

# L'accès différencié des ménages marocains aux soins : quels facteurs dominant ?

Abdeljaouad Ezzrari<sup>a</sup>, Fatima Zahra Mouhsini<sup>b</sup>, Omaima Mouttaki<sup>b</sup>, & Alexandra Zins<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Chef de service à l'Observatoire des Conditions de Vie de la Population HCP, Chercheur ÉRÉCA, Université Hassan-II, Casablanca.*

<sup>b</sup> *Anciennes étudiantes du master d'économétrie de la Faculté des Sciences Juridiques Économiques et Sociales-Aïn Chock, Université Hassan-II, Casablanca.*

<sup>c</sup> *Docteure en Sciences de Gestion, LaRGE, Université de Strasbourg.*

---

## MOTS-CLÉS

Demande de soins, recours aux soins de santé, assurance maladie, Maroc.

## RÉSUMÉ

La compréhension du recours aux soins passe par l'analyse parallèle des déterminants de l'offre et de la demande de soins. Cet article a pour objectif d'analyser les déterminants de la demande de soins au Maroc. Sur un échantillon composé de 7.062 ménages représentant 36.000 individus, les résultats montrent que le niveau du revenu du ménage, la durée de la maladie et l'âge du patient influencent le recours aux soins modernes. Par ailleurs, l'affiliation à un régime de couverture médicale influence la décision des ménages, permettant notamment aux plus pauvres d'entre eux de recourir à des soins privés auxquels ils n'auraient pas recouru autrement.

---

La santé participe au développement des sociétés. L'accès aux soins de base, en particulier pour les populations défavorisées, est l'une des clés du développement, notamment grâce à la maîtrise des risques épidémiologiques et à l'amélioration de la santé. Les autorités marocaines ont mis en œuvre des réformes allant dans ce sens. Le régime d'assistance médicale (RAMED) a été créé en 2003 et l'assurance maladie obligatoire (AMO) a été généralisée en 2018. Ainsi, selon le ministère de la santé, la couverture médicale est passée de 25 % en 2007 à 63 % en 2018. Malgré la mise en place de cette généralisation de la couverture médicale, les dépenses privées de santé des ménages restent importantes.

De telles réformes ont un impact sur l'offre de soins, notamment sur le prix des soins, sur la vente des médicaments génériques et sur la construction d'hôpitaux dans des zones rurales et urbaines. Mais outre l'amélioration de l'offre de soins, une compréhension de la demande de soins est nécessaire pour supprimer les éventuels obstacles au recours au système de santé. En effet, différents facteurs influencent le recours à un service de santé. La littérature distingue les facteurs pré-disposants comme le sexe ou l'âge du malade, l'âge ou la profession du chef de ménage et la taille du ménage, qui incitent à l'utilisation des services de santé, des facteurs de capacité comme le lieu de résidence ou la distance entre le lieu de résidence et les établissements de soin, qui permettent de lever les barrières physiques et les besoins qui expriment la demande de soins (Andersen, 1995).

Cette étude se focalise sur ces différents facteurs en utilisant les données de l'enquête nationale sur les niveaux de vie des ménages marocains conduite par le Haut-Commissariat au Plan (HCP) en 2006-2007. L'échantillon comprend 7.062 ménages (soit plus de 36.000 individus) couvrant les 16 régions du Maroc (en utilisant l'ancien découpage régional du pays). Nous nous intéressons au comportement de court-terme des individus malades, notamment au travers des questions suivantes : les individus malades recourent-ils aux soins ? Les établissements qu'ils consultent sont-ils publics ou privés, modernes ou traditionnels ? Pour agir efficacement contre le renoncement aux soins de santé, il faut connaître les facteurs à l'origine des disparités entre les malades, notamment ceux liés aux caractéristiques des malades et des ménages dont ils sont issus. Ces caractéristiques sont des variables démographiques (sexe et âge du malade, sexe et âge du chef de ménage, taille du ménage) et des variables socioéconomiques (niveau de vie du ménage, type d'activité et niveau d'éducation du chef de ménage, milieu de résidence, affiliation à un organisme de couverture médicale). La question étudiée est la suivante : quelles variables influencent le recours aux soins modernes et les dépenses de santé au Maroc ?

L'objectif final de l'étude est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs de la demande de soins afin d'aider les autorités publiques à mieux orienter leurs actions pour améliorer l'accès aux soins des Marocains.

## **1 Fondements théoriques et empiriques des déterminants de la demande de soins**

Arrow (1963) est un des précurseurs de l'essor de l'économie de la santé dans les années soixante, notamment avec ses travaux sur les spécificités du marché des soins médicaux : nature de la demande de soins, attentes en matière d'incitation des médecins, incertitude sur les produits, conditions de l'offre et mode de fixation des prix.

### **1.1 Apports théoriques**

La théorie néoclassique de la demande de soins suppose que les patients (consommateurs, pour faire le parallèle avec la demande de biens et services) acquièrent des biens et services médicaux produits par les établissements de santé. Le bénéficiaire des soins est considéré comme un consommateur qui maximise son utilité sous la contrainte du prix des biens et services et de son revenu, tout en prenant une décision rationnelle. À ces contraintes (prix et revenu), Andersen et Benham (1970) intègrent l'état de santé de l'individu comme variable expliquant la demande de soins.

Le modèle de demande de soins se complexifie ensuite avec la notion de capital santé introduite par Grossman (1972) qui préconise que l'individu hérite au début de sa vie d'un stock de capital santé qui aura tendance à se déprécier au cours de sa vie. Dans ce cadre, l'individu maximise son utilité sous des contraintes de revenu et de temps. Les analyses de l'incertitude et de la dépréciation du capital-santé enrichissent le modèle de base et permettent d'avancer d'autres hypothèses pour expliquer la demande de soins. Ainsi, Dowie (1975) estime que l'individu peut influencer sur le taux de dépréciation de son capital-santé par ses comportements ou ses caractéristiques. Cropper (1977) estime qu'un individu soumis à un risque de maladie supérieur à la moyenne a généralement un capital-santé souhaité supérieur à la moyenne. Dardanoni et Wagstaff (1987) montrent que la consommation de soins est réduite lorsque l'individu a de l'aversion pour le risque. Les individus sont alors considérés comme des investisseurs ayant à choisir dans un portefeuille de style de vie.

Cropper (1981) prend en compte les facteurs liés à l'environnement, comme la pollution et leur impact sur la dépréciation du capital santé. Muurinen (1982) introduit des caractéristiques socio-culturelles dans le modèle, comme l'éducation.

Le caractère imparfait, voire asymétrique, de l'information dont dispose le patient conduit à remettre en cause l'utilisation du modèle néoclassique standard. Le manque d'information sur les caractéristiques et la qualité des soins prescrits ainsi que l'ignorance des besoins en termes de santé conduisent le patient à renoncer à une partie de sa souveraineté de consommateur. Cependant, Rochaix (1989) estime que les patients sont capables de faire un jugement subjectif sur la qualité des soins qui leur ont été prodigués. La diffusion, entre les patients, de l'information sur la qualité des médecins et de leurs prescriptions exerce alors une pression sur le niveau de qualité offert. Selon Laffont et Tirole (1993), en diffusant l'information, les patients informés exercent un effet externe positif sur les patients non-informés. Chambaretaud et Hartman (2004) avancent que l'impact de la qualité des soins sur la demande varie selon les pathologies (les malades chroniques disposent généralement d'informations pertinentes), selon la structure du marché (l'existence d'offreurs multiples permet de comparer différentes stratégies de traitement) ou encore selon les caractéristiques individuelles (les patients les plus éduqués sont aussi ceux qui ont un accès plus facile à l'information).

## **1.2 Apports empiriques**

### ***1.2.1 Facteurs démographiques***

L'âge est un facteur déterminant du recours aux soins et notamment sur le type de recours. Plusieurs études ont montré que le recours aux soins modernes est privilégié pour les enfants et que les plus âgés ont tendance à plus utiliser l'automédication ou le recours aux soins traditionnels (Wolffers, 1988 ; Salem *et al.* 1993 ; Raynaud, 2008 ; Audibert *et al.*, 2014). De même, le recours aux établissements de soins privés ou publics est influencé par l'âge : les personnes âgées et les jeunes enfants vont dans le public tandis que les adultes ont plus recours au privé (Gomes do Espirito Santo *et al.*, 1998 ; Audibert *et al.*, 2014).

L'influence du genre sur l'accès aux soins ne fait pas l'unanimité dans la littérature. Certaines études relèvent que le genre n'a pas d'influence sur le recours aux soins (Mariko, 2003 ; Audibert *et al.*, 2014), tandis que d'autres trouvent au contraire que les femmes se préoccupant plus de la santé de leurs enfants ou des personnes âgées, ont tendance à avoir moins recours aux soins que les hommes, notamment si l'offre de soins est éloignée (Stock, 1983 ; Haddad *et al.*, 2004). Cependant, lorsque l'offre de soins est proche et le personnel médical et paramédical féminin est en plus grand nombre, alors les femmes ont un recours plus élevé (Ezzrari *et al.*, 2007). Par ailleurs, le sexe du chef de ménage a une influence : les membres des ménages dirigés par une femme recourent plus aux soins que ceux dont le chef de ménage est un homme (Commeyras *et al.*, 2006). Le troisième facteur démographique souvent étudié est la taille du ménage. Le nombre de personnes vivant dans un ménage influence la demande de soins des membres de ce ménage et en particulier celle des enfants (Raynaud, 2008).

### ***1.2.2 Facteurs socioéconomiques***

L'éducation est une des composantes du capital humain qui peut influencer le recours aux soins. Nous nous intéressons au niveau d'éducation du malade, mais aussi à celui du chef de ménage, ce dernier pouvant intervenir dans la décision du recours des membres de son ménage. Plusieurs études ont conclu que le niveau d'éducation influence positivement l'accès aux soins, à la fois du fait d'une meilleure connaissance des systèmes de santé et d'une meilleure situation économique (Commeyras *et al.*, 2006, au Cameroun ; Van Doorslaer, Koolman et Jones, 2004, en Europe ; Audibert *et al.*, 2014). Il a été également montré que la profession du chef de ménage influence les choix thérapeutiques : un cadre aura tendance à choisir des soins modernes. De plus, les ménages dont le chef bénéficie d'un bon niveau socio-professionnel seraient mieux informés et plus critiques face à l'offre de soins (Mormiche, 1995 ; Raynaud, 2008). Le troisième facteur socio-économique étudié est le revenu du ménage qui influence le choix du prestataire de soins et le recours aux soins (Van Doorslaer *et al.*, 2000).

La littérature montre également que le fait d'être couvert par une assurance maladie a un effet positif sur le recours aux soins (Ezzrari et El Alami Felousse, 2007). L'impact de la couverture médicale varie selon le mode des dépenses. Avancer le paiement des soins de santé et être remboursé ensuite n'a pas le même impact sur le budget du ménage – et donc sur le recours aux soins – que le paiement direct par les services de protection sociale (dans les cas d'accords signés entre les prestataires de santé et les services de protection sociale).

Enfin, le milieu de résidence est un déterminant important. L'intérêt que l'on accorde à cette variable découle des inégalités observées entre milieu rural et milieu urbain. En général, il existe une forte concentration des infrastructures de santé en milieu urbain au détriment du milieu rural. Du fait de distances plus faibles, les personnes qui habitent en milieu urbain accèdent plus facilement aux soins de santé (Haddad *et al.*, 2004 ; Salem *et al.*, 1993). La différence d'utilisation entre le milieu rural et le milieu urbain est liée à de nombreux facteurs : pauvreté, niveau d'instruction de la population, réceptivité face à la médecine moderne, accessibilité géographique et financière des services de santé modernes, adhésion à l'assurance médicale.

## 2 Méthodologie

### 2.1 Données

Les données utilisées proviennent de l'enquête nationale sur le niveau de vie des ménages réalisée par le Haut-Commissariat au Plan en 2006-2007. Cette enquête inclut 5.224 personnes ayant recours aux soins, issus de 7.062 ménages. Elle comporte des informations sur les conditions de vie et la composition des ménages, les caractéristiques du logement, l'éducation, la santé, la fertilité et les dépenses. Les variables que nous retenons sont le sexe et l'âge du malade, l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le type d'activité du chef de ménage, la taille et le revenu du ménage, la couverture médicale, le milieu (urbain ou rural) et la région de résidence (tableau 1).

*Tableau 1 : Définition des variables du modèle et statistiques descriptives*

Variable	Moyennes ou fréquences (%)
Variables démographiques	
Le malade est de sexe féminin	60,24
Le chef de ménage est une femme	16,12
Age du malade	37
Age au carré du malade	1932
Taille du ménage	5,59
Variables socioéconomiques (niveau de vie du ménage)	
Le malade appartient aux 20% des ménages les plus pauvres (quintile 1)	12,58
Le malade appartient aux 20% des ménages suivants (quintile 2)	17,17
Le malade appartient aux 20% des ménages suivants (quintile 3)	19,03
Le malade appartient aux 20% des ménages suivants (quintile 4)	22,09
Le malade appartient aux 20% des ménages les plus aisés (quintile 5)	29,13
Variables socioéconomiques (profession et type d'activité du chef de ménage)	
Le chef de ménage est un cadre	37,31
Le chef de ménage est un ouvrier	34,61
Le chef de ménage est inactif	17,88
Le chef de ménage est retraité ou rentier	10,20
Variables socioéconomiques (niveau scolaire du chef de ménage)	
Le chef de ménage est sans aucun niveau scolaire	57,58
Le chef de ménage a le niveau fondamental	28,25
Le chef de ménage a le niveau secondaire	7,91
Le chef de ménage a le niveau supérieur	6,26
Variables socioéconomiques (couverture médicale)	
Le malade a une couverture médicale	24,60
Variables géographiques (milieu de résidence)	
Le malade habite le milieu urbain	63,13
Variables géographiques (région économique <sup>1</sup> )	
Le malade habite dans une région du Nord	35,41
Le malade habite dans une région du Centre	11,29
Le malade habite dans une région du Sud	53,29
Variables de la sévérité de la maladie	
Nombre de jours d'arrêt d'activité	14,75
La maladie déclarée est passagère	66,31

Source : Traitements des auteurs sur la base de l'enquête nationale sur le niveau de vie des ménages, 2006-2007.

## 2.2 Modèle

<sup>1</sup> Pour une représentativité régionale, les régions du Maroc ont été regroupées en trois grands groupes. Le groupe du Nord qui inclut les régions de Tanger-Tetouan-Al Hoceima, Fès-Meknès et Oriental ; le groupe du Centre qui inclut Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kénitra et Beni Mellal-Khénifra ; le groupe du Sud qui inclut Souss-Massa, Marrakech-Safi et Daraa-Tafilalet.

La question posée est celle du rôle des facteurs démographiques et socioéconomiques sur le recours aux soins de santé moderne. Le modèle utilisé est un modèle de type Logit<sup>2</sup> dans lequel la variable expliquée est égale à 1 si le malade a eu recours aux soins de santé modernes et est égale à 0 sinon.

### 3 Résultats

#### 3.1 Déterminants de l'accès aux soins de santé modernes

Le tableau 2 présente les résultats. Les effets marginaux permettent d'étudier l'effet des facteurs sur la probabilité qu'un malade recourt aux soins modernes.

Plus le malade est âgé, plus la probabilité qu'il recourt aux soins modernes diminue. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que le suivi médical est plus important durant la période post-natale et l'enfance. L'augmentation de l'âge du malade d'une année s'accompagne d'une diminution de sa probabilité de recourir aux soins de 0,2 %. Lorsque le malade est une femme, la probabilité de recourir aux soins modernes augmente d'environ 2,8 %. Ce résultat n'est pas toujours retrouvé dans la littérature. Audibert et de Roodenbeke (2005) montre au contraire que les femmes, au Mali, ont plus recours à l'automédication que les hommes. Il semble alors qu'au Maroc, si les femmes recourent plus aux soins modernes, elles ont par contre tendance, lorsqu'elles sont chefs de ménage, à orienter vers des soins traditionnels les membres de leur ménage : la probabilité pour un membre de ménage dont le chef est une femme de recourir aux soins modernes diminue en effet de 5 %. La taille du ménage n'influence pas la probabilité qu'un malade ait recours aux soins modernes.

L'analyse des variables socio-économiques permet de conclure que le niveau d'étude du chef de ménage n'influence pas la probabilité de recourir aux soins modernes. Par contre, lorsque le chef de ménage est en activité (cadre ou ouvrier), la probabilité de recourir aux soins modernes pour les membres de son ménage est réduite comparée aux chefs de ménage retraités. Ce dernier résultat peut s'expliquer par le fait que les ménages où le chef de ménage est retraité sont principalement urbains, dont le revenu moyen est supérieur à celui des autres catégories. Les résultats de la variable revenu le confirment puisque plus le revenu du ménage est important, plus le recours aux soins modernes augmente. L'affiliation à un organisme de couverture médicale agit également positivement sur la probabilité d'un recours aux soins modernes. De plus, la probabilité qu'un malade ait recours aux soins modernes augmente de 9,4 % lorsque le malade réside en milieu urbain par rapport au milieu rural. Enfin, la probabilité de recourir aux soins modernes dépend de la région de résidence. Elle est plus élevée dans les régions du centre et du sud que dans celle du nord.

Les résultats montrent également que le type de maladie influe sur le recours. Un individu atteint d'une maladie passagère a recours aux soins de façon plus fréquente qu'un individu atteint d'une maladie chronique. De plus, si la maladie persiste, le recours aux soins modernes est d'autant plus probable.

---

<sup>2</sup> Deux types de modèles (Logit ou Probit) peuvent être utilisés lorsque la variable expliquée se présente sous une forme binaire (0, 1) comme ici. Les deux estimations donnent des résultats équivalents, nous avons commenté les résultats du Logit.

**Tableau 2 : Facteurs de la probabilité de recourir aux soins de santé modernes  
(modèle Logit)**

Variable	Coefficient	Effet marginal
<b>Variables démographiques</b>		
Le malade est de sexe féminin	0,157**	0,028
Le chef de ménage est une femme	-0,271**	-0,049
Age du malade	-0,009*	-0,002
Age au carré du malade	0,000	0,000
Taille du ménage	0,002	0,000
<b>Variables socioéconomiques (Niveau de vie du ménage)</b>		
Log du revenu des ménages par personne	0,317***	0,056
<b>Variables socioéconomiques (Profession et type d'activité du chef de ménage)</b>		
Le chef de ménage est un cadre	-0,299**	-0,050
Le chef de ménage est un ouvrier	-0,284*	-0,048
Le chef de ménage est inactif	-0,150	-0,024
Le chef de ménage est retraité ou rentier	Référence	
<b>Variables socioéconomiques (Niveau scolaire du chef de ménage)</b>		
Le chef de ménage est sans aucun niveau scolaire	Référence	
Le chef de ménage a le niveau fondamental	0,108	0,019
Le chef de ménage a le niveau secondaire	-0,101	-0,018
Le chef de ménage a le niveau supérieur	0,040	0,007
<b>Variables socioéconomiques (couverture médicale)</b>		
Le malade a une couverture médicale	0,255**	0,043
<b>Variables géographiques (milieu de résidence)</b>		
Le malade habite le milieu urbain	0,517***	0,094
<b>Variables géographiques (région économique)</b>		
Le malade habite dans une région du Nord	Référence	
Le malade habite dans une région du Centre	0,608***	0,111
Le malade habite dans une région du Sud	0,585***	0,107
<b>Variables de la sévérité de la maladie</b>		
Nombre de jours d'arrêt d'activité	0,009***	0,002
La maladie déclarée est passagère (Maladie chronique est Référence)	0,168**	0,030

Source : Traitements des auteurs sur la base de l'enquête nationale sur le niveau de vie des ménages, 2006-2007.  
\*\*\* significatif à 1%, \*\* significatif à 5%, \* significatif à 10%.

### **3.2 Déterminants du lieu de recours aux soins de santé modernes**

Nous cherchons ici à identifier les facteurs qui influencent les décisions des ménages en matière de choix du lieu de consultation (public ou privé). Pour cela, nous utilisons le modèle appelé « Probit double » ou « Probit censuré ». Le principe est d'estimer le modèle en deux étapes. La première étape consiste à estimer les facteurs qui expliquent le recours aux soins. La seconde étape consiste à estimer les facteurs qui expliquent le choix de se rendre dans le public ou dans le privé, sachant que le malade a recouru aux soins de santé modernes (tableau 3).

Plus le patient est âgé, plus il privilégie les soins dans le secteur privé. Si le sexe du malade n'a pas d'influence sur la décision de se soigner dans le secteur privé, celui du chef de ménage en a une. Ainsi, si les femmes cheffes de ménage ont tendance à réfréner le recours aux soins des membres de

leur ménage comparativement aux hommes chefs de ménage, une fois le recours accepté, elles optent plus facilement pour le secteur privé. Par ailleurs, plus la taille du ménage est importante, plus la probabilité de recourir au secteur privé est faible.

*Tableau 3 : Facteurs expliquant le recours aux soins modernes et le choix du secteur (public/privé)*

Variable	Equation de sélection (Recours aux soins)	Equation substantielle (Choix du secteur)
Variables démographiques		
Le malade est de sexe féminin	0,091**	-0,045
Le chef de ménage est une femme	-0,166***	0,186***
Age du malade	-0,005*	0,013***
Age au carré du malade	0,000	-0,0001***
Taille du ménage	0,002	-0,019**
Variables socioéconomiques (Niveau de vie du ménage)		
Log du revenu des ménages par personne	0,177***	0,370***
Variables socioéconomiques (Profession et type d'activité du chef de ménage)		
Le chef de ménage est un cadre	-0,176**	-0,189**
Le chef de ménage est un ouvrier	-0,172**	-0,234***
Le chef de ménage est inactif	-0,087	-0,165*
Le chef de ménage est retraité ou rentier	Référence	
Variables socioéconomiques (Niveau scolaire du chef de ménage)		
Le chef de ménage est sans aucun niveau scolaire	Référence	
Le chef de ménage a le niveau fondamental	0,063	0,024
Le chef de ménage a le niveau secondaire	-0,054	0,164**
Le chef de ménage a le niveau supérieur	0,009	0,391***
Variables socioéconomiques (couverture médicale)		
Le malade a une couverture médicale	0,148**	0,043
Variables géographiques (milieu de résidence)		
Le malade habite le milieu urbain	0,306***	-0,272***
Variables géographiques (région économique)		
Le malade habite dans une région du Nord	Référence	
Le malade habite dans une région du Centre	0,362***	-0,378***
Le malade habite dans une région du Sud	0,344***	-0,023
Variables de la sévérité de la maladie		
Nombre de jours d'arrêt d'activité	0,006***	-0,001
La maladie déclarée est passagère (Maladie chronique est Référence)	0,100**	-0,140***
Inverse ratio Mills	--	-0,698*

Source : Source : Traitements des auteurs sur la base de l'enquête nationale sur le niveau de vie des ménages, 2006-2007. \*\*\* significatif à 1%, \*\* significatif à 5%, \* significatif à 10%.

On observe que plus le niveau d'instruction du chef de ménage est important, plus la probabilité du recours au secteur privé augmente. Il en va de même pour le niveau de vie du ménage : plus le revenu du ménage est important, plus le recours au secteur privé augmente. En revanche, la probabilité qu'un malade ait recours au secteur privé diminue lorsque l'individu réside en milieu



urbain. Ce dernier résultat s'explique par l'alternative qui existe pour les ménages urbains avec les soins publics des CHU et des hôpitaux de proximité.

Les personnes atteintes d'une maladie passagère ont plus recours au secteur public que les personnes atteintes de maladie chronique. De plus, si la maladie persiste, le recours aux soins privés n'est pas systématique, mais dépend plutôt des autres caractéristiques socio-économiques et démographiques du malade.

## **Conclusion**

Pour résoudre les problèmes d'accès aux soins de santé des ménages, les chercheurs ont travaillé sur l'identification des facteurs liés à l'utilisation des services de santé dans le but de décrire et de prédire cette utilisation pour aider les décideurs publics à l'élaboration des politiques publiques de santé. Ils se sont longtemps focalisés sur les facteurs liés à l'offre de soins : prix des médicaments, construction de nouveaux hôpitaux, utilisation de matériel plus sophistiqué, etc. Mais, cela n'est pas suffisant et il convient de prendre en compte les facteurs liés à la demande de soins et donc de considérer les caractéristiques socioculturelles des ménages ainsi que les maladies auxquelles les ménages sont confrontés.

Cette étude s'inscrit dans la littérature visant à comprendre les déterminants de la demande de soins à l'aide d'une étude empirique réalisée au Maroc. Nous avons ainsi pu identifier comment différents facteurs liés à la demande influencent le choix des individus de recourir ou non aux soins modernes, dans des établissements privés ou publics. Parmi les différents facteurs influençant le recours aux soins, le revenu du ménage, la durée de la maladie, l'âge du patient et la couverture médicale sont des facteurs importants.

Les résultats de l'étude nous permettent d'affirmer que l'affiliation à un régime de couverture médicale influence la décision des ménages pauvres, leur permettant de recourir à des soins privés auxquels ils n'auraient pas recouru sans couverture médicale.

Il faut toutefois reconnaître que cette étude présente des imperfections et pourrait être améliorée, d'un point de vue statistique et économétrique. Il serait notamment intéressant d'incorporer dans les futurs questionnaires une question sur la nature de la pathologie. Cela nous permettrait d'observer si les ménages ont moins tendance à consulter en cas de maladie à caractère bénin.

## **Références**

- Andersen, R. (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?" *Journal of Health and social behavior*, 36, 1-10.
- Andersen, R., Benham, L. 1970. Factors affecting the relationship between family income and medical care consumption. In: Klarman, H.E. (Ed.). *Empirical Studies in Health Economics*. Johns Hopkins. Baltimore.
- Arrow, K.J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review*, 53 (5), 941-973.

- Audibert, M., de Roodenbeke, E. (2005). « Utilisation des centres de santé de premier niveau au Mali : issues et perspectives ». African Region Human Development, The World Bank Working Paper Series, 87 (33643), (en collaboration avec I.S. Traore, A. Pavy-Letourmy).
- Audibert, M., Dieng, M., Le Hesran, J-Y., Dial, A.T. (2014), « Déterminants de la demande de soins en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal ». Etudes et Documents CERDI, E2014-15.
- Chambaretaud, S., Hartmann L. (2004). « Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles ». Revue de l'OFCE, 91, 237-268.
- Commeyras, C., Ndo., J.R., Merabet, O., Kone, H., Rakotondrabe, F.P. (2006). « Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun ». Cahiers d'Etudes et de Recherches Francophones, 16 (1), 5-12.
- Cropper, M.L., (1977), "Health, Investment in Health, and Occupational Choice", The Journal of Political Economy, 85 (6), 1273–1294.
- Cropper, M.L. (1981). "Measuring the Benefits from Reduced Morbidity". The American Economic Review; Papers and Proceedings of the Ninety-Third Annual Meeting of the American Economic Association, 235–240.
- Dardanoni, V., Wagstaff, A. (1987). "Uncertainty, inequalities in health and the demand for health". Journal of Health Economics, 6 (4), 283-290.
- Dowie, J. (1975), "The portfolio approach to health behavior", Social Science & Medicine, 9 (11-12), 619-631.
- Ezzrari, A., El Alami Felousse, A. 2007. Etude relative aux dépenses individuelles catastrophiques et leur impact sur l'appauvrissement des ménages : Cas du Maroc. Rapport non publié.
- Gomes do Espirito Santo, E., Flourey, A., Cissé, M. (1998). « Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou, Bénin », Bulletin de l'OMS, 76 (2), 195-201.
- Grossman, M. (1972), "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", Journal of Political Economy, 80 (2), 223-255.
- Haddad, S., Ngoutara, A., Ridde, V. (2004). « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », Santé, Société et Solidarité, 3 (2), 199-210.
- Laffont, J.J., Tirole, J. 1993. A theory of incentives in procurement and regulation. MIT Press.
- Mariko, M. (2003), "Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: the specific roles of structural, process, and outcome components", Social Science and Medicine, 56 (6), 1183-1196.
- Mormiche, P. (1995), « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », Economie et Statistiques, 282, 3-19.
- Muurinen, JM (1982), "Demand for health: a generalized Grossman model". Journal of Health Economics, 1, 5–28.
- Raynaud, D. (2008), « Les déterminants du recours à l'automédication », Revue Française des Affaires Sociales, 1, 81-94.

- Rochaix, L. 1989. Incertitude, asymétries informationnelles et recherche sur le marché des services médicaux. Rapport de recherche, Institut de mathématiques économiques. Paris.
- Salem *et al.*, 1993. Offre de soins et couverture sanitaire dans une ville africaine. Pikine. De l'analyse économique aux politiques de santé. Université Paris-Dauphine. Paris
- Stock, R. (1983). "Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria". *Social Science and Medicine*, 17 (9), 563-570.
- Van Doorslaer, E., Koolman, X., Jones, A.M. (2004), "Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe", *Health Economics*, 13 (7), 629-647.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Van der Burg, H., Christiansen, T., De Graeve, D. *et al.*, (2000), "Equity in the delivery of health care in Europe and the US", *Journal of Health Economics*, 19, 553-583.
- Wolffers, I. (1988), "Illness behaviour in Sri Lanka: results of a survey in to Sinhalese communities", *Social Science and Medicine*, 27 (5), 545-552.
- 

## **The differentiated access of Moroccan households to healthcare: which factors dominate?**

### **ABSTRACT**

Understanding the utilization of healthcare requires the parallel analysis of the determinants of care supply and demand. This article aims to analyze the determinants of the demand for care in Morocco. On a sample of 7,062 households representing 36,000 individuals, results show that the household income, the duration of illness and the patient's age influence the use of modern healthcare. In addition, affiliation to a health insurance scheme influences the healthcare decision of households, in particular allowing the poorest to seek private care that they would not otherwise have used.

### **KEYWORDS**

Healthcare demand, use of health services, health insurance, Morocco.