

Le reste à charge de l'assuré comme moyen de régulation des dépenses de l'assurance santé dans le système de couverture médicale au Maroc,**ZOUINE, A.¹, TOUHAMI, F.²**

(1) doctorant, Laboratoire de Recherche Pluridisciplinaire en Economie et Gestion (LARPEG), Faculté d'économie et de gestion, Université Sultane Moulay Slimane, Béni-Mellal-Maroc, abdelati.zouine@usms.ma

(2) Professeure, Laboratoire de Recherche Pluridisciplinaire en Economie et Gestion (LARPEG), Faculté d'économie et de gestion, Université Sultane Moulay Slimane, Béni-Mellal-Maroc, f.touhami@usms.ma

Date de soumission : 24/02/2023**Date d'acceptation : 19/07/2023****Résumé :**

Le présent travail de recherche vise à analyser le reste à charge comme outil de régulation des dépenses du système de couverture médicale au Maroc, dans l'objectif de maîtriser les dépenses de santé, plusieurs outils sont mis en place. Le reste à charge constitue l'outil le plus important vu son effet direct et aussi l'outil privilégié pour la plupart des systèmes de couvertures quel que soit leur fondement. La régulation des dépenses de santé constitue le grand défi des systèmes de protection sociale et particulièrement pour ceux de la couverture médicale.

En optant pour l'étude de cas, notre travail vise une évaluation de l'impact de l'outil du reste à charge dans le contexte marocain vis-à-vis de son objectif théorique. De notre étude, il s'avère que si le reste à charge est un outil efficace de maîtrise des dépenses de l'organisme de gestion, certaines dérives dans sa mise en œuvre peuvent empêcher le système de couverture médicale d'atteindre sa finalité.

Comme outil inévitable dans la logique assurantielle, quelques propositions peuvent contribuer à l'amélioration de sa mise en œuvre. Premièrement, l'instauration d'un climat de confiance entre acteurs, deuxièmement la mise à niveau de l'hôpital public et enfin dans le même sens le changement de la logique managériale de l'hôpital public vers une logique concurrentielle avec le secteur privé.

Mots clés : Assurance maladie - Couverture médicale - Régulation - Reste à Charge – Soins.

Out-of-pocket payments as a means of regulating health insurance expenditure in Morocco's health insurance system

Abstract :

The present research work aims to analyze the out-of-pocket payment as a tool for regulating expenses in the healthcare coverage system in Morocco, with the objective of controlling healthcare expenditures. Various tools are implemented to achieve this goal. Out-of-pocket payment constitutes the most important tool due to its direct impact and its preferred status in most coverage systems regardless of their foundation. Regulating healthcare expenses represents a major challenge for social protection systems, particularly those related to medical coverage.

By opting for a case study approach, our work aims to evaluate the impact of the out-of-pocket payment tool in the Moroccan context in relation to its theoretical objective. Our study reveals that while out-of-pocket payment is an effective tool for controlling expenses within the management organization, certain deviations in its implementation can hinder the healthcare coverage system from achieving its ultimate purpose.

As an essential tool within the insurance logic, several proposals can contribute to improving its implementation. Firstly, establishing a climate of trust among stakeholders; secondly, upgrading public hospitals; and finally, shifting the managerial logic of public hospitals towards a competitive approach with the private sector.

Key words : Health insurance - Medical coverage - Regulation - out-of-pocket expenses – Care.

Introduction :

Contribuer selon ses moyens et bénéficier selon ses besoins est le principe fondateur du régime de couverture médicale, surtout dans les pays ayant un régime assurantiel. Ce principe traduit une logique d'équité quant à la contribution comme à la consommation. L'atteinte de cet objectif et d'autres tel la préservation du régime et de la continuité des prestations mettent le décideur face à des décisions de régulation du régime.

La prise de décision dans le domaine de la santé est un processus compliqué vu la particularité et la sensibilité du domaine. La santé peut être qualifiée comme un bien ou comme un état. Considéré comme un bien, c'est un bien pas comme les autres. Considéré comme un état, la santé doit être préservée et protégée. La prise de décision dans le domaine de santé est conditionnée par des considérations d'ordre pratique à savoir (Tabuteau D., 2008) : l'incertitude, l'organisation sanitaire complexe, le caractère d'urgence, la présence de l'émotionnelle et enfin la primauté de l'individu.

La régulation des dépenses de santé comme décision touchant la santé elle-même, constitue le plus grand souci des régimes de couverture médicale, et généralement des régimes de protection sociale. Ceci du fait des pressions qu'exercent lesdites dépenses sur l'équilibre financier des organismes gestionnaires de la couverture médicale. Aussi du fait que les finances publiques se présentent comme garant de la pérennité des prestations des régimes de couverture.

Notre questionnement est de savoir comment les dépenses de santé impactent-elles les organismes de gestion de la couverture médicale ? Ici l'équation est triviale. Les charges des organismes de gestion sont constituées des charges de gestion et des charges liées à la couverture médicale qu'ils assurent, soit en mode tiers garant ou en mode tiers payant, une dépense de santé de l'assuré incombe au final à l'organisme de gestion qui doit la supporter.

A signaler que la régulation et la maîtrise des dépenses ne peuvent, renvoyer à leur minimisation ou limitation, mais plutôt visant leur optimisation de façon à les rendre légitimes et efficaces. Afin de les maîtriser, les systèmes de couverture médicale essaient d'intervenir soit sur l'offre, soit sur la demande, soit sur les deux à la fois.

Ainsi, plusieurs outils de contenus différents sont utilisés dont l'objectif principal est la maîtrise des dépenses de la consommation médicale en soins, médicaments et équipements. Le reste à charge (RAC) objet de notre recherche est perçu comme l'outil le plus important, qui est utilisé souvent par les différents systèmes de couverture quel que soit leur fondement. Le reste à charge est donc l'un des outils de régulation de la dépense de santé. Il est considéré comme le plus important si on prend en considération son effet direct.

La problématique de notre travail est un essai d'évaluation du RAC dans le contexte marocain et de son efficacité en tant qu'outil de régulation eu égard à son objectif théorique. Plusieurs questions se découlent de cette problématique. D'abord celle relative à la justification du choix du RAC comme un des outils de régulation.

Puis celle qui concerne les effets secondaires d'une régulation par le RAC.

Nous allons nous limiter au RAC de à l'assurance de base sans prendre en considération les complémentaires santé pour la principale raison : la détention de complémentaire n'est pas généralisée et son intervention n'est pas uniforme. Notre étude est limitée au RAC de l'assurance de base des deux secteurs public et privé, cette limitation est conditionnée par un accès relatif à l'information concernant ces deux régimes. Nous partons d'un essai de clarification de la notion de régulation de façon générale en passant de son utilisation dans le domaine de la santé et de la couverture médicale, arrivant à un survol sur le principe du RAC son fonctionnement, ses limites ainsi qu'un essai d'appréciation de l'usage de cet outil dans le contexte marocain.

1- Cadrage théorique et méthodologique

Dans le présent travail, la théorie d'agence constitue un cadre d'analyse important de la conceptualisation des relations entre les différents intervenants du système de couverture médicale et des problèmes pouvant faire apparaître des échanges entre eux.

Développée par Jensen et Meckling en 1976, et mobilisée actuellement pour des travaux sur la gouvernance. Cette théorie définit la relation d'agence comme un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engagent une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent (Landrieux-Kartochian S., 2010). De manière générale, on parle de relation d'agence quand un individu qu'est *le principal* demande quelque chose à un autre individu qu'est *l'agent* sans qu'il dispose de l'information nécessaire et pertinente.

La conceptualisation de la théorie d'agence appliquée à notre sujet, permet de dégager les relations d'agence suivantes :

- **Relation 1** : entre bénéficiaires (consommateurs de soins) et prestataires de services (offreurs de soins) ;
- **Relation 2** : entre bénéficiaires et le système de couverture médicale ;
- **Relation 3** : entre système de couverture médicale et prestataires de services.

Le tableau suivant synthétise la lecture desdites relations dans une optique d'agence :

Tableau N°1 : Relations entre acteurs du système de couverture médicale

Relation	Principal	Agent
1 ^{ère} relation	Le bénéficiaire (patient) qui n'a pas de savoir médical	Le prestataire qui est en détention de la connaissance médicale nécessaire et maîtrise le parcours médical
2 ^{ème} relation	Le système de couverture qui ne peut avoir un jugement parfaitement correct de la réalité de santé du bénéficiaire	Le bénéficiaire qui détient les informations sur son état de santé et qu'il peut cacher au médecin et au système de couverture
3 ^{ème} relation	Le système de couverture qui ne peut juger de la qualité et du volume des soins ni de la sélection des bénéficiaires	Le prestataire qui est en détention de la connaissance médicale nécessaire et maîtrise le parcours médical

Source : Reproduit avec adaptation à partir de la tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation, Marie Houssel, mémoire de l'école nationale de la santé publique France, 2003.

L'intérêt de cette vision pour notre sujet est important. Effectivement, le reste à charge, met en jeu les trois sommets du triangle : (i) "l'assuré" du fait que c'est lui qui va supporter finalement le RAC ; (ii) "l'organisme de gestion" ou "l'assureur" qui par ses règles de remboursement ou de prise en charge détermine réellement le RAC et (iii) "le prestataire" ou "le prescripteur" du soin ou de l'acte qui constitue l'élément générateur de la dépense de l'assurée et du montant supporté par l'organisme de gestion.

Sur le plan méthodologique, notre papier se base sur la méthode d'étude de cas. Ce choix nous permet d'appréhender le phénomène étudié dans son contexte et sans manipulation par le chercheur, et donc une perception riche, détaillée et en profondeur du phénomène d'intérêt et de son contexte.

Dans ce cadre nous avons procédé pour une approche mixte, qualitative et quantitative à la fois, et ce par une étude documentaire des textes de la couverture médicale au Maroc ainsi que les rapports institutionnels concernant les prestations du système de couverture médical. Et un recours à l'approche quantitative une fois c'est nécessaire. Dans le cadre de notre étude de cas, nous optons aussi pour une approche comparative, ou benchmarking notamment avec la pratique française dans ce domaine, surtout que le système français constitue le modèle duquel s'inspire le modèle marocain.

2- La régulation des dépenses de santé : de quoi parle-t-on ?

Dans ce qui suit, il nous paraît très utile de mettre le point sur la notion de régulation et celle des dépenses de santé. Selon le dictionnaire Larousse, la régulation se définit comme étant « *l'action de régler un appareil, d'en corriger le fonctionnement. [C'est le] fait d'assurer un fonctionnement correct, un rythme régulier. [C'est aussi un] processus complexe par lequel un système économique et social parvient à se reproduire dans le temps en conservant l'essentiel de ses caractéristiques structurelles.* (Larousse, 2022).

Dans la-politique de santé, la régulation a comme objet d'obtenir un compromis entre un niveau de dépense -donc de contribution- jugé acceptable, une qualité de soins servie en moyenne jugée

acceptable, une distribution de cette qualité dans la population jugée, elle aussi, acceptable, et enfin une flexibilité suffisante pour encourager le progrès médical et des gains en longévité et en qualité de vie (Grignon M., 2006).

Au Maroc, l'organisme chargé de la régulation est l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM). Sa mission principale est d'assurer l'encadrement technique de l'Assurance Maladie Obligatoire de Base (AMO) et de veiller sur la mise en place des outils de régulation du système¹. Techniquement, deux commissions spécialisées émanant de cette agence et sont sous sa tutelle. Il s'agit de la Commission de la Transparence et de la Commission d'Evaluation Economique et Financière des Produits de Santé.

Cependant, comment fait-on pour réguler les dépenses de santé ? La réponse à cette question n'est pas aussi facile ! La pluralité des outils de régulation ainsi que la complexité des facteurs influant les dépenses de santé vont accroître la lourdeur de la décision de régulation. Plusieurs questions apparaissent avant d'amorcer toute décision de régulation. En fait, pourquoi cet outil et non pas d'autres ? Est-il possible d'en combiner plusieurs ? Quel risque d'effet contreproductif² ?

Dans une optique de contenu de l'outil, on regroupe les outils de régulation en quatre grandes familles. Cette classification s'attache au contenu des outils. C'est-à-dire, on peut jouer sur l'offre, comme on peut jouer sur la demande, comme on peut recourir aux incitations. De même, on peut mettre l'accent sur l'organisation du système (CAE, 2012). Comme on peut également opter pour une classification temporelle qui distingue entre outils à long terme et outils à court terme.

L'action sur l'offre vise une maîtrise de l'offre de soins, elle vise les producteurs de soins. Cette action regroupe plusieurs outils. A titre d'exemple le *numerus clausus*³. Au Maroc, cette mesure commence dès l'accès à la formation aux métiers médicaux et pharmaceutiques pour lesquels un nombre limité d'étudiants est admis à la formation. L'ensemble des établissements de formation aux métiers médicaux et pharmaceutiques sont en mode d'accès restreint. D'autres mesures impactant l'offre comme la fixation des prix des actes (mesure pouvant jouer sur l'offre ainsi que la demande) au Maroc c'est la Tarification nationale de référence (TNR) qui matérialise cette mesure.

Quant aux mesures touchant la demande de soins, l'action intéressera alors le côté des bénéficiaires. Ce type d'actions regroupe plusieurs mesures. Il s'agit des parcours de soins coordonnés⁴ (PSC), du déremboursement d'actes ou de médicaments ou bien de la limitation du montant de remboursement. Par exemple, au Maroc, pour un médicament princeps⁵ qui a un ou

¹ <https://anam.ma/anam/regulation/presentation-regulation/>, consulté le 13/12/2022

² Un effet contreproductif se manifeste lorsqu'on constate un effet inverse d'une action quelconque qui se produit au lieu de l'effet attendu.

³ Désigne la limitation du nombre d'individus admis pour exercer une fonction, ici il s'agit des fonctions médicales.

⁴ Mesure récemment introduite au Maroc par les dispositions de la loi cadre n°06.22 sur le système national de santé au Maroc.

⁵ On entend par médicament princeps un médicament protégé par un brevet.

plusieurs génériques, le remboursement se fait sur la base du prix du générique le plus proche et non celui du prix du médicament prescrit. Un autre exemple est celui des prix bases de remboursement⁶. Pour un médicament on distingue entre son prix public de vente (PPV) et son prix base de remboursement (PBR) qui est toujours inférieur au PPV.

Du côté des incitations, on vise le changement du comportement des acteurs, notamment les professionnels des métiers de la santé et les individus couverts par l'assurance maladie. On en cite, pour les professionnels de santé l'incitation à la prescription du médicament générique moins cher, le non recours à des examens supplémentaires qu'en cas de besoin réel, l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques. Cette composante engage fortement les bases éthiques et morales. Pour les assurés, il s'agit d'organisation de campagne de dépistage précoce de quelques pathologies qui deviennent lourdes en cas du retard de dépistage. Toutefois, l'incitation peut également toucher la prévention qui s'étend comme culture ou mode de vie et qui nécessite à notre avis un investissement sérieux à l'éducation à la santé.

Enfin, l'accent est mis sur l'organisation du système dans sa structure et les interactions et relations entre intervenants, ainsi que les circuits de soins et de prise en charge financière. Cette composante s'étend aussi aux règles de gestion interne des organes chargés de la gestion de l'assurance maladie ainsi que les pouvoirs de régulation dont ils sont investis.

3- Le RAC : Définition, formes et objectifs

Dans le contexte marocain, il n'y a pas de définition directe du reste à charge. De façon générique nous pouvons définir le RAC par « *la part restante à la charge d'un assuré après déduction du montant remboursé ou pris en charge par l'organisme de couverture médicale dans le cadre de sa couverture de base. Ce montant sera soit laissé définitivement à la charge de l'assuré soit pris totalement ou partiellement par une complémentaire santé. Il s'agit en pratique d'une participation financière des assurés aux frais de soins* ».

Pour d'autres (comme la direction de la recherche du ministère de la santé en France) le RAC est défini en intégrant les montants des cotisations ou des participations des patients au système de couverture. Le taux d'effort est l'indicateur qui synthétise cette idée. Il renvoie au ratio de la somme des primes et de l'ensemble des restes à payer à la charge du ménage après intervention de l'AMC, sur le revenu disponible (PANORAMA de la DREES 2019). C'est un indicateur judicieux dans la mesure où il donne une idée sur la charge supportée réellement par l'assuré.

Cette définition est restrictive dans la mesure où elle ne prend en compte que la partie de remboursement ou de prise en charge de la couverture de base, plusieurs personnes notamment dans le secteur public sont couvertes par des complémentaires assurées par les mutuelles, et d'autres catégories sont couvertes aussi par une couverture complémentaire (comme les secteurs de l'enseignement). Pour les personnes du secteur privé, en cas de disposition d'une

⁶ Le prix base de remboursement de médicament est l'équivalent du tarif national de référence pour les actes de soins.

complémentaire, elles sont assurées par des compagnies d'assurance. Dans ce qui suit, nous allons prendre le RAC sans prendre en compte la présence d'assurance complémentaire pour la simple raison qu'elle n'est pas uniforme.

Par ailleurs, le RAC tel qu'il est défini ci-haut, se rapporte aux cas pris en charge par le système de couverture. Mais qu'en est-il pour les autres cas qui ne sont pas couverts ? Par exemple : les accidents de circulation ou de service ou de travail. Dans ces cas-là, la totalité des frais engagés constitue un RAC à la charge de l'assuré quel que soit leur degré de gravité.

Le reste à charge prend généralement trois formes :

1. Le ticket modérateur (*user fee*).
2. La franchise (*franchise*).
3. La contribution forfaitaire (*fixed contribution*).

Le ticket modérateur (*user fee*), est la plus la plus utilisée. Il s'agit selon la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) de la part des frais de soins qui reste à la charge de l'assuré ou du secteur complémentaire. C'est un pourcentage des frais engagés par l'assuré qui varie entre 10% et 30%. Ces pourcentages s'appliquent au tarif national de référence pour les actes médicaux et au prix public au Maroc pour les médicaments.

La *franchise*, renvoie au montant que l'assuré doit payer avant que son organisme de couverture ne commence au remboursement des frais qu'il vient d'engager à l'occasion d'un acte remboursable et en deçà de ce montant, aucun remboursement ne sera réalisé.

La participation forfaitaire (*fixed contribution*), il s'agit d'une contribution due à l'assuré pour un acte médical quelconque. Cette participation est fixée au préalable en fonction de l'acte effectué quel que soit le montant engagé.

Nous pouvons dire que, même si ces différentes formes revêtent des différences techniques au mode d'application et de calcul, l'objectif reste le même, c'est laisser une part à la charge de l'assuré définitivement c'est-à-dire qu'il n'y aura pas de remboursement dans le cadre de sa couverture de base.

L'objectif principal du reste à charge comme outil de régulation est de limiter le recours injustifié ou excessif aux soins. Contribuant ainsi à la limitation des charges supportées par la couverture et par conséquent la préservation de l'équilibre financier du système de couverture. Le reste à charge vise en quelque sorte une responsabilisation de l'assuré en les faisant participer au coût de leurs soins ou une moralisation du risque.

4- Fondements du RAC

A ce point-là, dans ce qui suit, il nous paraît légitime de se poser deux principales questions sur le fondement du RAC. En effet, pourquoi laisser une part des dépenses de santé à la charge de

l'assuré ? Le RAC n'est-il pas incompatible avec l'objectif de la couverture médicale ? Répondre à ces questions revient à répondre à une autre plus fondamentale à l'origine du mécanisme du RAC. Il faut tout d'abord s'interroger sur la régulation des dépenses de santé avant de passer aux outils de cette régulation.

Comme nous l'avons déjà cité, le RAC constitue un outil et non une finalité. En effet c'est un outil de régulation de la demande de soins qui peut être mis en œuvre seul ou en parallèle avec d'autres. On constate que c'est un outil privilégié par les différents systèmes de couverture médicale emprunté du domaine de l'assurance. A notre appréciation, le RAC est privilégié pour deux raisons: c'est un outil simple d'effet direct et immédiat, qui ne concerne pas seulement les demandeurs de soins mais aussi le volume des déboursements des organismes de couverture, et sa mise en œuvre est trop simple.

Afin de justifier la régulation des dépenses de santé, la première des raisons à présenter, qui s'avère triviale, est celle financière. Effectivement, devant un taux de sinistralité⁷ relativement élevé et une tendance haussière des dépenses de l'assurance maladie mondialement cette justification s'impose pour on essaie éviter toute consommation abusive.

Au Maroc, le taux de sinistralité se situe à 46,2% en 2018 (ANAM, 2018). Les dépenses de l'AMO ont connu une hausse de 64,72% entre 2013 et 2018 avec une évolution annuelle moyenne d'environ 10,49% (ANAM, 2018) comme le montre le tableau ci-après:

Tableau N°2 : Dépenses de l'AMO entre 2013 et 2018 en million de DHs

Années	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AMO CNSS	1908	2409	2487	3328	3510	4021
AMO CNOPS	3509	4116	4369	4511	4980	4902
TOTAL	5417	6525	6856	7839	8490	8923
Evolution annuelle	----	20,45%	5,07%	14,34%	8,30%	5,10%
Evolution globale	64,72%	----	----	----	----	----

Tableau reconstitué par les auteurs à partir des données du rapport d'activité de l'ANAM 2018.

Du côté des recettes en dégage les données suivantes:

Tableau N°3 : Encaissements relatifs à l'ensemble des assurés AMO de base -en milliers de DHs

Années	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Secteur Public	4 472 892	4 625 888	4 704 762	4 848 929	4 893 821	4 545 420
Secteur Privé	3 955 121	4 263 676	4 599 563	5 827 688	6 316 964	6 078 179
Total	8 428 013	8 889 564	9 304 325	10 676 617	11 210 785	10 623 599
Evolution Annuelle	----	5,48%	4,67%	14,75%	5,00%	-5,24%

Tableau reconstitué par les auteurs à partir des données du rapport d'activité de l'ANAM 2018.

⁷ Le taux de sinistralité désigne renvoie à la part d'individus ayant au moins un dossier liquidé durant une année.

La régulation d'un point de vue financier ne doit pas viser de garder un certain équilibre financier strict. C'est plutôt, viser la préservation de la pérennité financière du régime de couverture et par la suite la préservation des droits des générations à venir de se doter d'un système stable et performant capable de remplir la mission dont il est investi.

Une autre raison pour justifier la régulation des dépenses de santé, est l'équité du système de couverture. Dans notre cas, l'équité est à deux niveaux. Horizontale, qui renvoie à l'utilisation des soins et recommande l'absence d'inégalités sociales de recours aux soins, c'est-à-dire de différences dans la consommation de soins pour un même besoin de soins, que ce soit selon la capacité à payer les soins ou la région par exemple (Jusot F. Legal R. Louvel A. et al., 2016). Et verticale, qui recommande une contribution au financement croissante avec la capacité contributive plus précisément progressive (Jusot F. Legal R. Louvel A. et al., 2016).

L'idée est de rendre le système apte à couvrir l'ensemble de la population quel que soit le niveau de revenu ou de besoin. Laisser le système sans régulation permettra aux individus les plus aisés de s'accaparer des ressources disponibles sans limitation et privera par la suite les moins aisés d'accéder aux soins.

Une dernière raison est liée au financement du système de couverture. Tout déséquilibre due à la surconsommation de soins sera comblé par l'augmentation des cotisations en augmentant ainsi les parts des salariés et des employeurs alourdissant par conséquent le coût du travail ce qui pèsera au final sur l'économie en général (Nezosi G., 2016).

Quant aux motivations du RAC, la principale des motivations vient du problème d'aléa moral. L'aléa moral est une situation dans laquelle une personne assurée de façon générale (couvert par l'assurance maladie dans notre cas) mène des comportements non observables par l'assureur (organisme de couverture) et qui peuvent éventuellement modifier les risques mais que l'assureur ne peut pas les contrôler. L'aléa moral se manifeste ex-ante ainsi qu'ex-poste.

En effet, l'aléa moral ex-ante désigne la situation dans laquelle un assuré néglige de se prémunir contre les risques que son assurance couvre. Alors que l'aléa moral ex-poste survient lorsque, une personne malade se sachant assurée, « surconsomme » les médicaments et les soins qui lui sont proposés.

Dans le cadre de l'assurance maladie, la première des solutions à envisager pour faire face à cette situation est de laisser une part des montants engagés dans le cadre de la demande de soins à la charge de l'assuré. Notamment dans la situation d'aléa moral ex-post. En effet, dans la situation d'aléa moral il est optimal pour l'assureur de laisser une partie des dommages à la charge de l'assuré (CAE, 2012).

Il s'agit d'une part, de responsabiliser les assurés et en même temps de moraliser le risque. Dans une telle situation, un patient n'aura pas recours à la consultation (l'acte qui va justifier toute consommation ultérieure de soins) que lorsqu'il juge que ses symptômes sont à un niveau méritant la consultation d'un praticien.

C'est une mesure supposée dissuasive. (Bardey D., Couffinhal A., Grignon M., 2002).

Dans un contexte marqué par la défaillance de la structure sanitaire, une insuffisance de ressources humaines qualifiées, des disparités territoriales très profondes. Le choix de la régulation financière ne peut que saboter les assurés et produire des effets contreproductifs qui vont se répercuter par la suite sur le système sanitaire et celui de couverture.

5- Le RAC devient difficile à maîtriser

Le RAC comme outil de régulation peut échapper de la maîtrise et dévier par conséquence de son objectif principal. Dans le contexte marocain, plusieurs facteurs viennent favoriser cette situation en amplifiant les montants des RAC au-delà de l'objectif visé. Le RAC se converti d'un outil de régulation en une barrière à l'accès aux soins. Une barrière aux soins est une forme du renoncement ou du non recours qui peut être aussi un refus ou abandon du soin. À ce niveau on peut distinguer entre le RAC théorique et celui réellement supporté par l'assuré.

L'un des facteurs les plus importants est le transport sanitaire. Ce dernier est souvent omis et est désormais un générateur de charges importantes pour les assurés. Il est évident que le transport sanitaire est une partie importante du circuit de soins. Le port du patient juste à temps est décisif dans un bon nombre de cas. Hormis cette importance, le transport sanitaire est hors champ de prise en charge de la couverture médicale de base. Il va de soi que cette insuffisance vient aggraver les disparités spatiales en matière d'infrastructure sanitaire.

Si on admet que l'accessibilité aux soins n'est pas seulement financière⁸ mais aussi géographique (sachant que l'accessibilité géographique se traduit financièrement in fine), on peut dire que le transport sanitaire est le grand défi du système de couverture médicale au Maroc. Comme nous l'avons déjà cité, les frais engagés pour le transport sanitaire sont hors champ de remboursement de l'AMO. Ces montants viennent donc augmenter considérablement le RAC supporté par le patient. À quelques exceptions pour lesquelles le transport sanitaire est fourni par des organismes œuvrant dans les services sociaux des secteurs comme l'enseignement ou la santé. Ceci sans parler des frais annexes suscités par l'éloignement géographique notamment du transport et d'hébergement de l'accompagnant.

Par ailleurs, les insuffisances du régime du tiers payant viennent augmenter de leur part l'ampleur du RAC qui pèse de son tour sur les assurés. A titre de comparaison entre le régime tiers payant marocain et celui français :

⁸ L'accessibilité financière se manifeste à plusieurs formes : respect des tarifs, réduction des RAC, promotion du tiers payant.

Tableau N°4 : Comparaison du tiers payant marocain et français

Acte ou prestation	Maroc	France
Victime d'accident de travail ou de maladie professionnelle	Non	Oui
Actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé	Non (prise en charge lors de campagnes organisées périodiquement)	Oui
Hospitalisation dans un établissement sous convention avec l'Assurance maladie	Oui (juste pour hospitalisation pour intervention chirurgicale)	Oui
Atteinte d'une affection de longue durée	Oui (pour les médicaments admis en TP)	Oui (consultations et médicaments)
Délivrance par le pharmacien de médicaments remboursés par l'Assurance maladie	Non	Oui (mais pas obligatoire)
Examens, soins, dispensés par les cabinets de radiologie ou d'analyses médicales	Non	Oui (mais pas obligatoire)
Consultation de votre médecin traitant, si vous êtes confrontés à des difficultés financières	Non	Oui (mais pas obligatoire)
A l'initiative du professionnel de santé	Non	Oui (le cas où le professionnel exerce en ville)

Tableau reconstitué par les auteurs

La limitation des cas admis en mode tiers payant transfère une part importante des dépenses de soins à la charge des assurés, ce qui augmente de son tour les montants des RAC.

Outre ceci, vient le facteur de la tarification qu'on peut la qualifier d'obsolète. Effectivement, le tarif national de référence (TNR) qui constitue la référence soit en tiers garant ou en tiers payant n'a subi de révision depuis sa mise en œuvre en 2006. Ce TNR n'est plus respecté par les praticiens. Dans le cas où le praticien est rémunéré à un tarif allant jusqu'au double du TNR, l'assuré n'est remboursé que par rapport au dernier. Le plus simple des exemples est celui des consultations chez un spécialiste qui commence souvent à 250 DH alors que le TNR ne compte que 150 DH. L'assuré sera remboursé réellement à 80% du TNR. Ce qui donne 120 DH comme remboursement. Le RAC est donc égal à $250 - 120 = 130$ DH. Par conséquent, si théoriquement le RAC de cette consultation est de 20% il devient réellement 52%.

Certes, l'évolution des prix de façon générale n'épargne aucun secteur. Toutefois, on assiste souvent à des manipulations de tarification de façon unilatérale comme s'il n'y a pas d'organisme de régulation. Le pouvoir des praticiens dépasse largement celui de ces organismes. A notre avis, le secteur souffre d'un niveau élevé du corporatisme, en on cite ici un cas flagrant, auquel les organismes gestionnaires se sont inclinés face aux praticiens.

La crise des gynécologues qui ont refusé des mesures supplémentaires qui consistent à l'élaboration de rapport justifiant le recours à la césarienne, face à un recours jugé excessif à ce type d'accouchement qui atteint les 61% au Maroc alors qu'il ne dépasse pas 27,9% comme moyenne des pays de l'OCDE (CNOPS, 2019). Cette crise s'est achevée par l'abandon de cette mesure et le retour aux anciennes mesures (il faut constater que le forfait de la césarienne est de 8000 DH alors qu'il est à 3000 DH en cas d'accouchement normal).

Pour les cas dispensés du RAC, celles des affections de longue durée (ALD) et des affections coûteuses (ALC)⁹. Cette dispense est connue sous l'appellation d'exonération du ticket modérateur. Il s'agit réellement d'une exonération partielle. La couverture à 100% ne concerne que les médicaments prescrits dans le cadre d'une pathologie. Sachant que les pathologies chroniques nécessitent un suivi strict par un spécialiste en se basant sur des analyses médicales récurrentes, l'exonération ne couvre pas ces dépenses. Leur RAC obéit, donc, toujours aux règles usuelles de remboursement, un RAC qui devient très important en prenant en compte la fréquence et l'importance de cette composante du protocole de soins.

Toujours dans le cadre des ALC, nous pouvons citer les exemples du TEPSCAN de la radiothérapie, VMAT et de l'OCT¹⁰ qui sont exclus du champ de remboursements. Ces actes concernent des affections coûteuses, leurs charges financières incombent entièrement à la charge de l'assuré. Tout ceci sans prendre en compte des frais connexes liés au déplacement des patients. Car l'implantation géographique de ces techniques est limitée sur quelques grandes villes. Contrairement, le TEPSCAN est remboursable dans le cadre de l'AMO CNSS et ne l'est pas en AMO / CNOPS !

En effet l'hypothèse d'équité du régime de couverture marocain fait défaut dès ses premiers niveaux. Effectivement, pour les deux composantes essentielles de l'AMO CNSS et CNOPS, une très grande disparité est constatée, comme le montre le tableau suivant :

Tableau N°5 : Evolution du RAC en pourcentage des deux secteurs public et privé

ANNEE	RAC en % PRIVE	RAC en % PUBLIC
2013	34,32%	31,44%
2014	36,42%	32,11%
2015	37,21%	31,85%
2016	39,86%	31,33%
2017	38,05%	32,09%
2018	37,52%	31,83%
2019	37,60%	31,50%
2020	36,50%	31,90%
2021	37,80%	31,50%

Tableau reconstitué par les auteurs à partir des données du rapport d'activité de l'ANAM 2023.

⁹ A titre comparatif, les exonérations du ticket modérateur en France concernent aussi les accidentés du travail et les femmes en situation de maternité.

¹⁰ Tomographie par émission de positons, radiothérapie VMAT : Irradiation avec Modulation d'intensité Volumétrique par Arc Thérapie, OCT : La tomographie par cohérence optique (Optical Coherence Tomography).

Si on admet que les deux populations sont affiliées au même régime alors elles doivent bénéficier des mêmes prestations. Une analyse ANOVA permet de réfuter cette hypothèse de ressemblance des deux populations en matière du RAC :

Tableau N°6 : analyse ANOVA du RAC des deux population

<i>Source des variations</i>	<i>Somme des carrés</i>	<i>Degré de liberté</i>	<i>Moyenne des carrés</i>	<i>F</i>	<i>Probabilité</i>	<i>Valeur critique pour F</i>
Entre Groupes	0,013739294	1	0,013739294	119,051845	8,05834E-09	4,493998478
A l'intérieur des groupes	0,001846496	16	0,000115406			
Total	0,015585789	17				

Tableau reconstitué par les auteurs à partir des données du rapport d'activité de l'ANAM 2023.

A l'aune de la description de la régulation qu'on a présenté au début de notre recherche, on peut conclure que le RAC ne peut répondre aux exigences de la régulation et par conséquent, il doit être mis à une évaluation rigoureuse. Des questions judicieuses se profilent. Supportons-nous tous le même niveau du RAC pour le même acte ? La régulation par le RAC permet-elle une distribution uniforme de la qualité de service ? La réponse à ces interrogations est clairement négative.

6- RAC et accès aux soins

L'outil du RAC est un sujet de débat acharnés, visant sa pertinence et son utilité aussi bien sur le plan de la justice sociale que sur le plan de son utilité. Cette participation comme mode de responsabilisation des assurés est qualifiée d'inefficace et socialement injuste (Elbaum M., 2008). L'esprit du modèle de l'assurance maladie se trouve transgressé. La contribution financière influence largement notre consommation de soins.

Les raisons induisant des barrières face à l'accès aux soins sont diverses et peuvent être des raisons objectives ou subjectives. Nous ne pouvons pas accuser seulement le RAC mais nous soulignons sa part prépondérante.

Parmi les raisons objectives, on trouve celles financières et celles liées à la géographie (l'éloignement ou l'insuffisance des formations hospitalières et les ressources qui y sont affectées) qui se traduisent financièrement

Quant aux raisons subjectives, on peut citer dans ce cadre la perception du patient lui-même qui attend que les choses se rétablissent. Le RAC peut donc être classé dans la catégorie des raisons financières, puisqu'il concerne les déboursements réels de l'intéressé.

Si on suppose qu'on est convaincu des fondements justifiant l'application et le maintien d'un RAC, ça ne nous empêchera pas de nous interroger sur l'impact de RAC sur l'accès aux soins. Autrement dit, l'existence d'un RAC important ne serait-il pas un facteur restrictif d'accès aux soins ? Ainsi, quel est le poids du facteur financier dans la décision de renoncement ou du moins le report de soins ?

Si on rappelle l'objectif principal du reste à charge qui est la régulation des dépenses de santé et le maintien de l'équilibre des systèmes de couverture, il existe cependant des risques réels en termes d'accès aux soins. Effectivement comme mesure d'ordre financier, en termes d'accès aux soins, l'obstacle financier apparaît cependant comme le motif le plus fréquemment avancé pour expliquer un renoncement au soin (Lapinte A.,2018).

Le reste à charge peut donc former une barrière d'accès aux soins surtout dans les cas pour lesquels le montant de la couverture est faible ou insuffisant, limitant ainsi l'efficacité du système et incitant à une déviation de l'objectif ultime de toute couverture médicale qui est la simplification de l'accès aux services médicaux. C'est le cas pour certaines personnes à revenu modeste qui se trouvent contraintes, pour des motifs pécuniaires, de différer, voire même de renoncer à des soins et biens médicaux pourtant nécessaires, avec le danger de laisser s'aggraver des pathologies croissantes et à terme, d'occasionner des coûts supplémentaires pour l'Assurance Maladie (Huteau G., 2011). Ce qui conduira la charge de la couverture médicale à la hausse dans le futur.

Avec la difficulté de retirer le mécanisme du RAC dans le régime assurantiel, et vu ses effets éventuellement pervers, des mécanismes visant à contrecarrer ces effets sont mis en place. Parmi ces mécanismes on trouve le bouclier sanitaire. Ce dernier comme son nom l'indique est une protection de l'assurés contre les RAC excessifs et par conséquent leur impact sur l'assuré. Par définition « *un bouclier sanitaire est un dispositif de plafonnement de l'ensemble des restes à charge, c'est-à-dire des frais qui restent dus par les consommateurs de biens et services médicaux après l'intervention de la Sécurité sociale* » (Briet R.,2009). Il vise essentiellement une équité envers les personnes les plus fragiles. Son application est conditionnée par la suppression de l'exonération du ticket modérateur des affections de longue durée (ALD). L'application de ce mécanisme dans un régime où la primauté est donnée à l'équilibre financier n'est pas si évidente.

Conclusion et perspectives :

Au final, on souligne que la régulation par un seul moyen s'avère insuffisante. D'où la nécessité de combiner plusieurs moyens à la fois, et de suivre leur impact pour l'évaluation et la prise de décisions de régulation nécessaires. Tout ceci exige la disposition et l'exploitation d'un système d'information performant.

Par ailleurs, au Maroc, même en présence d'insuffisances marquantes de l'application de cet outil et des résultats escompté de sa mise en œuvre, une appréciation qui se veut objective de l'outil du RAC comme outil de régulation ne peut se faire de façon isolée de son contexte économique, social et historique de la couverture médicale et aussi du modèle assurantiel marocain. De façon globale, les insuffisances qui marquent la couverture médicale et ses moyens de régulation, nous permettent de dire que le système de santé marocain est administré mais pas régulé. En effet, l'observateur peut constater que le fonctionnement des organismes concernés ne dépasse pas des tâches purement d'ordre administratif. Certes, cette mission est fondamentale mais elle n'accède pas à la régulation comme processus évolutif et interactif.

Si on admet que l'outil du RAC est inévitable dans la logique assurantielle qui vise par son application la responsabilisation de l'assuré, il faut de l'autre côté, on doit être conscient que cette responsabilisation ne se décrète pas mais plutôt elle se construit. Cette construction n'est pas fortuite. C'est aussi le fruit de l'instauration d'un climat de confiance et de coopération entre les différentes parties prenantes du système à savoir les organismes gestionnaires et de régulation, les assurés et les praticiens.

Un autre aspect peut aussi contribuer à l'allègement des RAC est la mise à niveau de l'hôpital public de manière d'en faire un vecteur de développement la structure sanitaire du pays. Cette mise à niveau est fonction de plusieurs facteurs: matériel, humain et managérial. De même, la disposition de ressources est la condition nécessaire de toute tentative d'amélioration ou de rénovation d'une structure, elle est insuffisante.

En effet, le changement de la logique managériale de l'hôpital public vers une logique de concurrence avec le secteur privé sera d'un grand bénéfice sur la structure sanitaire toute entière. Actuellement le modèle de salariat à l'hôpital public est pointé du doigt, notamment en matière de l'effort consenti par les praticiens. Le salariat entraîne le risque de la baisse de l'effort moyen (Grignon M. 2006).

Enfin, il faut signaler que toute tentative de réforme doit réunir les différents intervenants. La réussite est conditionnée par la prise en considération des contraintes et obligations des différents acteurs.

Bibliographie :

Agence Nationale de l'Assurance Maladie, (2022, 13 décembre), *Présentation*, <https://anam.ma/anam/regulation/presentation-regulation/>

Agence Nationale de l'Assurance Maladie, Rapport d'activité 2018 et 2023.

Bardey D., Couffignal A. Grignon M.(2002). *Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé*. Questions d'économie de la santé, No 53; pp 2-8.

Briet R.(2009). *Pour un bouclier sanitaire*, Regards croisés sur l'économie, vol. 5, No. 1, pp 120-127. <https://doi.org/10.3917/rce.005.0120>

Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) communiqué sur le paiement de la césarienne, 17 avril 2019.

Conseil d'Analyse Economique (2012), *Réflexions sur l'organisation du système de santé*, la documentation française.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2019). *La complémentaire santé Acteurs, bénéficiaires, garanties*, Panorama de la Drees santé.

Elbaum M. (2008). *Participation financière des patients et équilibre de l'Assurance maladie*,

Lettre de l'OFCE, No 301. <https://doi.org/10.3917/spub.101.0091>

Grignon M. (2006). *La question de la régulation des systèmes de santé. Éléments d'analyse économique*, Revue française des affaires sociales, No. 2-3, pp 43-62. <https://doi.org/10.3917/rfas.062.0043>

Houssel M. (2003). *La tarification à la pathologie en soins de suite et de réadaptation*, mémoire de l'école nationale de la santé publique France.

Huteau G. (2011). *On ne responsabilise pas les assurés sociaux par décret*, Revue Regards, No. 39, pp 22-40.

Jusot F. Legal R. Louvel A. et al. (2016). *A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ?*, Revue française d'économie, (Vol. XXXI), pp 15-62. <https://doi.org/10.3917/rfe.164.0015>

Landrieux-Kartochian S. (2010). *Théorie des organisations*, édition Gualino.

Lapinte A. (2018). *Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières*, Actualité et dossier en santé publique, No 102, pp 36-39. <https://doi.org/10.3917/rfe.164.0015>

Nezosi G. (2016). *La protection sociale*, la documentation française.

Tabuteau D. (2008). *La décision en santé*, Santé Publique, vol. 20, No. 4, pp 297-312. <https://doi.org/10.3917/spub.084.0297>