

La problématique de la santé et les inégalités sociales de la santé au Maroc

Health issue and social inequalities in health in Morocco

Auteur 1 : EL KADIRI Kenza

Auteur 2 : EL AISSAOUI Hassan

Dr. EL KADIRI Kenza

Professeur chercheur à la FEG - Université Ibn Tofail- Kénitra

Dr. EL AISSAOUI Hassan

Professeur chercheur à la FEG - Université Ibn Tofail- Kénitra

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : EL KADIRI, K. & EL AISSAOUI, H. (2023) « La problématique de la santé et les inégalités sociales de la santé au Maroc », African Scientific Journal « Volume 03, Numéro 17 » pp: 199 – 198.

Date de soumission : Février 2023

Date de publication : Avril 2023



DOI : 10.5281/zenodo.7854889
Copyright © 2023 – ASJ



Résumé

Cet article vise à appréhender la problématique de la santé et tente d'analyser les inégalités sociales en matière de santé au Maroc. Investir dans la santé est la meilleure manière d'assurer une bonne croissance économique à long terme. Par ailleurs, l'accès aux soins est une composante indissociable du droit à la santé au Maroc, qui doit être juste et équitable pour toutes les franges sociales de la population. A cet effet, nous avons effectué une étude qualitative exploratoire à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. Notre échantillon comporte 109 responsables opérant dans le secteur de la santé (29 médecins, 46 pharmaciens, 11 entreprises pharmaceutiques, 23 responsables du secteur public). L'analyse des résultats a révélé que le système de santé au Maroc souffre de plusieurs contraintes et dysfonctionnements dus à plusieurs obstacles auxquels ce secteur s'est heurté depuis l'indépendance. Ces inégalités en matière de santé sont également dues à de nombreux facteurs et déterminants sociaux de la santé qui entravent l'accès aux soins aux citoyens, notamment les différences dans les conditions de vie et de travail, les inégalités marquantes entre les régions et les milieux, ainsi que les facteurs comportementaux. Dans ce sens, nous avons proposé certaines mesures multidisciplinaires qui pourraient être prises pour les réduire.

Mots clés : Accès aux soins, système de santé, inégalités de santé.

Abstract:

This article aims to address health issues and attempts to analyze the social inequalities related to health in Morocco. Investing in health is the best way to ensure a long-term economic growth. Furthermore, access to care is an integral component of the rights to health in Morocco, which must be fair and equitable for all social strata of the population. To this end, we conducted an exploratory qualitative study using a questionnaire and an interview guide. Our sample consists of 109 professionals working in the healthcare sector (29 physicians, 46 pharmacists, 11 pharmaceutical companies, 23 public sector officials). The analysis of the results revealed that the healthcare system in Morocco suffers from several constraints and dysfunctions due to several hurdles that this sector has faced since its independence. These health inequalities are also due to many social factors that hinder citizens' access to healthcare, including differences in living and working conditions, inequality between regions and environments as well as behavioral factors. We suggested several multidisciplinary measures that could be implemented in order to reduce inequality.

Key words: Access to healthcare, healthcare system, health inequalities.

Introduction

La santé d'une nation est son bien le plus précieux et représente un atout pour son développement socioéconomique, alors qu'une santé médiocre en constitue un obstacle majeur. La santé joue un rôle essentiel dans le bien-être et dans la qualité de mieux vivre. Elle tient une place importante dans le processus de croissance, aussi bien pour le dynamisme du pays que pour l'état de santé de sa population. Elle représente à la fois le bien-être physique et mental, et pas seulement l'absence de maladie (OMS, 1946).

L'accès à la santé est un des droits économiques, sociaux et culturels définis par les accords internationaux des droits de l'homme. Le droit à la santé est un droit humain fondamental reconnu par les instances internationales et par les instances nationales (Constitution marocaine de Juillet 2011). Toutefois, la problématique de la santé et des inégalités sociales de la santé prend de plus en plus d'importance dans le débat tant national qu'international. L'accès aux soins de la santé est un droit constitutionnel qui suppose la compilation entre la satisfaction des besoins de la population en termes de déterminants sociaux comme l'accès à l'eau potable, à un logement décent, à une éducation de qualité, à un environnement sain, et la réalisation effective de l'accès juste et équitable aux différents soins et services de santé¹.

Les disparités en matière de santé persistent et restent un des problèmes les plus éclatants des inégalités économiques et sociales entre les pays du monde et à l'intérieur même d'un pays². Ces injustices s'aggravent alors que l'on vit plus que jamais dans une ère caractérisée par l'opulence et la connaissance, et que l'on est plus sensible qu'avant aux problèmes de santé. De nombreuses études mettent en avant l'influence des déterminants sociaux sur la santé, comme par exemple : une moins bonne chance de survie après un cancer pour les personnes vivant dans des zones les plus défavorisées (Tron, 2021)³.

A l'heure actuelle, la nécessité est de savoir quelles interventions et quelles politiques publiques doivent être développées pour réduire les inégalités sociales de santé. S'agissant du contexte sanitaire actuel au Maroc, il reste marqué par un certain nombre d'acquis mais particulièrement par des déficits relativement importants. Malgré plusieurs réformes en matière de santé prises depuis l'indépendance du pays en 1965 visant ainsi l'amélioration de la santé, le système de santé marocain est pâtit de plusieurs obstacles rendant ainsi difficile l'accès aux soins et aux

¹ BELYAGOU, Yo., BELYAGOU, Ya., et MELLOUKI, A (2022): « Accès aux soins au Maroc à l'épreuve de la pandémie du Coronavirus à Covid 19 : Le chemin vers l'équité », IJAFAME, ISSN : 2658-8455, vol 3, Mars.

² ARIB, F. et KHALDI, N. (2021): « Inégalités sociales de santé : une analyse théorique, IJAFAME, ISSN : 2658-8455, vol 2, Janvier.

³ TRON Ch. (2021): « Les inégalités sociales et territoriales de santé », dossier thématique, OCDE, 17 Mai 2017.

services de santé d'une façon digne, égale et équitable pour toute la population marocaine, particulièrement les personnes vulnérables. Il a été marginalisé par le Plan d'Ajustement Structurel (PAS) de 1983 au détriment des secteurs économiques et financiers. En conséquence, cette situation montre que des milliers de personnes n'ont pas accès aux soins ou y ont un accès limité du fait de leur pauvreté et ne disposent pas de moyens financiers pour se soigner et que les conséquences socio-économiques qui peuvent en découler sont souvent très graves. L'accès aux soins devient ainsi l'un des facteurs bloquant toute évolution économique et sociale. Dans ce contexte, ce système est dans un tel état de dégénérescence et de décrépitude qu'une véritable politique de santé s'impose pour améliorer le capital sanitaire, déficitaire quantitativement et qualitativement.

Afin de répondre aux besoins des citoyens et instaurer l'équité et l'égalité des soins, cela demandera l'engagement et la détermination de tout un chacun⁴. Tous les acteurs doivent être concernés et s'impliquer. Effectivement, comment concevoir le développement d'un pays, la prospérité d'une nation si chaque membre de cette communauté nationale ne bénéficie pas d'une santé à toute épreuve ? Comment peut-on réconcilier le citoyen marocain avec son système de santé lorsque l'infrastructure et les équipements médico-techniques manquent ou ne sont pas suffisamment entretenus ? Pourquoi en 2023 encore, la majorité des dépenses en santé sont supportées par les ménages ? Pourquoi malgré une multiplication par deux ou trois du budget de la santé en 10 ans et malgré les efforts consentis, les résultats en termes, d'équité, d'accessibilité, de confiance et de performance restent mitigés ?

La problématique de notre thématique cherche à répondre à la question suivante : quel est l'impact des déterminants sociaux de la santé et les facteurs socio-économiques et sociodémographiques des individus sur leur état de santé, entravant leur accès équitablement aux soins et limitant ainsi leur contribution au développement du pays ?

L'objectif que se fixe cette étude est d'analyser les inégalités sociales de la santé et les difficultés d'accès aux soins qui entravent les populations les plus démunies.

Notre recherche est structurée selon les sections suivantes : la section (1) présente une revue de littérature qui met en lumière l'état des lieux sur les inégalités sociales de la santé au Maroc ainsi que les facteurs et les déterminants sociaux de santé, la section (2) traite la démarche méthodologique de notre recherche, la section (3) est consacrée à l'analyse des résultats de

⁴ OMS : « Politique de santé : acquis, défis et objectifs », ministère de la santé marocain, 2007.

l'étude empirique, la section (4) expose les recommandations pour réduire ces inégalités de santé.

1. REVUE DE LITTERATURE

Il existe une relation très forte entre santé et développement économique du pays. Selon l'OMS (2009), « une meilleure santé est essentielle au bonheur et au bien-être. Une meilleure santé contribue également d'une manière importante au progrès économique, puisque les populations en bonne santé vivent plus longtemps, sont plus productives et épargnent plus ».

Néanmoins, dans le monde entier, il existe bel et bien des inégalités sociales de la santé. Des personnes vulnérables et défavorisées accèdent plus difficilement aux soins, tombent davantage malades et meurent plus jeunes que les personnes qui occupent une position sociale plus privilégiée.

Nous allons expliquer en quoi consistent ces inégalités sociales de santé, et quels sont les déterminants et les facteurs qui ont une influence sur l'état de santé des citoyens.

1.1. Les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé : état des lieux

Le concept d'inégalité revêt un caractère complexe et multidimensionnel. Il ne se limite pas à l'aspect monétaire de répartition des revenus, mais renvoie aussi aux inégalités de capacités en matière d'accès aux services sociaux de base, dont celui de la santé. D'après l'OMS (2015), « les inégalités sociales de santé sont des écarts de santé⁵ entre les groupes sociaux jugés injustes et évitables, qui suivent un gradient social, qui sont présentes à travers l'ensemble de la société et qui ne touchent pas uniquement la population la plus pauvre. Elles sont le reflet de notre société et elles nous interpellent sur ce que nous souhaitons devenir. Elles sapent les efforts pour éradiquer la pauvreté, rongent la cohésion sociale et s'avèrent une menace pour la santé des démocraties ».

Le concept de déterminants sociaux de la santé permet de comprendre comment les inégalités sociales deviennent des inégalités de santé. Les déterminants sociaux de la santé tiennent aux « circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local » (OMS, 2013)⁶. A leur tour, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques.

⁵ OMS, (2015) : « Déterminants Sociaux de la santé ».

⁶ OMS : (2013) « les Déterminants Sociaux de la santé ».

Parmi les caractéristiques de ces « déterminants de la santé » on note⁷ : les catégories socioprofessionnelles, l'échelle des revenus, le niveau de scolarisation et l'appartenance à un segment de la population sur lequel s'exerce une politique publique. Les déterminants biologiques, sociaux, comportementaux, le faible recours aux soins en santé et à la prévention ainsi qu'aux services de santé les amplifient et contribuent à leur persistance.

La question des déterminants de santé a été longtemps orientée par plusieurs pays sur les soins individuels, dans le cadre de la relation entre le malade et le médecin. De nombreuses études (Lang, 2016)⁸ ont mis en évidence d'autres déterminants, extérieurs aux systèmes de soins et de santé, définissent une approche intersectorielle de la santé, au-delà des seules conséquences du système de santé. Il s'agit des déterminants socio-économiques (éducation, accès à l'emploi, logement, condition de travail, etc.), les comportements de santé (consommation de tabac et d'alcool, nutrition...), et les systèmes de santé. Pour lutter contre la persistance de ces inégalités de santé et afin d'instaurer l'équité dans ce domaine, l'OMS a constitué une commission des Déterminants Sociaux de Santé (DSS) en 2005. Le rapport final de cette commission adopté en 2008 rappelle que les « injustices sociales de la santé sont le fruit de l'injustice sociale qui tue à grande échelle. Les réduire est un impératif éthique ».

L'impact des inégalités sociales de la santé et des conditions de vie sur la santé n'est pas anodin. Pour (Kawachi, 2002)⁹, la répartition des problèmes de santé s'en trouve socialement stratifiée. Ainsi, les personnes bénéficiant d'une position sociale plus élevée, en termes d'âge, d'éducation ou de niveau de revenus, sont en meilleure santé que celles se situant en dessous de l'échelle sociale, et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis. De son côté, Lang (2008)¹⁰ précise que les inégalités sont liées à l'inégale répartition des chances au départ et sont considérées comme évitables car elles ne relèvent pas uniquement de facteurs biologiques mais de déterminants socialement construits. Pour (Horton et al. 2015)¹¹, ils expliquent que les interventions qui ont été traitées pour lutter contre ces inégalités de santé se concentrent généralement sur le comportement des individus plutôt que sur le contexte socioéconomique, politique et culturel de la société. (Marmot et al. 1997)¹² précisent que « les avantages et les désavantages sociaux

⁷ BRIGNON J., et GUALLOUJ C., (2011) : « Précis de la santé publique et d'économie de la santé » 2^{ème} édition, Initiatives Santé.

⁸ LANG, T. (2016) : « Les inégalités sociales, Actes de séminaires de recherche de la DREES, 2015-2016.

⁹ KAWACHI, I., (2002) « A glossary for health inequalities » *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 : 647-652.

¹⁰ LANG T., (2008) : « Inégaux face à la santé : du constat à l'action ». Paris : La découverte, 2008

¹¹ HORTON, K. FRIEL, S. (2015) : « Fair Foundations for health equity », *Health Promot. In.*, vol.30,ii2-ii7.

¹² MARMOT, M. (1997) : « Social inequalities in health : Next questions and converging evidence ». *Social Science and Medicine*. Volume 44, Issue 6. 901-910.

sont des déterminants puissants de l'accès à la santé, directement et indirectement, dans la mesure où ils déterminent les conditions dans lesquelles les personnes vivent et travaillent, les ressources qu'ils ont, leurs relations avec les autres, et, potentiellement, comment ils se perçoivent ».

L'appréhension de la problématique des inégalités a donné lieu à l'émergence de deux courants de pensée¹³. Le premier considère les inégalités comme un frein à la croissance économique à moyen-long terme et un facteur de fragilisation du vivre-ensemble au sein de la société. Le second courant, en revanche, soutient la thèse selon laquelle les économies caractérisées par un niveau d'inégalités sociales élevé sont susceptibles de croître plus rapidement que celles où la répartition des revenus est plus équitable. La pauvreté nuit à la santé comme l'ignorance peut avoir des conséquences néfastes sur les comportements à haut risque pour la santé. (Ralet et Brassier, 2019) ont constaté que les pays développés ont pris conscience de l'importance des soins de santé de première nécessité. Ils ont investi dans le renforcement de la médecine de proximité ou la médecine générale où l'omnipraticien joue un rôle de premier plan dans le système de santé. Il est le premier point de contact entre le patient et le système de santé. (Chastonay et Bodenmann, 2021 ; Mulyanto et al, 2021) affirment également que l'omnipraticien joue un rôle de premier plan dans la réussite et la performance du système de santé. De son côté, (Lemire, 2021)¹⁴ explique que le médecin de famille connaît par cœur, le malade et sa famille ; il les accompagne durant tout le cycle de vie de la naissance jusqu'à la vieillesse.

1.2. Impact des facteurs sociaux sur la santé des citoyens

Dans les pays en voie de développement, les inégalités en santé demeurent généralement le résultat principal de l'impact des conditions socioéconomiques sur la vie des individus. L'état de santé des individus est le résultat d'interactions entre plusieurs déterminants de santé (socioéconomiques, démographiques, environnementaux et comportementaux) et prennent plusieurs formes (Ben Ammar, Sghari et Hammani, 2016)¹⁵. Elles sont également les conséquences d'une multitude de décisions prises par les personnes elles-mêmes et par les intervenants de plusieurs secteurs de l'économie, tel que le gouvernement ; ce dernier peut avoir

¹³ MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, « La question des inégalités sociales : Clés de compréhension, enjeux et réponses de politiques publiques », DEPF, Octobre 2018.

¹⁴ LEMIRE, F. (2021) : « Préparer un avenir meilleur pour les médecins de famille » *Canadian Family Physician*, 76, (12).

¹⁵ BEN AMMAR, S.M et HAMMANI : « Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé. Ethique et santé, vol 13, n° 4.185, 2016.

une influence sur l'état de santé d'une population par ses décisions en matière de dépenses de santé, par ses investissements et ses campagnes de sensibilisation aux bonnes habitudes de vie.

1.2.1. Facteurs sociodémographiques

Parmi ces facteurs, on trouve l'âge, le sexe, les conditions de vie matérielles et sociales des individus comme l'éducation, les conditions de logement, le milieu familial, le milieu de travail, l'environnement physique et social, l'accès aux services essentiels, etc. Les comportements et les habitudes de vie des individus sont influencés par les conditions de vie dans lesquelles ils vivent, elles-mêmes influencées par le contexte global. Le contexte social, économique, politique et culturel présent dans l'ensemble de la société est à prendre en compte également.

1.2.2. Facteurs socioéconomiques

D'après plusieurs recherches scientifiques, le statut socio-économique est un facteur déterminant des écarts en matière de santé. De fortes disparités dans la perception de l'état de santé sont également observées selon le milieu socio-économique, en fonction notamment du niveau de revenu. D'après une étude faite par l'OCDE (2013)¹⁶, « dans tous les pays, les individus ayant des revenus faibles ont tendance à se déclarer en moins bonne santé que ceux dont les revenus sont élevés, même si l'écart varie. En moyenne, près de 80% des personnes du quintile de revenu le plus élevé s'estiment en bonne santé, contre à peine plus de 60% parmi les personnes qui ont des revenus plus bas ». Cette étude ajoute que « les personnes vivant dans les ménages à faible revenu peuvent avoir un accès plus limité à certains services de santé, pour des raisons financières ou autres. Le lien de cause à effet peut aussi aller dans l'autre sens : un mauvais état de santé peut avoir pour conséquences un taux d'emploi et des revenus plus faibles ».

Des théories résumées par Potvin (2010)¹⁷ présument que les individus de différents statuts socioéconomiques perçoivent différemment la détérioration physique : agents toxiques, conditions de logement médiocres, ou emplois dangereux, et psychologique : stress dû aux préoccupations économiques, au chômage, à la surcharge de travail, aux tâches répétitives et à l'autonomie de travail. Ces facteurs sont principalement responsables de plusieurs pathologies.

1.2.3. Facteurs environnementaux

Les conditions environnementales peuvent avoir un impact sur la survenue des problèmes de santé et sur l'importance de la morbidité. Parmi les facteurs agissant sur les conditions sanitaires

¹⁶ OCDE « Panorama de la santé, les indicateurs de l'OCDE », 2013.

¹⁷ POTVIN, L., (2010). : « La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé ». INPES.

d'une population : l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement, les conditions de logement, la qualité de l'air, la sécurité routière, les conditions de travail, etc. Ainsi, (Hedmann et al, 2015)¹⁸ précisent que les personnes qui vivent dans des zones défavorisées pendant une longue période avec des services de mauvaise qualité peuvent avoir un mauvais état de santé. Quant à Pearce (2015)¹⁹, il explique que le mécanisme environnemental s'intéresse à la distribution socio-spatiale des facteurs dangereux pour la santé (pathogènes) qui se trouvent dans les zones défavorisées et les facteurs favorables à la santé (salutogènes) qui existent dans les quartiers moins défavorisés.

2. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Nous présentons tout d'abord l'objectif exploratoire et le cadre méthodologique et épistémologique de notre recherche. Ensuite, nous exposerons le déploiement de la recherche.

2.1. Objectif et cadre méthodologique et épistémologique de la recherche

Notre étude se veut exploratoire qualitative. Nous avons choisi une posture épistémologique constructiviste avec une démarche inductive qui nous permettra d'étudier, d'observer et d'analyser les inégalités sociales de la santé. Ce choix nous est apparu pertinent pour valider empiriquement notre recherche. Le constructivisme accepte « la réalité comme une construction de l'esprit humain perçue comme subjective » (David, 2000)²⁰.

L'approche exploratoire a été retenue parce qu'elle nous semble adéquate pour répondre à notre objectif qui consiste à analyser les inégalités sociales de la santé. Comme le soulignent Evrard et al. (2003)²¹ « l'étude exploratoire est adaptée pour comprendre un phénomène et l'analyser en profondeur ». Quant au choix de l'étude qualitative, elle nous paraît appropriée car elle a pour but d'explorer et d'analyser les mécanismes sociodémographiques et psychologiques susceptibles d'intervenir dans le comportement du citoyen. Elle est plus adaptée à notre enquête qui vise à obtenir des informations détaillées sur les besoins des citoyens aux services de la santé. Selon Thiétart et coll (2007)²², l'étude qualitative « est une démarche par laquelle des

¹⁸ HEDMAN, L et al (2015) : « Cumulative exposure to disadvantage and the intergenerational transmission of neighbourhood effects », *J.Econ. Geogr.*, Vol 15, 195-215.

¹⁹ PEARCE, J. (2015) : « Invite dcommentary : history of place, life course, and health onequalities-historical geographic information systems and epidemiologic research ». *Am.J.Epidemiol.*, vol.181.26-29.

²⁰ DAVID, A. : « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion », *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Paris, Vuibert.

²¹ EDVARD, Y., PRAS, B. et ROUX. E. (2003). « Market : étude et recherches en marketing, fondements et méthodes », Nathan, Paris

²² THIETART R-A. et COLL. E. (2007): « Méthodes de recherche en management », 3^{ème} édition, DUNOD, Paris, P : 75.

résultats théoriques novateurs seront proposés ». Elle diffère de l'étude quantitative dont le but est d'obtenir des données statistiques.

2.2. Le déploiement de la recherche

Notre étude exploratoire est faite à l'aide d'un instrument de mesure, un questionnaire avec un guide d'entretien et ce, afin d'obtenir des informations sur ce sujet. Nous avons élaboré des questionnaires sur la base d'un échantillon composé de 109 responsables qui ont une relation avec la thématique de notre recherche, notamment les pouvoirs publics (23 responsables du secteur public) en qualité de garant du droit à la santé des citoyens, (11 entreprises pharmaceutiques) qui fabriquent le médicament, (29 médecins) et (46 pharmaciens), de par leur rôle qu'ils jouent dans le domaine médical. Notre enquête a porté sur certaines Wilayas du Maroc qui forment l'axe géographique principal sur le plan économique, à savoir : Kénitra, Rabat, Casablanca et El Jadida.

Pour recueillir plus d'informations, nous avons opté pour une entrevue directe en face à face dont la présence de l'intervieweur facilite la clarification et l'adaptation des questions à répondre. Le dépouillement des résultats de l'enquête a été fait de façon manuelle. Après avoir fait une analyse individuelle des données recueillies auprès des acteurs opérant dans le domaine de la santé, nous avons tenté de faire une analyse synthétique de ces résultats.

3. RESULTATS ET DISCUSSION

En s'appuyant sur le cadre conceptuel développé précédemment, notre analyse sera appuyée par des réponses des interviewés offrant un aperçu plus direct des réponses apportées par nos enquêtés pour faire ressortir les causes et conséquences de la problématique de la santé et des inégalités sociales de la santé au Maroc.

3.1. Diagnostic des inégalités sociales de santé au Maroc

3.1.1. Inégalités d'accessibilité géographique aux soins

D'après l'analyse des résultats de notre enquête, (66%) des personnes interviewées affirment que les services de santé essentiels sont, soit inaccessibles, soit sous-utilisés par ceux qui en ont besoin, en raison des obstacles financiers, sociaux, physiques et géographiques. En effet, près d'un (1) Marocain sur 4 (24%) (CESE, 2013)²³ n'a que très difficilement accès aux services de santé et 60% des Marocains ont comme difficulté d'accès aux services de santé l'éloignement géographique ou la contrainte financière. Par ailleurs, d'autres acteurs (82%) ont fait remarquer que la majorité des services de santé bien dotés par des médecins et des pharmaciens se trouvent

²³ CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, rapport annuel, 2013.

dans les grandes villes, alors que la plupart des besoins en soins de santé non satisfaits se trouvent dans les zones rurales et parmi les plus pauvres. A cet effet, nous pouvons remarquer que les spécificités de l'habitat rural, l'absence de mécanismes incitatifs favorisant le développement du secteur privé dans les zones défavorisées et la répartition inadéquate/inéquitable des ressources entre les régions et les provinces sont d'autres causes qui peuvent être évoquées, et que l'iniquité à l'accès aux soins entre les différentes régions, et entre le milieu urbain et le monde rural, persiste.

Dans ce contexte, il est à noter que des études concluent que près de 20% de la population se retrouve à plus de 10 km du centre de santé le plus proche²⁴, ce qui peut constituer un facteur de risque pour l'état de santé de la population, notamment dans les zones rurales et que 31% de la population rurale se trouve à plus de 25 Km d'une officine, et plus de 140 établissements de soins sont fermés faute de matériel et de personnel²⁵.

3.1.2. Causes relatives aux variables sociodémographiques

Parmi les répondants à notre questionnaire, 78% affirment que la population marocaine ne cesse d'augmenter. Effectivement, il est à noter que cette population est passée de 11.6 millions en 1960 à 32 millions en 2011, à 33.8 millions d'habitants²⁶ au 1^{er} septembre 2014 dont 20,4 millions résident en milieu urbain, ce qui représente un taux d'urbanisation de 60.3%²⁷. D'après les projections de cette population, elle serait de l'ordre de 38 millions en 2030 dont 24,5 millions en milieu urbain soit 64,3% et atteindra 45 millions en 2045. Par ailleurs, la population de 60 ans et plus, qui était de 4% en 1960, 8% en 2004, 10,5% en 2013, elle sera de l'ordre de 13,5% en 2025 et 64% en 2030²⁸. Cette situation explique bien que l'accroissement démographique et le vieillissement de la population induiront à un accroissement progressif de la demande des besoins en soins.

D'un autre côté, il est nécessaire de spécifier que, malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics pour l'amélioration des indicateurs de la mortalité, cette tendance montre que la mortalité est toujours élevée, et cache ainsi des écarts notables entre les milieux rural et urbain. Des disparités importantes persistent, comme en témoignent quelques indicateurs clés²⁹ : le taux de mortalité infantile s'établit à 33,9 pour 1000 naissances vivantes pour les enfants issus des

²⁴ CADRE COOPERATION MINISTERE DE LA SANTE – OMS 2017-2021.

²⁵ LOUARDI (H) : (Février 2012) « La santé et le bien-être des citoyens, un investissement pour la société », ex-ministre de la santé, interview au magazine Docti News n° 41, P.9.

²⁶ HCP, « Recensement général de la population », rapport national, 2014.

²⁷ HCP, « Recensement général de la population », rapport national, 2014.

²⁸ HCP, « Projection de la population », 2007.

²⁹ ENQUETE NATIONALE SUR LA POPULATION ET LA SANTE FAMILIALE, 2011.

ménages pauvres alors qu'il n'est que de 18,7 pour 1000 naissances vivantes pour ceux relevant des ménages aisés.

3.1.3. Causes relatives aux variables socioéconomiques

L'analyse de notre enquête montre que le pouvoir d'achat reste faible des citoyens, ceci est confirmé par 82% des interviewés qui affirment que la population marocaine est pauvre, ce qui incite les citoyens à l'automédication. Cette pauvreté se manifeste par le fait qu'ils ne peuvent se permettre de payer le prix des consultations chez les médecins, surtout chez les spécialistes dont le prix de consultation dépasse parfois 200 à 250 DH, en plus des frais de transport et de l'achat des médicaments, ce qui alourdit leurs dépenses. Bruker et al (2008) précisent que 15 % de la population a renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières. Cela concerne surtout les soins dentaires, et d'optique, mais aussi des consultations médicales chez le généraliste ou le spécialiste³⁰. De son côté, la Banque Mondiale (2018) a spécifié que, si le Maroc a connu une amélioration des niveaux de vie et un recul concomitant de la pauvreté et de la vulnérabilité entre 2001 et 2014, la pauvreté subjective reste forte, surtout en milieu rural³¹. Par ailleurs, 68% des interviewés ont affirmé que le prix des médicaments princeps reste cher au Maroc, en considération de la pauvreté et du pouvoir d'achat faible de la majorité des citoyens. Dans ce contexte, il existe un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté³².

D'un autre côté et d'après le rapport du CESE (2017)³³, il existe au sein de la population marocaine d'importantes différences au niveau de l'état de santé et du statut de morbidité qui sont liés à des inégalités socio-économiques et au mode d'habitat (urbain, rural). De plus, l'exclusion sociale en matière de travail, d'éducation et de logement favorise l'exclusion des services de santé.

3.1.4. Causes relatives à l'urbanisation explosive

Par ailleurs, l'urbanisation explosive et l'inégale répartition régionale sont d'autres causes qui ont des conséquences sur la santé. Le rythme soutenu d'urbanisation que connaît le Maroc est de nature à accélérer la cadence des mouvements d'exode en provenance du monde rural, ce qui aura, lui aussi un impact sur les mutations tant sur le plan démographique et social, que sur les plans spatial, économique et culturel et accentuera, par conséquent, les besoins en soins des

³⁰ BRUKER G., RIOU J. FERRAND NAGE S., « Santé publique et économie de la santé », ELSEVIER MASSON, 2013.

³¹ BANQUE MONDIALE, « La pauvreté au Maroc : défis et opportunités », 9 Avril 2018.

³² WAGSTAFF A., « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », Bulletin of the World Health Organization, 2002, 80(2): 97-105

³³ CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, Rapport annuel, 2017.

citoyens. De grandes inégalités territoriales en matière d'offre de soins montrent que le ratio médecins/habitants va de un médecin pour 1 916 habitants à Casablanca, à un médecin pour 5 378 habitants dans la région Souss-Massa-Draa. Ce ratio est de 1 médecin pour 8 111 habitants en milieu urbain et de 1 pour 11 345 en milieu rural³⁴.

3.2. Analyse des contraintes et dysfonctionnements du système de santé marocain

3.2.1. Un système de santé centralisé à l'excès, faible et inéquitable

Tous les acteurs interviewés (100%) ont répondu que ce système souffre de plusieurs contraintes et dysfonctionnements auxquels il s'est heurté depuis l'indépendance du pays. (66%) des interviewés ont déclaré que ce système n'a connu qu'une faible performance depuis l'indépendance et se trouve entaché de beaucoup de défaillances et une inégale répartition entre le monde rural et urbain. 68% des responsables du secteur de la santé reconnaissent que ce secteur est défaillant à cause de l'insuffisance budgétaire allouée à ce secteur, une mauvaise gestion des ressources, une répartition régionale déséquilibrée. Ils ont ajouté que ce système se caractérise par l'existence des insuffisances du système de gouvernance de la santé, et que la corruption est monnaie courante.

La pandémie de Covid-19 a mis à rude épreuve le système de santé marocain. L'iniquité à l'accès aux soins entre différentes régions et entre le milieu urbain et le monde rural persiste. Le manque de ressources financières est la raison principale de privation de soins de santé pendant le confinement sanitaire. D'après le (HCP, 2021)³⁵, Plus d'un tiers des personnes ayant manifesté le besoin d'être soigné n'ont pas eu accès aux services de santé, soit 35, 9% avec des différences selon le genre ou le milieu de résidence.

Par ailleurs, le système de santé marocain est très centralisé. De plus, le manque de coordination et de cohésion des politiques publiques sectorielles qui contribuent à l'amélioration de la santé et le faible intérêt pour la recherche/développement réduisent l'efficacité de l'action publique dans ce domaine. Cette situation a été confirmée par l'ex-ministre de la santé qui précise que les raisons de ces dysfonctionnements sont multiples³⁶, notamment « l'extrême complexité du système de santé qui se caractérise par la multiplicité des intervenants qui travaillent sans concertation, sans coordination, sans harmonisation ni complémentarité de leurs activités, le

³⁴ ATLAS NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DE FRANCE : Conseil national de l'Ordre des médecins (France), « Les soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé », 2013.

³⁵ HCP (Février 2021) : « Analyse de l'impact du coronavirus sur la situation économique, sociale et psychologique des ménages ».

³⁶ LOUARDI, H., (2012), Op. Cit.

financement du système de santé est faible et fragmenté, et l'absence d'une politique agressive et cohérente de santé dans notre pays ».

De son côté, Doukkali³⁷ affirme que « il est vrai que le Département de la santé se trouve constamment confronté à certaines insuffisances en termes d'infrastructures et d'équipements biomédicaux. Ce sont des contraintes qui ne datent pas d'aujourd'hui mais dont l'impact se fait sentir davantage avec l'affluence massive des citoyens aux établissements de soins publics, notamment après la généralisation du RAMED. Cela dit, nous sommes conscients des dysfonctionnements et difficultés liés à la capacité et à la qualité des infrastructures hospitalières et aux limites parfois de leurs équipements biomédicaux, et nous nous attelons, suite à ce constat, à développer et à organiser l'offre de soins dans le cadre du « Plan Santé 2025 », en vue d'améliorer l'accès aux prestations de santé ».

La cour des comptes, dans son rapport (2022)³⁸ sur le système de santé marocain avait décelé plusieurs dysfonctionnements, et a précisé que « la majorité des organes de gouvernance en matière de fonctionnement et de gestion du système de santé et de l'offre de soins prévus n'a pas été instauré. Quant à ceux qui ont été instaurés, ils ne sont pas tous fonctionnels, et quand ils le sont, ils restent peu dynamiques et peu efficaces ».

3.2.2. Pénurie aigüe en personnel médical. Indubitablement, les ressources humaines du système de santé marocain constituent la pierre angulaire de développement de tout système. Or, il est à constater que le secteur de la santé marocain connaît une grave pénurie en personnel médical. C'est l'impression de l'ensemble des interviewés (100%). Dans cette optique, on note que³⁹ « le déficit en ressources humaines s'élève à plus de 97.566 professionnels de la santé, dont 32.522 médecins et 65.044 infirmiers, et que la densité actuelle ne dépasse pas 1,7 médecin par 1000 habitants, ce qui signifie un besoin de 2,75 par 1000 habitants alors que le taux minimal exigé par les standards internationaux est 1,9 médecin et de 4,45 infirmiers pour 1000 habitants. Ainsi, le manque d'attractivité du secteur de la santé publique et les personnes qui partiront à la retraite lors des prochaines années en sont les principales causes.

3.2.3. Non généralisation de la couverture médicale. 70% des interviewés ont affirmé que la couverture médicale est une réforme positive et peut aider à l'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité, et que tous les citoyens doivent bénéficier de cette réforme. Toutefois, il est à noter que depuis sa mise en place grâce à l'édification de la loi 65.00 portant code de la

³⁷ DOUKKALI, A., ex-ministre de la santé (Avril 2019): « La CSU est un continuum d'actions et d'engagements », interview, DoctiNews n° 120.

³⁸ COUR DES COMPTES (2022): rapport sur le système de santé marocain.

³⁹ Ministre de la santé et de la protection sociale (2022) : déclaration devant la chambre des représentants.

couverture médicale de base en 2002 (Kasri et Bennana, 2021)⁴⁰, cette couverture n'a été généralisée qu'en Décembre 2022. A la fin de 2018, elle n'avait atteint que 66%, contre 60% en 2017, dont 31% couverts par le RAMED et 35% par l'AMO. En 2021, le nombre de bénéficiaires de l'AMO a atteint 11,7 millions⁴¹. La généralisation de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) reste tributaire du développement de l'hôpital public, en tant que principal levier de l'AMO. Il est nécessaire d'accélérer la mise à niveau des structures de soins afin d'assurer la disponibilité et améliorer la qualité de l'offre de soins pour les citoyens et de renforcer les ressources humaines médicales, ainsi que de la mise en place d'instances spécialisées pour la gestion et la gouvernance, et enfin d'un système d'information sanitaire national intégré.

3.2.4. Insuffisance en financement et prépondérance des dépenses de santé par les ménages.

Le budget de l'Etat reste quantitativement insuffisant et socialement inéquitable. Il a atteint en 2006 près de 6 milliards de DH, soit moins de 200 DH par habitant, 5,8% du budget général de l'Etat et 1,3% du PIB alors que la norme de l'OMS est de consacrer 12 % du budget général et 6 % du PIB au secteur de la santé. Ce budget a été multiplié par deux pour atteindre 12,37 milliards de DH en 2013, contre 11,88 milliards de DH en 2012, soit une modeste augmentation de 4,14%⁴². **Le budget alloué à la santé au titre de l'exercice 2022 s'élève à plus de 23,55 milliards de dirhams (MMDH), en hausse de 19% par rapport à l'exercice 2021, trois milliards de DH de plus qu'en 2021. Le faible budget reste loin des recommandations de l'OMS qui estime que ce dernier doit correspondre à au moins 10% du PIB pour entamer toute réforme de système de santé.** L'essentiel des crédits alloués est absorbé par la masse salariale (aux environs de 67%)⁴³. La contribution de l'Etat, à travers les recettes fiscales, représente le quart des dépenses sanitaires. La part de la dépense de santé financée par les ménages reste prépondérante assurant encore 50,7% des dépenses globales de santé et pratiquement 60% de la consommation médicale, alors que les recommandations de l'OMS stipulent une charge inférieure à 30% voire 25%. Dans ce contexte, il est reconnu qu'un taux important de dépenses directes des ménages en santé constitue un fardeau économique pour la

⁴⁰ KASRI, M. et BENNANA, A., (2021) : « Evaluation du modèle de gouvernance de la couverture médicale de base au Maroc », The Pan African Medical Journal, 38.

⁴¹ AIT TALEB (2022), ministre de la santé et de la protection sociale, allocution devant la Chambre des représentants.

⁴² Ministère de la santé, « Les indicateurs de la santé, 2012 ».

⁴³ AIT TALEB, M : Ministre de la santé, conférence nationale sur le financement de la santé, sous le thème « Quel modèle de financement pour une couverture sanitaire universelle ? », 18 et 19 juin 2019 à Rabat.

population vulnérable pour les individus et les familles, et peut faire basculer certaines populations vulnérables vers la pauvreté et pose un risque pour la santé du fait d'un renoncement aux soins. En outre, la situation du financement au Maroc est marquée par de nombreux défis. Une stratégie de financement pérenne demeure un déterminant fondamental d'un système national efficace. Elle compte non seulement la couverture de la population mais aussi les mécanismes permettant une protection financière et l'accès de la population à des services de qualité⁴⁴.

4. RECOMMANDATIONS

D'après l'analyse des résultats de notre enquête, nous proposons certaines suggestions que nous jugeons les plus pertinentes qui pourraient contribuer à la réduction des inégalités de santé. Il est à spécifier que les problèmes de la santé sont multiples et ne peuvent être pris de façon isolée, mais plutôt de manière transversale. A cet effet, il est primordial d'intégrer la politique de santé dans la politique de développement et dans les stratégies de réduction de la pauvreté car le secteur de la santé ne doit pas fonctionner isolement mais en interaction avec les autres secteurs de développement. Dans cet esprit, nous suggérons de créer un partenariat entre tous les acteurs du système de santé, d'améliorer l'action intersectorielle en santé en mobilisant toutes les composantes de la société, d'inscrire l'équité au cœur des politiques du gouvernement.

Par ailleurs, nous proposons d'adopter une véritable politique de la santé, de décloisonner le système de santé dans sa globalité, et d'opter pour un système bicéphale entre secteur public et secteur privé, de sorte qu'ils travaillent ensemble. L'objectif de cette initiative est de privilégier le patient qui doit être au cœur du système afin d'être actif et de contribuer au développement du pays. L'efficacité productive du système de santé est en outre conditionnée par une véritable prise en compte des besoins individuels et collectifs en matière de santé stricto sensu, mais aussi en matière d'infrastructures, de la qualité des services de santé, en personnel suffisant et compétents. D'un autre côté, il nous paraît nécessaire de procéder à la Réforme du système de financement et d'augmenter des budgets alloués au secteur de la santé et considérer la santé comme un investissement. (Preda et Voigt, 2015)⁴⁵ précisent que, « lutter contre les inégalités socioéconomiques, par l'augmentation des revenus, la création de richesses et l'éducation, pourrait contribuer à une justice sociale ».

⁴⁴ MINISTERE DE LA SANTE (Avril 2019) : « Stratégie Nationale de Financement de la Santé ».

⁴⁵ PREDA, A. et VOIGT, K. (2015) : « The social determinants of health : Why should we care ? Am.J.Bioeth., Vol.15. 25-36.

De plus, il faut rendre effective la régionalisation en transférant aux directeurs régionaux, les compétences humaines et les moyens matériels et financiers nécessaires, et déconcentrer vers le niveau provincial et local les fonctions liées à la gestion opérationnelle : gestion des ressources humaines, gestion des soins et des biens médicaux, maintenance et entretien de l'équipement. Par ailleurs, pour face aux rapides évolutions technologiques, il est de plus en plus important d'investir dans le capital humain, moteur de la croissance et du développement du pays, d'avoir un personnel suffisant et compétent et de le valoriser, de donner une grande importance à la recherche scientifique, considérée comme élément fondamental en matière de santé.

Il nous paraît nécessaire également de développer l'information et la sensibilisation en adoptant une approche fondée sur une éducation et une sensibilisation qui ciblerait très tôt la petite enfance. Dans ce contexte, créer des environnements physiques et sociaux favorables à la santé dès l'enfance est incontournable. L'environnement physique est un facteur puissant de la santé des individus, notamment les espaces verts (Gascon et al. 2016)⁴⁶. De plus, il est recommandé également de développer des politiques sanitaires pour les femmes, axées sur l'éducation et la prévention plutôt que sur le traitement des maladies.

⁴⁶ GASCON, M., (2016) : « Environnement international ». Vol.86. 60-67.

CONCLUSION

Notre étude se veut exploratoire qualitative. Elle est faite à l'aide d'un instrument de mesure, un questionnaire avec un guide d'entretien et ce, afin d'obtenir des informations relatives à la problématique de la santé au Maroc ainsi que les inégalités sociales de la santé. Nous avons insisté sur l'importance que revêt la santé en tant que droit fondamental et levier essentiel pour le développement socioéconomique du pays. Nous avons précisé que l'état de santé des personnes est influencé par de multiples déterminants. Les inégalités sociales de la santé peuvent être expliquées par plusieurs facteurs, notamment le niveau de revenu, le niveau de scolarité et la situation professionnelle, ainsi que d'autres facteurs comportementaux, qui ont des conséquences néfastes sur la santé des citoyens.

Les stratégies⁴⁷ de lutte pour la préservation de la bonne santé doivent concerner les populations les plus fragiles par des réformes économiques de redistribution fiscale, des politiques des revenus et de protection sociale dirigées vers les enfants, les personnes fragiles, vulnérables, précaires, d'amélioration du système éducatif par la prise en compte des inégalités sociales, d'accès facilité aux services sociaux et sanitaires pour tous. Ces politiques doivent être d'un universalisme proportionné pour permettre aux plus défavorisés de rattraper les catégories les plus favorisées, alors que le fossé entre les plus pauvres et les plus riches ne cesse de se creuser. Il est nécessaire de préciser que malgré les progrès indéniables en matière de santé, le système de santé marocain est centralisé et inéquitable et souffre de la pénurie en personnel médical, et de l'insuffisance en financement. Les besoins des citoyens en soins sont importants. Cette situation exige, de la part de l'Etat, en sa qualité de garant du droit à la santé, un engagement pour la protection et l'amélioration de la santé des citoyens qui sont la ressource primordiale de tout développement économique et social du pays. Les systèmes de santé se trouvent confrontés à des enjeux difficiles et complexes du fait, notamment, des pressions nouvelles qu'exercent le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et le recours intensif à des technologies médicales coûteuses mais vitales.

⁴⁷ Bulletin de l'Académie nationale de médecine : « Inégalités sociales de santé. État des lieux, principes pour l'action » (May 2020), Vol 204, Issue 5, PP 486- 492.

BIBLIOGRAPHIE

- **AIT TALEB, KH.**, ministre de la santé (2019), conférence nationale sur le financement de la santé, sous le thème «Quel modèle de financement pour une couverture sanitaire universelle ?», 18 et 19 juin à Rabat.
- **AIT TALEB, KH.**, ministre de la santé et de la protection sociale, (2022), intervention devant la chambre des représentants.
- **AIT TALEB, KH.** (2022) : « projet de loi-cadre n°06-22 relatif au système national de santé, adopté en Conseil des ministres, présidé par SM le Roi Mohammed VI le 13 juillet au Palais Royal à Rabat ».
- **ARIB, F. et KHALDI, N.** (2021): « Inégalités sociales de santé : une analyse théorique, IJAFAME. ISSN : 2658-8455, Vol 2, Issue 1, Janvier.
- **ATLAS NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DE France** (2013): Conseil national de l'Ordre des médecins (France), « Les soins de santé de base : vers un accès équitable et généralisé ».
- **BEN AMMAR, S. et HAMMANI, M.** (2016): « Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé. Ethique et santé, vol 13, n° 4.185.
- **BELYAGOU, YO., BELYAGOU, YA., et MELLOUKI, A** (2022): « Accès aux soins au Maroc à l'épreuve de la pandémie du Coronavirus à Covid 19 : Le chemin vers l'équité », IJAFAME, ISSN: 2658-8455 Volume 3, Issue 2-1 (2022), P. 207.
- **BRUKER, G., RIOU J., FERRAND NAGE S.,** (2013) : « Santé publique et économie de la santé », ELSEVIER MASSON.
- **BANQUE MONDIALE,** (9 Avril 2018) : « La pauvreté au Maroc : défis et opportunités ».
- **BRIGNON, J., et GUALLOUJ C.,** (2011) : « Précis de la santé publique et d'économie de la santé » 2^{ème} édition, Initiatives Santé.
- **COUR DES COMPTES** (2022) : rapport sur le système de santé marocain.
- **CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, Rapports annuels 2013, 2017 et 2018.**
- **CADRE COOPERATION MINISTERE DE LA SANTE – OMS** (2017-2021).
- **DAVID, A.** (2000): « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion », Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Paris, Vuibert.

- **DOUKKALI, A.** (Avril 2019) ex-ministre de la santé : « La CSU est un continuum d'actions et d'engagements », interview, DoctiNews n° 120.
- **DI RUGGIERO E.** (2019 : «La promotion de la santé à l'ère des Objectifs de développement durable », In Global Health Promotion (Vol 26, N° 3, PP 99-101) SAGE publications Sage UK : London, England.
- **EDVARD, Y., PRAS, B. et ROUX. E.** (2003). « Market : étude et recherches en marketing, fondements et méthodes », Nathan, Paris.
- **GASCON, M.,** (2016) : « Environnement international ». Vol.86. 60-67.
- **HEDMAN, L et al** : Cumulative exposure to disadvantage and the intergenerational transmission of neighbourhood effects », J.Econ. Geogr, Vol 15, 195-215.
- **HAUT COMMISSARIAT AU PLAN (HCP)** (Février 2021) : « Analyse de l'impact du coronavirus sur la situation économique, sociale et psychologique des ménages ».
- **HCP**, « Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale », 2011.
- **HCP**, « Recensement général de la population », rapport national, 2014.
- **HCP**, « Projection de la population », 2007.
- **HCP**, « Projections de la population et des ménages », CERED, 2014-2050.
- **HOTTON, K. FRIEL, S.** (2015) : « Fair Foundations for health equity », Health Promot. In., vol.30, ii2-ii7.
- **KASRI, M. et BENNANA, A.,** (2021) : « Evaluation du modèle de gouvernance de la couverture médicale de base au Maroc », The Pan African Medical Journal, 38.
- **KAWACHI, I.,** (2002) « A glossary for health inequalities » Journal of Epidemiology and Community Health, 56 : 647-652.
- **LOUARDI, H.,** (2012): « La santé et le bien-être des citoyens, un investissement pour la société », ex-ministre de la santé, interview au magazine Docti News n° 41.
- **LANG, T.,** (2008) : « Inégaux face à la santé : du constat à l'action », Paris : La découverte.
- **LANG, T.** (2016) : « Les inégalités sociales, Actes de séminaires de recherche de la santé », DREES, 2015-2016.
- **LEMIRE, F.** (2021) : « Préparer un avenir meilleur pour les médecins de famille » Canadian Family Physician, 76, (12).
- **MARMOT, M.** (1997) : « Social inequalities in health : Next questions and converging evidence », Social Science and Medicine. Volume 44, Issue 6. 901-910.

- **MINISTERE DE LA SANTE** (2021): « Le système de santé : entre les acquis du passé et les défis de demain ».
- **MINISTERE DE LA SANTE**, (Avril 2021): « Stratégie Nationale de Financement de la Santé ».
- **OCDE**, (2013) : « Panorama de la Santé, les indicateurs de l'OCDE ».
- **OMS**, (2015) : « Déterminants Sociaux de la Santé ».
- **OMS**, (2013) : « les Déterminants Sociaux de la Santé ».
- **OMS**, (2007) : « Politique de santé : acquis, défis et objectifs », ministère de la santé Marocain.
- **POTVIN et al.** (2010) : « La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé », INPES.
- **PEARCE, J.** (2015) : Invite documentary : « history of place, life course, and health onequalities-historical geographic information systems and epidemiologic research », A.J.Epidemiol., vol.181.26-29.
- **PREDA, A. et VOIGT, K.** (2015) : « The social determinants of health : Why should we care ? », Am.J.Bioeth., Vol.15. 25-36.
- **TRON, Ch.** (2017) : « Les inégalités sociales et territoriales de santé », dossier thématique, OCDE, 17 Mai.
- **THIETART, R-A. et COLL, E.** (2007) : « Méthodes de recherche en management », 3^{ème} édition, DUNOD, Paris, P : 75.
- **WAGSTAFF, A.**, (2002) : « Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé », Bulletin of the World Health Organization, 80(2): 97–105.