De la justification : Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.

Buse, Kent et Amalia Waxman (2001). « Public-private health partnerships: a strategy for WHO », dans *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, p.748-753.

CESE, Conseil Économique, Social et Environnemental (2013). « Une pénurie en personnel soignants », dans *Les soins de santé de base : Vers un accès équitable et généralisé*, p. 29-30.

CESE, Conseil Economique, Social et Environnemental (2014). *Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental sur le projet de loi 131-13 relatif à l'exercice de la médecine*. Récupéré de : www.cese.ma

Chambaud, Laurent (2018). *Accès aux soins : éléments de cadrage*, dans *Regards*, no 53, p. 19-28.

Cloutier, Charlotte et Ann Langley (2013). « The Logic of Institutional Logics: Insights from French Pragmatist Sociology », dans *Journal of Management Inquiry*.

CNDP, Commission national du débat public (2015). *Organisation du débat : la CNDP, une autorité administrative indépendante*, Récupéré de : <https://www.debatpublic.fr/comment-ca-marche>.

Couffinhal, Agnès, Paul Dourgnon et Sandy Tubeuf (2004). « Outils de mesure des inégalités : quelques débats d'actualité », dans *Santé, Société et Solidarité*, p. 163-171.

Creswell, John W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*, Thousand Oaks: Sage.

Creswell, John W. (2014). *Research Design—Qualitative, Quantitative and Mixed methods approaches*, 4e éd., SAGE Publications.

Cuyler, Anthony et Adam Wagstaff. (1993). « Equity and equality in health and health care », dans *Journal of Health Economics*, vol. 12, no 4, p. 431-457.

Dahlgren, Göran et Margaret Whitehead (1991). « Policies and strategies to promote social equity in health », dans *Strategy paper for Europe*, Stockholm, Institute of future studies.

De Savigny, Don et Adam Taghreed, (2009). « Systems thinking for health systems strengthening », Genève, Organisation Mondiale de la Santé, p. 29-36.

Donabedian, Avedis (1996). « The quality of care: How can it be assessed? », dans *Quality management in nursing and health care*, New York, Delmar, p. 52-65.

Donabedian, Avedis (1996). « The quality of care: How can it be assessed? », dans *Quality management in nursing and health care*, New York, Delmar, p. 52-65.

Doukkali, Anass (2019). « Anass Doukkali appelle à renforcer le PPP dans la santé », dans *Finance News*, Maroc. Récupéré de : <https://fnh.ma/article/alaune/anass-doukkali-appelle-a-renforcer-le-ppp-dans-la-sante>.

Drapeau, Martin (2004). « Les critères de scientificité en recherche qualitative », dans *Pratiques psychologiques* vol. 10, p. 79-86.

Dubouis, Louis (2011). « La bioéthique en débat », dans *L'information psychiatrique*, vol. 87, no 7, p. 551-555.

Dumez, Hervé, Alain Jeunemaître (1999). « Les institutions de la régulation des marchés : étude de quelques modèles de référence », dans *Revue internationale de droit économique*, vol. 1, p. 11-30.

El Hali, Mostafa (2017). « La santé au Maroc est réellement malade selon la Banque Mondiale », Maroc, Médical Com. Récupéré de : <https://www.pharmapresse.net/content/la-santé-au-maroc-est-réellement-malade-selon-la-banque-mondiale>.

EUPATI, Académie européenne des patients (2015). *Efficacité clinique*, Récupéré de : <http://www.patientsacademy.eu/fr/glossary/efficacite-clinique/>.

Evans, Robert G. et Greg L. Stoddart (1990). « Producing health, Consuming health care », *Social Science and Medicine*, vol. 31, no 12, p. 1347-1363.

Ewald, François (1986). « L'État providence », dans *Sciences Sociales et Santé*, Paris, Grasset, vol.4, no 3-4, p. 195-204.

Farrell, Michael James et Michael Fieldhouse (1962). « Estimating Efficient Production Functions under Increasing Returns to Scale », dans *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 125, no 3, p. 252-267.

Fleurbaey, Marc (2007). « Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé », dans *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson, vol. 55, p. 39-46.

Freedman, Lynn P. (dir.) (2005). « Analytical context », *who has the power? Transforming health systems for women and children*. London, Earthscan, p. 25-45.

Frenk, Julio (1994). « Dimensions of health system reform », *Health Policy*, vol. 27, no 1, p. 19-34.

Frenk, Julio (2010). « The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress », *PLoS Medicine*, vol. 7, no 1, p. 1-3.

Fulop, Naomi, Pauline Allen, Aileen Clarke et Nick Black (2001). « Issues in studying the organisation and delivery of health services », dans *Studying the organization and delivery of health services: research methods*, London, Routledge, vol 1, 23 p.

Gardner, Bob (2012). *The Health Equity Roadmap*, Toronto, Wellesley Institute. Récupéré de : <http://www.wellesleyinstitute.com/publications/health-equity-roadmap-overview/>.

Gilson, Lucy (2003). « Trust and the development of health care as a social institution », *Social Science and medicine*, vol. 56, no 7, p. 1453-1468.

Girard, Florence, Christine Cohidon et Serge Briançon (2000). « Les indicateurs globaux de santé », dans *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.

Gond, Jean Pascal et Friederike Schultz (2011). Maintaining Legitimacy: Controversies, Orders of Worth and Public Justification, dans *Journal of Management Studies*, p. 1804-1836.

Grignon, Michel (2006). « La question de la régulation des systèmes de santé », dans *Éléments d'analyse économique*, p. 43-62.

Grossman, Michael (1972). « On the concept of health capital and the demand for health », *The Journal of Political Health*, vol. 80, no 2 p. 223-225.

Groupe d'experts pour le financement axé sur les patients, (2014). *Document technique 2 : La qualité des soins : Une démarche valorisant les meilleures pratiques*, Gouvernement du Québec, 2014.

Hachimi Sanni, Yaya (2005). « Origines et développements des partenariats privé- public en santé dans les pays développés : principes, enjeux et défis institutionnels », dans *Revue de l'innovation dans le secteur public*, p. 1-10.

Haddad, Slim, Danièle Roberge et Raynald Pineault (1997). « Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité », dans *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4, p. 59-78.

Haggerty, Jeannie, Raynald Pineault, Marie-Dominique Beaulieu, Yvon Brunelle, Josée Gauthier, François Goulet *et al.* (2008). *Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care*. *Ann.Fam.Med.*, vol 6, p. 116-123.

Hartmann, Laurence (2009). « Les indicateurs de performance des systèmes de santé », dans *Réalités cardiologiques : Dossier : Comparaison des systèmes de santé des pays développés*, no 254, p. 15-28.

HCP, Haut-Commissariat au Plan (2015). « Les acquis et les défis », dans *Le Maroc entre Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs de Développement Durable*, p. 50-53.

HCP, Haut-Commissariat au Plan (2015). « Situation actuelle », Dans, *Rapport National : Le Maroc entre objectifs millénaires pour le développement et objectifs de développement rurale, Maroc*, p. 59.

Juran, Joseph Moses (1988). *Juran's Quality Control Handbook*, 4^e éd., United-States McGraw-Hill.

Lalonde, Marc (1974). « Nouvelle perspective de la santé des canadiens », *Rapport Lalonde*.

Lemaizi, Salaheddine (2015). « PPP la gestion déléguée de la santé », dans *Les échecs de la privatisation de la santé au Maroc*, Maroc, Comité pour l'abolition des dettes illégitimes (CADTM).

Lemire, Francine (2016). *La globalité des soins*, Récupéré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955096/>.

Lévêque, François (1998). « Les concepts et les écoles », dans *économie de la réglementation*, Paris, La Découverte, coll. Repères, p. 6-21.

Leyrit, Christian (2016). « Débats publics : démocratiser et légitimer les décisions », dans *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, vol. 81, no 1, p. 23-29.

Mackintosh, Maureen (2001). « Do health care systems contribute to inequalities? », dans *Poverty, inequality and health: an international perspective*, Oxford, Oxford University Press, p. 175-193.

Mackintosh, Maureen et Meri Koivusalo (2005). « Health systems and commercialization: in search of good sense », dans « *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses* », Basingstoke, UNRISD et Palgrave, p. 3-21.

Merrien, François-Xavier (2007). « Introduction », dans *L'État providence*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 3-10.

Michelat, Guy (1975). « L'utilisation de l'entretien non directif en sociologie », dans *Revue Française de Sociologie*, vol 16, p. 229-247.

Ministère de la santé (2010). « Principales causes des décès maternels », dans *Rapport national de l'enquête confidentielle sur les décès maternels au Maroc*.

Ministère de la santé (2011). « Principaux indicateurs régionaux », dans *Enquête nationale sur la population et la santé familiale*, Maroc, MS.

Ministère de la Santé (2012). « Évolution de la population et taux d'accroissement annuel au Maroc », dans *Stratégie sectorielle de santé 2012-2016*, Maroc, p. 9.

Ministère de la santé (2012). *Rapport du Conseil économique, social et environnementale*, CESE. Récupéré de : <http://www.ces.ma/Pages/Rapport-annuel.aspx>.

Minvielle, Étienne (2013). : « Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades ? », dans *L'hôpital à l'épreuve de la performance économique*, Maison des sciences et de l'Homme, vol. 82, p. 83-98.

Mougeot, Michel (1999) « Régulation du système de santé », dans *Rapport pour le Conseil d'Analyse Economique*, La Documentation française.

Nolte, Ellen, Helena Legido-Quigley, Martin Mckee et Irene Gilnos (2008). Assuring the quality of healthcare in the European Union: a case for action, dans *Observatory Studies Series*, no 12.

OMS, Organisation Mondiale de la Santé (1948). Principes énoncées dans « Préambule de la constitution ». Récupéré de : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>.

OMS, Organisation Mondiale de la Santé (2004). *Rapport sur la santé dans le monde : Changer le cours de l'histoire*. Récupéré de : <https://www.who.int/whr/2004/fr/>.

OMS, Organisation Mondiale de la Santé (2005). « Équité », dans *Système de santé*, Récupéré de : <https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>.

OMS, Organisation Mondiale de la Santé (2007). Dans *Un Avenir plus sûr : La sécurité sanitaire mondiale au 21^{ème} siècle*. Récupéré de : <https://www.who.int/whr/previous/fr/>

OMS, Organisation Mondiale de la Santé (2010). « Couverture sanitaire universelle », dans *Le Financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Récupéré de : <https://www.who.int/whr/previous/fr/>.

OMS, Organisation mondiale de la santé (2012). « Personnel de santé, infrastructures et médicaments essentiels », dans *Statistiques sanitaires mondiale*, p. 120-132.

OMS, Organisation Mondiale de la Santé « À propos des systèmes de santé », dans *Systèmes de santé*. Récupéré de : <https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>.

OMS, Organisation Mondiale de la Santé. « Politiques nationales de santé », dans « *Systèmes de santé* ». Récupéré de : <https://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/fr/>.

Péninou, Georges (1986). Langage et Marketing, dans *Revue Françaises du Marketing*, vol. 109, no 4, p. 5-10.

Picheral, Henri (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, Université de Montpellier, 307 p.

Porter, Michael et Elizabeth Olmsted Teisberg (2006). « Healthcare policy and Value-Based competition », dans *Redefining Health Care*, p. 323-374.

RAMED, Régime d'assistance médicale (2002). « Principes du régime ». Récupéré de : <https://www.ramed.ma/ServicesEnligne/home.html>.

Rawls, John (1971). « La justice comme équité. Les Principes de la justice », dans *Théories de la justice*, p. 37-91.

Roberts, Marc J., William Hsiao, Peter Berman et Michael Reich (2002). : « The changing global context of health sector reform », dans *Getting Health Reform Right*, Oxford University Press, p.7-8.

Rochaix, Lise et Sandy Tubeuf (2009). « Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications », *Revue économique*, vol. 60, p. 325-344.

Rodwin, Marc (2014). « Les conflits d'intérêt en médecine : quel avenir pour la santé », dans *Presses de l'école des hautes études en santé publique*, p. 5-15.

Rousseau, Jean-Jacques (1762). *Du contrat social ou, Principes du droit politique*, Amsterdam, Marc Michel Rey.

Sägesser, Caroline (2016). « Législatif, exécutif et judiciaire. Les relations entre les trois pouvoirs », *Dossiers du CRISP*, vol. 87, no. 2, p. 9-71.

Salavastru, Constantin (2011). « Chapitre premier. Débats publics : concept, conditions, finalités », dans *Argumentation et débats publics*. France, Presses Universitaires de France, p. 17-56.

Sappington, David (2005). : « Regulating Service quality: A survey », dans *Journal of Regulatory Economics*, vol. 27, no 2, p. 123-154.

Silverman, David (1998). *Harvey Sacks: Social science and conversation analysis*, New York, Oxford University Press.

Silverman, David (2000). « Analysing talk and text », dans *Handbook of qualitative research*, 2^e éd., Canada, Sage, p. 821-834.

Simonet, Véronique (2012). « Le capital humain », *Encyclopédie des ressources humaines*, 3^{ème} édition, Vuibert, p. 116-123.

Smith, Peter, Elias Mossialos et Irene Papanicolas (2008). « Framework for understanding link between health system responsiveness and equity in access », dans *Cambridge Health Economic, Policy and Management*, p. 138-187.

Solar, Orielle et Alec Irwin (2007). « Le modèle Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) », dans *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, p. 6.

Taylor, Steven et Robert Bogdan, (1984). *Introduction to Qualitative Research Methods: The search for meanings*, Hoboken, Wiley.

Valentine, Sean et Lynn Godkin (2009). « Ethics policies, perceived social responsibility, and positive work attitude », dans *Irish Journal of Management*, p. 114-123.

Valette, Jean Paul (2007). « Chapitre 1 : Les modèles sociaux », dans *Problèmes sociaux contemporain*, Ellipses.

Van Damme, Wim, Marjan Pirard, Yibeltal Assefa et Josefien Van Olmen, (2010). « How can disease control programmes contribute to health systems strengthening in Sub-Saharan Africa? », *Studies in Health Services Organisation and policy*, no 1, p. 5-9.

Van Doorslaer, Eddy et Cristina Masseria (2004). « Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries ». Dans *Towards high-performing health systems: policy studies*, Paris, OECD, p. 109-66.

W. Schultz, Théodore (1961). « Investment in Human Capital », *The American Economic Review*, vol. 51, no. 1, p. 1-17.

Weisbrod, Burton (1991). « The Healthcare Quadrilemma : an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment, dans *Journal of Economic Literature*, vol. 29, p. 523-552.

Whitehead, Margaret et Göran Dahlgren (2006). « What is the difference between variations in health and social inequities in health », dans *Levelling up Part 1: Concepts and principles for tackling social inequities in health*, Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool, p. 1-12.

Annexes

Annexe 1 : Intervention du représentant du CESE.

Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=rwjdl8uOdw8>

Le CESE a été saisi par la Chambre des Représentants fin octobre 2014 afin qu'il émette un avis sur le projet de loi n° 131-13 relatif à l'exercice de la médecine, Cette saisine a été traitée par la Commission permanente chargée des Affaires Sociales et de la Solidarité du CESE qui s'est appuyé sur une approche participative comme d'habitude et qui a non seulement lu le texte, mais aussi un ensemble de texte de loi qui de manière directe ou indirecte sont en rapport avec ce projet de loi, de même que la commission a lu tous les documents existants, La commission a fait ensuite une lecture critique du projet de loi et a fondé sa lecture critique sur deux principes : le premier c'est la prise en compte dans l'analyse du contexte juridique, mais aussi de la situation actuelle du système de santé, deuxièmement elle a pris la partie basée sur les valeurs du référentiel de la charte sociale du CESE fondée sur les droits des patients. Cette lecture critique c'est également penchée sur la manière dont ce projet de loi a été élaboré. A ce propos, deux questions essentielles ont été posées :

- **Est-ce que l'avis du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) a été pris en compte dans cette élaboration ?**
- **Et est-ce que le projet de loi avait fait l'objet d'une étude des impacts éventuels de la mise en place ou de l'application de ce projet de loi ?**

Bon la réponse ici a été clairement non, ni l'avis du CNOM n'avait été pris en considération et aucune étude des impacts prévisibles n'avait été faite préalablement. De cette lecture critique sont sortis un ensemble de forces et de faiblesses, de risques et d'opportunités, ce que l'on peut dire c'est que globalement les faiblesses et les risques restent quand même plus forts que les forces et les opportunités.

Cette loi par rapport à l'ancienne loi, *la 10-94* qui existait n'a pas apporté de choses fondamentales en dehors de l'ouverture du capital à des sociétés commerciales, dans la mesure où d'une part elle ne s'inscrit pas dans une réelle carte sanitaire et dans la mesure où les garde-fous à même d'éviter des dérives de l'application de cette loi ont été jugés insuffisants. Alors partant de là, le CESE a fait un ensemble de recommandations pour garantir les droits des patients et d'inscrire l'investissement privé dans une politique nationale en redynamisant le secteur public, car la commission a jugé que le système de santé devait être doté d'un secteur public fort sans être orienté ou axé sur une médecine privée tous azimuts.

Trois types de recommandations ont été émis dans ce rapport, des recommandations quant aux préalables nécessaires, l'une des recommandations phares c'était de rattacher l'investissement privé à une véritable carte sanitaire qui soit opposable au secteur privé et public et deuxièmement le renforcement des systèmes de contrôle que ce soit les systèmes de contrôle au sein du ministère de la santé qu'au sein du CNOM. Deuxième type de recommandation ce sont des recommandations relatives au projet de loi, au texte de loi en lui-même, car certaines choses ont été peut être omises ou présentées des faiblesses notamment le droit à l'information des patients. En plus d'autres recommandations que l'on peut retrouver dans le rapport. Et enfin des recommandations d'ordre général dont la recommandation principale est que le Maroc a besoin d'une véritable politique nationale de santé qui est inexistante à ce jour.

Annexe 2 : Intervention du Directeur Général National du SIMSP.

Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=M06szIAbgmA>

Nous sommes aujourd'hui au siège du CESE, et en tant que représentant du syndicat indépendant des médecins du secteur public, nous avons une vision sur le projet de loi 131-13 quasiment partagée ou sur la même longueur avec un groupe d'institutions présentes aujourd'hui.

Nous confirmons que cette loi est préparée par le ministère de la Santé de manière précipitée pour l'appliquer en l'absence de ceux concernés par la question qui étaient occupés au milieu de l'année 2014 avec l'élection de l'Autorité nationale des médecins du secteur public.

Nous constatons que cette loi se concentre sur l'article 60 qui prévoit la possibilité de libérer le capital médical aux cliniques qui est principalement concentré entre les mains des investisseurs marocains ou étrangers et qui ne sont pas des médecins.

Nous voyons la priorité de la santé du citoyen marocain ainsi que son accès aux soins, car ses droits seront perdus dans cette mesure en raison de la concurrence qui fera de ce secteur un secteur rentable. Cette situation va subdiviser la population marocaine en 3 catégories dans un cadre d'iniquité :

- **La catégorie des citoyens pauvres et ceux à faible revenu qui possèdent une carte RAMED qui vont aller aux hôpitaux publics qui sont à l'origine dans une situation catastrophique, les services sont médiocres, et les moyens médicaux, humains et financiers sont faibles, et donc il y aura dans ces hôpitaux un surpeuplement des citoyens-patients de cette classe et les dettes s'accumuleront, car le RAMED n'est pas payé par les autorités qui doivent honorer leur engagement.**
- **La deuxième catégorie comprend les citoyens ayant une couverture médicale obligatoire ou toute autre assurance maladie qui vont chercher des soins dans des cliniques et, par conséquent, les revenus de cette catégorie sont coupés des hôpitaux publics.**

- **Quant à la troisième catégorie, qui est le groupe minoritaire, est constituée de riches Marocains qui se rendent toujours dans des cliniques ou d'étrangers dans le cadre du tourisme médical.**

Annexe 3 : Intervention de la Coordonnatrice Nationale du CDSM.

Lien : https://www.youtube.com/watch?v=C-N_CP7rnh4

Nous sommes ici aujourd'hui pour exprimer notre opinion en tant que Collectif pour le Droit à la Santé au Maroc au sujet de l'ouverture des capitaux aux cliniques.

Nous affirmons que nous rejetons ce projet de loi et regrettons la violation de l'approche participative prévue par la constitution, car il était nécessaire de prendre l'avis du Collectif pour le Droit à la Santé au Maroc qui comprend 34 sociétés de défense des droits humains des femmes et des professionnels sur cette question.

Je pense que le contenu de ce projet entrainera une détérioration de la situation sanitaire dans le secteur public, qui sera payé par la suite par le citoyen marocain.

Nous considérons également que le fait de solliciter notre avis tardivement reste inefficace, car nous étions censés être consultés conformément aux exigences de l'article 14 de la Constitution, qui stipule le rôle de la société civile dans la participation à la législation et à l'élaboration des lois. Ainsi, nous affirmons notre opinion qui rejette le contenu de ce projet, et ce projet constitue une menace pour la santé des citoyens ainsi que les conditions d'accès à des structures sanitaires de qualité et sans adjudication en tant que droit social garanti.

Annexe 4 : Intervention du Secrétaire Général du SNMSL.

Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=ktfxOICLulk>

A propos de la discussion d'aujourd'hui sur le projet de loi 131-13 relative à l'exercice de la médecine, le CESE a consulté les professionnels afin de savoir leurs points de vue. Par contre, nous observons une marginalisation des professionnels de la part du gouvernement qui a préparé ce projet sans consulter les parties concernées. Ainsi, ce projet de loi va entraîner de grandes modifications dans le secteur sanitaire au Maroc, vu que ce secteur deviendra un marché commercial et considérera la santé des citoyens marocains comme une marchandise.

De ce fait, on rejette complètement cette marchandisation de la santé des Marocains, ainsi que toute commercialisation du secteur, car cette décision va menacer les citoyens, et portera préjudice à l'économie nationale, parce qu'une grande partie des citoyens n'ayant pas de revenu vont être exclus des soins. Et les Marocains ayant une couverture médicale verront leurs régimes d'assurances augmenter les montants des contributions pour garantir l'accès des adhérents aux soins du secteur privé.

C'est pour ces raisons que nous rejetons ce projet de loi qui va créer des perturbations majeures dans la société et notamment au sein des hôpitaux publics, ce qui aura un impact négatif sur l'économie marocaine.

Annexe 5 : Intervention du Rapporteur général au Conseil de la Concurrence.

Lien : https://www.youtube.com/watch?v=MLLfn_awxvE

Le conseil de la concurrence n'a pas émis un avis sur la question de La loi sur la médecine privée parce que le conseil n'a pas été saisi alors que c'est déjà prévu par la loi 06-89 sur la liberté de concurrence qui est stipulée dans l'article 16 en affirmant que tous les textes réunissant une nouvelle profession ou qui modifient les conditions d'accès à une profession devaient être soumis obligatoirement ou préalablement au conseil de la concurrence pour avis. Le gouvernement ne l'a pas fait et le parlement estime soumettre le projet à l'avis du CESE.

Donc on nous invite, aujourd'hui, pour donner notre point de vue sur la question, mais je précise qu'il n'y a pas d'avis officiels ; c'est-à-dire un avis qui est issu d'une instance délibératoire des membres du conseil. Toutefois, le conseil a déjà procédé à une étude des professions réglementées. Parmi les professions réglementées, il y a bien sûr la profession médicale qui ressort d'étude rendue publique au mois d'octobre par le conseil et parmi les principales recommandations de cette étude :

- Ouvrir le secteur des cliniques aux capitaux et investissements privés et je crois que le projet de loi qui est l'objet d'examen par le conseil économique et social a prévu ce dispositif et nous ne pouvons que nous féliciter de cette initiative qui donne finalement raison à une recommandation qui a été faite par le conseil en 2011, ceci bien sûr sous condition de garder la santé du citoyen primordiale par rapport aux gains d'une entreprise privée.

Annexe 6 : Intervention du Président de la Chambre Syndicale des Biologistes du Maroc.

Lien : https://www.youtube.com/watch?v=0wak_A-AiV8

La lecture de notre syndicat du projet de loi 131-13 est la suivante :

Ce projet apporte de nouvelles dispositions à l'exercice de la médecine ainsi qu'à son mode de financement et à sa gestion, aussi bien au niveau des cabinets médicaux privés que des cliniques privées et des établissements assimilés. Le projet de texte apporte surtout une nouveauté dans l'organisation financière administrative des cliniques et des organismes assimilés qui a été unanimement rejetée par des instances représentant la profession médicale, ce projet manque de cohésion et de précision au sujet de l'ouverture du capital des cliniques et établissements assimilés aux non-médecins et aussi au sujet de leur gestion. Il mentionne brièvement des personnes morales de droit privé, fondations et associations dans le chapitre 2 de ce projet de loi et ne précise nulle part le statut des établissements de santé pouvant être créés au sein des cliniques privées ou établissements assimilés, tels que des laboratoires d'analyse de biologie médicale qui sont régis eux par une législation spécifique , c'est la loi 12-01.

L'interdiction de créer et de gérer une clinique ou un établissement assimilé s'est focalisée exclusivement sur les gestionnaires de l'assurance maladie, alors que cette interdiction devait concerner également les assurances privées, leurs filiales et toutes autres structures pouvant interférer par conflit d'intérêts dans la pratique de la médecine. L'octroi de la gestion des affaires non médicales aux non-médecins exclut les professionnels de la santé qui disposent de la compétence requise. D'ores et déjà, nous constatons des dérapages des filiales de compagnies d'assurance qui ont anticipé à l'application de la loi 131-13 en mettant en place des centres diagnostiques abritant des laboratoires d'analyse, des centres de radiologie et des cabinets médicaux, notamment le groupe SAHAM-santé. Donc nous proposons une réforme, un amendement de l'article 60, surtout dans l'article 4 en proposant la chose suivante : si la clinique appartient à une personne morale de droit privé poursuivant un but non lucratif, celle-ci doit préciser son statut, sa conformité à la

réglementation en vigueur et respecter le cahier de charge préétabli par l'administration dans le respect des règles de la concurrence loyale.

De notre point de vue, nous proposons que :

- **La gestion des affaires non médicales de la clinique peut être assurée par un gestionnaire administratif et financier n'ayant pas la qualité de médecin professionnel de la santé**
- **ou un non-praticien disposant des qualifications pour le faire.**
- **Il est interdit à un organisme gestionnaire de l'assurance maladie ou compagnies d'assurance privées et leurs filiales et en général à toutes structures pouvant interférer par conflits d'intérêts dans la pratique de la médecine de créer ou de gérer une clinique**
- **En fin, c'est instauré un organisme étatique de coordination de contrôle et d'évaluation de l'activité de l'établissement de soins afin de s'assurer en permanence de la qualité des soins et de la sécurité sanitaire de la population et d'éviter ainsi tout dérapage.**

Annexe 7 : Intervention du Directeur Général de la FMSAR

Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=DRpfdFBUGrQ>

En ma qualité de Directeur Général de la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurances, je me fais un peu le porte-parole de la profession. Nous avons un regard positif sur ce texte de loi parce que nous estimons que nous sommes dans un pays libéral qui s'est inscrit depuis très longtemps déjà dans cette approche libérale qui consiste à donner la chance aussi au secteur privé de pouvoir accompagner le développement économique et sociale du pays sur différents secteurs d'activités. Avec ce projet de loi, nous faisons toujours le parallèle, ou personnellement en tout cas je fais souvent le parallèle avec l'enseignement supérieur, avec l'avènement des universités privées, nous voyons que ces universités privées apportent quelque chose d'assez concret pour le paysage de la formation au Maroc. Elles challengent le secteur public puisque les universités publiques sont en compétition, sont en concurrence et attirent inévitablement vers le haut l'ensemble du système d'enseignement du pays, donc nous estimons que l'ouverture du capital des cliniques privées va avoir un effet d'émulation sur la couverture santé au Maroc, ce qui va permettre aux Marocains, aux citoyens Marocains d'avoir accès peut-être à des cliniques mieux outillées qui disposent d'un matériel plus performant. Il est entendu qu'il va falloir mettre en place des limitations très nettes entre les intérêts de ceux qui détiennent le capital social et ceux qui sont à la recherche bien entendu du profit et les médecins qui eux sont là pour exercer la médecine. Ces derniers ont une obligation de moyens et qui doivent donc, en toute âme et conscience, soigner le citoyen marocain sans aucune considération en matière disons de rentabilité financière. C'est tout cet équilibre qui doit être atteint, peut-être un peu difficile à mettre en place, mais nous estimons que ce texte de loi doit être accompagné par une régulation très forte. A ce propos, il faut clairement désigner un régulateur, bon il est tout désigné, c'est le ministère de la santé publique, et au niveau du ministère il doit y avoir une direction qui est chargée particulièrement de la régulation disons des cliniques privées, de l'accompagnement de ce projet de loi pour qu'il n'y ait pas de dérapage. Mais nous pensons que c'est un texte de

loi qui va être positif, qui ne peut qu'apporter une contribution positive pour le citoyen marocain.

Annexe 8 : Intervention du Président du CNOM.

Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=-SeeyD93v4Y>

Je voudrais remercier Mr le président Baraka et l'ensemble de son conseil de leur avis des actions citoyennes qui sont soumises à ce conseil.

Au niveau de ce texte de loi, Le CNOM ne voit aucun inconvénient seulement il faut le cravater, il y a eu des propositions qui émanaient des groupes parlementaires, c'est des propositions qui émanaient aussi du CNOM, soit le pourcentage, soit des sociétés donc on est tous avec ce qui est positif pour le Maroc, donc on est avec, mais il faut le cravater, il faut une carte sanitaire, il faut une couverture sociale, il faut des éléments pour essayer justement d'amener ce projet à voir le jour. L'essentiel c'est de le cravater pour l'intérêt des patientes et des patients Marocains tout en n'oubliant pas la carte sanitaire, les régions déshéritées pour qu'il y est des investissements dans ce sens et aussi mettre à niveau les hôpitaux publics qui sont très important, mais il faudrait aussi, comment dirais-je ? Une couverture sociale de toutes les Marocaines et de tous les Marocains. Oui, les médecins privés pratiquement, l'assurance maladie est aussi importante. Donc on défend surtout l'intérêt des patients et des patientes pour une médecine de pointe, on n'est pas contre, on est pour tout ce qui est positif pour le Maroc, on est avec. Je vous remercie.

Annexe 9 : Intervention du Secrétaire Général de la FNAC.

Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=VmsHFzMKiAg>

Le regard que porte le consommateur sur ce projet de loi, bon c'est quand même un regard qui est à l'opposé de ce qui se dit donc sur la place, surtout qui est un débat qui est mené par les professionnels, surtout parlons de l'article 60 de cette loi, parce que c'est le seul article qui, peut-être porte problèmes à ce projet de loi. Donc ce projet de loi, cet article qui ouvre à l'investissement privé des cliniques a rencontré, comme je dis, beaucoup de débats, donc pour nous, en tant que Fédération National des Associations de consommateur, nous considérons que c'est un faux problème, c'est une fausse interprétation puisque déjà actuellement au Maroc nous vivons la même considération, voir les cliniques privées actuellement comment ils se comportent, généralement comme des entreprises commerciales, donc aucun droit pour le patient-consommateur d'y accéder si il n'est pas outillé financièrement pour pouvoir accéder et voire même ne pas même rentrer, accéder aux soins si il ne dépose pas des garanties financières conséquentes pour pouvoir se prétendre à ces soins-là. Outre cela, donc il y a aussi le grand problème de la tarification qui se pose et que, normalement, les cliniques privées abusent généralement des patients, des citoyens, des malades, et c'est quand même quelque chose qui existe actuellement.

Maintenant, nous sommes pour, parce que c'est une pratique qui va pouvoir ouvrir la concurrence, donc du cercle limité des médecins, puisque les médecins eux qui gèrent maintenant les cliniques, donc on va devoir ouvrir ce phénomène de clinique donc vers le privé, donc ça peut stimuler, ça peut stimuler la concurrence, ça donnera aussi le droit au patient de choisir et d'avoir le choix d'accéder là où le patient peut y accéder et peut être bien stimuler comme je viens de le dire tout à l'heure, stimuler la concurrence, et quand on parle de stimuler la concurrence ça peut mener à une baisse de prix. Sauf que ceci doit être justement mené avec une très grande vigilance. Sachant très bien que le soin ou la santé est un droit constitutionnel, donc l'état a l'obligation de veiller sur la santé des patients, donc a le droit et doit avoir ce droit de contrôle et de vérification que malheureusement là au niveau de cet article nous ne constatons pas que l'arsenal, disons

juridique, mis en place peut mener à un contrôle vraiment strict pour faire la différence entre la décision médicale et la décision administrative dans une clinique détenue par des capitaux étrangers, ou bien des capitaux étrangers à la médecine.

Donc c'est généralement notre point de vue, nous sommes pour, mais il faudrait justement que les garde-fous soient bien mis en place, à savoir peut être même de créer une agence de réglementation pour pouvoir réguler tout cette opération entre public et privé, et ça ne donnera qu'un plus pour patient Marocain.

Annexe 10 : Intervention du Président du SNMG.

Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=-JcXmkOEVDA>

Au sein de notre syndicat nous estimons que la priorité des priorités pour le citoyen marocain c'est l'élargissement de l'accès aux soins.

Alors si cette nouvelle loi qui va permettre l'ouverture du capital des cliniques aux investisseurs, si cette loi va permettre l'installation de ces cliniques dans les villages les plus reculés pour faciliter l'accès des citoyens à la santé, aux mêmes prix, aux mêmes coûts que les structures nationales sans nuire à l'intérêt des prestataires de soin, nous dirons oui.

Mais apparemment ces structures vont s'installer dans les zones où le pouvoir d'achat est élevé, ils vont s'installer en l'occurrence à Marrakech près de la palmeraie, pour pouvoir faire du tourisme médical et permettre à ces gens venus d'ailleurs des convalescences dans des resorts 5 étoiles.

Annexe 11 : Intervention du Président du CSNMSP.

Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=U-AOW85VTG8>

Docteur Saad Agoumi, Président du Collège Syndical National des Médecins spécialistes Privés.

Ce projet de loi qui ouvrirait les capitaux privés non médicaux à l'investissement dans la santé du citoyen est pour nous une simple catastrophe dans la mesure où il n'apporte rien de plus à une frange importante de la population qui est les démunis, où l'investisseur n'ira jamais dans les zones reculées pour investir grandement auprès de citoyens qui n'ont pas accès à la santé et qui n'ont aucune couverture sociale. Donc automatiquement c'est un projet pour les riches dans les grandes villes et qui va déséquilibrer encore plus le système de santé.

C'est un projet qui va amener le danger grand de la subordination du médecin-praticien à l'investisseur privé qui va lui dicté des règles qui vont finalement retentir sur le citoyen, parce que le médecin va se trouver lié dans son exercice par les diction d'un investisseur qui ne cherche qu'à gagner en bénéfices et davantage et régulièrement. Et enfin le grand danger, le grand danger c'est que ce projet va détruire un projet très chère à ce pays que nous avons mis des années à mettre en place, qui est l'assurance maladie obligatoire, et ce n'est un secret pour personne que les fonds de cette assurance sont rédhitoires et que l'investisseur privé va en faisant ses audits annuellement découvrir que ce n'est pas avec les émoluments que propose l'assurance maladie obligatoire qu'il va gagner davantage d'argent.

Il va finir par lui imposer ses règles, à l'obliger à monter le tarif national de référence de l'assurance, et la seule façon de le faire pour que l'organisme reste en équilibre c'est de puiser davantage dans la poche du citoyen pour payer un pourcentage encore plus élevé de son salaire pour pouvoir financer les exigences d'un étranger qui de toute façon finira par expatrier la manne qu'il gagnera sur le dos de la santé du citoyen dont il orchestrera malheureusement l'avenir, c'est un grand danger, nous voulons marquer ce point pour l'histoire.

Annexe 12: Intervention de La présidente du groupe parlementaire du PAM.

Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=PkOZOjpKH-E>

Nous sommes très heureux d'être présent aujourd'hui dans cette journée d'études, parce que le plus important c'est que cet échange va enrichir le débat et nous permettre de donner une vision sur le projet de loi 131-13 qui ouvrirait les capitaux privés à l'investissement dans le secteur sanitaire.

En effet le PAM cherche en tant que parti politique représentant les citoyens marocains, de garantir la qualité du texte de la loi 131-13 tout en garantissant la santé des Marocains.

Notre participation aujourd'hui dans cette journée d'études va nous permettre en tant que parlementaires et conseillers, d'abord de profiter de la présence des médecins, pharmaciens, responsables et institutions pour débattre du sujet de notre rencontre. Sachant pertinemment que ce projet fait l'objet de plusieurs avis et le débat aujourd'hui est public. Notre but, c'est d'écouter les avis des uns et des autres, les arguments de chaque parti et ses preuves et justifications. Conscient que les prises de position des deux parties sont complètement opposées. Nous voulons que ce débat soit discuté au sein de l'institution du parlement de façon positive. Parce que nous veillons à une qualité législative qui aura un impact positif sur la santé du citoyen. Comme si bien dit M. Le Président, la santé des citoyens touche plusieurs secteurs, et non seulement le secteur de la santé

Nous sommes aussi conscients des obstacles, des contraintes et des insuffisances que connaît le secteur de la santé en sous-effectif de médecins, infirmiers, établissements de soins, carences au niveau des spécialités, mauvais déploiement du personnel médical et toutes les contraintes que connaît la couverture médicale. Quand je parle de la couverture médicale je ne vise pas uniquement ceux qui n'ont pas cette couverture, mais aussi ceux qui l'ont, mais à cause de la non mise en œuvre des conventions de cette couverture, il n'en bénéficie pas.

Je suis heureuse d'être parmi vous aujourd'hui pour être en mesure de traduire les résultats de cette journée pour enrichir le débat lors de la discussion du projet de loi relatif à la santé le jour où ce projet nous sera soumis en tant que parlementaires ou conseillers. Merci.

Annexe 13 : Intervention du Président de la Chambre des Conseillers au Parlement.

Lien: <https://www.youtube.com/watch?v=HTfHKs5uifU>

Mes remerciements vont à M. Le Président de la chambre des conseillers,

A M. les médecins et à toute l'assistance,

Le sujet de cette journée reste un sujet très sensible parce qu'il touche la vie des citoyens et leur dignité et auxquels les professionnels et l'opinion publique accordent un intérêt particulier.

Nous discutons un sujet important dans la vie des citoyens. Vous savez que ce projet qui vise l'organisation du secteur de la santé est d'une importance capitale.

Nous constatons que le projet de loi 131-13 a créé un débat très tendu entre le ministère porteuse du projet et le corps médical, ce qui justifie l'organisation de cette journée afin d'éclaircir les points de divergences entre les différents protagonistes.

Nous avons convié M. Le Ministre de la santé pour participer avec nous à ce débat, à côté des professionnels, les organisations et toutes les instances aussi bien du secteur privé que public.

Notre conviction est que cette journée d'étude va nous permettre de constituer des convictions qui vont découler de toutes les discussions pour nous permettre d'enrichir le débat autour du projet de loi qui nous sera soumis au parlement pour le vote.

Je rappelle que ce projet que nous nous apprêtons à discuter dans cette nouvelle ère constitutionnelle est complètement différent des projets qui ont été discutés avant la constitution du 1^{er} juillet 2011. Constitution qui stipule dans son article 31 qui insiste sur ce qui suit ;

- **L'état est obligé à côté des établissements publics, des autorités territoriales de mobiliser tous les moyens logistiques dont ils disposent pour faciliter l'accès au soin de tous les citoyens de façon équitable.**
- **Assurer la protection médicale et la mutualisation offerte par l'état**

IL est évident que le secteur de la santé au Maroc est encore en deçà de nos espérances, et ce malgré les efforts consentis, ce qui le prouve ce sont les différents rapports nationaux et internationaux qui dressent un bilan très négatif, une situation inquiétante et des défaillances du secteur de la santé marocain.

Notre présence aujourd'hui sert à transposer le débat public au parlement. Dans ce cadre nous insistons toujours sur le droit d'accès aux soins et d'avoir une couverture médicale en tant que droit constitutionnel, ainsi que d'offrir un service de santé à tous les marocains de manière équitable.

Il suffit que je cite les résultats du rapport du **Conseil économique , social et environnemental** qui annonce des chiffres choquants sur la réalité du secteur, à titre d'exemple , le Maroc a besoin de 6000 médecins, 9000 techniciens homologués et 15000 infirmiers supplémentaires. Les statistiques

Donc la vision nous possédons révèlent que la capacité d'accueil des structures hospitalières publiques est de l'ordre de 25.326 lits uniquement. Le Conseil relève la forte concentration des structures hospitalières dans les grandes agglomérations (52 % dans les grandes villes, 45 % des cadres hospitaliers se retrouvent sur l'axe Casablanca / Rabat. Le secteur souffre d'un déficit flagrant en ressources humaines (6 médecins pour 10.000 habitants) , à titre de comparaison : la Tunisie (12 médecins), la Turquie (27 médecins). Pour 10.000 citoyens marocains 11 lits, alors que la Tunisie 21 lits, la Turquie 25 lits. Et pour 10.000 citoyens 9 infirmiers, tandis que la Tunisie a 35 infirmiers, la Turquie en a 24. Sur le plan géographique, 52 % des villages se situent à 10 km du centre hospitalier le plus proche. 70% des équipements médicaux, on les trouve dans les cliniques privées.

Le projet que nous sommes conviés à discuter aujourd'hui n'est nullement le premier, parce que lors des gouvernements précédents il y'a eu des propositions de projets, mais qui ont rencontré une forte opposition, ce qui les a enterrés définitivement.

Le projet que nous discutons et dont vous possédez déjà le texte contient 113 articles répartis en trois volets. Le premier volet évoque les conditions générales de l'exercice de la profession de médecin décliné en trois chapitres. Le premier évoque les règles fondamentales ; le deuxième les conditions de l'exercice de la part de médecins marocains et le troisième définit les conditions de l'exercice concernant les médecins étrangers. Quant au deuxième volet, il définit les différentes modalités de cet exercice dans le secteur

privé. Il est décliné, lui aussi, en trois chapitres. Le premier parle de la clinique médicale, le deuxième des cliniques et des structures analogues, alors que le troisième chapitre il traite des autres types de structures de l'exercice de la médecine (y compris des règles, des sanctions, etc.).

Selon nous, ce projet contient un ou deux articles qui ont évoqué toute cette polémique. Ce sont les articles 87 et 58 qui stipulent l'ouverture des investissements au niveau des cliniques pour les non-médecins (soit en tant qu'entreprises commerciales ou personnes morales, soumis au droit privé ou droit général) et c'est là où réside l'objectif essentiel.

Pour préparer cette journée, nous, en tant que parti de l'authenticité et modernité, nous avons fait des investigations dans toutes les revues de littératures, articles, rapports et les avis de toutes les instances qui s'occupent de ce sujet. Notre constat était que nous étions face à deux prises de position, l'une pour et l'autre contre. La partie qui approuvait le projet avance plusieurs hypothèses, et je dirai qu'elle considère que ce projet pourrait résoudre beaucoup de problèmes du secteur en garantissant une offre de service plus globale susceptible de combler le déficit relevé précédemment en améliorant la qualité des soins. Elle prétend, comme deuxième hypothèse, que ce projet si il ouvre la porte à la concurrence, il va contribuer à réduire les coûts des soins, et assure plus de transparence. Ceux qui défendent le projet, le ministère et une tranche de professionnels, estiment que cette réforme va contribuer à l'indépendance du corps médical dans ses prises de décision, et seuls les médecins seront habilités à prendre leurs décisions exclusivement. Le ministère avance que 68 % des pays du monde fonctionnent avec un projet identique, et que cette libéralisation du secteur de la santé existe déjà, sauf que ce projet vise à son élargissement. Toute la polémique autour du projet provient de la part de médecins fortunés pour bloquer la voix aux nouveaux investisseurs d'avoir accès à leur secteur. Permettez-moi, maintenant d'étaler les arguments de la partie adverse qui considère que ce projet de loi n'est qu'un prétexte pour privatiser le secteur de la santé et encourager la spéculation commerciale où le citoyen sera soumis aux règles de l'offre et de la demande, chose qui portera atteinte à la santé des patients en la réduisant à une simple marchandise, et violera toutes règles d'éthique et de déontologie. Car ce qui intéresserait ces nouveaux investisseurs, c'est uniquement la rentabilité financière et non la santé des citoyens, et que les médecins seront réduits à de simples salariés chez eux. Avec la possibilité de recruter

des médecins et des infirmiers étrangers à leur guise. Ils prétendent aussi que ce projet de loi ne va nullement résoudre le problème du déploiement des structures hospitalières, car ces investisseurs vont s'implanter dans les zones les plus attractives pour leur projet, à savoir les grandes agglomérations. Et aucune garantie d'investissements dans le Maroc profond et les zones reculées. Comme elle reproche au Ministère un manque de visibilité claire au sujet des résultats et de l'impact réel de ce projet sur le secteur. Lequel Ministère qui a eu le monopole absolu de l'élaboration de ce projet de loi sans implication des professionnels du domaine, sans faire participer toutes les parties prenantes. Comme argument, aussi, les opposants considèrent que les nouveaux investisseurs pourraient investir dans le Maroc profond, à condition que l'état leur offre des facilités d'investissement, des exonérations, des encouragements fiscaux et une aide au niveau des infrastructures.

Permettez-moi de vous dire que j'ai essayé de vous relater les deux avis opposés, maintenant je vous étale la prise de position de notre parti (le PAM). En souhaitant que notre débat, soit serein et responsable. Notre parti, en préparant cette journée, vous propose d'essayer de répondre à neuf questions préparées pour cette occasion. Ce qui va faire l'objet d'une plateforme de débat pour nous tous. Les questions sont les suivantes :

- 1. Est-ce que ce projet de loi, en cas d'approbation, est capable de réhabiliter le secteur de la santé qui est défectueux ?**
- 2. L'état n'est-il pas en train de lever sa main sur le secteur de la santé ?**
- 3. Quelles sont les garanties que ce projet de loi propose pour une indépendance de la responsabilité médicale au sujet de la santé des citoyens ?**
- 4. Quelles sont les nouveautés qui ont incité l'état à soumettre à discussion un projet déjà proposé par le gouvernement précédent sans le faire aboutir ?**
- 5. Est-ce que l'état a préparé le climat propice pour ce projet de loi, notamment en ce qui concerne la carte médicale pour garantir une répartition équitable des ressources et des infrastructures à l'ensemble des régions du Maroc ?**
- 6. Qu'est-ce qui peut garantir que tous les citoyens peuvent bénéficier de ces offres, sachant que 50% des Marocains n'ont pas une assurance médicale ni le RAMED ?**

- 7. Est-ce que ce projet de loi est capable d'orienter les investissements nationaux et étrangers vers les zones reculées qui souffrent de carences ?**
- 8. Quels sont les dispositifs que l'état peut mettre en place pour contrôler et veiller à la santé des citoyens ?**
- 9. Enfin, est-ce qu'il n'était pas judicieux de la part de l'état d'obtempérer avant de proposer ce projet de loi important pour d'abord restructurer de façon globale le secteur de la santé et d'associer les professionnels et tous les acteurs agissants dans le secteur pour l'élaboration d'un tel projet pour protéger les citoyens contre tout dépassement ou abus ?**

Telles sont donc nos préoccupations et nos questionnements à ce sujet, et on espère que nous trouverons tous des réponses appropriées à cela. Merci.