

Revue Arae

Revue Scientifique Académique Indexée

Directeur responsable et Chef de rédaction

Dr Ayoub Chaouach

Membres de rédaction

- Dr Idriss Elhafid
- Dr Mohamed Mellah
- Dr Abderrahim Atri
- Dr Tarik Khalloufi
- Dr Ali Ouaziz
- Pr Hicham Adrahou

Adresses du Magazine:

Adresse postale: Ayoub Chaouach, B.P: 901 - Nador / Maroc

Adresse électronique: revuearae@gmail.com

Tél. (Whatsapp): (+212) 06 61 70 39 42

ISBN: 2020PE0044

ISSN: 2737-8020

Dossier de presse: 2018/01

Imprimerie: Dar Al Qalam - Rabat

Année: 2025

© Tous droits réservés

**Les articles publiés avec «Arae» expriment l'opinion de leurs auteurs
et pas nécessairement l'opinion du magazine**

Sommaire

Études et Recherches:

Différentes spécialités

- AMO Tadamoun face aux réalités sociales: Perceptions, apports et contraintes chez les habitants des quartiers précaires de Marrakech

(Niema ALAOUI- Moubarek TAYI)7

مجلة آراء للعلوم الإنسانية والاجتماعية والقانونية
ⴰⵔⴰⵏ
Revue Arae pour les sciences Humaines, Sociales et Juridiques



سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية
مجلة علمية أكاديمية محكمة

ملف العدد

التحولات السوسيوثقافية والاقتصادية بالمغرب
ورهان النموذج التنموي

دراسات وأبحاث

نشر هذا العدد بتعاون مع مركز أفاق للعلوم الإنسانية والاجتماعية

العدد 9
سنة 2022

د. أيوب الشاوش: المدير المسؤول
ذ. هشام ادريحو: رئيس التحرير
الهاتف (الواتساب): 066 1703942
البريد الإلكتروني: revuearae@gmail.com

Études et Recherches

مجلة آراء للعلوم الإنسانية والاجتماعية والقانونية
ⴰⵔⴰⵏ
Revue Arae pour les sciences Humaines, Sociales et Juridiques



سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية
مجلة علمية أكاديمية محكمة

ملف العدد

التحولات السوسيوثقافية والاقتصادية بالمغرب
ورهان النموذج التنموي

دراسات وأبحاث

نشر هذا العدد بتعاون مع مركز أفاق للعلوم الإنسانية والاجتماعية

العدد 9
سنة 2022

د. أيوب الشاوش: المدير المسؤول
ذ. هشام ادريحو: رئيس التحرير
الهاتف (الواتساب): 066 1703942
البريد الإلكتروني: revuearae@gmail.com

أمو تضامن في مواجهة الواقع الاجتماعي؛ التصورات، المكاسب والإكراهات لدى سكان الأحياء الهامشية الصفحية بمراكش

AMO Tadamoun face aux réalités sociales: Perceptions, apports et contraintes chez les habitants des quartiers précaires de Marrakech

Niema ALAOUI- Moubarek TAYI

Laboratoire Sol, Environnement et Développement,
Faculté des sciences humaines et sociales,
Université Ibn Tofail, Kénitra.
Téléphone: 06 58 99 27 79
E-mail: Alaouiniema@gmail.com

ملخص

يعد الانتقال من نظام «راميد» إلى نظام «أمو تادامون» خطوة هامة في الإصلاحات الصحية التي يقوم بها المغرب، بهدف ضمان تغطية صحية اجتماعية شاملة. يتماشى هذا التحول مع مشروع سياسي يهدف إلى تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية للفئات الضعيفة، خاصة تلك التي تعيش في الأحياء الفقيرة والمهمشة. يسعى نظام «أمو تادامون» إلى تقديم حماية أفضل ضد المخاطر الاجتماعية، من خلال ضمان تغطية صحية أوسع وأكثر عدلا للجميع، دون تمييز في الوضع الاجتماعي أو الجغرافي.

ومع ذلك، يثير هذا الإصلاح عدة تساؤلات حول مدى فعاليته. تستعرض هذه الدراسة مدى تمثيل نظام «أمو تادامون» بديلا أكثر ملاءمة من «راميد» في مجال التأمين الصحي وتقديم خدمات الرعاية الصحية. كما تدرس التحسينات الإيجابية التي جلبها هذا النظام الجديد، مع تسليط الضوء على الصعوبات والتحديات التي يواجهها المستفيدون من السكان الضعفاء في مناطق مثل دواربين قشالي ودوار سراغنة. الهدف هو تقييم ما إذا كان هذا الإصلاح يحسن فعلا الوصول إلى الرعاية الصحية ويستجيب لاحتياجات الفئات الأكثر ضعفا.

الكلمات المفتاحية: الحق في الصحة، الحماية الاجتماعية، نظام الرعاية الصحية، الفئات الهامشية، مساكن غير لائقة صفحية.

Résumé

Le passage du système RAMED à AMO Tadamoun représente une étape importante dans les réformes du système de santé marocain, visant à garantir une couverture sociale universelle. Cette transition s'inscrit dans un projet politique visant à améliorer l'accès aux soins pour les populations vulnérables, notamment celles vivant dans des quartiers précaires et marginalisés. Le système AMO Tadamoun cherche à offrir une meilleure protection contre les risques sociaux, en garantissant une couverture plus large et équitable pour tous, sans distinction de statut social ou géographique.

Cependant, cette réforme soulève plusieurs questions concernant son efficacité. Cette étude explore dans quelle mesure AMO Tadamoun constitue une alternative plus adaptée que RAMED en matière d'assurance maladie et de services de santé. Elle examine également les ajouts positifs apportés par ce nouveau système, tout en mettant en lumière les difficultés et contraintes rencontrées par les bénéficiaires résidant dans des zones comme doua bin Qachali et Douar Seraghna. Le but est d'évaluer si cette réforme améliore réellement l'accès aux soins et répond aux besoins des populations les plus vulnérables.

Mots-clés: droit à la santé, protection sociale, système de soins de santé, Les catégories marginalisées, quartiers d'habitat précaire.

Introduction

Le concept de protection sociale a évolué au fil du temps, avec des réformes importantes en Allemagne et en Grande-Bretagne au XIXe et XXe siècles, visant d'abord les classes ouvrières, et aux États-Unis après le krach boursier. Bien que la protection sociale soit ancienne, elle a été renforcée par des textes internationaux, comme la Déclaration universelle des droits de l'homme et les Objectifs de développement durable, et par des réformes nationales.

Au Maroc, la protection sociale a été introduite progressivement, d'abord pendant le protectorat, avec des mutuelles pour les fonctionnaires, puis après l'indépendance avec des réformes dans le secteur de la santé et de la sécurité sociale. Cependant, ces réformes ont souvent rencontré des difficultés, le système de santé souffrant de dysfonctionnements malgré les tentatives de réforme depuis 1959. La Banque mondiale définit la protection sociale comme un ensemble de mesures visant à soutenir les personnes vulnérables, que ce soit en cas de pauvreté, maladie, chômage ou vieillissement. Elle inclut des mécanismes contributifs et non contributifs, permettant

un accès à des services de santé et à un revenu suffisant pour ceux qui en ont besoin. Le Maroc a fait des progrès importants, notamment avec l'adoption de la loi n° 09.21, qui instaure la protection sociale universelle. Cependant, des défis subsistent, en particulier dans le système de couverture santé, comme l'a révélé la crise de la COVID-19, qui a mis en lumière les faiblesses du système d'aide sanitaire et d'assurance maladie, ainsi que les lacunes dans l'accès aux soins pour les populations vulnérables. Ainsi cet article scientifique vise à analyser les enjeux et les défis auxquels le Maroc fait face dans l'instauration d'un modèle d'État social. Il s'intéresse particulièrement aux politiques publiques qui pourraient garantir un accès équitable aux services sociaux, à identifier les obstacles à la généralisation de la protection sociale, et à évaluer l'impact potentiel des réformes sur les citoyens, surtout les plus vulnérables. Cela nécessite que nous abordions le sujet selon un plan méthodologique que nous avons divisé en trois sections:

La première section: l'évolution du système de soins de santé au Maroc.

La deuxième section: vers une couverture santé universelle au Maroc.

La troisième section: dédiée à la partie pratique: RAMED ou AMO Tadamoun? Avis des patients vulnérables bénéficiaires du système d'assurance maladie «AMO Tadamoun» résidant dans les quartiers périphériques bin Qachali et Douar Seraghna à Marrakech.

Problématique

Le Maroc s'engage dans la création d'un modèle d'État social visant à garantir la dignité et une vie décente pour tous ses citoyens, en se concentrant sur des domaines clés tels que la santé, l'éducation, le logement et l'accès aux ressources. Cette approche repose sur une redistribution équitable des biens et services, sans discrimination géographique ou sectorielle. Les politiques publiques sont orientées vers la fourniture de services sociaux, avec une attention particulière aux catégories sociales vulnérables, dont la situation sanitaire, financière ou sociale nécessite l'intervention de l'État. L'objectif global est de renforcer la protection sociale et les services publics afin de garantir la sécurité et la paix sociales. La généralisation de la protection sociale, initiée par une démarche royale, vise à consolider les acquis et réformes antérieures, avec des effets directs sur l'amélioration des conditions de vie des citoyens, leur pouvoir d'achat et la protection des groupes vulnérables. Ce projet représente une étape clé dans la promotion de la justice sociale et territoriale. Le principal défi reste la garantie d'une couverture sociale universelle dans les cinq prochaines années, un objectif qui pourrait avoir un impact profond et transformer la société marocaine en assurant une véritable révolution sociale. On peut alors résumer la problématique de cet article par

la question principale suivante: dans quelle mesure le Maroc a-t-il réussi à surmonter le problème et les limites du système de soins et d'assurance santé dans notre pays? et comment la population vulnérable résidant dans les quartiers précaires et marginalisés bin Qachali et Douar Seraghna et bénéficiaire de ce système de soins et d'assurance a perçu ce changement?

Pour y répondre, nous avons divisé cette problématique en plusieurs questions secondaires suivantes:

- Le système AMO Tadamoun est-il une alternative de solidarité plus adaptée que RAMED en matière d'assurance maladie et de fourniture de services de santé?
- Y a-t-il des ajouts positifs suite au passage du système d'assistance médicale RAMED au système de protection sociale AMO Tadamoun?
- Y a-t-il des difficultés et contraintes rencontrées par les bénéficiaires vulnérables du système de protection sociale résidant dans les quartiers précaires et marginalisés bin Qachali et Douar Seraghna après le passage de RAMED à AMO Tadamoun lors de la réception des prestations de soins?

Hypothèses de l'étude

L'hypothèse est une tentative d'interpréter et de comprendre un phénomène particulier ; elle est donc une proposition temporaire nécessitant une vérification, et notre recherche se concentre sur une hypothèse générale formulée comme suit: le Nous présumons que le Maroc a réussi à surmonter le problème et les limites du système de soins et d'assurance santé et qu'un changement est perçu par la population vulnérable résidant dans les quartiers précaires et marginalisés bin Qachali et Douar Seraghna bénéficiaire de ce système de soins et d'assurance.

Pour y répondre, nous avons divisé cette problématique en plusieurs hypothèses secondaires suivantes:

- Nous supposons que le système AMO Tadamoun est une alternative de solidarité plus adaptée que RAMED en matière d'assurance maladie et de fourniture de services de santé.
- Nous estimons qu'il y a des ajouts positifs après le passage du système d'assistance médicale RAMED au système de protection sociale AMO Tadamoun.
- Nous pensons qu'il existe des difficultés et contraintes rencontrées par les bénéficiaires vulnérables du système de protection sociale résidant dans les

quartiers précaires bin Qachali et Douar Seraghna après le passage de RAMED à AMO Tadamoun lors de la réception de l'ensemble des traitements accordés.

Importance de l'étude

L'étude de la protection sociale au Maroc revêt une importance cruciale dans le contexte actuel de développement socio-économique. Elle permet de mieux comprendre comment les politiques de protection sociale peuvent contribuer à améliorer les conditions de vie des citoyens, en garantissant un accès équitable aux soins de santé, à l'éducation et à d'autres services essentiels. La protection sociale et l'État social sont au cœur des réformes visant à améliorer le bien-être et à réduire les inégalités. Ces mesures visent à assurer à tous les Marocains un accès à des services de base, tout en soutenant les groupes vulnérables. Des initiatives comme le système RAMED et le programme AMO Tadamoun montrent l'engagement de l'État pour étendre la couverture sociale, notamment pour les populations précaires. Toutefois, des défis persistent concernant l'efficacité de la mise en œuvre, la qualité des services et l'égalité d'accès à travers le pays. Analyser l'interaction entre protection sociale et État social est essentiel pour identifier les progrès réalisés, surmonter les obstacles et améliorer les politiques, afin de construire un avenir plus inclusif et solidaire pour tous les Marocains.

Méthodologie de l'étude

Ce qui caractérise le phénomène humain, c'est sa complexité, composé de plusieurs dimensions. C'est cette réalité qui met en avant l'émergence d'outils de recherche divers et variés pour collecter des données, structurer la recherche, orienter les hypothèses et les corriger. En ce qui concerne le type d'étude, il s'agit d'une recherche quantitative qui repose sur la collecte et l'analyse de données quantitatives à l'aide de certains questionnaires. La recherche quantitative se définit par l'utilisation de méthodes mathématiques et statistiques, et elle vise à identifier les causes et les faits en ce qui concerne la relation entre les variables, afin de trouver une explication des relations de cause à effet entre ces variables.

Quant à la méthode utilisée, il s'agit de la méthode descriptive analytique: cette méthode, permet d'étudier et d'observer le phénomène tel qu'il se présente dans la réalité, d'identifier les causes et les facteurs qui ont contribué à l'apparition du phénomène, tout en essayant d'atteindre des résultats qui contribuent à la résolution du problème. Elle observe les phénomènes de manière scientifique et réaliste, tout en fournissant des informations précises et correctes sur le phénomène à étudier.

La méthode comparative: est l'une des formes de méthodologies utilisées dans la recherche scientifique. L'objectif de cette méthode est de réaliser une série de comparaisons entre les phénomènes liés à la recherche scientifique, afin de déterminer les points de similarité ainsi que les différences entre eux.

Outils de recherche sur le terrain

Le questionnaire (Annexe 1), qui est une feuille contenant des données spécifiques que les personnes doivent remplir. Il comprend un ensemble de questions destinées à obtenir des informations sur un sujet, un problème particulier ou une situation précise. Les questions incluent à la fois des questions ouvertes, fermées et des questions à choix multiple.

Échantillon de l'étude

Un échantillon aléatoire de Personne (62 personnes) vulnérable bénéficiaire du système de protection sociale résidant dans les quartiers précaires bin Qachali et Douar Seraghna ayant sollicité le centre hospitalo-universitaire Mohammed VI de Marrakech et bénéficié du système de soins et d'assurance santé AMO tadamon.

Traitement statistique: Le système de traitement SPSS a été utilisé.

I- Évolution du système de soins de santé au Maroc

Le système de soins de santé au Maroc a connu une évolution notable, marquée par l'engagement de l'État à reconstruire ce que le colonialisme avait laissé derrière lui, ainsi que par le programme de redressement structurel. Malgré les réformes initiées par l'État depuis 1994, il n'y a eu peu de progrès dans la réforme du système de couverture sanitaire jusqu'en 2002. L'adoption de la loi n° 65.00, qui a établi le code de la couverture sanitaire de base, a eu un impact positif sur le système de protection sociale. Elle a mis en place des régimes d'assurance maladie pour les travailleurs des secteurs public et privé, ainsi que pour les personnes démunies. Ces régimes d'assurance maladie comprennent: l'assurance obligatoire de base contre la maladie dans le cadre de la Caisse nationale de sécurité sociale, l'assurance de base contre la maladie dans le cadre de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale, et le système d'aide médicale «RAMED», dont les premières expériences ont débuté en 2008.

Malgré les réformes visant à garantir le droit d'accès aux soins de santé au Maroc, le système fait encore face à de nombreuses difficultés concernant le respect des principes d'inclusivité, de solidarité, d'égalité et de qualité dans la prestation des services

de santé. Nous allons explorer ces questions dans les deux sections suivantes: nous commencerons par les soins de santé de base à la lumière de la loi n° 65.00, puis nous examinerons le programme RAMED comme une expérience innovante en matière de ciblage social⁽¹⁾.

1- Soins de santé de base selon la loi n° 65.00

L'État a œuvré avec détermination pour promouvoir les soins de santé et protéger ce droit en mettant en place la loi n° 65.00, qui constitue un code de couverture de santé de base. Cette loi a été publiée par le biais du dahir royal daté du 3 octobre 2002 et est entrée en vigueur le 18 août 2005.

L'article 2 de la loi sur la couverture de santé obligatoire au Maroc élargit la couverture à plusieurs groupes, notamment les fonctionnaires, les travailleurs du secteur privé, les retraités, les travailleurs indépendants, les professions libérales, les personnes exerçant une activité non rémunérée, ainsi que les anciens combattants, les membres de l'Armée de libération et les étudiants, sous réserve qu'ils ne soient pas déjà couverts par un autre système. Les personnes à faible revenu non couvertes peuvent bénéficier d'un système d'aide médicale.

La loi n° 65.00 a créé l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM), un organisme autonome chargé de gérer l'assurance maladie obligatoire et d'assurer son bon fonctionnement. Selon l'article 60, l'ANAM est aussi responsable de la gestion des ressources pour le système d'aide médicale. Cette législation repose sur six principes clés: solidarité, obligation, égalité, équité, interdiction de discrimination et interdiction de sélection des risques. Le principe de solidarité, central dans la politique sociale du Roi Mohammed VI, garantit un accès équitable et gratuit aux soins de santé pour tous, quel que soit leur statut socio-économique, sexe, âge ou lieu de résidence. Ces principes sont également confirmés par l'article 31 de la Constitution de 2011⁽²⁾.

Il est indéniable que le projet de réforme du système de santé et le renforcement de la protection sociale impliquent de nombreux acteurs, chacun agissant selon son domaine de compétence. Pour établir la responsabilité de l'État dans la garantie du droit à la santé pour tous les citoyens, la loi-cadre n° 34.09 relative au système de

1. Mohammed Tawfik Mouline, Anissa Lazrak, Rapport 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025, 2005, p. 93.

2. La loi n° 65.00 constitue un code de couverture de santé de base émis par le dahir royal n° 296-02-1 en date du 25 Rajab 1423 (3 octobre 2002).

santé et à l'offre de soins a été adoptée. Cette loi souligne la responsabilité de l'État dans l'atteinte des objectifs du système de santé, notamment: la prévention des risques menaçant la santé, l'éducation à la santé, ainsi que la fourniture de services préventifs et curatifs. De plus, elle vise à organiser la carte sanitaire au niveau national et régional, et à mettre en place des plans régionaux pour garantir une distribution équitable des services de soins⁽¹⁾.

Malgré les réformes que la politique de santé au Maroc a connues, ce système continue de souffrir de plusieurs dysfonctionnements, dont le principal est la multiplicité des organismes responsables de la gestion de ce système, à savoir le Fonds national de sécurité sociale, le Fonds national des organismes de prévoyance sociale, les mutuelles et les compagnies d'assurance privées. De plus, il existe un manque de coordination entre ces systèmes, même au sein de la même entité ou du fonds gestionnaire, que ce soit en ce qui concerne le panier de soins, le taux de cotisation ou le remboursement⁽²⁾.

Le système de santé au Maroc fait face à plusieurs défis. Les familles marocaines supportent plus de 50 % des dépenses de santé, un pourcentage bien supérieur à celui des pays de l'OCDE. Il existe aussi une grande inégalité d'accès aux soins, particulièrement entre les zones urbaines et rurales, avec les habitants des zones rurales devant souvent se rendre dans les grandes villes pour des soins de qualité. Le secteur public n'arrive pas à répondre à la demande, surtout pour les populations modestes et rurales, ce qui contrevient aux principes d'égalité et de justice sociale inscrits dans la loi n° 65.00⁽³⁾.

Delà La loi 65.00 relative à la couverture médicale de base au Maroc vise à organiser le système de santé et garantir l'accès aux soins pour tous les citoyens. Son objectif principal est d'établir un cadre légal pour la protection sociale en matière de santé, en assurant un accès universel aux soins de santé de base. Ces soins comprennent la prévention, le traitement et la réhabilitation nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population. La loi introduit des dispositifs comme l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour couvrir les frais de santé de manière étendue, tout en mettant

1. Loi-cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins, publiée par dahir charif n° 1.11.83 en date du 29 Rajab 1432 (2 juillet 2011), Journal officiel, n° 5962, 19 Shaaban 1432 (2 juillet 2011), p. 3469.

2. عثمان مخون، «ورش الحماية الاجتماعية: هل يتغلب المغرب على التحديات المطروحة؟». ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية، مبادرة الإصلاح العربي، سبتمبر 2023، ص.5، شوهد في 2024/11/01، على الرابط <https://www.arab-reform.net/ar/publication>.

3. Abderrahim TMIQ, le financement de la généralisation de la protection sociale au Maroc, Laboratoire de Recherche en sciences de gestion des Organisations Ecole Nationale de Commerce et de Gestion de Kénitra, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc, publier le 27 juin 2023, p.175.

l'accent sur l'accessibilité géographique et économique des soins et la réduction des inégalités, notamment pour les populations vulnérables.

2- Mise en avant du RAMED comme une expérience sociale pionnière

Dans le cadre du renforcement de la politique de protection sociale, le Maroc a lancé, depuis 2008, le système d'aide médicale (RAMED) dans la région de Tadla-Azilal. Ce système a été généralisé en mars 2012 pour couvrir toutes les régions du Royaume, bénéficiant à 11,7 millions de personnes, réparties comme suit: 4,7 millions de familles et plus de 7,4 millions de personnes disposant de cartes en cours de validité⁽¹⁾.

L'expérience du Maroc avec le système d'aide médicale (RAMED) est considérée comme l'une des plus marquantes dans le cadre des politiques de ciblage, avec de nombreuses initiatives ayant adopté cette approche pour lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité. Le Maroc a ainsi mis en place une politique de ciblage pour identifier les individus et les familles les plus démunis, qui méritent de bénéficier du programme d'aide médicale (RAMED)⁽²⁾.

Le processus de ciblage du système RAMED au Maroc repose sur deux critères principaux, mais il reste sélectif et rencontre plusieurs défis, notamment la rareté des budgets alloués et la difficulté de définir précisément les personnes pauvres, ce qui peut entraîner des erreurs dans l'identification des bénéficiaires. Ce processus inclut plusieurs étapes: dépôt des demandes, collecte d'informations, calcul des résultats, examen des demandes par des commissions locales, vérification des recours par des commissions régionales, et enfin, la distribution des cartes de bénéficiaires pour les demandes acceptées⁽³⁾.

Le système d'aide médicale RAMED au Maroc se concentre sur la prise en charge des maladies chroniques avec la gratuité des soins et des médicaments dans les centres de santé, tant en milieu rural qu'urbain. Cependant, il a rencontré des défis, notamment un nombre de bénéficiaires beaucoup plus élevé que prévu (18,4 millions au lieu de 4,5 millions), ce qui reflète une augmentation de la pauvreté. Le financement du système

1. Rapport du Conseil économique, social et environnemental, La protection sociale au Maroc: état des lieux, bilan et voies de renforcement des systèmes de garantie et d'assistance sociale, Référence n° 2018/34, p. 77.

2. محمد فاروق، محمد غراب، «إمكانية استفادة مصر من التجربة الماليزية في مواجهة البطالة»، معهد المستقبل العالي للدراسات التكنولوجية المتخصصة، نشر بتاريخ 2019/11/12، ص. 203-242، شوهد في 2024/11/02 <https://jsec.journals.ekb.eg/article>

3. Rapport du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Système d'assistance médicale, Bilan de deux ans de généralisation, mars 2014, p. 6.

est fragile, avec des ressources limitées et des conflits de gestion entre les autorités. En 2016, 45,4 % de la population n'était toujours pas couverte par un système de santé. L'objectif des réformes est d'assurer une couverture santé universelle et des services de qualité pour promouvoir la justice sociale et soutenir le développement démocratique du pays⁽¹⁾.

Ainsi, le RAMED représente un effort significatif pour améliorer la santé publique au Maroc en garantissant que les plus vulnérables aient accès aux soins nécessaires, bien que des efforts supplémentaires soient encore nécessaires pour surmonter les obstacles à son efficacité. Son objectif vise à garantir l'accès aux soins de santé pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer des assurances santé, en particulier les plus défavorisées. Le RAMED a fonctionné en complémentarité avec l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), qui est destinée à d'autres catégories de la population, y compris les travailleurs salariés et les professions libérales.

II-Vers une couverture santé universelle au Maroc

Le roi Mohammed VI a déclaré dans son discours devant le Parlement que l'une des raisons appelant à l'élaboration d'un nouveau modèle de développement est l'incapacité atteinte par le système de protection sociale au Maroc, le volume de la carence sociale et la faiblesse des moyens pour atteindre la justice sociale. Il a donc invité le gouvernement, ainsi que tous les acteurs et partenaires, à procéder à une restructuration complète et profonde des programmes et des politiques régissant le soutien et la protection sociale. Il a également souligné la nécessité d'adopter une approche participative dans la mise en œuvre des dispositions de ces programmes⁽²⁾.

Le parcours réformateur du Maroc en matière de protection sociale a culminé avec le lancement de la généralisation de la protection sociale, incarnée par la loi n° 09.21, qui établit un code de protection sociale universelle. Ce projet royal vise à construire un État social basé sur l'égalité, la solidarité, la justice et l'équité. L'égalité d'accès aux soins médicaux et à l'assurance maladie de base est devenue une priorité, et ce chantier est désormais un sujet de consensus national, en phase avec les évolutions internationales pour renforcer la justice sociale et réduire les inégalités. Ces réformes ont profondément modifié le système de santé marocain, avec plusieurs nouvelles

1. Safia Fekkakloughail, Les déterminants de l'adhésion volontaire à la couverture sociale au Maroc. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 3(3-2), 2022, p. 420.

2. محمد احديدو، رهان النموذج التنموي الجديد: نموذج تنمية أم تنمية نموذج؟، المغرب الاقتصادي والاجتماعي: أسئلة التحول في وظائف الدولة، مسارات في الأبحاث والدراسات القانونية، العدد 15، 2021، عدد خاص، ص. 271.

législations adoptées pour améliorer l'accès aux soins et garantir une couverture plus étendue pour tous les citoyens⁽¹⁾.

La couverture universelle de santé est un enjeu clé pour le développement social et économique du Maroc. Elle vise à garantir un accès équitable à des soins de qualité pour tous, sans distinction de statut socio-économique. Le Maroc a lancé des réformes pour atteindre cet objectif, comme l'introduction de l'AMO Solidarité et l'extension de la couverture médicale aux populations vulnérables (travailleurs indépendants, agriculteurs). La durabilité du système repose sur un financement solide, combinant les contributions de l'État, des assurés et des partenariats public-privé. Il est aussi important d'améliorer la compréhension des droits en santé au sein de la population pour optimiser l'accès aux services.

1- La nouvelle orientation de la réforme de la couverture sanitaire

Le Maroc a fait des progrès significatifs pour assurer une couverture sanitaire de base à toute la population, y compris les plus vulnérables. La loi 06.22 et la loi-cadre n° 09.21 visent à améliorer l'accès aux soins de qualité, à garantir la continuité des soins et à renforcer la coopération dans le système de santé. Depuis 2011, le pays réforme son système pour généraliser l'assurance maladie obligatoire, étendant progressivement la couverture à tous les citoyens. Ainsi, la loi n° 120.13, qui modifie et complète la loi n° 65.00 relative à la couverture sanitaire de base, a été promulguée, entraînant des changements dans plusieurs articles, notamment les articles 73, 83 et 93 de la loi n° 65.00. La modification de l'article 73 stipule que « la gestion du système d'assurance maladie obligatoire mentionnée à l'article 71 ci-dessus est confiée aux deux organismes suivants: le Fonds national de sécurité sociale et le Fonds national des organismes de prévoyance sociale, selon les conditions définies à l'article 83.⁽²⁾

Pour élargir la couverture sanitaire de base et inclure les catégories non couvertes, le Maroc a adopté le décret n° 2013/13, créant deux comités clés: un comité interministériel de pilotage et de soutien, chargé de développer une stratégie intégrée pour réformer le système de couverture sanitaire, et un comité technique interministériel, responsable de l'élaboration d'une méthodologie unifiée pour suivre et évaluer les progrès de la réforme.

1. Loi n° 09.21 relative à la protection sociale, publiée en vertu du dahir charif n° 30.21.1, daté du 9 Chaâbane 1442 (23 mars 2021), au Bulletin officiel n° 6975, du 22 Chaâbane 1442 (5 avril 2021).

2. Conseil économique, social et environnemental sur la protection sociale au Maroc, état des lieux, bilan et voies d'amélioration des systèmes de garantie et d'aide sociale, référence n° 2018/34, p. 35

Dans ce cadre, plusieurs mesures ont été prises, comme la désignation de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) pour superviser l'unité d'évaluation et de suivi en décembre 2014. Le Maroc a également adopté un plan pour l'assurance maladie des travailleurs indépendants, avec une mise en œuvre progressive. En septembre 2015, la couverture santé a été étendue aux étudiants, et en mars 2016, 10 des 16 textes législatifs et réglementaires nécessaires à la réforme ont été publiés. Ces décisions font partie de la mise en œuvre de la stratégie intégrée de réforme du système de couverture santé de base⁽¹⁾.

La loi n° 60.22 instaure un régime d'assurance maladie obligatoire pour les personnes capables de payer les cotisations, mais sans activité salariée ou non salariée, incluant les Marocains du monde. Elle repose sur les principes de la loi n° 65.00, qui définit la couverture santé de base.

La réforme de la couverture sanitaire au Maroc vise à élargir l'accès aux soins, notamment pour les travailleurs indépendants et les agriculteurs, en remplaçant le RAMED par l'AMO Tadamoun pour une couverture plus équitable. Elle améliore aussi la qualité des soins, modernise les infrastructures et forme le personnel médical. De nouveaux mécanismes de financement, combinant les contributions de l'État et des assurés, sont mis en place pour assurer la viabilité du système. Un suivi et une évaluation seront effectués pour ajuster les politiques si nécessaire⁽²⁾.

2- Le Code de l'assurance maladie obligatoire en accompagnement de l'atelier de modernisation

La loi n° 27.22, adoptée le 8 septembre 2022, vise à moderniser le système de soins de santé au Maroc et à soutenir l'objectif de couverture santé universelle. Elle modifie et complète la loi n° 65.00, qui régit la couverture santé de base. Cette réforme répond aux critiques du système précédent, qui souffrait de nombreuses lacunes, notamment en matière de prise en charge, de couverture des catégories vulnérables, de respect du principe d'égalité, de qualité des services, et de l'impact financier sur le budget de l'État.

1. Loi n° 120.13 portant modification et complément de la loi n° 65.00, qui constitue le code de la couverture santé de base, publiée en vertu du dahir charif n° 1.14.141 du 25 du mois de Shawwal 1435 (22 août 2014), dans le bulletin officiel n° 6290 publié en Dhu al-Qi'dah 1435 (11 septembre 2014), p. 6809.

2. محمد بنيحي، تدبير ورش تعميم الحماية الاجتماعية، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 47، الطبعة الأولى، 2022، ص.83.

La loi n° 27.22 cherche à corriger ces faiblesses et à améliorer l'accès et la qualité des soins pour tous les citoyens⁽¹⁾.

La loi n° 27.22 introduit des modifications importantes à la loi n° 65.00, notamment le changement de son titre en «Loi n° 65.00 relative à l'assurance maladie obligatoire». Cette réforme adapte la législation aux principes de la loi n° 09.21 sur la protection sociale, en élargissant l'accès à l'assurance maladie obligatoire, en particulier pour les catégories défavorisées. Elle abroge le système RAMED et transfère ses bénéficiaires vers l'assurance maladie obligatoire, tout en maintenant leurs droits antérieurs.

La réforme repose sur deux principes clés: la contribution et la mutualisation des risques pour ceux qui peuvent payer les cotisations, et la solidarité pour les autres. L'État prend en charge les cotisations des personnes incapables de les payer, assurant ainsi une couverture universelle et équitable. Le Code de l'assurance maladie obligatoire garantit un accès non discriminatoire aux services de santé, y compris un panier de soins similaire pour les personnes à faibles revenus, les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé.

Un élément central de cette réforme est le registre social unifié, qui aide à mieux cibler les bénéficiaires et assurer une allocation efficace des ressources. Le Fonds national de sécurité sociale (FNSS) gère le système d'assurance maladie obligatoire, soutenu par un conseil d'administration spécifique. En outre, l'article 8 garantit l'accès automatique des bénéficiaires du RAMED à l'assurance maladie obligatoire. Ces derniers devront demander à rejoindre le système et pourront être exemptés de cotisations si leur situation le justifie. L'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) devra fournir une base de données pour assurer l'enregistrement des bénéficiaires avant la date limite, afin de leur garantir une couverture continue⁽²⁾.

Cette réforme constitue un pas important vers la réalisation de l'objectif d'un système de santé inclusif et équitable au Maroc, en s'alignant sur les normes internationales de protection sociale et en répondant aux besoins des populations les plus vulnérables.

Afin de mettre en œuvre ce qui a été abordé dans la partie théorique, nous avons

1. Rapport du Conseil économique, social et environnemental sur la protection sociale au Maroc, état des lieux, bilan et moyens de renforcer les systèmes de garantie et d'assistance sociale, référence n° 2018/34, p. 75.

2. Loi n° 27.22 modifiant et complétant la loi n° 65.00 relative à l'assurance maladie obligatoire, promulguée par le dahir royal n° 1-22-65 en date du 30 du mois de Rabi al-Awwal 1444 (25 novembre 2022), numéro 7147, publiée le 5 du mois de Jumada al-Awwal 1444 (30 novembre 2022), p. 7673.

choisi de mener une enquête sur le terrain en interrogeant un groupe de personnes vulnérables résidant dans les quartiers précaires bin Qachali et Douar Seraghna et fréquentant l'hôpital universitaire Mohammed VI à Marrakech, afin de mieux comprendre ce nouveau système AMO Tadamoun, ses modalités d'accès aux services et de le comparer avec le système précédent RAMED. Nous analyserons ensuite, du point de vue des participants à l'étude, leur satisfaction concernant leur nouvelle couverture santé et les obstacles qu'ils rencontrent lors du processus de bénéfice des services de santé.

III- Les quartiers précaires comme cadre de marginalisation sociale: dynamiques de pauvreté et enjeux d'accès à la protection sociale

1- Les catégories marginalisées:

Désignent, en sociologie, les groupes sociaux exclus totalement ou partiellement de l'accès aux ressources économiques, sociales, sanitaires et éducatives. Ces populations se caractérisent par une forte précarité et une vulnérabilité multidimensionnelle, affectant leur qualité de vie, leur sécurité et leur intégration sociale. Parmi ces catégories, les habitants des bidonvilles représentent une forme extrême de marginalisation urbaine. Ces quartiers informels, souvent situés en périphérie des villes, se développent en dehors de tout cadre réglementaire, dans des conditions d'habitat insalubres, sans infrastructures de base (eau potable, électricité, assainissement), et avec un accès très limité aux services publics, notamment de santé et d'éducation. Les populations vivant dans ces contextes sont confrontées à un cumul de désavantages: pauvreté chronique, emploi informel ou absent, faible niveau d'instruction, exposition à des risques sanitaires élevés, et stigmatisation sociale. Ce cumul constitue ce que certains chercheurs appellent une «marginalité structurelle», où l'exclusion devient un cercle vicieux transmis de génération en génération.

Le sociologue Michael Mann souligne que les catégories sociales ne sont pas neutres: elles sont construites par des acteurs institutionnels (État, administrations, ONG) pour répondre à des logiques de gestion, de ciblage des politiques sociales ou de contrôle fiscal. Ainsi, les «catégories marginalisées» ne se définissent pas seulement par leur statut économique ou spatial, mais aussi par leur rapport aux institutions et leur invisibilité dans les processus décisionnels.

La distinction entre catégorie et communauté est ici essentielle. La catégorie regroupe des individus partageant une caractéristique commune (ex.: bas revenu, précarité de

logement), mais sans nécessairement interagir entre eux. En revanche, une communauté suppose des liens sociaux, une culture partagée ou un sentiment d'appartenance, ce qui peut parfois exister dans les bidonvilles malgré l'extrême pauvreté, notamment à travers des réseaux de solidarité informels.⁽¹⁾

Les catégories marginalisées vivant dans ces zones résidentielles développent une culture subalterne visant à préserver leur identité sociale et culturelle. Elles inventent leurs propres modes de vie spécifiques. Selon Oscar Lewis, ces populations pauvres possèdent des traits culturels particuliers qui les distinguent du reste de la société. Ces caractéristiques se transmettent d'une génération à l'autre.

Parmi les manifestations de cette culture de la pauvreté, on retrouve l'absence d'intégration sociale, la faible participation à la vie collective, la fréquence élevée des séparations conjugales, la déscolarisation des enfants, la propagation des maladies, et le manque de projection dans l'avenir. Ces éléments contribuent à expliquer les comportements des pauvres, dont les conditions de vie et les attitudes sont marquées par des traits communs qui les différencient des autres groupes sociaux. Ils mènent ainsi une vie similaire et adoptent des comportements homogènes, ce qui, selon Lewis, les rend en quelque sorte responsables de leur propre situation de retard.

Cette culture de la pauvreté se perpétue de génération en génération, au point que les pauvres finissent par intérioriser et accepter leur position sociale et culturelle comme une fatalité. Cela montre que les populations marginalisées ne choisissent pas volontairement leur situation ; c'est plutôt la société elle-même qui les marginalise, en les privant de leurs droits fondamentaux. Par conséquent, ces groupes vivent une forme de dualité sociale et économique au sein de la ville, oscillant entre intégration apparente et exclusion structurelle.⁽²⁾

Dans le cadre des politiques publiques, notamment celles liées à la protection sociale comme l'AMO Tadamon, il devient crucial d'intégrer les spécificités de ces catégories marginalisées. L'enjeu est double: garantir l'accès effectif aux droits fondamentaux (santé, logement, éducation), et lutter contre les inégalités d'accès aux services, en adaptant les dispositifs aux réalités concrètes du terrain.

1. ميشيل مان، موسوعة العلوم الاجتماعية، ترجمة عادل الهواري، وسعد مصلوح، مكتبة الفلاح، الإمارات، 1994، ص 94.
2. محمد ياسر خواجه، علم اجتماع الحضري بين الرؤية النظرية والتحليل الواقعي، مكتبة المتبني، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية، 2014، ص 254.

2- Les quartiers d'habitat précaire (ou bidonvilles)

Les bidonvilles sont des quartiers composés de logements construits à partir de matériaux de récupération tels que la tôle, le plastique, le carton, le bois ou encore le zinc. Ces habitats précaires se développent souvent en périphérie des villes, voire à l'intérieur même de l'espace urbain, et finissent, avec le temps, par faire partie intégrante du tissu urbain, en particulier dans les grandes agglomérations.

Ces quartiers se distinguent par la simplicité des matériaux utilisés pour la construction, bien que certains foyers puissent recourir à des matériaux de construction classiques, notamment pour les murs. Les bidonvilles présentent une grande diversité dans leur organisation: certains sont apparus de manière spontanée, sans aucun plan d'urbanisme, tandis que d'autres ont été partiellement structurés dans le cadre de politiques d'accueil ou de relogement.⁽¹⁾

3- Partie pratique: enjeux d'accès à la protection sociale

Chapitre 1: Les caractéristiques sociodémographiques

Dans ce chapitre, nous allons essayer de connaître les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude vulnérables résidant dans les quartiers précaires bin Qachali et Douar Seraghna, telles que le sexe, l'âge, le nombre d'enfants et la situation familiale, afin de mieux appréhender ces données. Nous commencerons par le tableau 1, qui concerne le sexe des personnes interrogées.

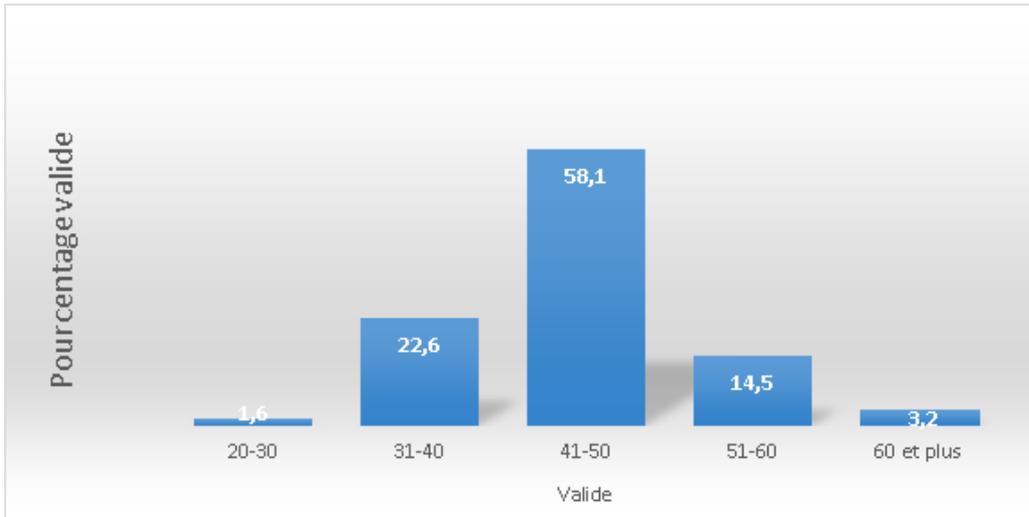
Tableau 1: Sexe des enquêtés

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Femme	26	41,9	41,9	41,9
	Homme	36	58,1	58,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

On remarque que le pourcentage des enquêtés du sexe masculin 58% est supérieur à celui 41% du sexe féminin.

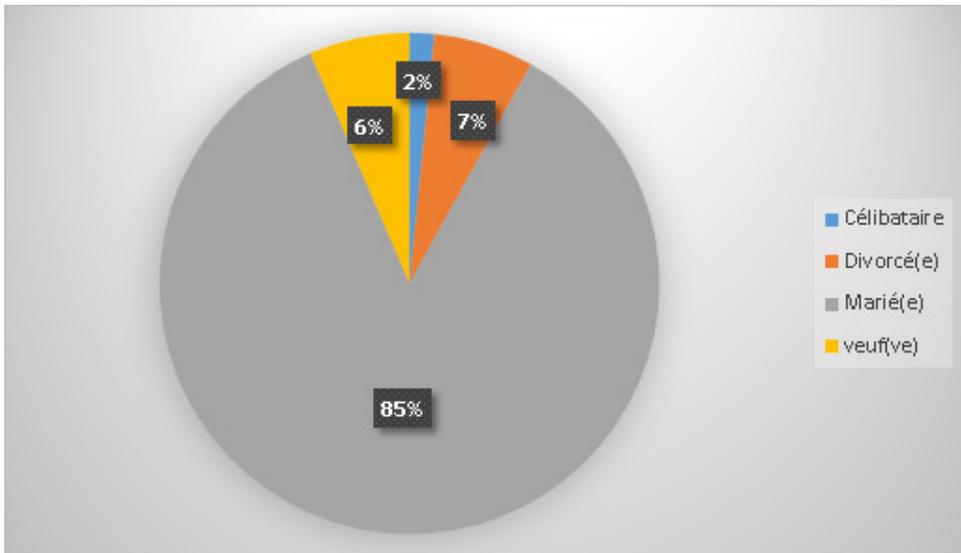
1. شويكي المصطفى، السكن غير اللائق المفاهيم والدلالات السكن غير اللائق بالدار البيضاء، منشورات الاتحاد الجغرافي المغربي فرع الدار البيضاء عين الشق، 2004، ص 6.

Figure 1: Age



Cette figure montre que la majorité des personnes questionnées sont âgées entre 41-50 suivi de ceux ayant entre 31-40 puis ceux âgés entre 50-60 puis 60 ans et plus et enfin ceux âgés entre 20-30 ans.

Figure 2: Situation familiale



Dans cette figure on remarque que la majorité des personnes interrogées sont mariées suivi des personnes divorcées, veuves puis célibataires.

Tableau 2: nombre d'enfant

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0-1	5	8,1	8,1	8,1
	2-3	29	46,8	46,8	54,8
	4-5	26	41,9	41,9	96,8
	6 et plus	2	3,2	3,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

D'après le tableau suivant on voit que la majorité des personnes enquêtées ont entre 2-3 enfants suivi de ceux ayant entre 4-5 enfants puis 0-1 et enfin 6 enfants et plus. Il ressort de ce chapitre que la tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-50 ans. La plupart d'entre eux sont mariés, stables et ont un nombre relativement élevé d'enfants, malgré leur situation sociale précaire et leurs faibles revenus, ce qui complique davantage leurs conditions de vie.

Chapitre 2: Les caractéristiques socioprofessionnelles et la situation sociale

Dans ce chapitre, nous allons explorer la profession des participants à l'étude et dans quelle mesure leurs enfants bénéficient de la couverture santé.

Tableau 3: métier des enquêtés

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Artisan	8	12,9	12,9	12,9
	Chauffeur	6	9,7	9,7	22,6
	Commerce	5	8,1	8,1	30,6
	En Chômage	9	14,5	14,5	45,2
	Femme au foyer	13	21,0	21,0	66,1
	Marchand ambulant	2	3,2	3,2	69,4
	Ménage	11	17,7	17,7	87,1
	Ouvrier	6	9,7	9,7	96,8
	Vendeur ambulant	1	1,6	1,6	98,4
	Vendeuse	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Le tableau suivant résume les différentes occupations professionnelles des personnes concernées par cette enquête, on remarque que la plupart des personnes enquêtées sont sans profession ou occupent des métiers précaires.

Tableau 4: Le bénéfice ou non des enfants des personnes enquêtées de la couverture santé

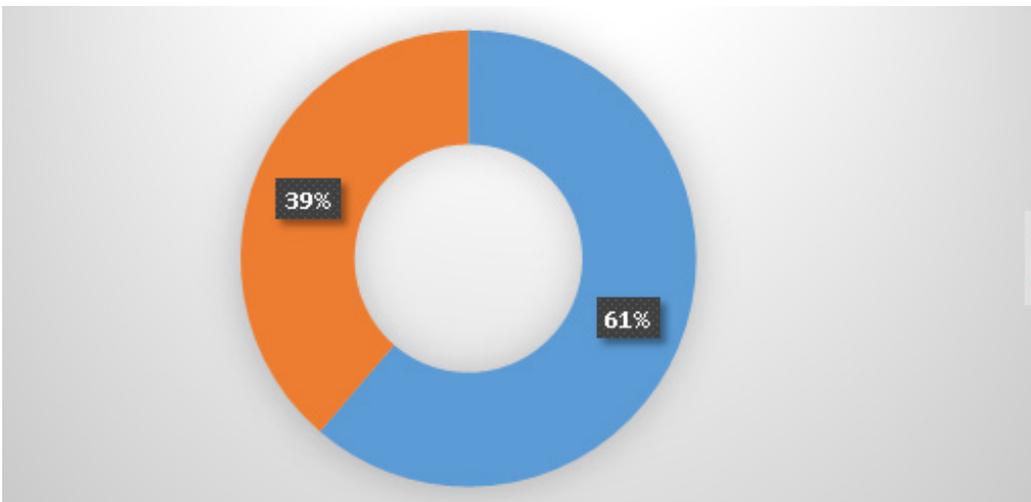
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	62	100,0	100,0	100,0

On voit dans ce tableau que tous les enfants des personnes enquêtées ont une couverture santé.

Chapitre 3: système RAMED ET AMO Tadamoun cotisation et service de santé

Dans ce chapitre, nous aborderons la contribution financière des participants à la cotisation, et si elle diffère de celle payée dans le cadre du système RAMED. Nous discuterons également des différences qu'ils ont observées entre le programme de couverture santé RAMED et AMO Tadamoun, ainsi que de leur niveau de bénéfice des services dans les établissements de santé.

Figure 3: Le paiement ou non des personnes enquêtées du devoir d'adhésion



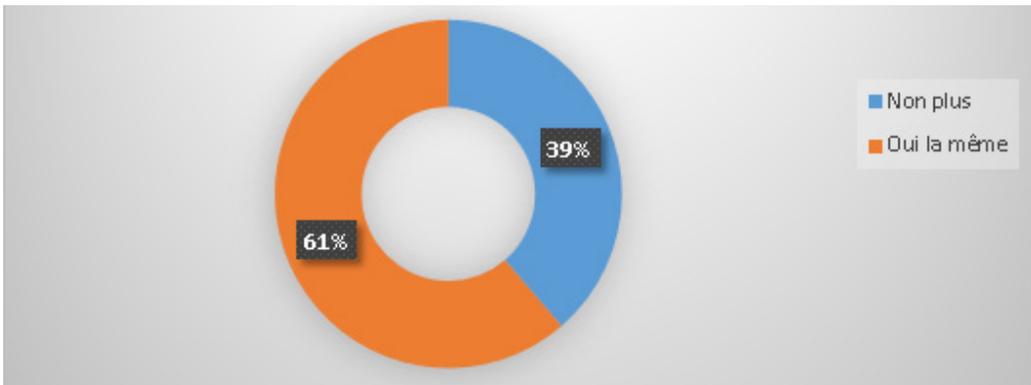
On remarque dans cette figure que la majorité des personnes questionnées 61% ne payent pas un devoir d'adhésion et 39% le payent.

Tableau 5: L'adaptation de la cotisation avec la situation financière des personnes enquêtées

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	20	32,3	83,3	83,3
	Oui	4	6,5	16,7	100,0
	Total	24	38,7	100,0	
Manquant	Système	38	61,3		
Total		62	100,0		

Ce tableau démontre que la cotisation que payent les personnes vulnérables ne s'adapte pas avec leur situation financière pour 83%des cas.

Figure 4: L'existence ou non d'une similarité entre la cotisation actuelle et celle payée avec le système de santé RAMED



D'après cette figure la majorité des personnes enquêtées 61%ne payent pas de cotisation donc leur situation est similaire à celle qu'ils avaient avec le RAMED et le reste cotisent plus que ce qu'ils payées avant avec le système RAMED.

Tableau 6: Le bénéfice ou non des personnes enquêtées avec AMO Tadamoun des services de santé dans toutes les institutions sanitaires, y compris celles du secteur privé

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	62	100,0	100,0	100,0

Tableau 7: Le Bénéfice ou non des personnes enquêtées avec le système RAMED des services de santé dans toutes les institutions, y compris celles du secteur privé

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	NON	62	100,0	100,0	100,0

Les tableaux 6 et 7 ont démontré que toutes les personnes enquêtées bénéficiaires d'une couverture santé AMO Tadamoun profitent de services de santé dans toutes les institutions sanitaires dans le secteur privé fait partie, tandis que l'ancien système de santé RAMED ne permettait pas un bénéfice de services de santé dans toutes les institutions sanitaires, y compris celles du secteur privé.

Tableau 8: La similarité de la gamme de service de santé AMO Tadamoun avec la gamme de service de santé RAMED

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	OUI	62	100,0	100,0	100,0

Ce tableau montre que toutes les personnes enquêtées bénéficient de la même gamme de services de santé avec AMO Tadamoun que celle dont ils bénéficiaient avec RAMED.

Tableau 9: La similarité de qualité entre les services de santé qui sont offerts dans le cadre du nouveau système de santé AMO Tadamoun et ceux offerts dans le cadre du système d'aide sanitaire RAMED

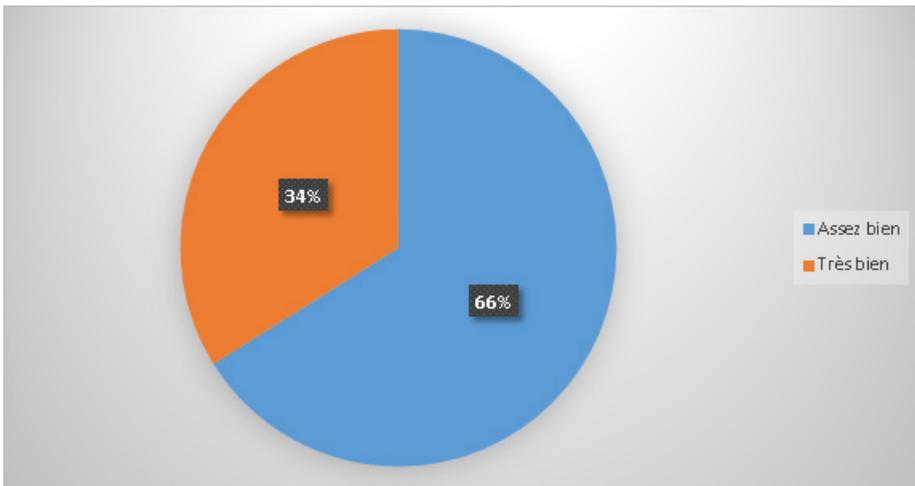
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	62	100,0	100,0	100,0

Tableau 10: L'existence ou non d'une discrimination dans l'accès et le bénéfice des services de santé entre les personnes enquêtées et les autres catégories bénéficiant de formes différentes de couverture santé CNOPS et CNSS

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Non	62	100,0	100,0	100,0

A travers ces deux tableaux (9 et 10) on voit que toutes les personnes enquêtées confirment qu'il ya une similarité de qualité entre les services de santé qui sont offerts dans le cadre du nouveau système de santé AMO Tadamoun et ceux offerts dans le cadre du système d'aide sanitaire RAMED, ils confirment aussi l'absence d'une discrimination dans l'accès et le bénéfice des services de santé entre les personnes enquêtées et les autres catégories bénéficiant de formes différentes de couverture santé CNOPS et CNSS.

Figure 5: Evaluation de la qualité des services offerts dans les institutions de santé



D'après cette figure 66% de personnes questionnées évaluent la qualité des services offerts moyennement bien et 34% les trouvent très bien.

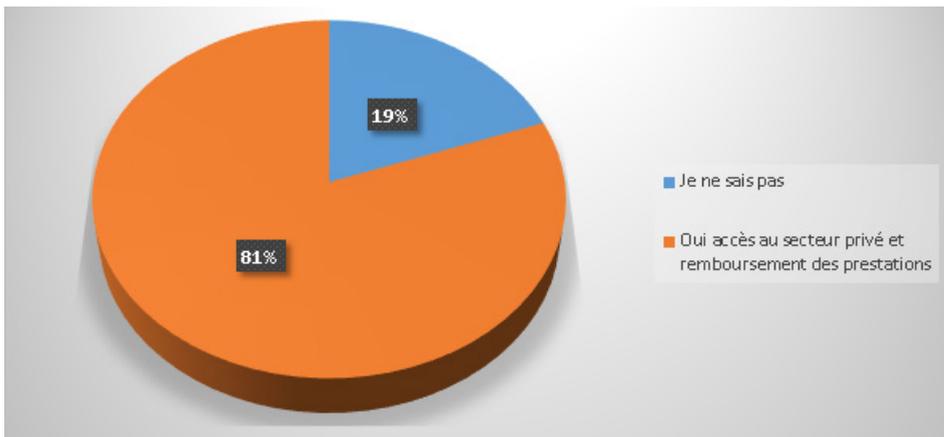
Tableau 11: Préférence du système RAMED ou AMO Tadamoun par les personnes enquêtées

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Amo Tadamoun nous permet un remboursement concernant les médicaments et radio en plus du remboursement des prestations dans le secteur privé	43	69,4	69,4	69,4

	Ils sont pareils	11	17,7	17,7	87,1
	Ramed la cotisation est moins chère	1	1,6	1,6	88,7
	Ramed on payé pas les prestations	4	6,5	6,5	95,2
	Ramed on pouvait avoir l'aide des associations	3	4,8	4,8	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

A travers ce tableau 69%des enquêtés préfèrent le système AMO Tadamoun car il leur permet un remboursement concernant les médicaments et radio en plus du remboursement des prestations dans le secteur privé, 17% trouvent AMO et RAMED pareil, ceux qui restent préfèrent RAMED parce qu'il leurs permettait la gratuité des prestations et un devoir de cotisation moins cher, aussi un accès facile aux associations.

Figure 6: Améliorations positives avec le nouveau système de santé AMO Tadamoun



Dans cette figure la majorité des personnes questionnées 81%trouvent qu'il y a des améliorations positives avec le nouveau système de santé AMO Tadamoun qui concerne l'accès au secteur privé et le remboursement des prestations, ceux qui restent 19% ne connaissent pas les nouveautés qu'apporte AMO Tadamoun.

Aussi en se basant sur les résultats des tableaux(6-7-8-9-11) et figures(5-6) suivant, il s'avère que l'AMO Tadamoun permet le bénéfice de service de santé dans les institutions, y compris celles du secteur privé par contre avec le RAMED ce n'était pas possible,

pour les services de santé il y a une similarité entre la gamme de service de santé AMO Tadamoun avec la gamme de service de santé RAMED, et en ce qui concerne la qualité des services et prestations de santé qui sont offerts dans les deux systèmes, il n'y a pas de différence et les enquêtés les jugent moyennement bien, aussi on trouve pas de discrimination dans l'accès et le bénéfice des services de santé entre les personnes enquêtées et les autres catégories bénéficiant de formes différentes de couverture santé CNOPS et CNSS. La majorité des personnes questionnées ont préféré AMO Tadamoun et trouve que c'est une alternative de solidarité plus adaptée que RAMED en matière d'assurance maladie et de fourniture de services de santé, car ce nouveau système permet un remboursement concernant les médicaments et radio, en plus du remboursement des prestations dans le secteur privé, donc c'est un ajout important comparé aux prestations de l'ancien système de santé RAMED.

Tableau 12: Difficultés rencontrées à bénéficier des services de santé offerts dans le cadre de AMO Tadamoun

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Difficulté financière à payer les prestations avant le remboursement	12	19,4	19,4	19,4
	retard dans la prise de rendez-vous	12	19,4	19,4	38,7
	Difficulté administrative pour bénéficier des prestations	5	8,1	8,1	46,8
	Non	33	53,2	53,2	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Ce tableau montre que 53% des personnes enquêtées ne rencontrent pas de difficultés à bénéficier des services de santé offerts dans le cadre de AMO Tadamoun, ceux qui restent trouvent des difficultés financières à payer les prestations avant le remboursement, un retard dans la prise de rendez-vous, et des difficultés administratives pour bénéficier des prestations.

Discussion générale

La première hypothèse: Le contexte des programmes de protection sociale au Maroc.

L'évolution de la protection sociale au Maroc a été marquée par des réformes successives visant à élargir la couverture sociale, améliorer l'accès aux services de santé et renforcer les mécanismes de solidarité.

Avant l'indépendance, la protection sociale était limitée principalement aux colons et une minorité d'employés marocains dans le secteur formel. Après l'indépendance en 1959 la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) a été créée pour les salariés du secteur privé, puis il y avait une extension des prestations pour les salariés du secteur formel laissant les populations rurales et informelles en dehors du système.

En 2000, les acquis et première réformes majeures ont été consolidés dont l'amélioration de la couverture médicale, en 2005 l'AMO (assurance maladie obligatoire) a été lancée et gérée par la CNSS pour le secteur privé et la caisse Marocaine des retraites (CMR) pour les fonctionnaires. En 2012 le RAMED a été introduit régime d'assistance médicale destinée aux populations les plus vulnérables n'ayant pas de couverture médicale, après l'année 2020 il a eu une généralisation progressive de la protection sociale, et en avril 2021 le Maroc a lancé une réforme ambitieuse de la protection sociale visant à généraliser l'AMO à tous les marocains y compris les travailleurs non-salariés et les personnes en situation d'informalité avec un objectif de couverture universelle pour 2025. C'est ce qu'on a vu de manière plus étendue dans la partie théorique.

La deuxième hypothèse: Il y a des ajouts positifs après le passage du système d'assistance médicale RAMED au système de protection sociale AMO Tadamoun.

Le passage du système RAMED à un modèle de protection sociale plus universel au Maroc s'accompagne de nombreux ajouts positifs qui marquent une avancée significative car cette réforme favorise une meilleure équité, et une protection globale pour l'ensemble des citoyens. Avec le système RAMED, la prise en charge est axée principalement sur les populations défavorisées excluant une grande partie des travailleurs informels, c'est un système réservé aux personnes vulnérables basés sur des conditions d'éligibilité strictes, et une couverture partielle limitée à l'accès aux soins de base dans les hôpitaux publiques. Par contre avec le système AMO Tadamoun, la couverture est universelle visant tous les marocains, y compris les travailleurs non salariés, les artisans, les agriculteurs, et les professions libérales, delà elle permet une réduction des inégalités. Aussi la prise en charge est élargie à la médecine privée, les médicaments, les soins spécialisés et les

interventions médicales coûteuses, grâce à une protection universelle, indépendamment du statut socio-économique, et c'est ce qu'on a pu observer sur (la figure6) qui montre que 81 % des questionnés affirment qu'il y a des ajouts positifs avec le système AMO Tadamoun. Donc le système AMO est une alternative de solidarité plus adaptée que RAMED en matière d'assurance maladie et de fourniture de services de santé.

La troisième hypothèse: il existe des difficultés et contraintes rencontrées par les bénéficiaires vulnérables du système de protection sociale résidant dans les quartiers précaires bin Qachali et Douar Seraghna après le passage de RAMED à AMO Tadamoun lors de la réception de l'ensemble des traitements accordés.

Le système de protection sociale AMO Tadamoun bien qu'ambitieux est confronté à des contraintes et des difficultés qui affectent l'expérience des bénéficiaires, notamment les longs délais d'attente pour les consultations spécialisées et les interventions chirurgicales, aussi il ya une complexité administrative dans les démarches d'inscription et le processus d'enregistrement et dans la prise de rendez-vous 46,8 %des répondants ont confirmé avoir des difficultés administratives pour bénéficier de prestations et 19,4 % ont affirmé avoir un retard dans la prise de rendez-vous(tableau12). Aussi l'AMO Tadamoun ne couvre pas la totalité des frais médicaux laissant à la charge des bénéficiaires (ménages vulnérables)des dépenses et des couts résiduels pouvant représenter un obstacle majeur à l'accès aux soins. Il y a aussi une difficulté à accéder aux soins privés par les bénéficiaires car ils sont obligés de payer les prestations avant le remboursement et vu leur revenu insuffisant, ils préfèrent plutôt avoir recours à L'hôpital publique. Dans le (tableau12) 19,4 %des questionnés affirment qu'ils sont confrontés à des difficultés financières pour le payement des prestations de santé, et affirment qu'avec le RAMED ils ne payés rien et la cotisation était moins chère (tableau11).

Conclusion

En général, les réformes majeures entreprises dans le domaine de la santé reflètent une volonté politique déterminée à mettre en œuvre un projet de protection sociale universelle, tout en affirmant l'engagement des autorités à établir un État social dans notre pays. Delà la protection sociale représente un droit fondamental qui vise à garantir une couverture universelle pour tous les citoyens, sans distinction de statut social, économique ou géographique. Elle constitue un mécanisme essentiel pour réduire les inégalités et assurer la solidarité entre les différentes catégories de la société. L'objectif est de permettre à chacun, y compris les plus vulnérables comme les habitants des bidonvilles, de bénéficier d'une assistance en cas de maladie, de chômage, ou de vieillesse.

Cela passe par l'accès aux soins de santé, la sécurité financière et la protection contre les risques sociaux. En intégrant les populations les plus précaires dans le système de protection sociale, l'État s'engage à préserver leur dignité et leur offrir une chance de s'intégrer pleinement dans la société. Ce système devient ainsi un rempart contre les discriminations sociales et économiques, en favorisant une plus grande équité et une justice sociale.

En conclusion, le Maroc s'efforce de surmonter les défis et les limites de son système de soins et d'assurance santé, ce qui se traduit par une série de réformes législatives récentes visant à moderniser et renforcer ce système. Il est évident que l'atteinte de la couverture santé universelle nécessite des ressources substantielles ainsi que des mécanismes de financement adaptés pour garantir la justice sociale et appliquer les dispositions de la nouvelle loi sur la protection sociale .

Recommandations!

- Coordination interinstitutionnelle par la favorisation de la collaboration entre les différents ministères et organismes impliqués dans la protection sociale afin d'assurer une approche cohérente et intégrée.
- Simplification des processus d'inscription en rendant l'accès aux systèmes de protection sociale plus facile et moins bureaucratique. Cela pourrait inclure des plateformes numériques pour l'inscription et la gestion des dossiers des bénéficiaires.
- Amélioration de la qualité des soins par l'investissement dans les infrastructures de santé et le personnel de santé.
- Accélérer les efforts pour élargir la couverture sociale à toutes les catégories de la population, y compris les travailleurs informels, les agriculteurs et les groupes vulnérables.
- Agir avec un esprit national responsable et éthique dans la mise en œuvre des orientations royales en matière de protection sociale, car le niveau d'attention accordé à la protection sociale est un indicateur du progrès et du développement de la société.

Liste des références

Études et rapports

- Conseil économique, social et environnemental sur la protection sociale au Maroc, état des lieux, bilan et voies d'amélioration des systèmes de garantie et d'aide sociale, référence n° 2018/34.
- Tawfik Mouline Mohammed, Lazrak Anissa, Rapport 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025, 2005.
- Rapport du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Système d'assistance médicale, Bilan de deux ans de généralisation, mars 2014.
- Rapport temporaire du groupe thématique sur la sécurité sanitaire, La sécurité sanitaire comme vecteur de renforcement des fondements de la souveraineté nationale, Conseil des conseillers, Parlement marocain, juillet 2022.

Articles en français

- Tmiq Abderrahim, le financement de la généralisation de la protection sociale au Maroc, Laboratoire de Recherche en sciences de gestion des Organisations Ecole Nationale de Commerce et de Gestion de Kénitra, Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc, publier le 27 juin 2023.
- Fekkaklouhail Safia, Les déterminants de l'adhésion volontaire à la couverture sociale au Maroc. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 3(3-2), 2022.

المجلات

- احديدو محمد، رهان النموذج التنموي الجديد: نموذج تنمية أم تنمية نموذج؟، المغرب الاقتصادي والاجتماعي: أسئلة التحول في وظائف الدولة، مسارات في الأبحاث والدراسات القانونية، العدد 15، 2021، عدد خاص.
- بنيحي محمد، تدبير ورش تعميم الحماية الاجتماعية، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 47، الطبعة الأولى، 2022.

الكتب بالعربية

- ميشيل مان، موسوعة العلوم الاجتماعية، ترجمة عادل الهواري، وسعد مصلوح، مكتبة الفلاح، الإمارات، 1994.

- محمد ياسر خواجه، علم اجتماع الحضري بين الرؤية النظرية والتحليل الواقعي، مكتبة المتبني، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية، 2014.

- شويكي المصطفى، السكن غير اللائق المفاهيم والدلالات السكن غير اللائق بالدار البيضاء، منشورات الاتحاد الجغرافي المغربي فرع الدار البيضاء عين الشق، 2004.

المواقع الإلكترونية

- مخون عثمان، «ورش الحماية الاجتماعية: هل يتغلب المغرب على التحديات المطروحة؟». ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية، مبادرة الإصلاح العربي، سبتمبر 2023، شوهده في 2024/11/01، على الرابط <https://www.arab-reform.net/ar/publication>.

- فاروق محمد، غراب محمد، «إمكانية استفادة مصر من التجربة الماليزية في مواجهة البطالة»، معهد المستقبل العالي للدراسات التكنولوجية المتخصصة، نشر بتاريخ ١٢/١١/٢٠١٩، شوهده في 2024/11/02 <https://jsec.journals.ekb.eg/article>

ANNEXE 1

Questionnaire

1. Sexe

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

2. Age

Une seule réponse possible.

20-30

31-40

41-50

51-60

60 et plus

3. Situation familiale

Une seule réponse possible.

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) veuf (ve)

4. Nombre d'enfant

Une seule réponse possible.

0-1

2-3

4-5

6 et plus

5. Métier

.....

6. Est-ce que vos enfants bénéficient de la couverture santé?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

7. Est-ce que vous remplissez (ou effectuez) votre devoir d'adhésion?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

8. Si oui, la cotisation est-elle adaptée à votre situation financière?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. Est-ce que la cotisation est la même que celle que vous payiez avec le système de santé RAMED?

Une seule réponse possible.

- Oui la même
- Non moins
- Non plus

10. Bénéficiez-vous avec AMO tadamoun des services de santé dans toutes les institutions sanitaires, y compris celles du secteur privé?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

11. Bénéficiez-vous avec le système RAMED des services de santé dans toutes les institutions, y compris celles du secteur privé?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

12. Est-ce que la gamme de service de santé AMO tadamoun est similaire avec la gamme de service de santé RAMED?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. Les services de santé qui vous sont offerts dans le cadre du nouveau système de santé AMO tadamoun ont-ils la même qualité que ceux offerts dans le cadre du système d'aide sanitaire RAMED?

.....

14. Ya-t-il une discrimination dans l'accès et le bénéfice des services de santé entre vous et d'autres catégories bénéficiant de formes différentes de couverture santé CNOPS et CNSS?

.....

.....

.....

15. Comment évaluez-vous la qualité des services offerts dans les institutions de santé?

Une seule réponse possible.

Mauvaise Assez bien Très bien

16. Préférez-vous le système RAMED ou AMO tadamoun? Et pourquoi?

.....

.....

.....

17. Ya-t-il des améliorations positives avec le nouveau système de santé AMO tadamoun?

.....

.....

.....

18. Rencontrez-vous des difficultés à bénéficier des services de santé offerts dans le cadre de AMO tadamoun?

.....

.....

.....

.....