

Quel rôle joueraient les données administratives dans le pilotage de l'Assurance Maladie Obligatoire au MAROC ?

What role do administrative data play in steering compulsory health insurance in Morocco?

SNINATE Imane

Forum Marocain de l'Economie de la Santé
Pays (Maroc)

E-mail (imane.sninate@gmail.com)

Date de soumission : 07/11/2023

Date d'acceptation : 07/12/2023

Pour citer cet article :

SNINATE. I (2023) « Quel rôle joueraient les données administratives dans le pilotage de l'Assurance Maladie Obligatoire au MAROC ? », Revue Internationale du chercheur «Volume 4 : Numéro 4» pp : 606-623

Résumé

Introduction : Dans un contexte de ressources limitées, il est indispensable de piloter finement l'assurance maladie obligatoire au Maroc et de prendre des décisions rationnelles sur la base de données probantes. Dans ce sens, le présent travail se propose d'identifier les champs d'utilisation des bases de données administratives de l'Assurance maladie afin d'éclairer la décision publique par rapport aux thématiques de l'équité, la qualité des soins et la soutenabilité financière.

Méthodes : Une revue de la littérature internationale et une recherche documentaire sur les enjeux et défis de l'AMO au Maroc.

Résultats : Nous avons identifié les questions qui peuvent être investiguées relativement à l'équité à partir des données générées par le système d'information de l'assurance maladie, proposé les aspects de la qualité des soins qui nécessitent une évaluation ainsi que les indicateurs y afférents qui peuvent être mesurés à partir de la même source de données. Ont été ressortis également les types de modèles d'explication et de prévision qui permettent de jauger la soutenabilité financière ainsi que les intrants qu'ils mettent en jeu.

Conclusion : Les données administratives de l'assurance maladie auraient un intérêt majeur dans l'appui à la prise de décision.

Mots clés : données administratives ; équité ; qualité des soins ; soutenabilité financière ; assurance maladie

Abstract

Introduction: In a context of limited resources, it is essential to manage compulsory health insurance in Morocco with precision and to make rational decisions on the basis of evidence. To this end, this study aims to identify the areas of use of health insurance administrative databases in order to inform public decision-making in relation to the themes of equity, quality of care and financial sustainability.

Methods: A review of the international literature and a documentary research on the issues and challenges of AMO in Morocco.

Results: We identified the questions that can be investigated in relation to equity on the basis of data generated by the health insurance information system, proposed the aspects of quality of care that require assessment, and the related indicators that can be measured on the basis of the same data source. The types of explanatory and forecasting models used to gauge financial sustainability and the inputs they involve were also identified.

Conclusion: Health insurance administrative data would be of major interest in supporting decision-making in Morocco.

Keywords : administrative data ; equity ; quality of care ; financial sustainability ; health insurance

Introduction

Dans un contexte de ressources limitées, il est indispensable de piloter finement les politiques de financement des soins de santé et de prendre des décisions rationnelles sur la base de données probantes, précises, fiables et actualisées. En plus de s'appuyer sur les conclusions et les évidences ressorties de la recherche menée dans d'autres contextes, chaque pays doit renforcer sa capacité à produire la connaissance soutenant la prise de décision sur la base de ses propres données afin d'apporter des solutions adaptées et appropriées aux problématiques locales et aux spécificités de sa population.

Plus particulièrement, les données générées par le système d'information de l'assurance maladie ont connu un usage de plus en plus croissant pour guider la décision publique. En effet, elles sont utilisées pour le suivi des différents types de dépenses médicales, l'analyse de l'utilisation des soins de santé par la population ainsi que l'évaluation des pratiques médicales (Tuppin et al. 2017). Elles ont également un apport dans les études épidémiologiques (Ray 1997).

Les bases de données administratives, au sens du présent travail, correspondent aux données résultant de la gestion opérationnelle de l'assurance maladie notamment l'immatriculation des assurés, le recouvrement des cotisations et le remboursement des prestations médicales. Elles ont plusieurs avantages notamment l'accès rapide à des informations actualisées, le moindre coût comparativement à des enquêtes spécifiques, la couverture d'une large population évitant ainsi le biais lié à la représentativité de l'échantillon. En plus, elles ont la capacité à s'étaler sur plusieurs années (Sarrazin & Rosenthal, 2012).

Depuis le début des années 2000, le Maroc a amorcé le processus de la généralisation de la couverture médicale. Ainsi, il a promulgué en 2002 et mis en œuvre en 2005, la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base. Cette loi a institué deux régimes :

- L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), qui est un régime contributif au profit de la population solvable ;
- Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), au profit de la population démunie qui accorde la gratuité des soins dans les établissements publics de soins.

L'AMO ciblait cinq catégories :

- Les salariés et titulaires de pension des secteurs public et privé ;

- Les étudiants de l'enseignement supérieur dans la mesure où ils ne bénéficient pas d'un autre régime de couverture médicale ;
- Les professionnels et travailleurs indépendants ;
- Les anciens résistants et membres de l'armée de libération.

L'année 2005 a connu l'entrée en vigueur du régime AMO des salariés et titulaires de pension du secteur privé dont la gestion a été confiée à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et du régime AMO des salariés et titulaires de pension du secteur public, géré par la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS). En 2013, le RAMED a été généralisé à l'ensemble du territoire national, après une expérience pilote lancée dans la région de TADLA-AZILAL en 2008. En 2016, a été mis en place le régime AMO des Etudiants et la CNOPS s'est chargée de sa gestion.

En 2021, le Maroc a adopté la loi cadre 09-21 qui instaure une réforme globale de la protection sociale et vise, entre autres, la généralisation de l'AMO à l'ensemble de la population marocaine. Ainsi, l'année 2022 a connu l'accélération de l'extension de l'AMO concernant la population des indépendants et professions libérales, gérée par la CNSS et le bénéfice de la population inscrite auparavant au RAMED de l'AMO, dont le régime afférent a été institué également auprès de la CNSS, sous le nom de l'AMO-TADAMON.

La réussite de cette réforme et la pérennité du régime de l'assurance maladie obligatoire requièrent une proactivité de l'action publique à travers l'évaluation de l'atteinte des objectifs assignés à un système de financement de la santé (World Health Organization Regional Office for Europe 2008), l'identification des problématiques auxquels il fait face, la mise en place de mesures correctrices appropriées et l'établissement des priorités d'intervention publique. Cela passerait par le renforcement de la capacité à produire de la connaissance appuyant la prise de décision et éclairant les choix politiques.

Dans cette perspective, la problématique de notre article s'articule autour de la question suivante : **Dans quelle mesure les bases de données administratives de l'AMO permettraient d'éclairer la décision publique par rapport aux principales thématiques qui sont sur l'agenda de tout système de financement de la santé à savoir l'équité, la qualité des soins et la soutenabilité financière ?**

Afin de répondre à cette problématique qui consiste à identifier les champs d'utilisation des bases de données administratives de l'AMO pour des fins de pilotage, nous avons procédé à :

- Une revue de la littérature internationale relativement, d'une part, à l'utilisation des bases de données de l'assurance maladie pour des fins d'évaluation de l'équité et la qualité des soins, et d'autre part, aux catégories des modèles d'explication et de prévision permettant l'appréciation de la soutenabilité financière des régimes d'assurance maladie avec un focus sur les intrants de ces modèles. Plus particulièrement, les déterminants de la consommation médicale.
- Une recherche documentaire sur les enjeux et défis auxquels fait face l'AMO au Maroc par rapport aux volets de l'équité, la qualité des soins et la soutenabilité financière.

Le présent article sera organisé selon le plan suivant : nous allons présenter les résultats de la revue de la littérature internationale, les principaux enjeux et défis auxquels fait face le Maroc ainsi que les éventuels champs d'utilisation des bases de données administratives respectivement pour l'équité, la qualité des soins et la soutenabilité financière.

1. L'équité :

1.1. Revue de la littérature :

Parmi les objectifs d'un système de financement de soins de santé, l'atteinte de l'équité, qui comprend deux dimensions : l'équité dans le financement de la santé (l'équité verticale) qui consiste à ce que les personnes ayant des capacités contributives différentes participent inégalement au financement (Lachaud & Rochaix, 1995).

L'équité dans la prestation des soins qui correspond à l'équité horizontale selon laquelle, les personnes à besoin égal en soins de santé doivent obtenir un traitement égal (Lachaud & Rochaix, 1995) . D'autres auteurs étendent ce principe d'équité horizontale à l'absence d'inégalités sociales de santé c'est-à-dire l'absence de différences d'état de santé entre groupes sociaux (Jusot et al.,2016) .

Dans ce sens, plusieurs études internationales ont été menées sur la base des données de l'assurance maladie et ont débouché sur des recommandations concrètes d'action.

(Danchin et al.,2011) se sont penchés sur la prise en charge des personnes aux revenus les plus faibles couvertes par la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMUC) hospitalisées pour un infarctus aigu du myocarde (IAM) .Et ce, en vue d'évaluer si ces derniers recevaient un niveau de soins similaire à celui des autres individus, et si la CMUC offrirait une protection suffisante pour garantir des résultats cliniques aigus et à long terme similaires pour les patients socialement défavorisés. Les données de base ont été recueillies du système d'information de l'assurance maladie (SNIIRAM) qui contient des données individualisées,

anonymes et exhaustives sur l'ensemble des remboursements des dépenses de santé et d'autres informations comme le type de couverture maladie , présence connue d'une des 30 affections de longue durée ainsi que du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), qui sert à la prise en charge hospitalière et renseigne médicalement tous les patients sortant des établissements privés et publics. Les auteurs ont conclu que dans les situations aiguës telles que l'infarctus aigu du myocarde, la couverture complète par l'assurance maladie semble permettre aux patients socialement défavorisés de bénéficier d'un niveau de soins comparable à celui des autres patients. Cependant, l'adhésion à long terme aux médicaments recommandés est plus faible chez les patients socialement défavorisés, malgré une couverture complète de leurs dépenses de santé, ce qui suggère que d'autres mesures devraient être prises pour améliorer leurs résultats à long terme.

(Helpman et al.,2020) ont investigué les associations entre les déterminants sociaux de la santé et le retard dans le diagnostic du cancer de l'endomètre dans le système d'accès universel de l'Ontario. Les auteurs se sont basés sur les informations cliniques, sociales et démographiques des patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre en Ontario diagnostiquées entre 2009 et 2017 , extraites de bases de données administratives .Ils ont conclu que la marginalisation socioéconomique est associée à une maladie avancée au moment de la présentation chez les patientes atteintes d'un cancer de l'endomètre en Ontario. Les aspects de cette association sont probablement multifactoriels et doivent être étudiés en profondeur afin de créer des opportunités pour améliorer l'éducation, la redistribution des ressources et la promotion de l'équité en santé .

(Rosskamp et al., 2021) ont évalué en Belgique l'association entre les facteurs socio-économiques et démographiques individuels et la survie au cancer. Les données ont été extraites de trois bases de données et reliées par un numéro d'identification personnel unique attribué à tous les résidents de Belgique : le registre belge du cancer, la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale et les bases de données de remboursement des compagnies de l'assurance maladie réunies par l'Agence Inter-mutualiste. Les auteurs ont conclu que le faible revenu, le chômage et le fait de vivre seul étaient tous associés à une survie médiocre au cancer. Ainsi, malgré un programme d'assurance maladie complet et national dans lequel l'équité en matière de droits et d'accès aux soins de santé est recherchée, le statut socio-économique est associé à des disparités dans la survie au cancer en Belgique .

(Lavergne et al.,2022) ont évalué l'impact des réformes du système de soins primaires au Canada sur l'équité. Et ce, en cherchant à déterminer si les changements dans l'utilisation des

services de soins primaires entre 1999/2000 et 2017/2018 diffèrent selon le revenu du quartier en Colombie-Britannique. Ils ont procédé au recouplement de plusieurs bases de données administratives pour suivre les visites annuelles en soins primaires, la continuité des soins, les visites aux urgences, l'orientation à des spécialistes et les ordonnances délivrées au fil du temps. Les résultats ont soulevé des inquiétudes quant au fait que l'équité dans l'accès aux soins primaires s'est détériorée en Colombie-Britannique. Les auteurs ont conclu que les réformes des soins primaires qui ne répondent pas aux besoins multidimensionnels des communautés à faible revenu peuvent enraciner les inégalités existantes et ont recommandé la mise en place des politiques qui adaptent les schémas de financement et d'allocation des ressources aux besoins de la population et qui alignent les mesures de responsabilisation sur les objectifs d'équité.

1.2. Enjeux et défis pour le Maroc :

81,3% des actifs occupés ayant un diplôme supérieur sont des salariés et 14,2% sont des indépendants ou employeurs. Par contre, les actifs occupés sans diplôme sont à 41,1% des salariés et 39,1% des indépendants ou employeurs (HCP, 2021).

Au titre de 2013, 65,3% de la population résidant dans le milieu urbain sont des salariés, 27,7% sont des indépendants ou employeurs et 3,3% des aides familiales alors que la proportion des salariés dans le milieu rural est de 24% , 33,6% des indépendants ou des employeurs alors que 40% sont des aides familiales (HCP, 2013) .

Plus particulièrement – pour les salariés, 47,8% de ceux du secteur privé couverts par l'AMO géré par la CNSS ont un salaire inférieur à 2800 Dhs et 38,5% un salaire entre 2800 et 5000 Dhs alors que la proportion des salariés du secteur public couverts par l'AMO géré par la CNOPS qui perçoivent un salaire entre 2800 Dhs et 5000 Dhs est de 12,9%, un salaire entre 5000 et 10000 Dhs de 53,3% et un salaire entre 10 000 et 16 000 Dhs de 19,8% (ANAM, 2022). Quant à la population des indépendants et professions libérales, elle est caractérisée par une hétérogénéité des catégories socioprofessionnelles, avec une proportion élevée des agriculteurs. L'impact de ces disparités sur la contribution au financement, l'accès aux soins de santé, le recours aux services de santé ou les résultats de santé mérite d'être étudié afin d'assister les décideurs à faire une allocation des ressources qui favorise l'équité. Et ce , dans l'objectif ultime d'améliorer la santé de toute la population (Samba & Thiam, 2022).

1.3. Champs d'utilisation des bases de données administratives de l'AMO :

Avec la généralisation de l'AMO au Maroc, le système d'information de l'assurance maladie permettrait la disponibilité de données démographiques et de consommation médicale pour les différents groupes socio-économiques. Pour les salariés, l'information sur le revenu des assurés est également disponible. L'évaluation de l'équité et de l'atteinte de l'objectif de la réduction des inégalités sociales de santé serait appuyée par l'analyse des principales questions suivantes, à travers les bases de données des caisses gestionnaires de l'assurance maladie : Existe-t-il des iniquités – entre groupes de différents revenus- dans le financement des soins de santé ? A problème de santé spécifique, le taux de recours aux soins est-il le même pour les bénéficiaires de différents groupes socio-économiques ? Est-ce que les prestations remboursables répondent aux besoins des différentes catégories, notamment les bénéficiaires des nouveaux régimes d'assurance maladie qui ont cumulé des problèmes de santé résultant de l'absence d'une couverture médicale auparavant ou le bénéfice d'une couverture limitée, en termes de panier de soins ? Les résultats de santé sont-ils atteints au même degré ? Jusqu'à quel point le ticket modérateur instauré par la loi, garantit une accessibilité financière aux soins à toute la population et un recours égal aux services de remboursement de l'assurance maladie ? Est-ce qu'il y a un recours égal aux actes de prévention pour des personnes à capital santé égal représentant des disparités socio-économiques ? Comment est partagé le montant des prestations remboursées entre les différentes sous-catégories ayant les mêmes besoins en soins de santé – en approchant le besoin par le sexe , l'âge et la pathologie dont est atteint le bénéficiaire- ? Le parcours de soins et l'usage qui est fait du système de santé, est –il le même pour des personnes de niveau d'éducation différent ? Quelle est la proportion des ménages dont les dépenses restant à la charge constitue un fardeau sur la base d'un rapprochement entre le revenu et les dépenses non remboursées ? A âge et sexe comparables, y-a-t-il des écarts dans le recours aux soins et la consommation médicale entre les régions et les milieux de résidence ? Qu'en est-il des populations particulières notamment les femmes, les enfants, les personnes âgées et les handicapés ? Est-ce que le dispositif AMO répond à leurs besoins ? Quelles mesures particulières faut-il mettre en place pour que ces catégories tirent pleinement profit du dispositif AMO ?

2. Qualité des soins :

2.1. Revue de la littérature

La qualité des soins est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins (IRDES , 2018) . Les cadres conceptuels qui se sont penchés sur l'évaluation de la qualité ont ressorti que les principales dimensions élaborées dans ces cadres peuvent être regroupées dans cinq catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience (IRDES, 2008) .

En plus des indicateurs de mesure de la qualité des soins qui sont ressortis à partir du système d'information des structures de soins ou d'enquêtes auprès des patients (taux d'infections nosocomiales, taux de mortalité, délais d'attente ...) , les bases de données de l'assurance maladie octroient également des éclairages à cet égard.

La littérature regorge d'articles qui se penchent sur l'étude de la qualité des soins à partir des données de l'assurance maladie. (De Shereye et al.,2017) ont mené une étude observationnelle rétrospective au niveau de la population de tous les décédés atteints de cancer en Belgique en 2012 afin d'évaluer les soins de fin de vie et les facteurs de risque d'exposition aux soins. Leurs résultats suggèrent qu'il est nécessaire d'axer la politique sur la réduction des soins agressifs et inappropriés en fin de vie et qu'il est possible d'augmenter la proportion de personnes qui reçoivent des soins palliatifs spécialisés et qui meurent à la maison .

Afin d'optimiser les pratiques de prescription des médecins généralistes chez les personnes âgées, (Jardin et al., 2019) ont calculé sept indicateurs différents de prescriptions potentiellement inappropriées (PPI) pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, en utilisant les données de remboursement des médicaments de la caisse d'assurance maladie concluant ainsi que la prévalence des PPI diffère selon le type de médicaments, les médecins généralistes et les territoires .

En corée du sud , en plus du ministère de la santé et de la protection sociale ainsi que le service national de l'assurance maladie qui gère le programme national de l'assurance maladie, le service d'examen et d'évaluation de l'assurance maladie est le troisième régulateur du système de santé . Il joue un rôle dans l'examen de la qualité des services de soins de santé fournis aux bénéficiaires. Il évalue également les performances des soins de santé et détermine si les services de santé sont médicalement nécessaires et veille à ce que les services soient fournis

aux bénéficiaires à un niveau et à un coût appropriés. Et ce, à partir de la base de données des demandes de remboursement qui comprend quatre catégories détaillées, dont les informations générales sur la spécification du patient, les déclarations de consultation, les déclarations de diagnostic déterminées par la CIM-10 et les déclarations détaillées sur les prescriptions (Kim et al.,2020).

En s'appuyant sur les données du Registre belge du cancer couplées aux données de l'assurance maladie et aux données de sortie de l'hôpital, (Verley et al.,2021) ont évalué la qualité des soins pour les patients atteints de carcinome épidermoïde de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx en Belgique. En mesurant six indicateurs relatant la proportion des patients ayant reçu différentes modalités de traitement (traitement à modalité unique, dissection élective du cou, radiothérapie postopératoire, chimiothérapie concomitante, imagerie du cou après la radiothérapie, laryngectomie), les auteurs ont conclu que les objectifs ne sont pas atteints et que la variabilité entre les centres est considérable .

(Gwon et al., 2023) ont examiné les tendances d'évolution des taux de létalité et d'hospitalisation évitable comme indicateurs de performance pour évaluer la qualité des soins primaires et des soins aigus. Et ce, en se basant sur les données d'admission pour la période 2008-2020 extraites de la base de données nationale des demandes d'indemnisation de l'assurance maladie. Les auteurs ont conclu que les taux d'hospitalisation évitable et les taux de létalité ont globalement diminué au cours de la dernière décennie, mais ils sont restés relativement élevés par rapport à d'autres pays .

D'autres études basées sur les données de remboursement questionnent la pertinence des soins financés. Elles se penchent, en particulier, sur l'analyse de la variabilité des prescriptions des soins par (région, profil de prescripteur , structures de soins , ...) (IRDES, 2003) ,la comparaison des prestations consommées et recours aux soins des patients semblables , la comparaison d'une trajectoire de soins d'un patient à un parcours théorique correspondant aux bonnes pratiques et recommandations associées à son état de santé , le suivi en vie réelle des médicaments (Gissot & Polton, 2014) , le taux de réhospitalisation après des actes de chirurgie , la prise en charge des complications (HAS, 2023) ...

2.2. Enjeux et défis pour le Maroc :

Au Maroc, les prestations de soins dans le secteur public sont d'une qualité insuffisante, en raison – entre autres- du déficit d'organisation, indisponibilité des produits de santé, absentéisme du personnel et manque d'hygiène des établissements et d'entretien des équipements. Pour ce qui du secteur privé, il offre une qualité de soins meilleure. Toutefois, il

expose les usagers à la surconsommation sans que soient offertes les garanties de qualité et d'efficacité (Ministère de la Santé , 2013) .

De plus, l'absence d'un parcours de soins coordonné formalisé dont le respect conditionne le remboursement n'est pas sans entraîner des soins redondants et compromettre la qualité des soins par défaut de coordination des soins.

Afin d'améliorer la qualité des soins et maîtriser l'augmentation importante des coûts des soins de santé , il importe -pour l'assurance maladie - de financer « le juste soin » veillant ainsi à éviter les soins inappropriés ainsi que les interventions inutiles susceptibles d'entraîner un sur-diagnostic, de présenter des effets secondaires ou d'entraîner des complications (par exemple l'exposition excessive aux irradiations en raison d'examens radiologiques répétés, les risques liés à une intervention chirurgicale évitable...) et de pallier l'absence d'intervention susceptible d'entraîner un retard au diagnostic ou au traitement d'une pathologie.

L'évaluation de la qualité des soins est peu développée. En l'occurrence, la mission de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie qui consiste à fournir l'appui technique aux organismes gestionnaires en vue de mettre en place un dispositif permanent d'évaluation des soins dispensés aux assurés de l'AMO est inopérante (ANAM, 2014).

2.3. Champs d'utilisation des bases de données administratives de l'AMO :

Certains indicateurs permettant l'évaluation de la qualité des soins sont communs à tous les systèmes de santé. D'autres varient d'un contexte à l'autre selon les enjeux de santé publique , la situation épidémiologique et la structure démographique de la population. Au Maroc, la qualité des soins peut être évaluée à partir des données de remboursement des soins de santé, et relativement aux aspects suivants : les prescriptions dans le cadre des soins primaires ,variabilité et comparaison des prescriptions et des soins prodigués par groupe d'assurés, par région, par prestataires , par structures de soins , par secteur de soins (public ou privé),..., conformité des soins pour les personnes atteintes de différentes pathologies avec les référentiels de bonnes pratiques médicales , continuité et cohérence des soins , dépistage, survie et mortalité des différents types de cancer, complications chirurgicales , les soins prodigués en fin de vie ,utilisation de tests ou de procédures de diagnostic, la polymédication et l'iatrogénie médicamenteuse ,...

Et ce, à partir du suivi et de l'analyse des épisodes de soins effectués par les assurés et par le biais d'indicateurs dont ci-joint des exemples :

- ❖ Durée de séjour à l'hôpital pour les différents actes chirurgicaux;
- ❖ Le nombre de médicaments consommés par les personnes âgées ;

- ❖ Ratio nombre d'actes de césarienne/nombre d'actes d'accouchement par voie basse ;
- ❖ Ratio consultations généralistes/consultations spécialistes ;
- ❖ Prévalence des chutes ;
- ❖ Ratio soins préventifs / soins curatifs pour chaque groupe de soins ;
- ❖ Les cas dans lesquels des stades avancés de la maladie détectée auraient pu être diagnostiqués plus tôt grâce à un dépistage précoce ;
- ❖ Les actes d'amputation majeure des membres inférieures parmi les adultes atteints de diabète ;
- ❖ Patients présentant un diagnostic/problème médical donné et recevant le test ou les procédures de diagnostic recommandés pendant une période donnée ;
- ❖ Nombre de personnes ayant reçu un nombre recommandé de tests de dépistage, pour une période donnée (Ex : mammographie pour les femmes) ;
- ❖ Interventions chirurgicales pour un groupe de population donnée ;
- ❖ Les patients diabétiques insulino-dépendants ayant plus de 50 ans qui ne se rendent pas au moins une fois par an chez un ophtalmologiste ;
- ❖ La population des patients réadmis dans un hôpital de soins dans les trois semaines suivant une admission précédente pour le même problème ou un problème connexe ;

3. Soutenabilité financière :

3.1. Revue de la littérature

Afin de déployer des dispositifs efficaces de contrôle des coûts des soins de santé sur le moyen et le long terme et décider des mécanismes de régulation qui doivent être mis en place (AISS, 2022) , il faut comprendre l'ampleur future de la problématique de la hausse des coûts des soins de santé. Ceci passerait par identifier les moteurs de la croissance des dépenses médicales et mesurer l'étendue de leur contribution à la hausse des dépenses médicales. Et ce, avant de définir les mesures susceptibles d'alléger la pression sur les dépenses.

De nombreux modèles de prévision à moyen et long terme étudient les macro-déterminants des dépenses de santé et, par conséquent, les options politiques disponibles.

(Astofli et al.,2012), ont effectué une recherche des modèles de prévision des dépenses de santé développés dans les États membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) en 2010 et ont ressorti les facteurs qui contribuent à la croissance des dépenses notamment des facteurs liés à la demande, tels que le vieillissement démographique et l'état de santé d'une population, la croissance des revenus et le comportement des

consommateurs. Pour ce qui est des facteurs liés à l'offre, ils correspondent aux progrès technologiques, les changements dans les pratiques de traitement, la productivité et les prix des prestations de santé ainsi qu'à des facteurs réglementaires, tels que les caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé et leur financement. Les auteurs ont conclu également que les facteurs identifiés comme déterminants de la croissance des dépenses de santé varient selon l'horizon temporel de la projection. À court terme, la croissance des dépenses est fortement liée aux décisions budgétaires des gouvernements. À moyen terme, les changements technologiques jouent un rôle plus important dans l'explication de la croissance. À long terme, les facteurs de risque, tels que l'obésité et les changements dans la prévalence des maladies chroniques entrent également en considération dans l'explication des dépenses .

(Martin et al., 2011) ont ressorti de leur revue de la littérature sur les déterminants des dépenses de santé pour la période 1998-2007 d'autres facteurs tels la proximité de la mort et la décentralisation territoriale des soins de santé comme des facteurs importants dans l'élaboration de modèles explicatifs des dépenses de santé .

L'analyse effectuée par (Rezaei et al. , 2016) sur les moteurs de la croissance des dépenses de santé en Iran , a identifié le Produit Intérieur Brut par habitant, le taux d'analphabétisme, le degré d'urbanisation et le nombre de médecins comme étant quelques-uns des moteurs de l'augmentation persistante des dépenses de santé en Iran .

(Nghiem & Connelly , 2017) ont cité six travaux qui ont identifié la généralisation de la couverture médicale comme un déterminant principal de la hausse des dépenses de santé dans les pays développés .

3.2. Enjeux et défis pour le Maroc :

Les régimes de l'AMO-salariés gérés par la CNSS et la CNOPS font face à une augmentation importante des dépenses remboursées comparativement aux ressources (ANAM, 2022).

A l'instar de la plupart des systèmes de santé, le Maroc fait face au défi de l'augmentation de la demande en soins de santé induite par le vieillissement démographique rapide (Sninate & Bennana , 2018) , la transition épidémiologique traduite par la hausse de la prévalence des maladies non transmissibles ainsi que l'évolution des technologies médicales. D'autant plus, l'évolution des pratiques de prescription et de traitement des prestataires de soins ainsi que le comportement des assurés en matière de recours aux soins, sont deux facteurs dont la contribution à la hausse des dépenses de santé est peu documentée.

3.3. Champs d'utilisation des bases de données administratives de l'AMO :

L'élaboration d'études qui permettent de comprendre les facteurs qui sous-tendent la croissance des dépenses de santé est essentielle pour aider les décideurs à élaborer les meilleures politiques pour gérer les coûts des soins de santé. Les bases de données de l'assurance maladie à elles-seules ou à travers le recoupement avec d'autres bases de données, offrent la possibilité d'étudier l'influence de plusieurs facteurs sur la dynamique des dépenses.

D'autres types de modèles éclairent les décideurs sur l'évolution de la situation financière du régime et aident à l'arbitrage en matière de prise de décision par rapport au changement des paramètres de couverture et à la mise en place de mesures de régulation appropriées :

- ❖ Les modèles de micro simulation sont des outils puissants qui permettent d'analyser et de tester des scénarios relativement détaillés d'une variété d'options politiques [Lagasnerie 2016, Lardellier et al. 2012, Barnay et al. 2012, Thiébaud et al. 2011, Lee et al. 2019] .

Le flux important des données individuelles de la population couverte et de la consommation médicale dont disposent les caisses d'assurance maladie permettrait via ces modèles de fournir des données probantes sur :

-L'évolution du profil démographique et épidémiologique de la population couverte et la simulation de différents scénarii comme le changement de la structure démographique par âge, la compression de la morbidité, l'aggravation de la morbidité, la prévision de l'incidence et la prévalence de maladies chroniques bien précises ,....

Ils permettraient également de mesurer les retombées financières de :

-Les changements des paramètres de couverture notamment la révision des taux de remboursement , l'instauration d'un plafond et/ou d'une franchise de remboursement, l'établissement ou la modification du plafond de cotisation, le raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital suite à un acte chirurgical, le retrait ou l'admission d'un acte médical au panier de soins remboursables, la mise en place des actes de prévention d'une maladie chronique bien déterminée, l'adoption des protocoles thérapeutiques pour des pathologies spécifiques.

- ❖ Les évaluations actuarielles régulières permettraient de jauger la viabilité financière des régimes de l'assurance maladie et redéfinir la cotisation d'équilibre sur un horizon à moyen et long terme [AISS 2021, Epinosa et al. 2023, Guerard et al.2011]. Et ce, sur la base de l'analyse des tendances passées de la consommation médicale, l'identification de ses facteurs déterminants sur le plan individuel (âge, sexe, profession, revenu,

ancienneté dans le régime...) ainsi que la projection des ressources et des dépenses moyennant des hypothèses sur l'évolution de la population, des salaires, du recours aux soins, de la prévalence des maladies chroniques, de l'utilisation des services de santé par individu et du coût des prestations médicales.

Conclusion

La réussite de la réforme de santé enclenchée au Maroc, reste tributaire d'une prise de décision éclairée fondée sur des données probantes. A travers ce travail, nous avons démontré l'intérêt majeur des données administratives de l'assurance maladie et identifié leurs champs d'utilisation pour des fins de pilotage et d'évaluation de l'équité, la qualité des soins et la soutenabilité financière. Toutefois, cette recherche a des limites : Elle n'examine pas, en détail l'ensemble des données disponibles au niveau du système d'information des caisses gestionnaires, des structures de soins, ...pour un examen approfondi de leurs éventuelles utilisations pour l'aide à l'évaluation et l'élaboration d'interventions publiques adéquates.

Afin de renforcer la recherche qui permet de tirer le plein potentiel de ces bases de données, il convient de mener d'autres travaux portant sur l'amélioration de la qualité et la cohérence des données, l'adaptation du système d'information au recueil des données requises pour les besoins de pilotage et d'évaluation, l'étude des prérequis de l'interopérabilité entre différents systèmes d'information afin d'assurer le recoupement avec d'autres bases de données nationales (enquêtes, registres, systèmes d'information des hôpitaux, registre social unique, registre national de la population,...), le renforcement des compétences de traitement et d'analyse des cadres responsables de l'exploitation de ces données Et enfin, l'étude de l'ouverture plus large des données pour le public, pour des fins de recherche ainsi que ses prérequis légaux.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence Nationale de l'Assurance Maladie. 2014. « Feuille de route 2014-2018 ».
- Agence Nationale de l'Assurance Maladie. 2022. « Rapport annuel global de l'AMO 2021 ».
- Association internationale de la sécurité sociale. 2021. « Évaluation actuarielle du régime de soins de santé ».
- Association internationale de la sécurité sociale. 2022. « Lignes directrices de l'AISS: Solutions administratives pour l'extension de la couverture ».
- Astolfi, Roberto, Luca Lorenzoni, et Jillian Oderkirk. 2012. « Informing policy makers about future health spending: A comparative analysis of forecasting methods in OECD countries ». *Health Policy* 107(1): 1-10.
- Barnay, Thomas, Sophie Thiébaud, et Bruno Ventelou. 2012. « L'effet du vieillissement et de l'évolution de la morbidité sur les dépenses de médicaments remboursables en ville. Une micro simulation quinquennale (2004-2029) ». *Économie publique/Public economics* (24-25): 157-86.
- Danchin, Nicolas et al. 2011. « Impact of free universal medical coverage on medical care and outcomes in low-income patients hospitalized for acute myocardial infarction: an analysis from the French National Health Insurance system ». *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 4(6): 619-25.
- De Schreye, Robrecht et al. 2017. « Applying Quality Indicators For Administrative Databases To Evaluate End-Of-Life Care For Cancer Patients In Belgium. » *Health affairs (Project Hope)* 36(7): 1234-43.
- Espinosa, Oscar, Valeria Bejarano, et Jeferson Ramos. 2023. « Predictability and Financial Sufficiency of Health Insurance in Colombia: An Actuarial Analysis With a Bayesian Approach ». *North American Actuarial Journal*: 1-17.
- Gissot, Claude, et Dominique Polton. 2014. « Les bases de données de l'assurance-maladie: un potentiel pour l'amélioration du système de santé et pour la recherche ». *Statistique et Société* 2(2): 19-25.
- Guerard, Yves et al. 2011. « Actuarial Costing of Universal Health Insurance Coverage in Indonesia ». *Health Nutrition Population Discussion Paper, World Bank, Washington, DC*.
- Gwon, Yeong Geun, Seung Jin Han, et Kyoung Hoon Kim. 2023. « Trends in the Quality of Primary Care and Acute Care in Korea From 2008 to 2020: A Cross-Sectional Study. » *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi* 56(3): 248-54.
- Haut Commissariat au Plan. 2013. « Activité, Emploi et Chômage ».
- Haut Commissariat au Plan. 2021. « Activité, Emploi et Chômage ».
- Haute Autorité de Santé. 2023. « Indicateurs de qualité et de sécurité des soins en

établissements de santé ».

Helpman, Limor et al. 2020. « Endometrial cancer presentation is associated with social determinants of health in a public healthcare system: a population-based cohort study ». *Gynecologic Oncology* 158(1): 130-36.

Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. 2003. « La variabilité des pratiques en médecine générale : une analyse sur données de l'Assurance-Maladie ».

Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. 2008. « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? »

Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. 2018. « La pertinence des soins en France ».

Jardin, M et al. 2019. « Relevance of the health insurance databases to study potentially inappropriate prescriptions ». *European Journal of Public Health* 29(Supplement_4): ckz186.542.

Jusot, Florence et al. 2016. « A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? » *Revue française d'économie* XXXI(4): 15-62.

Kim, Hae Kyung et al. 2020. « Data configuration and publication trends for the Korean national health insurance and health insurance review & assessment database ». *Diabetes & Metabolism Journal* 44(5): 671-78.

Lachaud, Claire, et Lise Rochaix. 1995. « Équité dans le financement et la prestation de soins de santé en Europe ». *Revue d'économie financière* 34(3): 367-93.

de Lagasnerie, Grégoire. 2016. « Assurance maladie obligatoire et demande de soins: une analyse par microsimulation ». *Revue économique* 67(4): 849-78.

Lardellier, Rémi, Renaud Legal, Denis Raynaud, et Guillaume Vidal. 2012. « Dépenses de santé et restes à charge des ménages: le modèle de microsimulation Omar ». *Document de Travail, série Sources et Méthodes n 34*.

Lavergne, M. R. et al. 2022. « Do changes in primary care service use over time differ by neighbourhood income? Population-based longitudinal study in British Columbia, Canada ». *International Journal for Equity in Health* 21(1): 1-11.

Lee, Yujin et al. 2019. « Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: A microsimulation study ». *PLoS medicine* 16(3): e1002761.

Martín, José J. Martín, M. Puerto López del Amo González, et M. Dolores Cano García. 2011. « Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure ». *Applied Economics* 43(1): 19-46.

Ministre de la santé. 2013. « Livre blanc : Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé ».

- Nghiem, Son Hong, et Luke Brian Connelly. 2017. « Convergence and determinants of health expenditures in OECD countries ». *Health Economics Review* 7(1): 29.
- Ray, W. A. 1997. « Policy and Program Analysis Using Administrative Databases. » *Annals of internal medicine* 127(8 Pt 2): 712-18.
- Rezaei, Satar et al. 2016. « Determinants of Healthcare Expenditures in Iran: Evidence from a Time Series Analysis. » *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 30: 313.
- Roskamp, Michael et al. 2021. « Social Inequalities in Cancer Survival in Belgium: A Population-Based Cohort StudySocial Inequalities in Cancer Survival ». *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 30(1): 45-52.
- Samba, Mouhamed, et Ibrahima Thiam. 2022. « Inégalités dans l'utilisation des soins: une analyse de décomposition basée sur la protection financière contre le risque maladie au Sénégal ». *Revue Française d'Economie et de Gestion* 3(3).
- Sarrazin, Mary S. Vaughan, et Gary E. Rosenthal. 2012. « Finding Pure and Simple Truths with Administrative Data. » *JAMA* 307(13): 1433-35.
- Sninate, Imane, et Ahmed Bennana. 2018. « Revue de la littérature sur l'impact du vieillissement démographique sur l'évolution des dépenses médicales: pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques et Maroc ». *Pan African Medical Journal* 31(1).
- Thiébaud, Sophie, et Bruno Ventelou. 2011. « Évaluation de l'impact des changements épidémiologiques sur la dépense de santé en France pour 2025: approche par microsimulation ». *Sciences sociales et santé* 29(1): 35-68.
- Tuppin, P. et al. 2017. « Value of a National Administrative Database to Guide Public Decisions: From the Système National d'information Interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) to the Système National Des Données de Santé (SNDS) in France. » *Revue d'épidémiologie et de sante publique* 65 Suppl 4: S149-67.
- Verleye, Leen et al. 2021. « Patterns and Quality of Care for Head and Neck Cancer in Belgium: A Population-Based Study. » *European journal of cancer care* 30(5): e13454.
- World Health Organization Regional Office for Europe. 2008. « Health financing policy : a guide for decision-makers ».