

Analyse de la performance des régimes d'assurance maladie sociale au Maghreb

Analysis of the performance of social health insurance schemes in the Maghreb

Lila Ziani^{1*}

Université de Bejaia (Algérie), Email : lilaziani2014@yahoo.fr

Reçu le: 16/03/2020

Accepté le: 01/06/2020

Abstract:

In the Maghreb, the financial protection systems against health risk have been based on the Bismarckian social insurance model. Social health insurance, inconsideration of the importance of the sums it withdraws and redistributes, appears today to be the main form of protection against health risk. The objective of this paper is to assess the performance of social health insurance schemes in the Maghreb countries. To do this, we will first present the indicators and aspects of the performance of AMS schemes, then we will try to assess the performance of Maghreb AMS schemes, by analyzing their performance, both in terms of collection resources, pooling of funds and purchasing strategy.

Keywords: Social health insurance, performance, Maghreb countries.

JEL classification: I11, H55, O57.

Résumé :

Au Maghreb, les systèmes de protection financière contre le risque maladie ont été fondés sur le modèle d'assurance sociale bismarckien. L'assurance maladie sociale, en considération de l'importance des sommes qu'elle prélève et redistribue, apparaît aujourd'hui, comme la principale forme de protection contre le risque maladie. L'objectif de ce papier est d'évaluer la performance des régimes d'assurance maladie sociale dans les pays du Maghreb. Pour ce faire, nous présenterons d'abord les indicateurs et les aspects de la performance des régimes d'AMS, puis nous tenterons d'évaluer la performance des régimes d'AMS maghrébins, en analysant leurs performances, à la fois en termes de collecte de ressources, de mise en commun de fonds et de stratégie d'achat.

Mots-clés : Assurance maladie sociale, performance, pays du Maghreb.

Classification JEL: I11, H55, O57.

* *Auteur correspondant*

1. Introduction

Les assurances sociales sont un système de garantie sociale établi par l'État sous forme d'une loi, pour permettre aux travailleurs et aux membres de leur famille, privés de moyens d'existence, d'obtenir des aides matérielles de l'État, lorsque ces derniers perdent leur capacité de travail ou interrompent le travail pour des raisons diverses (chômage, vieillesse, maladies, maternité, blessures, handicap, décès, etc. (Shicheng, 1998, p 1).

L'assurance maladie sociale est la branche la plus importante des assurances sociales. Elle est considérée comme un moyen très efficace pour garantir l'accès équitable de la population aux services de santé. (Carrin, 2002, p 4). Toute assurance maladie sociale, quelle que soit la population couverte, remplit deux fonctions : elle mutualise le risque comme le ferait toute assurance et elle redistribue les ressources puisque les recettes sont en fonction des salaires ou des revenus et non des risques encourus. (Boyer et al., 2001, p 10). Elle répond ainsi à l'objectif de couverture universelle puisqu'elle rend accessible à tous, un ensemble de services de base (Carrin, 2001, p 201).

Les pays en développement ont de plus en plus recours à ce tette forme d'assurance pour atteindre divers objectifs. Ainsi, dans certains pays, il s'agit de réduire le risque de voir une partie de la population sombrer dans la pauvreté du fait du niveau élevé des dépenses directes pour les soins de santé. Dans d'autres, l'assurance maladie vise à protéger et à améliorer la santé, grâce à une utilisation accrue des services de santé, notamment des services prioritaires. (Wang et al., 2010, p 89).

A l'instar des autres pays en développement, depuis leur indépendance, les pays du Maghreb essayent, à travers plusieurs mesures politiques, d'étendre la couverture assurantielle à une population plus large possible et d'améliorer la performance de leur système de santé en sa globalité. Une telle ambition ne peut être réalisée sans un système de financement développé et efficace où les mécanismes de solidarité représentent une part substantielle, notamment l'assurance maladie sociale.

L'objectif de ce papier est d'évaluer la performance des régimes d'assurance maladie sociale dans les pays du Maghreb. Pour y parvenir, nous allons, dans un premier temps, présenter les indicateurs et les aspects de la performance de l'AMS, ensuite dans un deuxième temps, nous tenterons d'évaluer la performance des régimes d'AMS maghrébins, en analysant leur performance, à la fois en termes de collecte de ressources, de mise en commun de fonds et de stratégie d'achat.

2. Indicateurs et aspects de la performance de l'AMS

D'après Carrin et James la performance d'un régime d'Assurance Maladie Sociale, comme tout système de financement de la santé, peut être évaluée en deux étapes. Dans la première, l'évaluation de la performance de l'AMS peut se faire en termes de « financement de la santé » pur : collecte des ressources financières, allocation de ces ressources et garantie d'un panier de prestations spécifiques (Carrin et James, 2005, p 472). Dans une deuxième étape, on peut l'évaluer en fonction de son impact sur les objectifs finaux du système de santé, c'est-à-dire : égalité en matière de santé, réactivité, égalité dans la réactivité, et équité dans le financement. Etant donné que nous nous intéresserons ici à la fonction de financement de la santé de l'AMS, notre analyse en distinguera trois sous fonctions interdépendantes :

recouvrement des cotisations, mise en commun des risques et achat. Les indicateurs de performance proposés seront classifiés selon ces sous-fonctions.

2.1. Indicateurs relatifs au recouvrement des cotisations

Les indicateurs relatifs au recouvrement des cotisations comprennent deux éléments : la couverture de la population et les méthodes de financement.

2.1.1. Couverture de la population

Le pourcentage de la population couverte par le système d'assurance maladie est un élément important, non seulement pour favoriser une meilleure accessibilité financière à l'ensemble de la population, mais également pour générer suffisamment de ressources pour financer le système de santé (OMS, 2005, p 83.) Plus il est élevé, plus grande est l'accessibilité financière et plus les revenus sont importants. Toutefois, il ne suffit pas de regarder simplement le pourcentage de la population couverte mais d'examiner les différentes catégories de population afin de mieux comprendre l'évolution de cet indicateur.

2.1.2. Méthodes de financement

Le mode de financement de l'Assurance maladie sociale doit pouvoir générer des ressources suffisantes pour financer le système de soins, et doit permettre d'améliorer l'accessibilité financière aux services de santé. En effet, pour assurer une protection financière contre les coûts de la santé, les mécanismes de paiement utilisés pour les soins doivent générer des revenus suffisants et pérennes afin que le régime AMS fonctionne convenablement. Un premier indicateur de performance des méthodes de financement, est le ratio des cotisations payées d'avance par rapport au coût total des prestations d'AMS.

2.1.2.1. Ratio de cotisations payées d'avance par rapport au coût total des prestations d'AMS

Deux méthodes de paiement peuvent être utilisées pour payer les soins de santé. La première méthode consiste en un paiement direct par les usagers. En revanche, la deuxième méthode consiste en des cotisations payées d'avance, qui offrent une meilleure protection contre certaines conséquences financières inattendues des soins de santé (Carrin et James, 2004, p 25). Un ratio plus élevé de cotisations payées d'avance par rapport aux coûts assumés par l'assuré et à l'utilisation des services de santé indique un régime AMS plus performant car il permet d'assurer une meilleure accessibilité financière pour tous (Musango et al., 2009, p 9). Toutefois, il faut être prudent lors de l'interprétation de ce ratio : il peut être très élevé mais avec un forfait de prestations très limité. De plus, en présence d'aléa moral les individus peuvent avoir une demande excédentaire de soins de santé lorsqu'ils sont confrontés à un prix subventionné de santé.

Vu que des données comparables sur les cotisations payées d'avance spécifiquement relatives au forfait de prestations de santé dans les pays dotés d'un régime AMS ne sont pas disponibles, Carrin G et James C (2004) suggérèrent comme indicateur pour approcher le niveau de cotisations payées d'avance par rapport au coût total des prestations AMS : le ratio dépenses des administrations publiques en santé en pourcentage des dépenses totales de santé (degré de prépaiement).

2.1.2.2. Protection contre les dépenses catastrophiques

Pour apprécier les performances du dispositif de prise en charge, il importe donc d'apprécier sa capacité à protéger les assurés contre les « catastrophes » sanitaires individuelles, les événements exigeant des soins très coûteux (Bras et Tabuteau, 2012, p 88). Usuellement, le degré de protection contre le risque financier est appréhendé par le pourcentage des ménages subissant des dépenses de santé catastrophiques et par le ratio paiements directs des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé.

- Ratio paiement direct des ménages

Dans la plupart des pays africains, et des pays en voie de développement en général, la participation des ménages dans le financement de la santé est importante par rapport à d'autres sources de financement. Pour l'OMS, même si le ratio est relativement faible, tout type de paiement direct imposé aux particuliers peut les dissuader d'utiliser les services de santé, ou pousser sous le seuil de pauvreté les personnes qui la côtoient déjà. Ce n'est que lorsque le recours aux paiements directs chute à 15-20% (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2013, p 64) des dépenses totales de santé que l'incidence financière n'est plus significative pour les ménages et que le taux d'appauvrissement atteint des niveaux négligeables.

- Pourcentage des ménages avec les dépenses catastrophiques

C'est le pourcentage des dépenses liées à la santé par rapport au revenu non indispensable à la subsistance des ménages. Plus ce pourcentage est faible, plus l'indicateur est jugé performant. On parle de dépenses catastrophiques quand les dépenses liées à la santé atteignent ou dépassent 40 % du revenu non indispensable à la subsistance du ménage, c'est-à-dire le budget restant une fois les besoins de base satisfaits.

2.2. Indicateurs relatifs à la mise en commun du risque

Le partage des risques est dépendant tant de l'ampleur des frais d'utilisation payés et tant du niveau de fragmentation du partage des risques. Lorsqu'il existe plusieurs petits systèmes de partage des risques, il peut y avoir une dispersion. Par conséquent, les systèmes de mise en commun auxquels sont rattachés les groupes à faible revenu recevront des contributions moins élevées, ce qui se traduira par des prestations de santé moins généreuses et des limitations d'accès. Dans le but de prévenir cette fragmentation, un mécanisme de compensation des risques, qui permet d'ajuster les ressources disponibles mises en commun en fonction des différents risques des affiliés, devrait être mis en place. La création d'un fonds unique peut réduire considérablement les coûts administratifs, et garantir un forfait de prestations identiques à l'ensemble de ses assurés, en plus d'un financement équitable basé sur leur capacité de paiement. De même, en réduisant la fragmentation, il y a un potentiel accru pour fournir une protection financière à partir d'un niveau donné de fonds prépayés, qui, à leur tour, permettront d'atteindre plus facilement les objectifs d'équité (Belmaati, 2015, p. 23)

2.3. Indicateurs relatifs à l'achat de services

Un autre aspect de la performance se rapporte au panier de prestations et son contenu. Les cotisations mises en commun vont servir à acheter un panier de prestations, définies dans un contrat liant l'AMS et les fournisseurs de soins de santé de tous les niveaux du système. Ce

panier devrait être le plus complet possible en tenant compte des difficultés budgétaires du régime. Deux indicateurs sont généralement retenus pour apprécier la fonction achat de services, il s'agit d'une part de l'existence et du bon fonctionnement des mécanismes de contrôle (révision, informations sur les droits des usagers, comités d'appréciation des actes médicaux, revue des réclamations), et d'autre part de l'existence de contrats bien faits et de leur mise en œuvre. En outre, la façon dont les prestataires de soins sont rémunérés par l'assurance maladie conditionne leur capacité à fournir les services de santé adéquats ainsi que leur capacité à maîtriser la qualité et les coûts de leur activité, et ceci de manière **significative**, pouvant affecter l'utilisation optimale des ressources.

2.3.1. L'existence et le bon fonctionnement de mécanismes de contrôle

Les mécanismes de contrôle ont pour principal objectif de s'assurer que le forfait de prestations de soins de santé est correctement reçu et compris par tous les affiliés afin qu'ils demandent accès à l'ensemble des services auxquels ils ont droit. Toutefois, des informations complètes sur les droits des prestataires ne signifient pas la connaissance pour le patient du traitement qu'il devrait recevoir lorsqu'il tombe malade. Par ailleurs, même en ayant toute l'information sur ses droits, le patient doit faire appel au fournisseur de soins pour décider quel service il devrait recevoir : il existe ici une asymétrie d'information, phénomène connu sous le vocable de « problème de l'agent », au cours duquel le fournisseur de soins de santé (l'agent) prend la décision pour le compte du patient (le principal).

Cette mainmise de l'agent peut provoquer soit une sous production soit une surproduction des soins de santé. C'est pourquoi, la présence de mécanismes de contrôle permet de s'assurer que les réclamations faites par les fournisseurs sont justifiées. Ces mécanismes de contrôle sont une indication d'un forfait de prestations de soins de santé bien mis en œuvre et donc de bonne performance.

2.3.2. Existence de contrats bien faits et leur mise en œuvre

Le contrat entre le prestataire de soins et la caisse d'assurance doit comporter non pas simplement un certain nombre de clauses, mais également le potentiel de contestabilité du contrat. La nécessité de renouveler les contrats mettrait de la pression sur les fournisseurs pour offrir des soins de qualité.

2.3.3. Mécanismes de paiement aux fournisseurs

La façon dont les prestataires de soins sont rémunérés par l'assurance maladie conditionne leur capacité à fournir les services de santé adéquats ainsi que leur capacité à maîtriser la qualité et les coûts de leur activité, et ceci de manière **significative**, pouvant affecter l'utilisation optimale des ressources. Il n'y a pas de bon système de paiement des professionnels, chaque mode de rémunération comporte des avantages et des inconvénients (Brahamia B, 2010, p146).

2.3.3.1. La rémunération à l'acte

La rémunération à l'acte est un mécanisme de paiement par lequel les fournisseurs sont payés pour chaque acte fourni à un client. La rémunération à l'acte incite le médecin à augmenter le nombre de consultations qu'ils donnent en une heure (leur productivité). Il peut

aussi choisir d'augmenter son temps de travail et d'augmenter son revenu (Albouy et Crepon, 2007, p 8). La rémunération à l'acte est ainsi susceptible d'orienter la pratique médicale vers un double accroissement de l'offre de soins.

2.3.3.2. La rémunération à la journée

Elle consiste à payer un forfait journalier au prestataire pour un paquet complet ou réduit de prestations fournies, complété par une facturation par acte supplémentaire (BIT, 2001, p 58), ce qui pourrait être une incitation à augmenter la durée du séjour des patients et à accroître le nombre d'admissions. L'effet sur la qualité peut être négatif en l'absence de concurrence ou de contrôle, puisque les hôpitaux ont intérêt à réduire leurs facteurs de production afin de diminuer les coûts.

2.3.3.3. La rémunération au cas (ou paiement par épisode de maladie)

La rémunération au cas est un mode de tarification forfaitaire. Le prestataire s'engage sur un montant fixe correspondant à tout ou partie des actes à fournir pour une prestation donnée sur la base d'une liste de diagnostics correspondant aux actes à fournir pour le traitement spécifique de différentes maladies. Elle peut être utilisée pour les soins ambulatoires et les malades hospitalisés, et est facile à administrer.

2.3.3.4. La rémunération à la capitation

Une autre forme de paiement est le système de paiement par capitation : dans le cadre de ce système, le médecin reçoit un salaire pour prodiguer des soins à un groupe défini de patients dont il a la charge. Ce mode de rémunération est très utilisé dans les pays où les soins primaires sont dispensés par des généralistes libéraux travaillant en groupes avec d'autres professionnels (Australie, Danemark, Irlande, Norvège, Nouvelle Zélande, Pays Bas, Royaume-Uni, Pologne) ou uniquement avec des médecins (Canada, Italie). La capitation n'incite pas à augmenter les volumes des actes puisque les fournisseurs ne sont pas payés selon la quantité et la composition des soins de santé offerts aux personnes, comme c'était le cas pour les trois méthodes de paiement précédentes, il n'existe pas d'incitatif à fournir excessivement des soins de santé. Toutefois, ce système de paiement peut donner naissance au problème opposé, soit une sous-production de soins de santé.

2.3.3.5. Le salaire

Le salariat représente un mode de rémunération forfaitaire dans lequel le revenu est invariant quelle que soit l'activité du médecin, qu'il s'agisse du nombre de patients soignés ou de la quantité de services fournis par patient (Grignon et al., 2002, p 3). Dans la pratique, les salaires pourraient peu inciter le médecin à offrir des services complets (surproduction), mais la sous-production est probable puisque les salaires peuvent amener une faible motivation personnelle. Ceci peut même amener les prestataires à travailler aussi dans le secteur privé.

3. Evaluation de la performance de l'AMS au Maghreb

Sur la base de ce qui a été développé ci-dessus, nous allons chercher à évaluer le rôle de l'AMS en mesurant sa performance en termes de collecte de fonds et de mise en commun de fonds et de stratégie d'achat. A cette fin, nous utiliserons les indicateurs qui correspondent le

plus précisément au degré de réalisation des objectifs qui doivent être atteints par tout système de financement de la santé, en particulier : la génération de ressources suffisantes, leur utilisation optimale, en vue de rendre les services de santé accessibles à tous. En raison de l'indisponibilité de l'information, nous avons été amenés à évaluer la performance de l'AMS dans les trois pays du Maghreb en nous limitant à un certain nombre d'indicateurs.

3.1. La performance en matière de collecte des ressources

L'analyse de la collecte des revenus par l'assurance maladie sociale permettra de s'interroger sur la part de la population couverte par celle-ci, mais également de déterminer son mode de financement.

3.1.1. La couverture de la population

Au Maroc la généralisation de la couverture sociale connaît quelques insuffisances du fait qu'elle n'est pas généralisée à tous les citoyens et citoyennes marocains. Elle est encore faible malgré les efforts importants consentis par les pouvoirs publics marocains pour améliorer l'accès aux soins. Plus de 45,6% de la population ne bénéficie pas d'un mécanisme de protection du risque en 2017. Néanmoins, les dispositifs mis en place depuis une dizaine d'années ont permis d'enregistrer des progrès indéniables. Alors qu'il y a 17 ans, seuls cinq millions de Marocains bénéficiaient d'une couverture médicale (Mathiau, 2016, p35), en 2015, grâce à l'AMO, le RAMED et les régimes transitoires, le Maroc a pu élargir la couverture du risque maladie pour atteindre aujourd'hui 19,4 millions de bénéficiaires, soit 54,6 % de la population marocaine (Conseil Economique, Social et Environnemental, 2018, p 20).

Le constat est le même en Tunisie où, en dépit des efforts consentis depuis l'indépendance en matière de sécurité sociale et de protection sanitaire, tous les Tunisiens ne disposent pas encore d'une couverture contre le risque maladie. Sur l'ensemble de la population tunisienne estimée à 11 295 787 personnes en 2016, 58% des tunisiens bénéficient de la couverture de l'assurance maladie, 7,3% bénéficient de l'assistance médicale gratuite (AMG1) et 17,5% bénéficient de l'assistance médicale à tarif réduit (AMG2). Le reste de la population estimé à 17,2% est dépourvu de toute couverture sociale contre la maladie (Centre de recherche et d'études sociales, 2019, p 8). Il s'agit essentiellement des chômeurs qui ne contribuent pas au régime d'assurance maladie, des travailleurs saisonniers et occasionnels, des petits métiers du secteur informel et des personnes âgées éligibles à l'assistance médicale gratuite mais qui n'en disposent pas pour diverses raisons. Ce pourcentage d'exclus de la couverture santé, financent intégralement leurs frais de soins ou recourent aux mécanismes de la solidarité familiale. Ces franges vulnérables de la société ont des besoins de santé qui ne sont pas totalement satisfaits, ce qui réduit leur droit à la santé (Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing, 2014, p 46).

En Algérie, le système de la sécurité sociale compte plus de 14 millions d'assurés sociaux (Office National des Statistiques, 2018, p 19). En prenant en compte les ayants-droit, près de 37 millions de personnes seraient couvertes (MTESS, 2018), soit environ 90% de la population totale en 2017. Malgré ce taux qui semble important, nombreux sont ceux ne disposant d'aucune couverture sociale. L'enquête de l'ONS relative à l'emploi fait état d'une information très importante : 4,7 millions de travailleurs (42,4% de l'ensemble des occupés)

ne sont pas déclarés et donc non affiliés à aucune caisse de sécurité sociale et ne disposent d'aucune couverture sociale, y compris donc l'assurance maladie et autres en rapport avec la maladie. Cette population, sans couverture sociale, se soigne quasi-gratuitement dans le secteur public mais pour les médicaments, les analyses médicales, les examens, le transport médical et de nombreux autres services de santé notamment spécialisés et les accouchements en milieu rural s'adressent au secteur privé avec des débours non compensés par aucune forme d'assurance sociale (Lamri, 2017, p 73 et74).

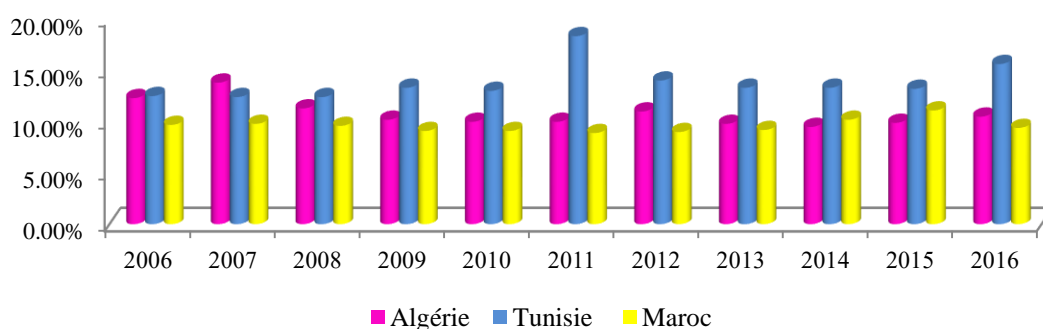
Le caractère partiel de la couverture dans ces pays tient essentiellement à la persistance de niveaux élevés du chômage et le développement d'activités informelles qui échappent aux cotisations. Par effet de miroir, la couverture sanitaire universelle est influencée par ces dysfonctionnements structurels, aussi bien sur le plan de la gouvernance que sur celui du financement.

- **Le niveau élevé du chômage**

La croissance qui théoriquement a pour corollaire la création d'emplois, n'a que peu contribué à la réduction du chômage au sein de ce groupe de pays avec des taux supérieurs à 10% en 2015. L'économie maghrébine n'arrive pas à atteindre un taux de croissance suffisant pour réduire le chômage qui demeure élevé car il résulte de la conjonction de la croissance démographique, de l'arrivée massive des femmes sur le marché du travail et des suppressions d'emplois massives dans le secteur public économique. Afin de juguler l'expansion de ce chômage, les gouvernements de ces trois pays ont entamé un processus de réformes se traduisant par la mise en œuvre de programmes d'aide à l'insertion des jeunes diplômés dans le monde professionnel. La figure N°1 retrace l'évolution du taux de chômage dans les pays du Maghreb pour la période 2006-2016.

Figure N° 1

Evolution du taux de chômage dans les pays du Maghreb



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données de la Banque Mondiale disponibles sur internet à l'adresse : <http://wdi.worldbank.org>

- **Le développement de l'emploi informel**

De nombreux facteurs sont avancés pour expliquer la présence et l'évolution du travail informel : le chômage, l'instabilité du travail formel, l'anticipation de l'âge de la retraite, le poids des charges fiscales et sociales, l'insuffisance des revenus (Abidi et Menahem, 2007, p 3). Le secteur informel prend une part de plus en plus grande dans l'économie des pays en développement, en termes de production, de distribution de revenu ainsi que de création

d'emplois. L'augmentation de la part de l'emploi informel dans l'emploi global a des conséquences sur le financement du système de sécurité sociale, sur la branche assurance maladie sociale et sur le taux de couverture sociale de la population.

Le tableau N°1 indique que de toutes les régions, si l'on exclut les économies en transition (Europe de l'Est, Russie et Asie Centrale), c'est l'Afrique du Nord qui a le plus faible taux d'emploi dans l'économie informelle (50,2 %) devant l'Afrique sub-saharienne, l'Asie du Sud et du Sud-est (respectivement 75,8 % et 66,7 %), et l'Amérique Latine (57,2 %). Dans la région Afrique du Nord, la tendance semblait être à la hausse dans tous les pays notamment à partir de la décennie 1980. Le taux d'emploi informel est passé en Tunisie de 35% en 1980 à 40,2 en 2014. C'est aussi le cas pour le Maroc et l'Algérie. Ce taux est passé en Algérie de 21,8% en 2000 à 40,7% en 2014, et au Maroc de 56,9% à 70,1% sur la même période.

En Algérie et d'après une enquête de l'Office National des Statistiques effectuée durant le quatrième trimestre 2010, près de quatre millions d'Algériens travaillent dans l'informel, soit 45,6% de la main d'œuvre totale non agricole contre 1,6 millions en 2001. Par ailleurs, la répartition selon le secteur d'activité fait ressortir que 45,3% de l'emploi informel relève du secteur du commerce et services, 37,4% du secteur du bâtiment et des travaux publics, et 17,3% de l'industrie. L'enquête révèle que près de la moitié de cette population est constituée de salariés non permanents (47,9%) et 44,3% de personnes travaillant pour leur propre compte.

Au Maroc, d'après l'enquête nationale (1999-2007), le secteur du commerce demeure le premier pourvoyeur de l'emploi informel, il occupe à lui seul plus de la moitié (53%) des actifs de ce secteur. Le secteur industriel vient en deuxième place avec 21,5% du total de la main d'œuvre informelle, suivi du secteur des « services » qui crée 19,1% d'emplois informels. Le secteur du bâtiment et des travaux publics, quant à lui, ne participe que peu à l'offre d'emplois informels et sa contribution ne dépasse guère 6,4%.

En Tunisie, le secteur du BTP concentre les deux tiers des emplois informels. L'emploi informel est un phénomène qui, en Tunisie, se concentre particulièrement au sein des populations jeunes occupées sur le marché du travail : 60 % des hommes et 83 % des femmes occupant un emploi informel en 2014 sont âgés de moins de 40 ans (Ben Cheikh, 2013, p 61). Ce constat est le même en Algérie et au Maroc.

En Algérie, d'après toujours l'enquête de l'Office National des Statistiques effectuée durant le quatrième trimestre 2010, près d'un employé de l'informel sur cinq était âgé entre 15 et 24 ans, et un sur quatre âgé entre 25 et 29 ans, soit près de la moitié (44,5%) était âgée de moins de 30 ans, ce qui montre la difficulté des jeunes à s'insérer dans le marché du travail. En outre, les résultats de l'enquête démontrent le faible niveau d'instruction des intervenants dans ce secteur, précisant que 79,8% n'avaient pas dépassé le cycle moyen.

Au Maroc, toujours d'après l'enquête nationale (1999-2007), la population active informelle s'avérait de moins en moins jeune puisque la proportion des actifs âgés de moins de 35 ans était de 42,6% en 2007, proportion plus importante que les années précédentes.

Table N°1

Emploi dans l'économie informelle en proportion de l'emploi non agricole par période quinquennale, par pays et par région

Années Régions/Pays/	1975-79	1980-84	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04	2005-09	2009-14
Afrique du Nord	39,6		34,1		47,5	47,3	53,0	50,2
Algérie	21,8		25,6		42,7	41,3	45,6	40,7
Maroc		56,9			44,8	67,1	78,5	70,1
Egypte	58,7		37,3		55,2	45,9	51,2	49,6
Tunisie	38,4	35,0	39,3		47,2	35,0	36,8	40,2
Afrique sub-saharienne		67,3	72,5	76,0	78,1	67,6	72,3	75,8
Asie de l'Ouest						43,2		51,5
Asie du Sud et du Sud-Est			52,9	65,2	69,9		70,5	66,7
Amérique Latine				52,5	54,2	55,9	57,7	57,2
Economies en transition						20,7	22,6	20,2

Source : (Ben Cheikh, 2013, p 35)

3.1.2. Le mode de financement

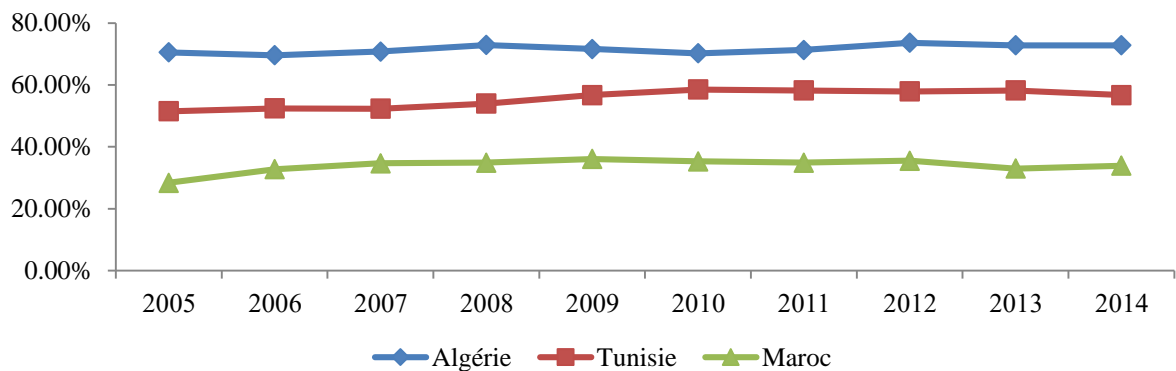
Le mode de financement de l'assurance maladie sociale doit pouvoir générer des ressources suffisantes pour financer le système de soins, et doit permettre d'améliorer l'accessibilité financière des services de santé.

3.1.2.1. Ratio de cotisations payées d'avance par rapport au coût total des prestations d'AMS

Pour approcher le niveau de cotisations payées d'avance par rapport au coût total des prestations AMS, Carrin G et James C (2004) suggèrent comme indicateur le ratio dépenses des administrations publiques en santé en pourcentage des dépenses totales de santé appelé aussi degré de prépaiement. La figure 2 retrace l'évolution du degré de prépaiement dans les trois pays du Maghreb. Comme on le voit, à l'exception de l'Algérie où le taux dépasse 70%, dans les autres pays du Maghreb, le paiement anticipé demeure faible notamment pour le Maroc qui enregistre un taux inférieur à 40%.

Figure N°2

Evolution du taux de prépaiement dans les pays du Maghreb



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données tirées de la base de données de l'OMS disponible sur internet à l'adresse: <http://apps.who.int/nha/database>

3.1.2.2 Protection contre les dépenses catastrophiques

Faute de données retraçant l'évolution des dépenses catastrophiques dans cette région, nous avons été amenés à présenter dans un premier temps l'ampleur des paiements directs des ménages, qui est lui-même considéré comme une source d'iniquité du système de financement de la santé. Ces paiements directs constituent une barrière importante à l'accès et exposent les ménages à un risque élevé de dépenses catastrophiques et d'appauvrissement. Ils creusent les inégalités. Ils contribuent pour une part importante à l'inefficience du système de santé.

- Dépenses directes pour la santé

Chaque année, une petite proportion des ménages des pays du Maghreb peuvent avoir à faire face à des dépenses de santé « catastrophiques » en raison d'une grave maladie ou d'un accident. Les pays où les paiements directs des patients représentent une proportion relativement forte des dépenses de santé tendent aussi à avoir une proportion plus élevée de ménages frappés par des dépenses catastrophiques.

En Tunisie, l'analyse de la structure des dépenses totales de santé montre que presque la moitié de la facture sanitaire est supportée directement par les ménages (45 % en y incluant les frais de contributions aux mutuelles et assurances privées complémentaires du régime de base). La hausse des dépenses des ménages réduit la portée de l'assurance contributive par l'intermédiaire de la CNAM et l'assistance médicale gratuite pour leur contenu, en raison de la forte inflation des services de santé.

Il en est de même pour le Maroc où la proportion élevée des paiements directs dans les dépenses santé constitue un des problèmes majeurs de son système de soins. Le paiement direct des ménages constitue la source de financement principale du système alors que le financement collectif (fiscal et contributif) ne dépasse guère 41% du financement global. Cette répartition des dépenses de santé expose les ménages, notamment les plus vulnérables, au risque de dépenses catastrophiques.

En Algérie, la part des dépenses de santé à la charge des ménages, estimée à 26,50 % en 2014, est largement inférieure à celle que l'on observe au Maroc (58,41%) ou en Tunisie (37,72%). Néanmoins, ce ratio reste élevé et loin des recommandations de l'OMS et de la Banque Mondiale, qui fixent ce taux à moins de 10%.

- **Pourcentage des ménages avec les dépenses catastrophiques**

Environ 150 millions de ménages dans le monde font face à des dépenses catastrophiques de santé, et quelque 100 millions tombent dans la pauvreté à cause des coûts des services de santé (OMS, 2010, p 6). En Algérie, d'après Larbi Lamri, le risque de dépenses catastrophiques menace de nombreuses familles nécessiteuses et les dépenses directes de santé des ménages vulnérables sont souvent la cause de leur appauvrissement et viennent contredire le premier des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMS) pour 2015, qui est de réduire de moitié la pauvreté dans le monde. Pour éviter ce type de situation, l'économiste de la santé préconise, entre autres, la révision des niveaux de remboursement des actes, l'encadrement économique et financier du secteur privé par l'administration publique pour contrôler les prix pratiqués et prestations fournies et l'élargissement de la couverture du risque maladie aux caisses d'assurances économiques.

Le constat est le même au Maroc où certains ménages sont obligés d'effectuer des dépenses de santé représentant des proportions catastrophiques de leur revenu disponible. En conséquence, les dépenses de santé peuvent provoquer le glissement de certains ménages dans la situation de pauvreté. Chaque année, près de 2% des ménages doivent faire face à une catastrophe financière et près de 1,4% des ménages passent en dessous du seuil de pauvreté à cause des dépenses directes pour se soigner (Ministère de la santé du Royaume du Maroc., 2013, p 31).

Une analyse plus affinée du financement de la santé en Tunisie, utilisant les données des enquêtes des dépenses de ménages avec la contribution technique de l'OMS, a aussi montré un autre indice d'iniquité de financement entre les citoyens en fonction de leurs revenus. Il s'agit du niveau élevé (4,5 %) des ménages qui arrivent annuellement au seuil des dépenses dites catastrophiques pour raison de maladie d'un ou plusieurs membres de la famille. Ce niveau des dépenses entraîne la perte des économies des familles, oblige à l'endettement et parfois à la vente des sources de revenu telles que les terrains agricoles ou le cheptel. L'étude a aussi révélé que 1 à 2% des ménages tombent annuellement sous le seuil de la pauvreté à cause des dépenses médicales.

3.2. La performance en matière de mise en commun des ressources

L'assurance maladie sociale joue également un rôle fondamental dans la mise en commun des ressources, action qui est indissociable de la collecte et qui consiste à accumuler et à gérer les revenus afin que le risque du paiement des soins de santé soit réparti entre tous les membres du groupe.

En Tunisie, la réforme du système d'assurance maladie engagée en 2007 a permis d'unifier les multiples régimes d'assurance maladie créés successivement durant les cinq dernières décennies, en un seul régime couvrant la quasi-totalité des assurés sociaux, sous l'égide de la CNAM, créée à cette occasion. Toutefois, le système de financement reste fragmenté, avec la coexistence de deux régimes explicites (assurance maladie obligatoire et assistance médicale gratuite), trois filières de soins (filière publique, filière privée, filière système de remboursement de frais) et assurance complémentaire (mutuelles et assurance privée) (Ben Salah et al., 2014, p 54). Cette fragmentation limite la solidarité et augmente le coût de l'administration générale du système. En plus, elle rend extrêmement complexe

l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie claire et cohérente du système de santé. Il en découle également une iniquité.

Au Maroc, l'organisation de l'AMO est également caractérisée par une mise en commun multiple des risques avec deux gestionnaires. Ce nombre est appelé à croître avec la mise en œuvre de l'AMI. Cette situation n'est pas parfaite dans la mesure où l'on assiste, d'une part, à une absence de mécanisme de liaison entre ces différents systèmes de mise en commun des ressources, et d'autre part, à l'existence de forfaits de prestations de santé différents. Ce qui remet en cause le principe d'équité d'accès aux soins et par la même occasion fait perdre au Maroc la possibilité d'étendre la couverture médicale à des personnes avec des revenus limités (Belmaati, 2015, p 19). Cette fragmentation, si elle est renforcée, pourrait être à l'origine de déficits financiers, étant donné qu'elle peut menacer les principes fondamentaux de l'assurance sociale, en l'occurrence la solidarité et la mutualisation des risques.

En Algérie, la fragmentation apparaît à travers l'existence de plusieurs mécanismes de financement et de dispositifs de couverture du risque maladie qui ne sont pas liés d'une manière ou d'une autre. Cela implique un manque de solidarité, une inexistence de redistribution des ressources entre eux et entre les couches sociales, mais aussi une forte duplication des fonctions administratives et donc un besoin de coordination avec, comme conséquences, des coûts de transaction et des frais administratifs y afférents élevés.

3.3. Performance en matière de stratégie d'achat

L'assurance maladie est largement impliquée dans le processus d'achat des prestations de santé au cours duquel les fonds d'une caisse sont versés à des prestataires. Dans cette sous-section nous nous attacherons à analyser quelques aspects de performance relatifs à la fonction achat des prestations à savoir : la définition du panier de biens et services, l'existence et le bon fonctionnement des mécanismes de contrôle ainsi que les mécanismes de paiement des prestataires.

3.3.1. Définition du panier de biens et services

Le panier de biens et services de santé auxquels l'assurance maladie obligatoire donne droit doit être le plus complet possible tout en tenant compte des ressources disponibles. Ce panier de soins est constitué de l'ensemble des prestations auxquelles tout citoyen peut avoir droit.

En Algérie, le panier de soins pris en charge par les caisses est défini de façon très large, si bien qu'il inclut quasiment tous les soins curatifs et préventifs possibles (Banque Mondiale, 2007, p166). Les caisses couvrent l'ensemble des soins délivrés dans les structures publiques à leurs affiliés par l'intermédiaire du "forfait hôpital". Les soins reçus dans le privé et les médicaments remboursables, quant à eux, sont remboursés à hauteur de 80% des tarifs réglementaires. Dans certains cas : maladies chroniques, hospitalisation supérieure à 30 jours, retraités touchant une faible retraite, le taux est porté à 100%. Toutefois, les tarifs réglementaires n'ont pas été revus depuis 1987. Leur montant est donc aujourd'hui très inférieur aux tarifs pratiqués dans le privé, si bien que les remboursements de la sécurité sociale ont une valeur quasiment "symbolique". Les démunis qui ne sont pas rattachés à la CNAS sont pris en charge directement par l'Etat (ministère de l'emploi et de la solidarité

nationale). Leurs dépenses de soins sont couvertes par la part de la dotation de fonctionnement des établissements financée par l'Etat. Aucun panier de soins n'est défini et tous les soins dispensés dans le secteur public sont pris en charge. En revanche, les dépenses que pourraient supporter les démunis dans le secteur privé ne sont pas remboursées par l'Etat.

En Tunisie, la CNAM prend en charge les frais des soins délivrés dans les structures publiques et privées pour les assurés et leurs ayants-droits, à l'exception des soins esthétiques. Au niveau du secteur privé, la CNAM prend en charge les maladies lourdes et chroniques (liste de 24 APCI), le suivi de la grossesse et l'accouchement, les soins ambulatoires ainsi que certaines hospitalisations chirurgicales selon une liste définie par arrêté du 29 juin 2007. A partir du 1er juillet 2008, elle prend en charge également les soins ambulatoires pour les filières : privée et remboursement, comme suit :

- Tous les actes médicaux et paramédicaux (ex : radiologie, biologie, consultation, chirurgie...).
- La fourniture des produits pharmaceutiques, de l'appareillage et des frais de transport sanitaire quels qu'ils soient dans les structures sanitaires publiques ou privées.
- Les dépenses de soins des assurés dans le cadre du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les trois filières possèdent des avantages communs offerts à tous les affiliés. Ces derniers peuvent toujours se faire hospitaliser dans les services sanitaires publics relevant du ministère de la santé ainsi que, dans certains cas, dans les structures privées. Tous les affiliés peuvent également bénéficier de soins spécifiques tels que l'hémodialyse, la transplantation d'organes, etc.

Au Maroc, il existe deux paniers de soins distincts. Pour les salariés et titulaires de pensions du secteur public, l'AMS garantit toutes les prestations de soins et de services préventifs et curatifs [prévus à l'article 7 de la loi 65-00] délivrés à titre ambulatoire ou dans le cadre de l'hospitalisation (actes médicaux, chirurgicaux, de biologie médicale et de toutes spécialités, actes paramédicaux, médicaments, biens et dispositifs médicaux admis au remboursement). Pour les salariés et titulaires de pensions relevant de la CNSS, au démarrage, le panier de soins couvert par la CNSS était limité au suivi des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, au suivi de l'enfant de moins de 12 ans, au suivi de la maternité et aux hospitalisations. A partir de février 2010, ce panier de soins a été étendu aux soins ambulatoires au profit de tous les bénéficiaires AMS. Parallèlement, à partir de janvier 2015, ce panier a été élargi pour couvrir les soins dentaires, et ce pour l'ensemble des bénéficiaires, sans condition d'âge.

Théoriquement, dans les trois pays du Maghreb, le panier de soins répond à des principes d'équité dans l'accès aux soins pour les assurés sociaux : accès à tous les soins disponibles dans les structures sanitaires publiques et accès différencié aux prestataires privés. L'assurance maladie sociale fournit un panier de soins presque identique à l'ensemble de la population. Néanmoins elle ne permet, pour l'essentiel, que l'accès aux services fournis par les structures hospitalières et sanitaires publiques et, sauf exception, au secteur privé.

3.3.2. Existence de mécanismes de contrôle

L'AMS au Maroc dispose d'un mécanisme de contrôle appelé « contrôle médical » qui a pour mission de vérifier : la conformité des prestations, la dispensation des soins

médicalement requis, la validité des prestations rendues au plan technique et médical, l'existence, le cas échéant, des abus, des fraudes de prescription de soins et de facturation ; Et ce à travers deux types de contrôle, l'un a priori et l'autre a posteriori. Ceci dans l'objectif de maîtriser les dépenses de soins, d'assurer une prestation de qualité et finalement d'assurer l'équité et l'égalité à l'accès aux soins pour tous les assurés. Sur le plan pratique ce mécanisme manque de ressources humaines qualifiées nécessaire, en particulier des médecins contrôleurs toutes spécialités confondues, à l'accomplissement de sa mission, ce qui peut avoir comme conséquence le risque de fraude et de surfacturation de la part des prestataires de soins.

En Tunisie, il existe une direction de contrôle du ministère de la santé et de la CNAM. En cas de litige, le patient peut faire recours auprès de la direction de la relation avec les citoyens du ministère de la santé, de la CNAM ; auprès d'associations de protection du consommateur, ou aux tribunaux.

Comme pour le Maroc et la Tunisie, il existe également en Algérie une direction du contrôle médical. Elle est chargée d'étudier les dossiers médicaux des assurés sociaux ou de leurs ayants-droit dans le but de reconnaître la justification, sur le plan médical, de la demande en matière de remboursement ou d'admission en invalidité de toutes prises en charge couvertes par l'assurance maladie et incluses dans les conventions passées avec les partenaires de soins. Constitué de praticiens conseils (médecin conseil, chirurgien-dentiste conseil) et d'un personnel administratif, le contrôle médical est organisé, au plan national et local, selon une structure pyramidale. La mission de contrôle qu'exerce le praticien conseil assure l'application de la législation de la sécurité sociale et permet à tout assuré social, d'obtenir les prestations nécessaires à son état de santé.

3.3.3. Mécanismes de paiement des prestataires

L'assurance maladie sociale peut jouer un rôle d'acheteur actif ou passif. Il nous semble dans le cas des pays du Maghreb, que l'achat incombe à l'assuré, l'assurance maladie se contentant de fixer avec l'Etat les conditions de l'achat (la fixation des tarifs des professionnels de santé du secteur ambulatoire, la politique du médicament et le financement des structures hospitalières étant strictement du ressort de l'Etat). Néanmoins, le système d'assurance maladie se dirige peu à peu vers un paiement plus stratégique, notamment grâce à l'instauration du mécanisme de contractualisation, à la mise en place du médecin référent, et à la promotion des médicaments génériques.

En Tunisie, le mécanisme de paiement dominant dans le secteur privé est le paiement à l'acte, essentiellement pour les services ambulatoires (OASIS, 2014, p47). Ce mode n'incite ni à l'efficacité ni à la qualité, sachant que les tarifs conventionnels qui devraient être pratiqués ne sont pas respectés par la majorité des prestataires, laissant des montants de plus en plus élevés à la charge du patient. En revanche, les modalités de paiements, dans le secteur public, sont très nombreuses et complexes. Les activités ambulatoires ainsi que les hospitalisations sont rémunérées sur la base de montants forfaitaires incluant les examens complémentaires (laboratoire ou radiologie) et les médicaments de la nomenclature hospitalière. Il y a actuellement autour de 350 forfaits (groupes homogènes par pathologie) qui sont différents dans les hôpitaux régionaux et dans les établissements publics de santé.

En Algérie, les mécanismes de paiement en vigueur aujourd'hui, aussi bien dans le secteur public (le salariat) que dans le secteur privé (paiement à l'acte), ayant montré leurs limites, il est préconisé le recours à d'autres modes de paiement plus pertinents en matière de rapport coût- efficacité. Le salaire à base fixe n'incite pas à la performance et à la qualité, la rémunération à l'acte pousse à l'inflation et à la consommation d'actes pas toujours justifiés mais rentables pour le prestataire. De même, le système de marges relatives (un certain pourcentage du prix du produit) pour les grossistes et détaillants du médicament n'incite pas à promouvoir les génériques ou les produits les moins chers à efficacité et qualité équivalentes. D'après Miloud Kaddar (Kaddar, 2017, p 159) « *Les modes de rémunération dominants en Algérie relèvent d'un autre âge et peuvent contredire les objectifs de santé publique, d'usage rationnel des soins et des médicaments, de protection des malades et des usagers et de maîtrise des dépenses de santé. Il y a place pour l'innovation, la concertation et la mise en place de mécanismes motivants et équilibrés de rémunération des professionnels de santé et de meilleure gestion des ressources humaines* ».

Comme pour l'Algérie et la Tunisie, les modes de rémunération des prestataires de soins dominants au Maroc, aussi bien dans le secteur public (le salariat) que dans le secteur privé (paiement à l'acte), ne comportent que peu d'incitatifs au travail de qualité. C'est pourquoi, la réforme des modalités de rémunération des prestataires de soins constitue un des axes majeurs des réformes de financement de la santé. Pour cela, il faudra inventer des mécanismes d'achats stratégiques et des méthodes innovantes de paiement des prestataires pour gérer les dispositifs contractuels entre les prestataires de soins et les différents régimes de protection financière.

4. Conclusion

A travers cet article, nous avons essayé d'apprécier le rôle de l'AMS dans les pays du Maghreb, en procédant à l'évaluation de sa performance, tant au niveau de la collecte des ressources qu'au niveau de la mise en commun des fonds et de la stratégie suivie pour l'achat, et cela en nous basant sur les indicateurs de performance développés par Carrin et James (OMS, 2004), énoncés suivant les trois sous-fonctions de financement de la santé par l'AMS. Cette évaluation nous a permis de tirer plusieurs conclusions dont les plus importantes sont:

- Une couverture insuffisante de la population par l'AMS;
- Un degré de prépaiement faible, par rapport à la dépense globale de santé, notamment pour le Maroc qui enregistre un taux inférieur à 40%.
- Une mise en commun des ressources insuffisante, induite par une fragmentation des caisses et un taux important des paiements directs ;
- Des mécanismes de paiement des prestataires peu pertinents en matière de rapport coût- efficacité.

Par conséquent, en tenant compte de toutes ces lacunes, les pays du Maghreb devraient mieux réfléchir pour l'avenir de la couverture médicale en général et de l'assurance maladie sociale en particulier, ayant comme modèle les expériences d'autres pays dans ce domaine. Selon l'OMS, tout développement de l'assurance maladie sociale doit prendre en considération trois dimensions essentielles relatives à l'extension de couverture aux personnes non couvertes, la réduction de la participation des assurés aux coûts et aux frais tout en élargissant l'offre de services de santé garantie par l'assurance maladie. Autrement dit, le

développement de l'assurance maladie sociale devra se développer en répondant à une série de questions relatives aux trois fonctions du financement de la santé (collecte de revenus, mise en commun des ressources et allocation des ressources).

5. Liste Bibliographique

- Abidi M., Menahem G. (2007), « Dualité du marché de travail et sécurité économique », communication présentée aux XXVII^{èmes} Journées de l'Association d'Économie Sociale Université Paris X – Nanterre, 6 et 7 septembre 2007.
- Albouy V., Crepon B. (2007), « Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin », *Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)*, Direction des Etudes et Synthèses Economiques, document de travail n°12.
- Banque Mondiale. (2007), « A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie », *Rapport N°36 270-DZ*, volume 1.
- Belmaati H. (2015), « Le Rôle de l'assurance maladie obligatoire dans le financement des soins de santé au Maroc : état des lieux et perspective d'évolution », *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)*, Volume 20, Issue 10, pp.13-25.
- Ben Cheikh N. (2013), « L'extension de la protection sociale à l'économie informelle à l'épreuve de la transition en Tunisie », *Centre de Recherches et d'Etudes Sociales CRES Tunisie*, Mai 2013.
- Ben Salah F et al. (2014), « Pour une meilleure santé en Tunisie : Faisons le chemin ensemble : Propositions soumises à la conférence nationale de la santé », disponible sur internet à l'adresse : <http://www.hiWarsaha.tn>
- Boyer S., Delesvaux C., Foirry J.P., Prieur C. (2001), « Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les PVD », étude réalisée par le CREDES.
- Brahamia B. (2010), « Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est-Maghreb », Bahaeddine Editions, Alger.
- Bras P.L., Tabuteau D. (2012), « Les assurances maladies », édition PUF, France.
- Bureau International du Travail (2001), « Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé », Tome 1: Méthodologie, Genève.
- Carrin G. (2001), « L'assurance maladie : un chemin parsemé d'obstacles pour les pays en développement », In : *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXI^e siècle*, Genève : Graduate Institute Publications.
- Carrin G. (2002), « L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol 55,2/2002.
- Carrin G., James C. (2004), « Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire: Problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition », OMS, Genève.

- Carrin G., James C. (2005), « L'Assurance maladie obligatoire: transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance, in : *L'assurance maladie en Afrique francophone: Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, éd. G. Dussault, P. Fournier, et A. Letourmy, Washington DC: Banque Mondiale.
- Centre de recherche et d'études sociales. (2019), « Etude de faisabilité des garanties du socle national de protection sociale », Tunis.
- Conseil Economique, Social et Environnemental (2018), « La protection sociale au Maroc Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales », Saisine n°34/2018.
- Conseil Economique, Social et Environnemental. (2013), « Les soins de santé de base vers un accès équitable et généralisé, Saisine n° 4/2013.
- Grignon M., Paris V., Polton D. (2002), « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins », CREDES, *Etude n°35*, 2002/11, 31 p.
- Kaddar M. (2017), « Agenda de recherche en économie de la santé en Algérie : 14 questions à l'ordre du jour », In *Les évolutions récentes du système de santé algérien*, Edition CREAD.
- Lamri L. (2017), « L'accroissement de la dépense nationale des ménages dans le financement de leurs soins : Essai d'identification des facteurs explicatifs », in : *Les évolutions récentes du système de santé algérien*, Edition CREAD.
- Mathiau F. (2016), « Couverture médicale au Maroc : un système déjà malade ? », *Revue Conjoncture : le mensuel des décideurs*, Numéro 977, 15 janvier 2016-15 février 2016.
- Ministère de la santé du Royaume du Maroc. (2013), « Livre blanc : pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé », *2^{ème} conférence nationale sur la santé*, Marrakech 1, 2 et 3 Juillet 2013.
- Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (2018) : Diverses statistiques.
- Musango L, Doetinchem O., Carrin G (2009), « De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle : Expérience du Rwanda, *Discussion paper, numéro 1*, Genève.
- Office National des Statistiques. (2018), « L'Algérie en quelques chiffres. Résultats : 2015- 2017 », n°48, édition: 2018.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », *rapport sur la santé dans le monde*, Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2005), « Le financement du système de santé en France: développement du système de financement », *Résumés techniques pour décideurs n°1*.

- Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing. (2014), « Analyse du système de financement de la santé en Tunisie », rapport technique, 2014.
- Shicheng Z. (1998), « Le système d'assurances sociales », *Revue internationale de droit comparé*, vol. 50 N°3, Juillet-septembre 1998, pp. 883-887.
- Wang H., Switlick K., Ortiz C., Connor C., Zurita B. (2010), « Manuel sur l'assurance maladie comment l'opérationnaliser, *Projet Health Systems 20/20*, Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).