

مجلس المنافسة

ⵎⴰⵔⴻⵎ ⵏ ⵙⵉⵎⵓⵎⵉⵏⵏⵉ

CONSEIL DE LA CONCURRENCE

المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC



## Avis du Conseil de la concurrence

relatif au fonctionnement concurrentiel du  
marché des soins médicaux dispensés par  
les cliniques privées et les établissements  
assimilés au Maroc

A/4/22

[www.conseil-concurrence.ma](http://www.conseil-concurrence.ma)

# AVIS

## du Conseil de la concurrence

relatif au fonctionnement concurrentiel du  
marché des soins médicaux dispensés par  
les cliniques privées et les établissements  
assimilés au Maroc



## Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu L'assiste

“ La même exigence s'impose en ce qui concerne le nouveau pacte économique qui implique le devoir d'être attentif à l'appareil de production, et de stimuler l'esprit d'initiative et la libre entreprise, en s'attachant notamment à encourager les PME. Cette démarche est en accord avec l'esprit de la nouvelle Constitution qui consacre l'Etat de droit dans le domaine des affaires, prévoit une série de droits et institue un certain nombre d'instances économiques.

Celles-ci sont chargées de garantir la liberté d'entreprendre et les conditions d'une concurrence loyale, ainsi que la mobilisation des dispositifs de moralisation de la vie publique et des moyens de lutte contre le monopole, les privilèges indus, l'économie de rente, la gabegie et la corruption. ”

**Extrait du Discours Royal à l'occasion du douzième anniversaire  
de la fête du Trône, du 20 chaabane 1432 (30 juillet 2011)**

Conformément aux dispositions de la loi n° 20.13 relative au Conseil de la concurrence, le Conseil a pris l'initiative de donner son avis sur le fonctionnement concurrentiel du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au Maroc.

A cet égard, et conformément aux dispositions de la loi n° 20.13 relative au Conseil de la concurrence et la loi n° 104.12 relative à la liberté des prix et de la concurrence, et après que le Rapporteur Général et le Rapporteur chargé du dossier d'Avis aient été entendus, lors de la 29<sup>ème</sup> et de la 30<sup>ème</sup> sessions de la formation plénière du Conseil, tenues respectivement le 3 rabii I 1444 (29 septembre 2022) et le 29 rabii I 1444 (26 octobre 2022), le Conseil de la concurrence a émis le présent Avis.

## **Avis du Conseil de la concurrence n° A/4/22**

du 29 rabii I 1444 (26 octobre 2022)

### **relatif au fonctionnement concurrentiel du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au Maroc**

#### **Le Conseil de la concurrence,**

- Vu la loi n° 104.12 relative à la liberté des prix et de la concurrence promulguée par le Dahir n° 1.14.116 du 2 Ramadan 1435 (30 juin 2014) ;
- Vu la loi n° 20.13 relative au Conseil de la concurrence promulguée par le Dahir n° 1.14.117 du 2 Ramadan 1435 (30 juin 2014) ;
- Vu le décret n° 2.14.652 du 8 Safar 1436 pris pour l'application de la loi n° 104.12 sur la liberté des prix et de la concurrence ;
- Vu le décret n° 2.15.109 du 16 Chaabane 1436 (4 juin 2015) pris pour l'application de la loi n° 20.13 relative au Conseil de la concurrence ;
- En application de l'article 21 du Règlement Intérieur du Conseil de la concurrence ;
- Après délibération lors de la 30<sup>ème</sup> session de la formation plénière du Conseil, tenue le 29 rabii I 1444 (26 octobre 2022) conformément aux dispositions de l'article 14 de la loi n° 20.13 relatif au Conseil de la concurrence ;
- Après constatation du quorum par le Président du Conseil de la concurrence, conformément aux dispositions de l'article 31 du Règlement Intérieur du Conseil ;
- Vu la décision du Conseil de la concurrence n° 18/ق/2022 du 10 chaabane 1443 (14 mars 2022) relative à son initiative de donner un avis sur le fonctionnement concurrentiel du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au Maroc ;
- Vu la décision du Rapporteur Général du Conseil, Monsieur Khalid El Bouayachi n° 037/2022, en date du 13 chaabane 1443 (17 mars 2022), portant désignation de Madame Jennat Benhida, Rapporteur en charge du dossier, conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi n° 104.12 relative à la liberté des prix et de la concurrence ;
- Après présentation du projet d'Avis par le Rapporteur Général et le Rapporteur chargé du dossier de la demande d'avis, lors de la 29<sup>ème</sup> session de la formation plénière du Conseil, tenue en date du 3 rabii I 1444 (29 septembre 2022) ;
- Après constatation du quorum par le Président du Conseil de la concurrence, conformément aux dispositions de l'article 31 du Règlement Intérieur du Conseil ;
- Après présentation du projet d'Avis par le Rapporteur Général et le Rapporteur chargé du dossier d'Avis, lors de la 29<sup>ème</sup> session de la formation plénière du Conseil, tenue en date du 3 rabii I 1444 (29 septembre 2022) ;
- Après délibération lors de la 30<sup>ème</sup> session de la formation plénière du Conseil, tenue le 29 rabii I 1444 (26 octobre 2022), conformément aux dispositions de l'article 14 de la loi n° 20.13 relatif au Conseil de la concurrence.

**a adopté l'avis suivant :**

## Table des matières

Liste des tableaux.....	12
Liste des figures.....	13
Liste des acronymes.....	14
<b>I. Introduction générale de l'objet de l'Avis.....</b>	<b>17</b>
A. Présentation du contexte et objet de l'Avis.....	17
B. Cadre juridique de l'avis.....	18
C. Actes d'instruction.....	18
<b>II. Préambule.....</b>	<b>20</b>
A. Spécificités du marché des soins de santé.....	20
B. Délimitation de l'objet de l'Avis : cliniques privées et établissements assimilés.....	21
<b>III. Cadre juridique du marché des soins de santé dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au maroc.....</b>	<b>22</b>
<b>IV. Structure du marché des soins dispensés par les CPEA.....</b>	<b>27</b>
A. Analyse de la structure de l'offre.....	27
1. Aperçu historique du développement des cliniques privées au Maroc.....	27
2. Importance des CPEA dans l'offre de soins.....	31
3. Structure de l'offre des CPEA.....	33
4. Propriété et actionariat des CPEA.....	36
5. Statut juridique et structuration des CPEA.....	39
6. Répartition géographique des CPEA.....	40
7. Capacité des acteurs en matière d'offre de lits d'hospitalisation.....	44
8. Typologie et nature des services offerts par les CPEA.....	46
9. Ressources humaines.....	47
B. Structure de la demande.....	48
1. La consommation de soins et de biens médicaux auprès des cliniques privées et des établissements assimilés.....	49
2. Les dépenses et le solde du régime de sécurité sociale dans les cliniques privées.....	51
C. Parts de marché et indice de concentration.....	52
1. Analyse de la structure économique du secteur des cliniques privées et établissements assimilés et évolution du tissu économique.....	52
2. Analyse du chiffre d'affaires des cliniques privées et établissements assimilés.....	53
3. Analyse selon les principaux indicateurs financiers.....	57
4. Indices de concentration selon la classe de capacité litière et les régions.....	65
<b>V. Fonctionnement concurrentiel du marché.....</b>	<b>66</b>
A. Barrières à l'entrée du marché.....	66
1. Barrières réglementaires.....	66
2. Les barrières non tarifaires.....	68

B. Analyse des entrées-sorties sur le marché.....	69
C. Mécanismes de concurrence sur le marché concerné.....	69
D. Pratiques susceptibles de créer des entraves à la concurrence.....	70
E. Pratiques relatives au double exercice.....	72
<b>VI. Régulation du marché.....</b>	<b>72</b>
A. Les régulateurs du marché des soins.....	72
B. Relation des CPEA avec les instances de régulation.....	73
C. Bilan des contrôles menés sur les cliniques privées au cours des dernières années.....	75
<b>VII. Analyse comparative de quelques expériences internationales.....</b>	<b>77</b>
A. Importance des cliniques privées dans l'offre de soins.....	77
B. Catégorisation des cliniques privées.....	80
1. Les cliniques privées à but lucratif.....	80
2. Les cliniques privées à but non lucratif.....	81
3. Les établissements assimilés.....	82
C. Facteurs environnementaux facilitant le développement du secteur des cliniques privées.....	82
1. Cadre législatif, premier facteur favorisant le développement d'un marché de soins.....	82
2. La généralisation de l'assurance maladie : la solvabilité de la population facilite une compétition saine dans le marché de soins.....	83
3. Les professionnels de la santé.....	85
4. Les systèmes de tarification.....	86
D. Régulation du marché des soins privés et de l'assurance maladie.....	87
1. L'État ou les pouvoirs publics.....	87
2. L'organisme chargé de l'assurance maladie ou de la sécurité sociale.....	88
3. Autres organismes.....	88
<b>VIII. Conclusions et recommandations.....</b>	<b>89</b>
A. Conclusions.....	89
1. Les cliniques privées, un acteur majeur dans le marché des soins médicaux.....	89
2. Une répartition géographique inégale et déséquilibrée des cliniques privées au Maroc.....	89
3. Opacité du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées.....	90
4. Absence de cadre juridique dédié aux cliniques privées et désuétude des textes législatifs et réglementaires les régissant.....	90
5. Les cliniques privées à but non lucratif : une locomotive pour le développement du marché des soins dispensés par les cliniques privées.....	91
6. Une modernisation progressive des modes de gestion des cliniques privées : vers un modèle d'hôpital privé.....	92
7. Des cliniques privées majoritairement sous capitalisées.....	93
8. Le marché des soins dispensés par les cliniques privées devenu de plus en plus ouvert et attractif.....	93
9. Persistance de barrières à l'entrée du marché des soins dispensés par les cliniques privées.....	94

10. Rareté structurelle des ressources humaines médicales et paramédicales et recours illégal des cliniques privées au personnel du secteur public.....	94
11. Persistance de pratiques frauduleuses constituant des entraves au fonctionnement concurrentiel du marché des soins dispensés par les cliniques privées.....	94
<b>B. Recommandations.....</b>	<b>95</b>
1. Réviser et accélérer la formation des ressources humaines médicales et paramédicales.....	96
2. Prévoir des incitations significatives à l'exercice de la médecine au Maroc par des médecins étrangers.....	96
3. Mettre en place de nouvelles modalités d'exercice au sein des cliniques privées.....	97
4. Décloisonner la pratique de la médecine et instaurer une mobilité d'exercice de la médecine au niveau national.....	97
5. Développer la Télémédecine comme l'une des solutions à la pénurie de ressources humaines médicales.....	97
6. Réviser et actualiser la nomenclature générale des actes professionnels et la tarification nationale de référence tenant compte des coûts réels des prestations des soins.....	98
7. Etendre et généraliser la liberté de tarification et la transparence de la facturation des soins dispensés.....	98
8. Renforcer le contrôle des cliniques privées, notamment à travers le recours à des prestataires agréés.....	99
9. Lutter contre la pratique de chèque de garantie par la mise en place d'un fonds de garantie.....	99
10. Appliquer les dispositions légales afférentes aux règles d'affichage des tarifs des prestations des cliniques privées et prévoir des sanctions dissuasives à l'endroit des contrevenants.....	99
11. Imposer une facturation claire et détaillée des soins et des médicaments consommés.....	100
12. Renforcer les contrôles fiscaux des cliniques privées et les inciter à auditer régulièrement leurs comptes afin de lutter contre le phénomène de sous-déclaration généralisée.....	100
13. Renforcer la transparence des actes chirurgicaux pour une meilleure protection des patients et des praticiens.....	100
14. Développer et améliorer l'offre hospitalière publique pour augmenter la concurrence sur le marché des soins médicaux.....	100
15. Mettre en œuvre un système national d'information sanitaire basé sur les nouvelles technologies de l'information.....	101
16. Mettre en place une carte de santé et digitaliser le dossier patient et les remboursements.....	101
17. Sensibiliser les patients sur le respect du parcours coordonné des soins pour pérenniser les caisses de prévoyance sociale.....	102
18. Assurer une meilleure protection des patients/consommateurs.....	102
19. Réviser le cadre législatif et réglementaire régissant l'activité des cliniques privées.....	102
20. Actualiser et unifier les normes techniques.....	102
21. Développer les cliniques privées à but non lucratif dans les grandes villes du Royaume et améliorer les conditions de leur accès aux patients.....	103
<b>Annexes.....</b>	<b>104</b>



## Liste des tableaux

Tableau 1	: Offre hospitalière nationale par secteur d'activités médicales.....	31
Tableau 2	: Dépenses courantes de santé par type de prestataire.....	32
Tableau 3	: Nombre et taille des cliniques privées selon les tranches de capacités litières.....	35
Tableau 4	: Répartition des cliniques selon le montant du capital social de la structure.....	38
Tableau 5	: Structure sociale et juridique des holdings.....	38
Tableau 6	: Répartition des CPEA selon leurs formes juridiques.....	40
Tableau 7	: Répartition des cliniques selon le statut juridique depuis 1990.....	40
Tableau 8	: artographie de l'hospitalisation privée nationale.....	42
Tableau 9	: Répartition des cliniques selon les régions, les assurées et les payants.....	43
Tableau 10	: Capacité des acteurs des CPEA en matière d'offre en lits.....	44
Tableau 11	: Classement des dix premières CP selon la capacité litière.....	45
Tableau 12	: Nombre et capacité litière des groupes de cliniques privés à but lucratif et non lucratif.....	45
Tableau 13	: Dépenses courantes de santé par type de prestataire.....	50
Tableau 14	: Niveau des dépenses de la santé au Maroc en comparaison avec quelques pays.....	51
Tableau 15	: Classement des dix CP présentant les chiffres d'affaires déclarés les plus élevés.....	53
Tableau 16	: Chiffres d'affaires déclarés selon la taille des CPEA en 2019.....	54
Tableau 17	: Répartition des CA déclarés selon les régions en 2019.....	54
Tableau 18	: Les dix premiers centres d'hémodialyse selon le nombre de générateurs.....	55
Tableau 19	: Les dix premiers centres d'hémodialyse selon le chiffre d'affaires déclaré.....	55
Tableau 20	: Les dix premiers centres de radiologie selon le chiffre d'affaires déclaré.....	56
Tableau 21	: Chiffres d'affaires déclarés des centres d'hémodialyse et de radiologie selon les régions.....	56
Tableau 22	: Répartition des catégories de CP selon les charges et les résultats en 2019.....	57
Tableau 23	: Répartition des EA selon les charges et les résultats en 2019.....	59
Tableau 24	: Répartition des CPEA selon les charges par lit et par chiffre d'affaires en 2019.....	60
Tableau 25	: Répartition des résultats d'exploitation et du résultat net par lit selon la taille des CP en 2019.....	60
Tableau 26	: Indicateurs financiers par lit selon les régions en 2019.....	61
Tableau 27	: Répartition des résultats par générateur des centres d'hémodialyse en 2019.....	61
Tableau 28	: Répartition des résultats financiers par générateur des centres d'hémodialyse selon la région en 2019..	61
Tableau 29	: Évolution des indicateurs financiers des CP (1) en 2019.....	62
Tableau 29 bis	: Évolution des indicateurs financiers des CP (2) en 2019.....	63
Tableau 30	: Évolution des indicateurs financiers des centres de radiologie.....	63
Tableau 31	: Évolution des indicateurs financiers des centres d'hémodialyse en 2019.....	64
Tableau 32	: Évolution des indicateurs financiers des centres d'hémodialyse par générateur en 2019.....	64
Tableau 33	: Indices de concentration selon la classe de capacité litière.....	65
Tableau 34	: Indices de concentration selon les régions.....	65
Tableau 35	: Répartition des CPEA par période de création depuis 1990.....	69
Tableau 36	: Bilan des contrôles opérés par le Ministère de la santé et de la protection sociale entre 2018 et 2022..	76
Tableau 37	: Part de l'offre hospitalière privée au Maroc comparée aux pays du benchmark (2021).....	78
Tableau 38	: Importance des cliniques privées à but non lucratif dans les pays du benchmark.....	82
Tableau 39	: Sources de financement de la santé dans les pays du benchmark selon le type de régime.....	84
Tableau 40	: Densité médicale et paramédicale au Maroc et dans les pays du benchmark.....	86

## Liste des Figures

<b>Figure 1</b> : Répartition des paiements directs (en tiers payant) par type de prestataire de soins.....	33
<b>Figure 2</b> : Catégorie de cliniques selon la capacité litière.....	35
<b>Figure 3</b> : Capacité litière selon la catégorie de cliniques privées.....	36
<b>Figure 4</b> : Type d'activités des cliniques privées.....	36
<b>Figure 5</b> : Répartition géographique des cliniques privées au Maroc.....	41
<b>Figure 6</b> : Densité litière privée comme composante de la densité litière nationale.....	79

## Liste des acronymes

ACAPS	Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance
AMGS	Association Marocaine de Groupes de Santé
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
ANCP	Association Nationale des Cliniques Privées
AMPDM	Association Marocaine des Produits et Dispositifs Médicaux
AMSSNuR	Agence Marocaine de Sureté et Sécurité Nucléaire et Radiologique
ANSAAM	Association Nationale des Services d'Ambulance et d'Assistance Médicale
ARS	Agence Régionale de la Santé
BL	But Lucratif
BNL	But Non Lucratif
CA	Chiffre d'Affaires
CAQES	Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins
CISNS	Interterritorial del Servicio Nacional de Salud
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CL	Capacité Litière
CMB	Couverture Médicale de Base
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOPS	Caisse National des Organismes de Prévoyance Sociale
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	Caisse National de Sécurité Sociale
CP	Clinique Privée
CRM	Croissant Rouge Marocain
DGI	Direction Générale des Impôts
DTS	Dépense Totale de Santé
EA	Établissements Assimilés
EBE	Excédent Brut d'Exploitation
EA	Établissement assimilé
ESPIC	Établissements de Santé Privés à Intérêt Collectif
FCK	Fondation Cheikh Khalifa
FCZ	Fondation Cheikh Zaid
FMPDM	Fédération Marocaine des Professionnels des Dispositifs Médicaux
FMIIP	Fédération Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique
FMSAR	Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurances et de Réassurance
FNAC	Fédération Nationale des Associations de Consommateurs
Hab	Habitant

HAD	Hospitalisation à domicile
HCP	Haut-Commissariat au Plan
IHH	l'indice de Herfindahl-Hirschmann
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
IFAQ	Incitation financière pour l'amélioration de la qualité
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MS	Ministère de la santé et de la protection sociale
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OOP	Out Of Pocket
PIB	Produit Intérieur Brut
PPP	Partenariat Public Privé
PSY	Psychiatrie
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
REX	Résultat d'exploitation
RIV	Indice de rivalité
RN	Résultat Net
SA	Société Anonyme
SARL	Société À Responsabilité Limitée
SARL AU	Société À Responsabilité Limitée à Associé Unique
SCI	Société Civile Immobilière
SCP	Société Civile Professionnelle
SGG	Secrétariat Général du Gouvernement
SNS	Sistema nacional de salud
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TNR	Tarifcation Nationale de référence
TPA	Temps Plein Aménagé

## I. Introduction générale de l'objet de l'avis

### A. Présentation du contexte et de l'objet de l'avis

Par décision n°2022-D-18 du 14 mars 2022, le Conseil de la Concurrence s'est saisi d'office pour avis en vue d'étudier et d'examiner le fonctionnement concurrentiel du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au Maroc.

Cette décision intervient à l'aune de l'implémentation de réformes majeures relatives au secteur de la santé au Maroc, dans un contexte de généralisation de la couverture de l'Assurance Maladie Obligatoire d'ici la fin de 2022.

Pour rappel, le Maroc a œuvré, au cours des dernières décennies, à réformer son secteur sanitaire, avec notamment l'instauration des régimes de couverture médicale de base, comme en témoignent l'introduction en 2005 de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la généralisation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) en 2012.

Toutefois, en dépit des efforts entrepris, les citoyens ont continué à pâtir de nombreuses failles du système de santé publique se traduisant par un net déséquilibre entre une demande croissante en volume et en qualité des soins, d'une part, et une offre de service de soins publics insuffisante, de qualité moyenne, voire médiocre dans certains cas, d'autre part.

Ce diagnostic a été confirmé par la plus Haute Autorité de notre pays. En effet, Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'assiste, a appelé dans son discours, prononcé à l'occasion du 19<sup>ème</sup> anniversaire de la fête de son intronisation du 29 juillet 2018 à : « ...refondre en profondeur le système national de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion » et a exhorté, par la même occasion, les pouvoirs publics « à se concentrer sur des mesures d'urgence » afin de remédier à cette situation.

Parmi ces mesures, figure en priorité absolue, le chantier de la généralisation de la couverture de l'Assurance Maladie Obligatoire -AMO- de base durant les années 2021 et 2022, et l'élargissement de l'assiette des bénéficiaires de ce régime, afin d'y inclure 22 millions de personnes supplémentaires comprenant les catégories vulnérables bénéficiant du Régime d'Assistance Médicale, les professionnels et travailleurs indépendants, ainsi que les non-salariés exerçant des activités libérales. Ces 22 millions s'ajouteront aux 11 millions qui bénéficient déjà de ce régime.

Parallèlement à ce chantier et compte tenu des défis imposés par la pandémie de Covid-19, il a été décidé d'ériger le renforcement des capacités médicales nationales en tant que deuxième chantier prioritaire. Il s'agit notamment d'ouvrir la pratique de la médecine aux compétences étrangères et d'encourager les cliniques et institutions hospitalières mondiales, réputées pôles d'excellence, à investir au Maroc.<sup>1</sup> Cette dynamique s'insère dans la continuité des apports de la loi n° 131.13 relative à

---

<sup>1</sup> Hautes Instructions Royales contenues dans le discours d'ouverture du Parlement au titre de l'année 2018.

l'exercice de la médecine, introduite en 2015 et ayant promulgué l'ouverture du capital des cliniques privées et des établissements assimilés (CPEA) et la possibilité de leur création sous de nouvelles formes juridiques, permettant notamment aux opérateurs économiques d'investir dans ces établissements.

L'ensemble des développements précités (élargissement de l'assiette des bénéficiaires de la couverture médicale et ouverture des cliniques privées aux capitaux internationaux) vont dans le sens d'une reconfiguration du marché des soins de santé dispensés par les CPEA, avec une poursuite du renforcement du rôle du secteur privé dans le système de santé, notamment en accroissant la part relative des établissements privés dans la capacité nationale d'accueil en hospitalisation, par rapport aux hôpitaux publics, dont la capacité demeure limitée.

Dans ce sillage, la présence des investisseurs privés dans le capital des cliniques privées s'est trouvée renforcée au cours des dernières années, processus permis et conforté par la loi n° 131.13 précitée.

Le Conseil de la concurrence se propose, dans ce contexte, d'étudier cette dynamique et son impact sur la concurrence au niveau du marché concerné. Il sera procédé en conséquence à l'analyse du cadre législatif et réglementaire le régissant, à la présentation de la structure du marché, notamment l'offre, la demande et le niveau de concentration, à l'étude du fonctionnement concurrentiel dudit marché et sa régulation et à l'analyse d'un échantillon d'expériences internationales en matière de marchés de soins médicaux prodigués par des établissements privés. Enfin, à partir du diagnostic effectué et des contraintes concurrentielles relevées, des recommandations sont proposées en vue de stimuler la concurrence sur ce marché et promouvoir sa croissance, permettant ainsi à ce secteur de jouer pleinement son rôle dans le renforcement des capacités de soins de santé de notre pays, devenues une des conditions impératives à son émergence économique.

## **B. Cadre juridique de l'avis**

Cet avis s'inscrit dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 20.13 relative au Conseil de la concurrence qui dispose dans son 3<sup>ème</sup> alinéa que : « *Le Conseil peut prendre l'initiative de donner un avis sur toute question concernant la concurrence. Cet avis est publié au « Bulletin officiel » pour être accessible au public...* ».

Conformément à ces dispositions, le Conseil de la concurrence par sa décision n° 18/D/2022 du 10 chaabane 1443 (14 mars 2022), s'est saisi d'office pour donner un avis sur le fonctionnement concurrentiel du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au Maroc.

## **C. Actes d'instruction**

Dans le cadre de l'instruction de cet avis, Le Conseil de la concurrence a mandaté un cabinet d'études afin de mener une enquête de terrain auprès d'un échantillon de 30 cliniques privées et 10 établissements assimilés, répartis sur l'ensemble du territoire national.

Parallèlement, en sus d'une étude documentaire, une série d'auditions a été menée avec les parties prenantes ci-après :

- Ministère de la santé et de la protection sociale ;
- Direction Générale des Impôts ;
- Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) ;
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ;
- Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (ACAPS) ;
- Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS) ;
- Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ;
- Association Nationale des Cliniques Privées du Maroc (ANCP) ;
- Association Marocaine des Groupes de Santé (AMGS) ;
- Association Marocaine des Professionnels des Dispositifs Médicaux (AMPDM) ;
- Association Nationale des Services d'Ambulances et d'Assistance Médicale (ANSAAM) ;
- Fédération Marocaine de l'Industrie et de l'Innovation Pharmaceutique (FMIIP) ;
- Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurance et de Réassurance (FMSAR) ;
- Fédération Marocaine des Droits du Consommateur (FMDC) ;
- Association Essalam pour la Protection du Consommateur ;
- Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa ;
- Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca ;
- Groupe AKDITAL.

## II. Préambule

### A. Spécificités du marché des soins de santé

Le marché de la santé comprend cinq principales composantes : le marché des soins, le marché de l'industrie pharmaceutique, le marché des équipements médicaux, le marché du financement de la santé (ou assurance santé) et le marché de la formation médicale et paramédicale.

Le marché des soins de santé présente des spécificités qu'il convient de relever :

- La charte de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH) érigent la santé en tant que droit fondamental devant se baser sur les besoins de la population et non sur leur capacité à payer les soins. La constitution du Maroc de 2011 s'inscrit dans cette même mouvance, puisqu'elle consacre à la fois l'accès aux soins et la capacité de payer lesdits soins comme des droits humains. Les principes ainsi consacrés par la constitution ont incité les pouvoirs publics à implémenter une couverture médicale basée sur les principes de solidarité et d'équité.
- Au niveau du marché des soins, les facteurs démographiques et le niveau de morbidité ont davantage d'influence sur la taille du marché et son développement que les déterminants économiques de consommation de soins.
- Il est par ailleurs nécessaire de distinguer la demande primaire du patient, lorsqu'il se présente spontanément à un établissement de santé suite à un besoin particulier (décision de recours aux soins), de la demande secondaire, induite par le médecin qui exprime une demande d'examens complémentaire et/ou de prescription de soins. La demande secondaire du médecin transforme le besoin initial en demande de soins (demande induite). Ainsi le médecin se trouve-t-il doté de plusieurs rôles sur le marché des soins : il est à la fois révélateur du besoin, demandeur secondaire de soins et producteur de soins.
- Le médecin peut, dans une perspective de marché concurrentiel, être considéré comme un entrepreneur guidé par le gain, tandis qu'il est considéré sous le prisme de la déontologie médicale comme un responsable désintéressé. La déontologie médicale participe à la justification du pouvoir d'autorégulation de la médecine. Au Maroc, pour conforter cette perspective de régulation professionnelle des pratiques médicales, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a récemment actualisé, par décret, le code de déontologie médicale<sup>2</sup>.
- La couverture médicale modifie le prix final payé par le patient consommateur et permet parfois d'annuler ce prix en cas de prise en charge complète. La demande de soins de santé est ainsi fortement corrélée à la consistance des paniers de soins et au niveau de recouvrement des dépenses de santé. Par ailleurs, plus cette couverture est généralisée, plus elle neutralise l'effet prix au profit de la gestion d'autres risques, tels que la sélection adverse<sup>3</sup> et l'aléa moral. La généralisation de la

---

<sup>2</sup> Décret n° 2.21.225 du 17 juin 2021.

<sup>3</sup> S'agissant des soins de santé, la sélection adverse peut consister en la dissimulation d'informations relatives au capital santé à l'assureur afin d'obtenir un contrat plus avantageux sur le plan financier.



couverture médicale permet également aux assureurs des soins de se positionner en tant qu'acteurs incontournables en matière de régulation du marché des soins, à travers le contrôle de la quantité de recours aux soins par les assurés et leurs ayants droits ainsi que leur capacité à influencer sur les tarifs de référence.

### **B. Délimitation de l'objet de l'Avis : cliniques privées et établissements assimilés**

Le présent Avis porte sur les cliniques privées (CP) et les établissements assimilés (EA). Ces entités juridiques font partie des établissements de santé prestataires de soins et de services du secteur privé, tels que fixés par la loi n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins (article 14). Ces établissements peuvent être à but lucratif ou non lucratif.

Dans son article 59, la loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine définit une CP comme « Tout établissement de santé privé ayant pour objet d'assurer des prestations de diagnostic et de soins des malades, blessés et des femmes enceintes ou parturientes dans le cadre de l'hospitalisation pour la période que nécessite leur état de santé, et/ou leur dispenser des prestations de réhabilitation ». Entre également dans le cadre de l'hospitalisation, les prestations fournies en « hôpital de jour ». La définition d'une CP repose ainsi, sur sa fonction d'hospitalisation privée, qu'il s'agisse d'une hospitalisation complète ou d'une hospitalisation de jour.

La construction par le législateur de l'identité des CP sur la fonction d'hospitalisation privée implique que les établissements assimilés aux cliniques privées doivent également reposer sur une fonction d'hospitalisation. Ainsi, les EA sont-ils également des établissements de santé privés, prestataires de soins et services de santé dans le cadre de l'hospitalisation privée. La loi n° 131.13 a listé neuf types d'établissements assimilés et son décret d'application (article 16) a identifié quatre types supplémentaires. Les treize types d'EA prévus par la réglementation marocaine se présentent comme suit :

- Les centres d'hémodialyse ;
- Les centres d'hématologie clinique ;
- Les centres de radiothérapie ;
- Les centres de curiethérapie ;
- Les centres de chimiothérapie ;
- Les centres de cathétérisme ;
- Les centres de convalescence ou de réhabilitation ;
- Les centres de cure ;
- Les dispositifs mobiles de diagnostic et de soins ;
- Les centres de physiothérapie ;
- Les centres de soins de l'addiction ;
- Les centres dédiés au traitement des personnes à besoins spécifiques ;
- Les centres d'imagerie médicale.

Le décret n° 2.15.447 du 16 mars 2016, pris pour application de la loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine, prévoit par ailleurs la possibilité de compléter ou de modifier la liste, sur arrêté ministériel, après avis du CNOM.

Il est à noter que la majorité des types d'établissements assimilés n'existe pas, à date d'aujourd'hui, au Maroc et que les normes techniques prévues par la loi, en tant que critères majeurs dans le processus d'octroi des autorisations d'ouverture des établissements, n'existent que pour les centres d'hémodialyse. Parallèlement, il y a lieu de signaler que certaines activités des établissements assimilés sont effectuées par les cliniques privées, à l'instar de la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hématologie clinique, le cathétérisme et l'imagerie médicale.

### **III. Cadre juridique du marché des soins de santé dispensés par les cliniques privées et les établissements assimilés au Maroc**

Le Maroc a opté pour un système de santé mixte caractérisé par l'existence de deux secteurs de production de soins, public et privé, et par un financement à la fois contributif et budgétaire. Ce système a connu ces dernières années une réforme globale, dictée à la fois par les mutations profondes de la société marocaine, par le progrès de la technologie et de l'information médicale ainsi que par les avancées de la médecine, notamment en matière thérapeutique.

Sur le plan juridique, le secteur de la santé est encadré, en sus des dispositions constitutionnelles (notamment l'article 31 de la constitution qui consacre le droit à l'accès aux soins et à la couverture médicale comme droits fondamentaux), par un ensemble de codes et de lois ainsi que par leurs textes d'application.

A ce titre, il convient de signaler qu'il n'existe pas de textes législatifs et réglementaires spécifiques aux cliniques privées et aux établissements assimilés. En revanche, des dispositions afférentes aux CPEA et à leur encadrement sont prévues dans plusieurs textes, notamment :

- **La loi cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins**, promulguée par le Dahir n° 1.11.83 du 29 rejev 1432 (2 juillet 2011) : Elle fixe les principes et les objectifs fondamentaux de l'action de l'État en matière de santé ainsi que l'organisation du système de santé constitué de l'ensemble des institutions, des ressources et des actions organisées pour la réalisation des objectifs fondamentaux de santé. Elle définit, dans son article 14, les établissements de santé privés (notamment cabinets médicaux, officines de pharmacie, cliniques privées et établissements assimilés), ainsi que le contenu de l'offre de soins qui regroupe les ressources humaines, l'ensemble des infrastructures sanitaires relevant du secteur public ou privé et toutes les autres installations de santé, fixes ou mobiles, ainsi que les moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités.

Elle a également institué la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins ainsi que le système national d'information sanitaire en vue de collecter, traiter et exploiter les informations essentielles relatives aux établissements de santé publics et privés, à leurs activités, à leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.

Elle a par ailleurs institué des instances spécialisées pour assurer la cohérence des actions du système de santé, améliorer sa gouvernance et permettre la participation active des différents partenaires audit système. Il s'agit notamment de la « commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé » et du « comité national d'évaluation et d'accréditation », sensés participer à l'organisation de la complémentarité entre les deux secteurs public et privé et à la promotion de la qualité des soins. Les instances précitées et le système national d'information sanitaire n'ont toutefois pas été opérationnalisés à date.

- **La loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine promulguée par le Dahir n° 1.15.26 du 29 rabii II 1436 (19 février 2015) :** C'est la deuxième loi sur l'exercice des professions de santé entièrement dédiée à l'exercice de la médecine après la loi n° 10.94. Elle est venue accompagner le développement du secteur privé de la santé au Maroc. La loi n° 131.13 a promulgué l'ouverture du capital des cliniques et des établissements assimilés, en autorisant les sociétés commerciales à créer et/ou à être actionnaires dans les CPEA, à condition que la responsabilité de la direction médicale soit confiée à un médecin inscrit au tableau de l'Ordre des médecins (article 60). En effet, l'article 60 prévoit que les CPEA peuvent appartenir à :
  - Une personne physique à la condition que celle-ci soit médecin : Elle peut alors constituer une société à responsabilité limitée à associé unique (SARL AU) ;
  - Un groupe de médecins, dans ce cas ils doivent alors constituer entre eux, soit l'une des formes de l'association, soit une société régie par le droit commercial (SA ou SARL) ;
  - Une société commerciale (SA, SARL) ;
  - Une personne morale de droit privé poursuivant un but non lucratif : Pour les CPEA, il s'agit des fondations et des associations.

Cette ouverture des CPEA aux investisseurs privés autres que ceux émanant du milieu médical, vise à diversifier et à étoffer l'offre des soins privés en favorisant les investissements lourds et l'accès de ces établissements à des techniques innovantes.

Les dispositions de la loi n° 131.13 conditionnent par ailleurs l'exercice de la médecine au respect des normes techniques. En effet, l'autorisation préalable de création, de modification ou d'extension d'une clinique est conditionnée au respect des normes techniques d'installation et d'équipement ainsi qu'au respect des normes relatives à l'effectif et aux qualifications de leur personnel, en considération de leurs fonctions et activités médicales, et leurs capacités d'accueil et, le cas échéant, des besoins spécifiques de leurs usagers.

Toutefois, les normes précitées, telles que stipulées par l'article 124, devaient être précisées par voie réglementaire dans un délai ne dépassant pas deux ans à partir de la date de promulgation de ladite loi le 19 mars 2015. Force est de constater que ces nouvelles normes n'ont pas encore été précisées et que les autorisations demeurent délivrées sur la base des normes établies par l'arrêté du ministre de la santé<sup>4</sup> n° 1693-00 du 2 novembre 2000.

Parallèlement aux normes techniques précitées, l'article 4 de loi n° 131.13 prévoit un régime d'encadrement de l'exercice de la profession médicale, basé sur l'inscription à l'Ordre National des Médecins.

Ainsi les pouvoirs publics ont-ils préféré un régime d'encadrement de l'exercice de la profession médicale à la réglementation de l'accès à celle-ci. Ce régime est justifié par un objectif d'intérêt général, en l'espèce la protection de la santé publique, d'une part, et par la spécificité de la profession requérant une formation scientifique et une conformité à des exigences déontologiques.

La loi n° 131.13 prévoit également les règles d'affichage pour les cabinets médicaux, les cliniques et les établissements assimilés. Ces dispositions sont conformes à celles de l'article 3 de la loi n° 31.08 relative à la protection du consommateur<sup>5</sup>. En effet, l'article 46 dispose que les médecins sont tenus d'afficher dans les espaces d'accueil de leurs cabinets les tarifs de leurs honoraires médicaux et des prestations qu'ils rendent. Ils sont également tenus d'afficher leur adhésion ou non aux conventions nationales établies dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire de base.

S'agissant des cliniques et des établissements assimilés, l'article 75 de la loi n° 131.13 énonce que la liste des médecins exerçant au sein de la clinique ainsi que leurs spécialités doivent être affichées, sous la responsabilité du directeur médical, à la devanture de celle-ci et dans ses espaces d'accueil. Il ajoute que les informations relatives aux tarifs des prestations offertes et aux honoraires des professionnels qui y exercent doivent faire l'objet d'un affichage visible et lisible dans les espaces d'accueil de la clinique et les devantures des bureaux de facturation, sous la responsabilité du directeur administratif et financier. Enfin, il précise que l'adhésion de la clinique ou de l'établissement assimilé aux conventions nationales établies dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire de base, ou sa non adhésion, doit être affichée dans les mêmes conditions.

- **La loi n° 65.00 portant code de la couverture médicale de base (CMB) promulguée par le Dahir n° 1.02.296 du 25 rejab 1423 (3 octobre 2002) :** Ce code a permis d'asseoir les bases institutionnelles du financement de la santé au Maroc et a introduit deux mécanismes de financement fondés sur les principes de la solidarité et de l'équité, à savoir l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'assistance médicale (RAMED). La loi n° 65.00 a également annoncé la mise en

---

<sup>4</sup> Arrêté pris pour l'application de la loi n° 10.94 du 21 août 1996 relative à l'exercice de la médecine qui a été abrogée et remplacée par la loi n° 131.13, B.O n° 4862 du 4 janvier 2001.

<sup>5</sup> Dahir n° 1.11.03 du 14 rabii I 1432 (18 février 2011) portant promulgation de la loi n° 31.08 édictant des mesures de protection du consommateur, B.O n° 5932 du 7 avril 2011.

place de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) comme agence de normalisation et de régulation de la CMB.

L'article 57 de la loi n°65.00 a prévu la création de l'ANAM sous forme d'un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Selon les dispositions des articles 58 et 59 de ladite loi, l'ANAM a pour mission de veiller au bon fonctionnement du système de la CMB et d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base, ainsi que de veiller à la mise en place des outils de régulation dudit système. Elle est aussi chargée conformément aux dispositions de l'art. 60 de la loi de la gestion des ressources affectées au RAMED.

Les dispositions de la loi (articles 19 et 23) précisent que les prestations de soins rendues par le secteur privé sont définies dans le cadre de conventions nationales conclues à l'initiative et sous la conduite de l'ANAM entre les organismes gestionnaires, les conseils des ordres professionnels et les organisations syndicales des prestataires de soins.

Elles édictent le principe que tout prestataire de soins, membre de la profession, est réputé adhérent d'office à la convention nationale approuvée et qu'il est de ce fait tenu au respect de l'intégralité de ses clauses. Dans le cas où il ne désire pas y adhérer, il doit en faire déclaration à l'ANAM, aux organismes gestionnaires et à son organisation professionnelle.

La loi n° 65.00 a également instauré une séparation entre les fonctions de production et de financement des soins, interdisant ainsi à tout organisme gestionnaire de l'AMO (CNOPS et CNSS en l'occurrence) de créer et/ou de gérer une clinique privée ou un établissement assimilé.

- **La loi n° 08.12 relative à l'Ordre national des médecins promulguée par le Dahir n° 1.13.16 du 1er jourmada I 1434 (13 mars 2013)** : L'Ordre national des médecins doté des prérogatives de puissance publique conformément aux dispositions de la loi, assure la régulation de la profession médicale. Les conditions d'inscription au tableau de l'Ordre national, ainsi que les conditions d'affectation du domicile professionnel et celles de son changement sont clairement définies. Les formalités relatives à la décision d'inscription et les procédures de recours contre le refus d'inscription sont précisées de façon transparente.

Les conditions de refus d'inscription, qui excluent toute considération de nature économique, sont clairement énoncées et la décision de refus est susceptible de recours devant le Conseil national de l'ordre et devant la juridiction administrative compétente. De la sorte, l'Ordre national ne peut refuser ou faire obstacle à l'accès à l'exercice de la profession médicale indépendamment des critères fixés par la loi ou le règlement.

La loi n° 08.12 a par ailleurs élargi les attributions de l'Ordre des médecins et a permis au président d'être élu (et non désigné). Cette loi a permis également la mise en place du premier code national de déontologie médicale (Décret n° 2.21.225 du 17 juin 2021).

- **La loi n° 142-12 relative à la sûreté et à la sécurité nucléaires et radiologiques promulguée par le Dahir n° 1.14.149 du 22 août 2014** : Cette loi est venue instaurer un régime d'autorisation et de contrôle des équipements radiologiques et nucléaires, et normaliser les mesures de sûreté, de sécurité et de radioprotection. Elle a permis la mise en place d'une autorité réglementaire indépendante représentée par l'Agence marocaine de sûreté et de sécurité nucléaires et radiologiques (AMSSNuR).
- **Le Décret n° 2.12.507 du 28 rabii I 1436 (20 janvier 2015) relatif à la situation des médecins et des médecins dentistes du secteur privé conventionnés avec le ministère de la santé** : Ce décret permet au ministère de la santé, en cas de nécessité de service, de recourir par voie conventionnelle à des médecins généralistes ou spécialistes et à des médecins dentistes, exerçant dans le secteur privé, pour exercer à temps partiel dans certains établissements de santé relevant du ministère, implantés dans des circonscriptions administratives où l'offre de soins est insuffisante soit en effectifs, soit en compétences médicales.

A titre de conclusion, il ressort que le marché des soins dispensés par les CPEA est régi par un dispositif législatif et réglementaire dispersé entre plusieurs textes. Ce dispositif encadre l'accès au marché des soins du secteur privé en général et celui des CPEA en particulier et son fonctionnement, notamment les aspects liés à :

- L'autorisation de création ou d'exploitation d'une CP ou d'un EA ;
- L'autorisation d'exercice des médecins ;
- L'autorisation d'installation des équipements de radiologie médicale (Rx) ;
- L'autorisation de pratique des actes médicaux ;
- La tarification de référence des soins et des médicaments.

Enfin, il y a lieu de mentionner que ce cadre juridique connaîtra de profonds changements induits par les réformes prévues par le projet de loi-cadre n° 06.22 relatif au système national de santé qui a été adopté par la Chambre des Conseillers en date du 25 octobre 2022. Ce projet de loi s'articule autour de quatre piliers : gouvernance, valorisation des ressources humaines, mise à niveau de l'offre sanitaire et digitalisation. Cette loi vise à impulser une réforme en profondeur, portant les prérequis nécessaires à la concrétisation du chantier de généralisation de la protection sociale.

Sur le volet de la gouvernance, le projet de loi n° 06.22 a pour principaux apports d'instituer une Haute Autorité de la santé, ayant pour missions d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire et d'évaluer la qualité des services des établissements de santé des secteurs public et privé ainsi que la création de groupements sanitaires territoriaux, qui seront chargés principalement de l'élaboration et de l'exécution du programme national au niveau des régions et du renforcement des mécanismes de coopération et de partenariat entre les secteurs public et privé. S'agissant des ressources humaines, une nouvelle loi sur la fonction publique sanitaire est proposée, en vue de pallier le manque de ressources humaines dans le secteur

de la santé, ainsi qu'une réforme du système de formation et une ouverture sur les compétences médicales étrangères.

En vue de mettre à niveau l'offre sanitaire, un parcours coordonné des soins est proposé ainsi qu'un système d'accréditation des établissements de santé et un partenariat public-privé basé sur une création de synergies en matière d'infrastructures et de ressources humaines.

Enfin, en termes de digitalisation, le projet de loi précité propose la création d'un système informatique intégré pour la collecte, le traitement et l'utilisation des principales informations liées au système de santé.

## IV. Structure du marché des soins dispensés par les CPEA

### A. Analyse de la structure de l'offre

#### 1. Aperçu historique du développement des cliniques privées au Maroc

Le secteur privé de la santé a toujours accompagné l'évolution du secteur public. Le premier texte organisant la profession médicale privée au Maroc remonte à 1916<sup>6</sup> et les premières autorisations d'exercice ont été délivrées en 1917, ce qui a permis à des médecins étrangers et à des médecins marocains formés à l'étranger d'exercer dans le secteur privé en tant que médecins libéraux. Quant à l'évolution du secteur des cliniques privées depuis l'indépendance, son analyse permet d'identifier quatre phases, correspondant chacune à l'apparition d'un nouveau modèle organisationnel des cliniques privées :

- **Une phase de genèse (1956-1979)** où le secteur privé était dominé par la pratique des médecins étrangers ou formés à l'étranger et où les cliniques privées étaient de petite taille (10 à 30 lits), ayant la forme d'une « **clinique-villa** », et étaient concentrées au niveau des grandes villes. En 1960, le Maroc disposait déjà de 52 cliniques privées<sup>7</sup>. Au cours de cette phase, l'activité des cliniques privées reposait essentiellement sur la chirurgie. L'exercice médical était régi, avec d'autres modes d'exercice de soins, par le Dahir n° 1.59.367 du 19 février 1960 relatif à la réglementation de l'exercice des professions de médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, herboriste et sage-femme. Ce texte réservait un seul article aux cliniques privées. L'année 1977 a connu une initiative de privatisation d'un service hospitalier spécialisé, à travers la création de la ligue nationale de lutte contre les maladies cardiovasculaires. Cette ligue correspond à un centre universitaire d'excellence en cardiologie et en chirurgie cardiovasculaire et elle est dotée d'un statut particulier d'institution privée à but non lucratif située au sein de l'hôpital Ibn-Sina qui relève du CHU de Rabat.

---

6 Dahir du 12 avril 1916 portant réglementation de l'exercice du médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme.

7 Ministère de la santé publique, Rapport sur le Colloque national sur la santé au Maroc, Réalités et perspectives. Ouarzazate, juillet 1992.



- **Une phase de développement (1979-1998)** caractérisée par l'émergence du modèle de la clinique «**hôpital privé**», à travers le développement des polycliniques privées à but non lucratif par la CNSS. Treize polycliniques de la CNSS ont vu le jour entre 1979 et 1990. Ce modèle d'organisation des cliniques est caractérisé par sa capacité d'accueil de taille plus importante que le modèle dominant précédent et par l'individualisation de ses fonctions de gestion. L'hôpital privé se présentait comme une alternative à l'hôpital public qui souffrait de nombreuses défaillances et insuffisances. Cette phase a coïncidé avec l'arrivée sur le marché des soins des premiers lauréats des facultés de médecine de Rabat (créée en 1962) et de Casablanca (créée en 1975). Le secteur des cliniques privées lucratif et non lucratif a ainsi connu un renforcement du corps médical, mais également des investissements en plateaux techniques. Cette phase a été couronnée par la publication en 1996 de la loi n° 10.94 relative à l'exercice médicale et de la loi n° 11.94 relative à l'ordre national des médecins. Ces deux lois sont venues assurer un encadrement juridique et ordinal spécifique de la pratique de la médecine dans le secteur privé. La loi n° 10.94 était la première loi entièrement dédiée à la pratique médicale privée. Elle a réservé un chapitre entier (de 8 articles) aux cliniques privées et a introduit la notion d'établissement assimilé à une clinique. Elle a également introduit une disposition, dans ses articles 56 et 57, autorisant les enseignants chercheurs à exercer la médecine libérale dans les cliniques privées sous forme de TPA (temps plein aménagé).
- **Une phase d'expansion (1998-2015)** qui était caractérisée par le renforcement des cliniques privées des villes universitaires par l'exercice du TPA, par le développement concomitant des cliniques privées à but lucratif et non lucratif ainsi que par l'entame par les pouvoirs publics d'une réforme globale de la santé. Le modèle de la « **clinique-hôpital privé** » a été renforcé grâce à la fondation Cheikh Zaid qui a créé en 1998 à Rabat l'hôpital international Cheikh Zaid, doté, en sus de sa mission de soins, d'une mission de formation et d'une vocation supranationale. L'hôpital Cheikh Zaid se présente ainsi comme une forme universitaire du modèle de l'hôpital privé initié par la CNSS, une sorte de « **clinique universitaire** » ou de « **CHU privé** » à but non lucratif. Il a été d'ailleurs considéré comme faisant partie du centre hospitalier et universitaire de Rabat dans le Décret n° 2.04.776 du 27 décembre 2004 relatif aux centres hospitaliers et universitaires. Selon le même modèle, la fondation Cheikh Khalifa a créé à Casablanca l'hôpital international cheikh Khalifa. La composante d'enseignement et de recherche des deux fondations a été développée sous forme d'université des sciences de la santé. La création de ces fondations est de nature à permettre d'anticiper la pénurie des ressources humaines de santé annoncée au Maroc.

Par ailleurs, pour accompagner l'augmentation et la diversification de la demande de soins, le développement des spécialités médicales et l'introduction de nouvelles techniques de diagnostic notamment en matière d'imagerie médicale,



les cliniques privées du modèle « **clinique villa** » ont connu au cours de cette phase une double évolution :

- Une tendance vers l'extension de leur offre de soins (équipements, spécialités et bâtiment) pour abriter de nouvelles activités suivant un modèle de « **clinique lego<sup>8</sup>** », c'est-à-dire une configuration organisationnelle qui se compare à un jeu de lego avec imbrication de multiples sociétés faisant penser à des éléments emboîtés les uns dans les autres sans réelle cohérence d'ensemble. C'est comme s'il s'agissait de plusieurs mini-cliniques dans une clinique.
- Et une tendance vers le développement de la mono-spécialisation (dialyse, cardiologie, ophtalmologie, psychiatrie, etc.) qui constitue un autre modèle d'organisation des cliniques privées « **clinique mono-disciplinaire** ».

Au cours de cette phase, le Maroc avait engagé une réforme globale de la santé qui comprenait la mise en place de nouveaux mécanismes de financement de la santé, la modernisation de l'hôpital public et la régionalisation du secteur de la santé.

Dans ce cadre, la loi n° 65.00 (2002) relative au code de la couverture médicale de base est venue annoncer l'effort de l'état pour la solvabilisation des patients à travers la mise en place de l'AMO en 2005 et du RAMED en 2008. Cette réforme a introduit dans le paysage des cliniques privées de nouveaux acteurs ayant une importance particulière dans la régulation de leurs activités. Il s'agit notamment de l'ANAM, de la CNSS et de la CNOPS.

Outre l'expansion des cliniques privées à but lucratif et non lucratif, cette phase a bénéficié également à l'hôpital public qui a connu une réforme de son organisation et une mise à niveau de ses immobilisations. Cette réforme a permis la modernisation des hôpitaux régionaux et l'extension des hôpitaux universitaires à travers la création des CHU de Fès, Marrakech et Oujda. Elle a ainsi amélioré la compétitivité de l'hôpital public par rapport aux cliniques privées à but lucratif ou non lucratif. Ainsi, à la faveur du développement de toutes les formes d'hospitalisation (public et privé, lucratif et non lucratif), cette phase a introduit la préoccupation de la compétitivité et du positionnement sur le marché de l'hospitalisation des CPEA.

En matière d'encadrement de la pratique médicale, cette phase a connu l'édiction de la loi n° 34.09 (2011) relative à la carte sanitaire et de la loi n° 08.12 (2013) relative à la réforme de l'ordre national des médecins. La loi n° 34.09 distingue deux secteurs d'exercice médical (public et privé) et définit leurs types d'établissements. Elle annonce la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé (article 9) et instaure des mécanismes pour leur régulation et des critères pour leur déploiement (carte sanitaire et schéma régional de l'offre de soins). Ces critères sont indicatifs pour le secteur privé et leur application est encouragée par des incitations à la coopération dans le cadre de contrats de Partenariat Public-Privé (PPP). La loi n° 34.09 a également prévu, dans son

---

8 Il s'agit d'un jeu de construction constitué de pièces en plastique encastrables

article 30, la mise en place d'une « commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé ». Les textes d'application pour la mise en place de ces mécanismes de partenariat n'ont cependant pas encore vu le jour en dépit des doléances des promoteurs du secteur privé à ce sujet, notamment ceux relevant du secteur des cliniques privées.

- **Une phase de réforme (2015-actuellement)** : Cette phase a commencé par la publication de la loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine qui a renforcé le cadre juridique des cliniques privées (34 articles dédiés), en apportant des modifications majeures, aussi bien au niveau des conditions de création et d'exploitation des cliniques privées et des établissements assimilés que des règles afférentes à leur fonctionnement et à leur organisation. Dans ce cadre, il a été notamment procédé à l'ouverture de leurs capitaux aux investisseurs hors corps médical ainsi qu'au renforcement de leur gouvernance (comité médical d'établissement, comité d'éthique, direction médicale, direction financière). Au cours de cette phase le paysage des cliniques privées et des établissements assimilés a connu l'apparition dans le secteur lucratif de « **groupements de cliniques** », également appelés « **groupes de santé** », organisés le plus souvent selon le modèle de société holding, regroupant sous la même gouvernance plusieurs cliniques privées de taille et d'implantation géographique variables. Le même phénomène est apparu dans le secteur non lucratif (les fondations) avec l'apparition de « réseaux de santé » qui regroupent des structures de soins et des structures d'enseignement (médical, paramédical et biomédical) et de recherche sous la même gouvernance. Ces deux modèles organisationnels ont une vocation internationale.

Cette dernière phase est caractérisée par le lancement par Sa Majesté le Roi Mohamed VI que Dieu L'assiste du projet de généralisation de l'AMO au profit de 22 millions de personnes supplémentaires à l'horizon 2022. Ce projet a généré de l'enthousiasme et de la mobilisation au niveau des professionnels du secteur privé et est indéniablement de nature à encourager davantage d'investissements dans le secteur de la santé.

Ainsi, au cours de son évolution le secteur des cliniques privées et des établissements assimilés a été marqué par :

- L'augmentation de la taille moyenne des cliniques privées ;
- Le développement des plateaux techniques ;
- Le développement des spécialités médicales ;
- La diversification des modèles organisationnels aussi bien dans le secteur à but lucratif que dans le secteur à but non lucratif ;
- Et l'apparition de nouveaux « business models » comprenant plusieurs types de sociétés.

Actuellement, le secteur des cliniques privées ne représente pas un ensemble homogène d'établissements de santé fonctionnant sur un même modèle unique et encore moins les établissements assimilés dont chaque type constitue un modèle à part.

L'augmentation de la consommation médicale conjuguée au progrès technologique (plateaux techniques de plus en plus sophistiqués et coûteux) et le renforcement de la spécialisation médicale ont créé la nécessité de procéder à des investissements plus importants, de regrouper les pratiques médicales et d'adapter les configurations organisationnelles des cliniques privées et des établissements assimilés.

## 2. Importance des CPEA dans l'offre de soins

Le secteur privé de la santé a connu au cours des dernières années un développement continu. Il se positionne désormais comme une composante importante dans le paysage de l'offre et de la demande de soins au Maroc. Le secteur privé de la santé comprend actuellement 52,3% des médecins en exercice, 88,3% des structures de soins de première ligne et 33,6% de la capacité d'accueil en hospitalisation.

Selon les derniers comptes nationaux de la santé (2018), les prestataires de santé du secteur privé drainent également 69,8% des dépenses courantes de santé contre 23,1% pour les prestataires publics.

### a. Poids des cliniques privées dans l'offre nationale en hospitalisation

La capacité d'accueil des CP a augmenté 4,8 fois au cours des trente dernières années (389 cliniques et 13603 lits en 2020 contre 100 cliniques et 2803 lits en 1990)<sup>9</sup>. Elle représente actuellement 33,6% de la capacité nationale d'accueil en hospitalisation contre 29% en 2017.

L'offre en hospitalisation privée est dominée par les cliniques à but lucratif avec 82,6% de la capacité d'accueil privée contre 17,4% pour les cliniques à but non lucratif.

Tableau n° 1 : Offre hospitalière nationale par secteur d'activités médicales

Type d'établissement	Nombre d'établissements	Nombre de lits	% de lits
Cliniques privées à but lucratif	363	11 233	27,7
Cliniques privées à but non lucratif	26	2 370	5,9
<b>Total Cliniques privées</b>	<b>389</b>	<b>13 603</b>	<b>33,6</b>
<b>Total Hôpitaux publics (y compris CHU)</b>	<b>162</b>	<b>26 926</b>	<b>66,4</b>
<b>Total général<sup>10</sup></b>	<b>551</b>	<b>40 529</b>	<b>100</b>

Source : Ministère de la Santé, 2020

9 Sources des données de 1990 : Ministère de la santé publique, Rapport sur le Colloque national sur la santé au Maroc, Réalités et perspectives. Ouarzazate, juillet 1992.

10 Non compris les hôpitaux militaires.

### b. Poids des établissements assimilés dans l'offre spécialisée de soins

En matière de prise en charge en hémodialyse, le secteur privé regroupe 196 centres contre 120 dans le secteur public ; soit 62% de l'offre de centres d'hémodialyse. Pour la prise en charge des cancers, le secteur privé comprend 31 centres d'oncologie contre 11 centres publics, soit 74% de l'offre en établissements d'oncologie. S'agissant des centres de radiologie, au regard de la récente évolution de leur statut de cabinet de radiologie vers le statut de centre de radiologie (soit un EA) par le décret d'application de la loi n° 131.13, plusieurs cabinets sont en voie de changement de statut. Seuls 8 centres disposent actuellement du statut d'EA.

### c. Poids des cliniques privées dans la consommation médicale

Les cliniques privées à but lucratif ou non lucratif (cliniques CNSS et mutualistes) drainent 11,2 milliards de dirhams comme part du financement de la santé, soit 18,9% des dépenses courantes de santé (CNS, 2018) contre 15,2% pour les hôpitaux publics (y compris les CHU). Elles représentent ainsi le deuxième prestataire de soins le plus important au Maroc après les pharmaciens et les fournisseurs de biens médicaux qui drainent 23,4% de cette dépense.

Tableau n° 2 : Dépenses courantes de santé par type de prestataire

Prestataire	Dépenses courantes de santé (milliers DH)	%
Hôpitaux publics (y compris les CHU)	8 970 558,97	15,18
Établissements de soins de santé primaires	4 012 179,43	6,79
Prestataires de soins préventifs	663 595,57	1,12
<b>Sous-total prestataires publics</b>	<b>13 646 333,97</b>	<b>23,09</b>
Cliniques privées	10 621 312,04	17,97
Cliniques mutualistes et CNSS	574 248,05	0,97
Centres de dialyse	545 069,23	0,92
Cabinets médicaux	5 730 009,30	9,70
Cabinets dentaires	2 791 582,65	4,72
Laboratoires et centres de radiologie	7 135 059,88	12,07
Soins à l'étranger	24 953,18	0,04
Pharmacies et fournisseurs de biens médicaux	13 836 892,89	23,41
<b>Sous-total prestataires privés</b>	<b>41 259 127,22</b>	<b>69,80</b>
Prestataires de services administratifs	2 938 618,23	4,97
Autres	1 262 383,09	2,13
<b>Total général (Dépenses courantes de santé)</b>	<b>59 106 462,51</b>	<b>100,00</b>

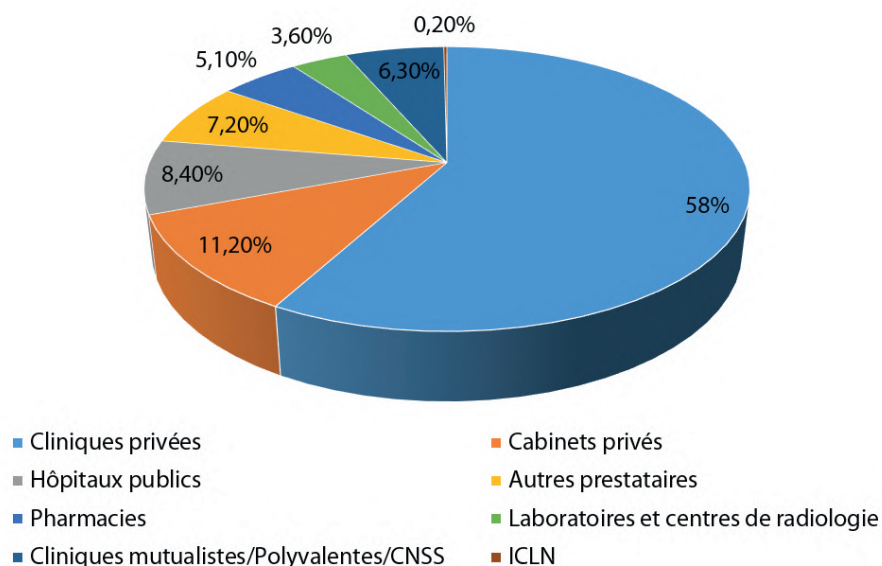
Source : Comptes Nationaux de la Santé (CNS), 2018

Selon les Comptes Nationaux de la Santé de 2018, les paiements effectués par les organismes d'assurance maladie aux prestataires de soins dans le cadre du tiers payant, s'élevaient à près de 7,2 milliards de dirhams en 2018 contre 4,3 milliards de dirhams en 2013, soit une augmentation de 68,3%.

Leur répartition montre que les cliniques privées à but lucratif ou non lucratif accaparent l'essentiel de ces paiements, avec une part atteignant 61,4% des paiements de l'AMO en tiers payant (58% pour les cliniques privées et 3,6% pour les cliniques mutualistes et CNSS) contre 8,4% pour les hôpitaux (y compris les CHU), en dépit du fait qu'elles ne représentent que 33,6% de l'offre hospitalière nationale.

Les cliniques privées représentent également 17,9% des dépenses directes des ménages qui sont des dépenses OOP (out of Pocket) et non remboursables, contre 6,9% pour les hôpitaux publics (y compris les CHU).

Figure n° 1 : Répartition des paiements directs (en tiers payant) par type de prestataire de soins



Source : CNS, 2018

### 3. Structure de l'offre des CPEA

À fin juin 2021, le Maroc comptait 613 CPEA en exploitation, dont 389 cliniques privées et 224 établissements assimilés<sup>11</sup>. Ces derniers sont composés en très grande majorité de centres d'hémodialyse (196), tandis que les autres types d'établissements assimilés (centres de radiologie, centres de jour, centres de réhabilitation et centres d'oncologie) sont nettement moins nombreux (28).

La capacité litière totale des CP (à but lucratif et non lucratif) est de 13603 représentant ainsi 33,6% de l'offre nationale public (hors hôpitaux militaires). La densité litière nationale

11 Notre base de données est conforme à la typologie de la loi n° 131.13, notamment pour ce qui est des établissements assimilés, ce qui n'est pas souvent le cas dans la majorité des autres bases de données des établissements privés.

est de 1,17 lits/1000 habitants, contre 3,3 dans les pays de l'OCDE (2017)<sup>12</sup> qui connaissent, en majorité, un virage chirurgical vers l'ambulatoire.

Les cliniques sont à but lucratif dans 93% des cas (363) et à but non lucratif dans 7% des cas seulement (26). Toutefois, malgré le nombre relativement restreint des cliniques privées à but non lucratif, ces dernières regroupent 17% de la capacité litière du secteur privé, car elles sont majoritairement de grande taille (taille moyenne de 91 lits). Les cliniques privées à but non lucratif sont représentées essentiellement par les cliniques de la CNSS, les hôpitaux des fondations Cheikh Zaid et Cheikh Khalifa et les cliniques du Croissant Rouge Marocain (CRM). Les centres de la Fondation Noor sont considérés, pour leur part, comme des établissements assimilés.

La taille des cliniques privées est classiquement évaluée par la capacité litière qui est un indicateur standard aisé à collecter et relativement stable, car toute modification de la capacité litière autorisée doit faire l'objet d'une demande auprès du ministère de la Santé.

Cependant, force est de constater que bien souvent, seuls les lits d'hospitalisation complète sont pris en compte et les places d'hôpital de jour sont rarement comptabilisées, tandis que l'évolution de la pratique médicale va dans le sens de la promotion de l'ambulatoire et la réduction de l'hospitalisation complète. Par conséquent, la capacité litière doit être relativisée dans l'analyse de l'offre de soins en hospitalisation publique et privée.

A des fins analytiques, une catégorisation en trois tranches peut être opérée :

- **Tranche à capacité litière inférieure ou égale à 30 lits (CI C) :** Cette tranche correspond à la traditionnelle « Clinique Villa ». Ce sont des cliniques généralement anciennes et créées par un associé unique ou un petit groupe d'associés, appartenant tous au corps médical, sur un foncier de petite taille avec une activité mono-disciplinaire ou poly-disciplinaire mais sur un nombre très limité de spécialités. Elles sont au nombre de 234 (60%) pour une capacité litière moyenne de 19 lits et places et une capacité litière totale de 4411 lits et places (32 %). Elles représentent ainsi 60% des cliniques privées mais seulement un tiers de l'offre en lits et places.
- **Tranche à capacité litière comprise entre 31 et 99 lits (CI B) :** Cette tranche comprend des cliniques généralement plus récentes, avec une activité poly-disciplinaire significative ou une activité mono-disciplinaire de référence. En raison de leur taille, ce sont généralement des cliniques mieux dotées en équipements. Elles sont au nombre de 137 (35%) pour une capacité litière moyenne de 45 lits et places et une capacité litière totale de 6192 lits et places (46%). Elles représentent ainsi un tiers des cliniques et près de la moitié de l'offre en lits et places.
- **Tranche à capacité litière supérieure ou égale à 100 lits (CI A) :** Cette tranche correspond à des cliniques d'apparition plus récente (depuis 1990) et sont, en grande partie, soit à but non lucratif, soit contrôlées par des groupes. Leur taille induit de fortes contraintes techniques, une structure de charge différente et leur impact sur le marché de l'offre de soins est plus

---

12 Panorama de la Santé, OCDE 2019.

important. Elles sont au nombre de 18 (5%), pour une capacité litière moyenne de 167 lits et places et une capacité litière totale de 3000 lits et places (22%). Elles représentent ainsi un vingtième des cliniques mais un cinquième de l'offre en lits et places.

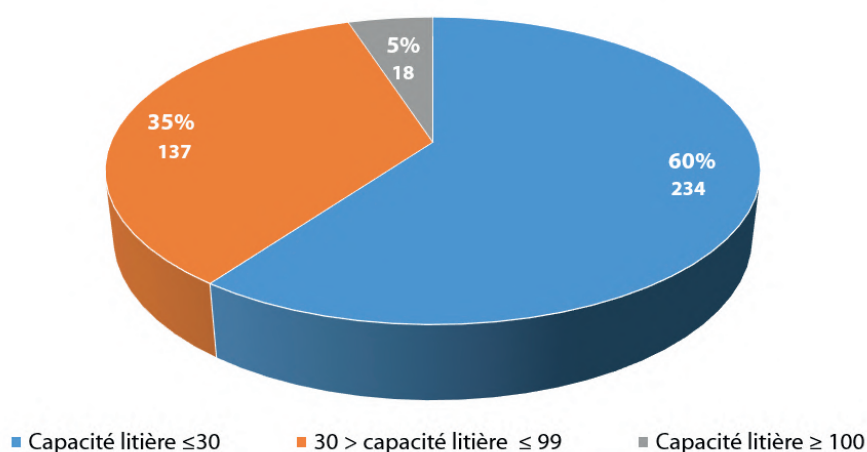
Les 389 cliniques privées totalisent 13603 lits soit une moyenne de 35 lits et places par clinique, tandis que la médiane s'établit à 20 lits. Le tissu hospitalier privé demeure ainsi caractérisé par la faiblesse de sa taille et une dispersion importante, malgré l'apparition d'une tendance récente à la création d'établissements hospitaliers privés de plus grande taille. En capacité litière, les tranches CI A et CI B représentent 68% en capacité litière total des cliniques privées.

Tableau n° 3 : Nombre et taille des cliniques privées selon les tranches de capacités litières

Capacité litière	Nombre de cliniques privées		Capacité litière		
	Nombre	Part	Totale	Moyenne	Part
Tranche de capacité litière C ( $\leq 30$ )	234	60 %	4411	19	32 %
Tranche de capacité litière B [31-99]	137	35 %	6192	45	46 %
Tranche de capacité litière A ( $\geq 100$ )	18	5 %	3000	167	22 %
Total	389	100 %	13603	35	100 %

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Figure n° 2 : Catégorie de cliniques selon la capacité litière

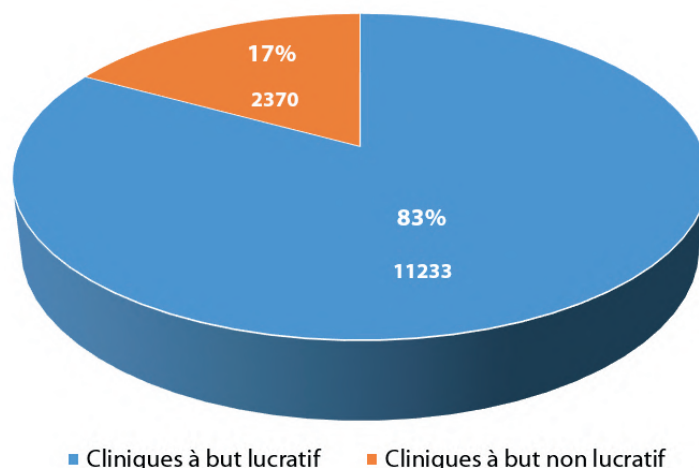


Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

L'offre litière des cliniques à but lucratif est de 11233 lits et places représentant 83% du total tandis que les cliniques à but non lucratif offrent 2370 lits pour 17% du total.



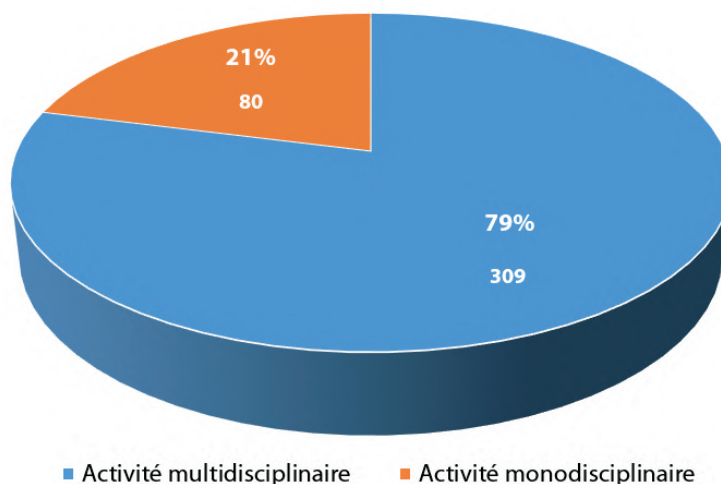
Figure n° 3 : Capacité litière selon la catégorie de cliniques privées



Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

80% des cliniques sont multidisciplinaires, avec une activité de médecine chirurgicale et obstétrique (MCO). Les 20% des cliniques restantes sont mono-disciplinaires avec une seule spécialité ou quelques spécialités synergiques pour la prise en charge d'un type de pathologie : en majorité des cliniques ophtalmologiques, oncologiques, mère- enfant et pédiatriques.

Figure n° 4 : Type d'activités des cliniques privées



Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

#### 4. Propriété et actionariat des CPEA

Quatre catégories de propriétaires de CPEA peuvent être distinguées :

- **Les propriétaires indépendants**

Il s'agit de médecins individuels, de groupes de médecins ou de groupes de médecins et de non-médecins. Ils sont des propriétaires indépendants et détiennent la majorité des CPEA (90%). Ils ne comprennent pas d'investisseurs étrangers ou de fonds d'investissement dans leur tour de table. Leurs CPEA correspondent



généralement à des structures à faible capacité litière et dotées d'un plateau technique basique.

- **Des assureurs publics : la CNSS**

La CNSS détient 13 cliniques privées à but non lucratif, et ce malgré la disposition de la loi n° 65.00 instaurant la séparation entre les fonctions de production et de financement des soins. La période de transition de 5 ans qui a été accordée pour satisfaire cette disposition a été prorogée. Les polycliniques de la CNSS sont des cliniques privées à but non lucratif rattachées directement à la CNSS et sont souvent subventionnées pour pouvoir assurer leur équilibre financier. Leur statut n'est pas prévu par la loi n° 131.13 (article 60).

- **Les fondations et associations**

Il s'agit essentiellement de la fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan et de la fondation Cheikh Khalifa Ibn Zaid. Ces deux fondations créées chacune par Dahir Royal ont un statut juridique spécifique défini dans leurs Dahirs de création respectifs. Elles n'ont pas d'actionnaires et sont reconnues d'utilité publique à but non lucratif. Il s'agit de structures aux normes internationales avec des plateaux techniques sophistiqués. Leur capacité litière dépasse 100 lits et leur domaine d'intervention est diversifié (soins, formation, recherche, etc.). Le Croissant Rouge Marocain jouit lui aussi du même statut. Il s'agit d'une association humanitaire et sociale créée par Dahir et reconnue d'utilité publique depuis 1957. Le CRM possède 4 polycliniques (Tanger, Tétouan, Larache et Laksar Lakbir). Figure également dans cette catégorie le centre Noor qui est une association à but non lucratif et qui ne possède que deux EA spécialisés dans la médecine physique.

- **Les holdings/groupes financiers**

Ce sont des sociétés commerciales qui ont eu recours à des fonds d'investissement locaux ou étrangers afin de financer le développement de leurs activités. La loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine a autorisé les sociétés commerciales à créer et/ou à être actionnaires dans les cliniques, à condition que la responsabilité de la direction médicale soit confiée à un médecin inscrit au tableau de l'Ordre des médecins (article 60 de la loi précitée). Ils sont au nombre de sept (07) sur le marché et leurs CPEA sont généralement comparables aux fondations, en termes de taille et de performance des plateaux techniques.

Les CPEA pâtissent d'une sous-capitalisation au Maroc, avec 43% des établissements présentant un capital inférieur à 1 million de dirhams et à peine 13% d'établissements disposant d'un capital supérieur à 10 millions de dirhams.

Tableau n° 4 : Répartition des cliniques selon le montant du capital social de la structure

Capital Social (en Dhs)	Nb Cliniques	Centre Hémodialyse	Centre Radiologie	Total	Part
< =100 000	20	16	16	52	22%
100 000 < Capital < 500 000	4	11	8	23	4%
500 000 < Capital < 1 000 000	16	7	6	29	17%
1 000 000 < Capital < 5 000 000	28	12	9	49	30%
5 000 000 < Capital < 10 000 000	12	2		14	13%
10 000 000 < Capital < 20 000 000	8	1		9	9%
> 20 000 000	4	1		5	4%
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>50</b>	<b>39</b>	<b>181</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Quant aux sociétés holdings, elles ont toutes été créées -ou transformées- en sociétés anonymes avec un capital social supérieur à 20 millions de dirhams.

Tableau n° 5 : Structure sociale et juridique des holdings

Groupe/Holding	Année de création	Forme juridique	Capital social (en Dhs)
Akdital	2016	SA	100 000 000
Elsan	2016	SA	27 480 300
ODM	2014	SA	266 257 296
Oncorad	1998	SA	22 400 000

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Le niveau des capitaux propres demeure très faible et se caractérise par le fait que les capitaux sociaux de la plupart des CPEA n'ont souvent pas subi de changement depuis leur création. Par ailleurs, il a été relevé que bon nombre de ces entités ont des structures de capitaux non conformes aux dispositions légales en matière de recapitalisation du fait des pertes cumulées (*article 86 de la loi sur la SARL telle que modifiée et complétée*). Ceci expose ces entités à des risques juridiques vis-à-vis des tiers qui peuvent demander leur dissolution conformément aux dispositions du même article 86 de la loi sur la SARL.

En ce qui concerne l'ouverture du secteur aux capitaux étrangers et à ce jour, l'actionnariat international dans le secteur des CPEA n'est représenté que par deux groupes de cliniques :

- Le groupe Elsan : Le Groupe Elsan est leader de l'hospitalisation privée en France. Il s'est implanté au Maroc depuis 2016 à travers sa filiale Elsan-Maroc qui est une société de droit marocain ;
- Le groupe ODM (Oncologie et diagnostic au Maroc) : Créé en 2014, ODM se présente comme le premier groupe d'établissements privés de soins spécialisés du Maroc. L'actionnariat d'ODM est dominé par le fonds d'investissement anglais Alta Semper, spécialisé dans l'investissement en entreprises appartenant aux secteurs de la technologie et de la santé. Dans le cadre de cette opération, Alta Semper s'est associé à Ashmore Group, gestionnaire d'actifs spécialisé dans les marchés émergents et basé à Londres.

### 5. Statut juridique et structuration des CPEA

Selon la loi n° 131.13 (article 60), une clinique privée (ou un EA) peut appartenir à :

- **Une personne physique à la condition que celle-ci soit médecin** : Elle peut alors constituer une société à responsabilité limitée à associé unique (SARL AU) ;
- **Un groupe de médecins** : Dans ce cas ils doivent alors constituer entre eux, soit l'une des formes de l'association, soit une société régie par le droit commercial (SA ou SARL) ;
- **Une société commerciale** (SA, SARL) ;
- **Une personne morale de droit privé poursuivant un but non lucratif** : Pour les CPEA, il s'agit des fondations et des associations (CRM et Centre Noor).

Le statut le plus fréquent adopté par les CPEA est celui de la SARL qui représente 58,2% des formes sociales des CPEA (357), suivi par la forme SARL à associé unique (SARL AU) dans 7,3% des cas (45). La forme juridique SARL est beaucoup plus fréquente dans les CP que dans les EA avec respectivement 69,2% et 39,3%.

Par ailleurs, bien que la loi n° 131.13 ne prévoit pas de statut de société civile professionnelle (SCP), beaucoup de CPEA ont encore ce statut (13,7%), ne s'alignant de ce fait pas avec les exigences de la loi n° 131.13. Il est à signaler pour 95 EA, l'information sur la forme sociale est indisponible (42,4%)<sup>13</sup>.

---

13 Ces CPEA sont sûrement des SCP parce que pour ce statut les CPEA ne sont pas tenus de déposer leurs états de synthèse au tribunal.

Tableau n° 6 : Répartition des CPEA selon leurs formes juridiques

Statut	Nb CPEA	% CPEA	Nb CP	% CP	Nb EA	% EA
SA	4	0,7%	4	1%	0	0%
SARL	357	58,2%	269	69,2%	88	39,3%
SARL AU	45	7,3%	21	5,4%	24	10,7%
Association	15	2,5%	13	3,3%	02	0,9%
SCP	84	13,7%	69	17,8%	15	6,7%
Autre (CNSS)	13	2,1%	13	3,3%	0	0%
Indéterminé (Manque d'information)	95	15,5%	0	0%	95	42,4%
<b>Total</b>	<b>613</b>	<b>100%</b>	<b>389</b>	<b>100%</b>	<b>224</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

S'agissant des CPEA qui ont été créées après l'avènement de la loi n° 131.13 (2015), leur forme juridique est également majoritairement dominée par la forme SARL (52%) et la forme SARL AU (46%).

Tableau n° 7 : Répartition des cliniques selon le statut juridique depuis 1990

Période de création	Nombre de CPEA	Forme juridique				Fondations
		SA	SARL	SARL AU	Autres <sup>14</sup>	
[2016-2020]	129	3	67	59		
[2011-2015]	7		3	2	1	
[2000-2010]	6		2	4		FCK
[1990-2000]	31	1	22	3	5	FCZ

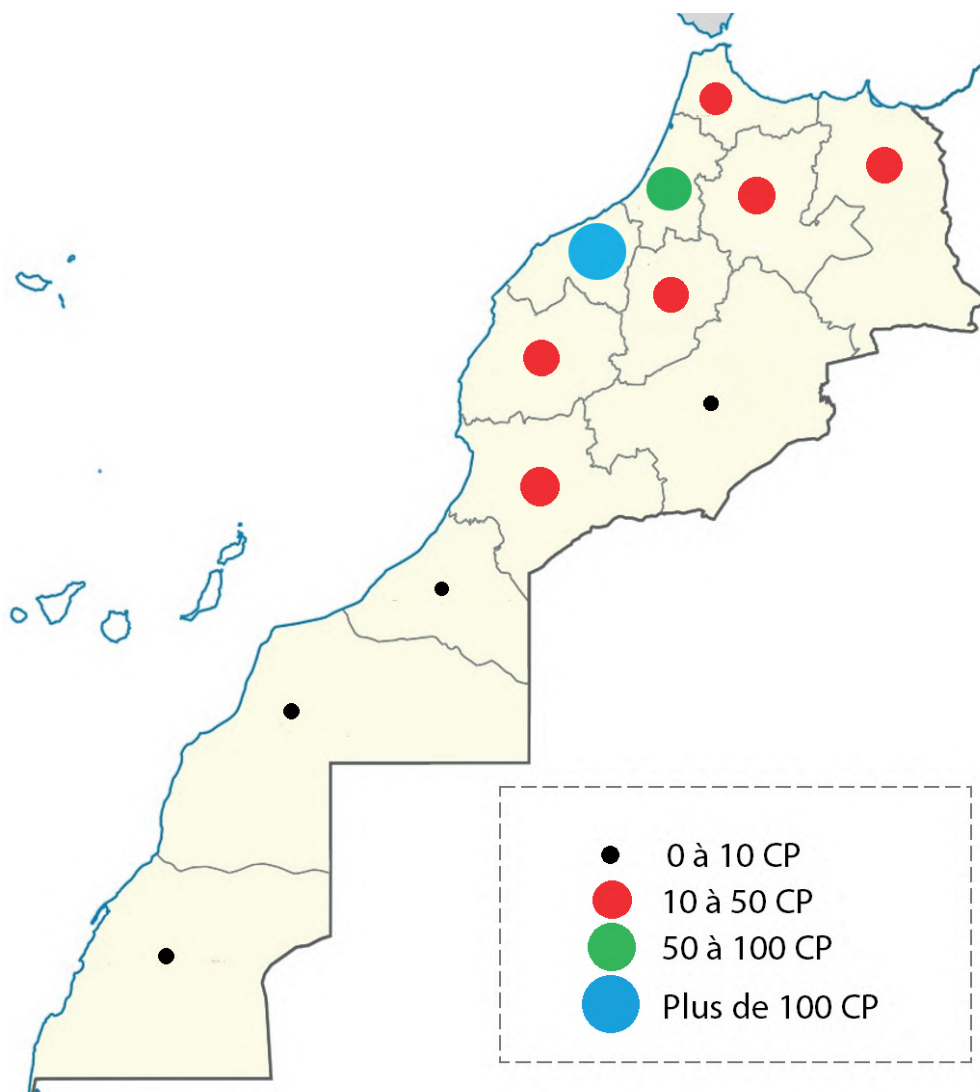
Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

## 6. Répartition géographique des CPEA

Les cliniques se répartissent de façon très inégale sur le territoire national avec une offre plus dense dans les régions de Casablanca-Settat et de Rabat-Salé-Kenitra et dans une moindre mesure dans celles de Marrakech-Safi, Fès-Meknès et Tanger-Tétouan-Al-Hoceima. Les cliniques de CI A (100 lits et plus) et CI B (de 31 à 99 lits) sont fortement concentrées dans ces mêmes régions.

14 SCI : Société Civile Immobilière.

Figure n° 5 : Répartition géographique des cliniques privées au Maroc



Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

La région de Casablanca-Settat présente le plus grand nombre de cliniques de plus de 30 lits, devançant la région de Rabat-Salé-Kenitra. Les régions de Laâyoune-Sakia Al Hamra et de Dakhla-Oued Ed Dahhab ne comptent aucune clinique et hébergent un seul centre d'hémodialyse privé. La région de Guelmim Oued Noun ne compte qu'une seule clinique de 19 lits et un centre d'hémodialyse. Ces trois régions du sud et grand sud sont donc peu desservies en matière d'hospitalisation privée. A ce titre, une réflexion autour de potentielles actions des pouvoirs publics en faveur d'une incitation à l'implantation des cliniques dans ces régions considérées comme des déserts médicaux devrait être amorcée.

L'offre de Casablanca Settat se démarque également par sa capacité litière moyenne des cliniques (44 lits et places) significativement plus importante que celle des autres régions qui ont toutes une moyenne de capacité litière inférieure à la moyenne nationale. Cette situation est liée au grand nombre de cliniques de CI A et CI B qui tirent la moyenne vers le haut.

Tableau n° 8 : Cartographie de l'hospitalisation privée nationale

Région	Nombre de CP	Capacité litière		Taille moyenne	Total	Densité CP/1000 hb	% par rapport Offre totale	Nb CP/Classe & (CL)		
		BL	BNL					A	B	C
Casablanca-Settat	125	4178	1298	44	5476	0,74	48,6%	11 (1992)	53 (2342)	61 (1142)
Rabat-Salé-Kénitra	64	1712	373	33	2085	0,43	34,4%	2 (409)	21 (1039)	41 (637)
Oriental	26	774	24	31	798	0,33	25,3%	0	12 (461)	14 (337)
Marrakech-Safi	44	1327	158	34	1485	0,31	28,7%	2 (266)	13 (719)	29 (500)
Souss-Massa	28	792	80	31	872	0,30	36%	1 (100)	12 (516)	15 (256)
Béni Mellal-Khénifra	24	502	113	27	615	0,24	26,8%	1 (113)	4 (185)	19 (317)
Fès-Meknès	43	1224	21	29	1245	0,28	27%	1 (120)	13 (555)	29 (570)
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	30	622	303	31	925	0,24	30,4%	0	11 (552)	19 (373)
Drâa-Tafilalet	4	83	0	21	83	0,05	5,9%	0	1 (32)	3 (51)
Guelmim-Oued Noun	1	19	0	19	19	0,04	4,8%	0	0	1 (19)
Laâyoune-Sakia El Hamra	0	0	0	0		0,00	0%	0	0	0
Dakhla-Oued Eddahab	0	0	0	0		0,00	0%	0	0	0
<b>Total</b>	<b>389</b>	<b>11233</b>	<b>2370</b>	<b>35</b>	<b>13603</b>	<b>0,38</b>	<b>33,6%</b>	<b>18 (3000)</b>	<b>140 (6401)</b>	<b>231 (4202)</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

En termes de parts de marché exprimée en capacité litière, la région de Casablanca-Settat occupe la première place avec 40,3% suivie par la région de Rabat-Salé-Kénitra avec une part de 15,3%. Ces deux régions totalisent plus de la moitié de la capacité litière du secteur privé (55,6%) à l'échelle nationale. Avec les deux régions suivantes à savoir Marrakech-Safi (10,9%) et Fès-Meknès (9,2%), la part de marché des quatre régions atteint 75,7%. Parmi les 12 régions administratives, 2 régions n'ont aucun lit privé et une région n'héberge qu'une seule clinique privée.

S'agissant des cliniques privées à but non lucratif, elles sont très inégalement réparties avec une concentration dans quelques grandes villes (CNSS principalement) et avec une surreprésentation de Casablanca-Settat en matière de capacité litière offerte.

L'étude de la densité de l'offre d'hospitalisation privée permet cependant de nuancer les déséquilibres. La densité moyenne nationale est de 0,38 lit privé pour 1000 habitants. Les régions de Casablanca-Settat et de Rabat-Salé-Kenitra présentent toutes deux une capacité litière supérieure à cette moyenne, avec respectivement 0,74 lit/1000 habitants et 0,43 lit/1000 habitants. Toutes les autres régions sont en deçà de la densité moyenne.

En considérant l'offre d'hospitalisation globale (publique et privée), les écarts sont moins marqués puisque la moyenne est alors de 1,18 lit/1000 habitants avec quatre régions au-dessus de la moyenne. Ce sont par ordre de densité décroissante : Laâyoune-Sakia Al Hamra, Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kenitra, l'Oriental et Fès-Meknès.

Cette répartition inégale est due à des facteurs ayant essentiellement trait au développement socioéconomique et à la présence d'une clientèle solvable. L'existence d'une clientèle solvable représentée par les personnes assurées et les payants directs, c'est-à-dire toutes les personnes non affiliées au RAMED, est un facteur essentiel. En effet, cette clientèle considérée comme solvable détermine la demande adressée aux cliniques privées, même si les personnes affiliées au RAMED peuvent tout de même recourir au secteur privé grâce à des mécanismes de solidarité familiale ou communautaire.

**Tableau n° 9 : Répartition des cliniques selon les régions, les assurées et les payants**

Région	Cliniques en activités	PIB/hab (Dhs)	Assurés En milliers	Payants En milliers	Clientèle solvable
	Nombre	HCP 2018	ANAM 2016		Khab
Casablanca-Settat	125	49 654,00	2 256,8	477,9	2 734,7
Rabat-Salé-Kénitra	64	36 218,00	1 528,8	317,5	1 846,3
Oriental	26	22 832,00	491,4	160,1	651,5
Marrakech-Safi	44	19 870,00	991,9	312,8	1 304,7
Souss-Massa	28	26 479,00	828,1	186,4	1 014,5
Béni Mellal-Khénifra	24	24 387,00	464,1	173,3	637,4
Fès-Meknès	43	21 483,00	928,2	291,6	1 219,8
Tanger-Tétouan-Al Hoceïma	30	32 114,00	791,7	247,2	1 038,9
Drâa-Tafilalet	4	16 747,00	436,8	112,4	549,2
Guelmim-Oued Noun	1	36 157,00	100,1	29,7	129,8
Laâyoune-Sakia El Hamra	0	49 275,00	145,6	26,7	172,3
Dakhla-Oued Eddahab	0	85 669,00	36,4	10,4	46,8
<b>Total</b>	<b>389</b>	<b>31 473,00</b>	<b>8 999,9</b>	<b>2 346,0</b>	<b>11 345,9</b>

Source : HCP/ANAM

Il est cependant à noter que certaines régions à fort PIB (Laâyoune-Sakia El Hamra et Dakhla-Oued Edahhab) ne disposent pas de cliniques principalement par défaut de ressources humaines et non pas par défaut de clientèle solvable.

La disponibilité de ressources humaines compétentes et, en nombre suffisant, est un facteur essentiel, puisque que ce sont les médecins qui prescrivent les soins et qu'en l'absence de médecins, la demande de soins reste atone. La disponibilité d'une offre de soins stimule la demande et améliore progressivement la santé de la population. En atteste l'évolution remarquable qu'a connue la capacité litière privée dans les villes où a été créé un CHU. Les villes de Casablanca et de Rabat ont été historiquement favorisées car elles étaient le siège des premiers CHU, suivies dans cela par les villes de Marrakech et de Fès. Dans ces villes, la demande de soins a évolué plus rapidement et s'est diversifiée par la même occasion. Les villes de Fès et Marrakech ont ainsi vu l'ouverture d'un grand nombre de cliniques privées. La dynamique est également à l'œuvre à Oujda et Tanger. La présence d'enseignants en médecine, hautement qualifiés attire également une patientèle régionale voir supra régionale et encourage les investisseurs à créer de nouvelles cliniques ou établissements de soins. Ces grandes villes proposent également un cadre de vie attractif.

### 7. Capacité des acteurs en matière d'offre de lits d'hospitalisation

Les actionnaires indépendants des CPEA possèdent plus de 86% des CP et presque la totalité des EA (99%). Mais cette offre ne représente que 57,6% de parts de marché en termes de capacité litière ; suivie par les fondations et associations et par les groupes privés avec respectivement 21,5% et 13,3%.

Tableau n° 10 : Capacité des acteurs des CPEA en matière d'offre en lits

Acteurs/ propriétaires	Catégorie	Nb CP	% CP	Lits CP	% Lits CP	Nb EA	% EA
Indépendants	But lucratif	335	86,1%	7 838	57,6%	222	99,1%
CNSS	But non lucratif	13	3,3%	1 028	7,6%	0	0%
Fondations et associations	But non lucratif	10	2,6%	2 924	21,5%	2	0,9%
Groupes privés (Holding)	But lucratif	31	8 %	1 813	13,3%	0	0%
<b>Total</b>		<b>389</b>	<b>100%</b>	<b>13603</b>	<b>100%</b>	<b>224</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Si l'on se réfère aux dix (10) plus grandes cliniques en capacité litière, il ressort que trois (3) appartiennent aux fondations et elles ont les plus grandes tailles ; quatre (4) appartiennent aux groupes financiers, deux (2) relèvent de la CNSS tandis qu'une seule est indépendante. Par ailleurs, elles sont en majorité (8/10) situées dans la région de Casablanca-Settat.



Tableau n° 11 : Classement des dix premières CP selon la capacité litière

Rang	Région	Cliniques	Lits	Affiliation
1	Casablanca-Settat	Hôpital International Mohammed VI	305	FCK
2	Rabat-Salé-Kénitra	Hôpital Cheikh Zaid	300	FCZ
3	Casablanca-Settat	Hôpital Cheikh Khalifa	280	FCK
4	Casablanca-Settat	Hôpital Privé Ain Sebaâ	220	AKDITAL
5	Casablanca-Settat	Hôpital Privé d'El Jadida	220	AKDITAL
6	Casablanca-Settat	Clinique Achifaa	200	BTG
7	Casablanca-Settat	Polyclinique CNSS Derb Ghallef	187	CNSS
8	Casablanca-Settat	Polyclinique CNSS Ziraoui	144	CNSS
9	Marrakech-Safi	Clinique Le Marrakech	140	Indépendante
10	Casablanca-Settat	Clinique Ville verte	136	ELSAN

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

L'analyse de la capacité litière des cliniques privées selon la catégorie « à but lucratif » ou « non lucratif » montre que les groupes de santé à but non lucratif (fondations, CNSS et CRM) détiennent 56% de la capacité litière des groupes privés tandis que les groupes à but lucratif (groupes financiers) en détiennent 44%.

Tableau n° 12 : Nombre et capacité litière des groupes de cliniques privés à but lucratif et non lucratif

Groupes de cliniques		Nombre et capacité litière par groupe	
		Nombre	Lits
<b>But lucratif</b>		<b>31</b>	<b>1 813</b>
44 %	AKDITAL	8	821
	ODM	5	137
	ONCORAD	5	172
	ELSAN	2	156
	BTG	3	281
	Dr KT	6	178
	MEDX	2	68
<b>But non lucratif</b>		<b>23</b>	<b>2 307</b>
56 %	CNSS	13	1028
	FCZ	4	514
	CRM	4	180
	FCK	2	585
<b>Total</b>		<b>54</b>	<b>4 120</b>
<b>Part de marché</b>		<b>13,9 %</b>	<b>30,3 %</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Les cliniques appartenant à des groupes de santé sont au nombre de 54, représentant 13,9% du total des cliniques et 8,8% du total des cliniques et établissements assimilés. Elles totalisent une capacité de 4120 lits et places soit 30,3% du total de l'offre litière privée. Ne sont pas comptabilisés les deux établissements de la fondation Noor pour 120 lits. Les groupes de santé à but non lucratif détiennent 56% de la capacité litière des groupes privés tandis que les groupes à but lucratif en détiennent 44%.

## **8. Typologie et nature des services offerts par les CPEA**

### **d. Nature des services offerts par les CPEA**

Les services offerts au niveau des CPEA peuvent être regroupés en trois catégories d'activités : le séjour (hébergement), l'exploration de diagnostic et les soins spécialisés.

- **Le séjour ou l'hébergement**

Il est à la base de l'activité d'hospitalisation. C'est un service qui regroupe, en plus du nursing, toutes les prestations d'hôtellerie (nuitées, restauration, hygiène et divertissement etc.). Il varie d'une clinique à l'autre avec différents standings (Premium, suites etc.) notamment dans les grandes villes. Ce service est parfois déterminant dans le choix du recours aux CP et entre les CP, surtout pour des séjours faisant suite aux accouchements.

- **Explorations diagnostiques**

Les prestations relevant de l'exploration diagnostique comprennent les examens d'imagerie médicale, les examens d'analyse biologique et anatomopathologique et les examens d'exploration fonctionnelle.

Pour les CPEA, ces examens se font généralement en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. Les centres d'imagerie médicale sont considérés comme des EA car ils pratiquent des examens qui supposent une préparation en hospitalisation de jour. Pour les examens d'analyse biologique, ils sont généralement réalisés en ambulatoire.

- **Les soins d'urgence et les soins spécialisés**

Les prestations de soins primaires ou généralistes sont généralement offertes au niveau des cabinets médicaux (ou des centres de santé pour le secteur public). Lorsque les patients recourent aux CPEA, c'est généralement pour les soins d'urgence ou les soins spécialisés qui peuvent relever d'une seule spécialité ou de plusieurs spécialités médicales, d'où la segmentation en CP mono disciplinaires et multidisciplinaires. Ces prestations reposent sur la qualification et la compétence de l'équipe médicale des CPEA et de la sophistication du plateau technique.

### **e. Typologie des CPEA selon la spécialisation et plateaux techniques**

Sur la base des missions des CPEA et de la nature de leurs prestations offertes, il est possible de catégoriser les CPEA de trois manières : selon le type de séjour et la capacité litière, selon le type de plateau technique et selon le type de spécialités.

- **Typologie des CP selon le séjour**

Dans la majorité des pays, les hôpitaux et les CP sont catégorisés en établissements de santé de court séjour (généralement pour les soins aigus) et établissements de santé de long séjour (les soins de suite et de rééducation et la psychiatrie). Au Maroc, la classification habituelle en court séjour et long séjour n'existe pas. Les deux cliniques de psychiatrie qui existent au Maroc sont confondues avec l'ensemble des cliniques.

La seule catégorisation selon le séjour qui est pratiquée au Maroc est celle qui distingue les activités ambulatoires (absence de séjour), les activités d'hôpital de jour (présence d'un séjour mais inférieur à 24 heures) et les activités d'hospitalisation complète (séjour de plus de 24 heures). Ces différentes activités sont reconnues dans la nomenclature des actes et sont différenciées au niveau des prix des prestations.

- **Typologie des CP selon la spécialisation des soins**

Sur la base de la spécialisation des soins, les CPEA sont catégorisés en : CP mono disciplinaires et CP multidisciplinaires. Au Maroc, quatre cliniques sur cinq sont des cliniques multidisciplinaires offrant des soins relevant de plusieurs spécialités médicales et chirurgicales. Une clinique sur cinq est une clinique mono disciplinaire avec une seule spécialité ou quelques spécialités complémentaires pour la prise en charge d'un type de pathologie : Les plus nombreuses sont les cliniques ophtalmologiques, oncologiques, mère-enfant et pédiatriques. Bien que ce ne soit pas un critère dans leur définition au Maroc, les EA sont généralement des CP mono disciplinaires (centres d'hémodialyse).

- **Typologie des cliniques selon le plateau technique**

Avec la sophistication des moyens de diagnostic et de traitement, certaines cliniques ont commencé à se spécialiser dans le diagnostic ou dans la réalisation de prestations avec des équipements médicaux lourds ou de haute technologie en vue de les rentabiliser. A ce titre, la loi n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins, distingue des procédures d'autorisation spécifiques pour les équipements médicaux lourds et pour les équipements de haute technologie. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un critère de définition au Maroc, les centres de diagnostic spécialisé relèvent des EA (centres d'imagerie médicale).

## 9. Ressources humaines

Au Maroc, il existe une pénurie de médecins et d'infirmier(e)s qui freine son élan de progrès pour l'extension des infrastructures sanitaires, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

En effet, malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics en matière de renforcement de la formation des médecins et des infirmiers, le déficit en personnel de santé constitue une entrave majeure au développement du système de santé marocain.

Actuellement, les ressources humaines actives dans le secteur de la santé sont de l'ordre de 76200 personnes dont 52820 exercent dans le secteur public (69%). Parmi cet effectif, 26076 sont des médecins, dont 16777 sont des spécialistes (MS, 2020). Ainsi la densité médicale nationale est de 7,3 médecins pour 10000 habitants contre 10,9 dans la région

OMS/EMR et 43,2 dans la région Europe. La densité du personnel infirmier est de 13,5 pour 10000 habitants contre 16,4 dans la région OMS/EMR et 77,8 dans la région Europe. 13622 des médecins exercent dans le secteur privé (5182 médecins généralistes et 8440 médecins spécialistes), soit plus de 52,3% du corps médical national.

Le déficit en personnel médical et paramédical se trouve aggravé d'une part par l'augmentation de la consommation médicale et le manque de productivité des structures publiques de soins et, d'autre part par l'insuffisance de la formation de base (médicale et paramédicale) et l'expatriation des professionnels de la santé. Le nombre de professionnels de la santé marocains travaillant dans les pays de l'OCDE s'élevait en 2015 à 6936 médecins et 7338 infirmiers et sages-femmes<sup>15</sup>.

Bien qu'interdit par la loi, le recours aux médecins du secteur public pour intervenir dans le secteur privé a toujours eu lieu dans le cadre de dérogations réglementaires bien définies. Sauf circonstances particulières, ce n'est plus le cas aujourd'hui où cet exercice n'est plus règlementé et gagne du terrain comme pratique.

Par ailleurs, la pénurie de médecins au niveau national oblige les CPEA à recourir aux médecins du secteur public et aux professeurs des CHU pour réaliser et renforcer leurs activités.

## **B. Structure de la demande**

Au Maroc, il n'existe pas de système national d'information sanitaire qui permette de disposer de données afférentes à la demande de soins dans les secteurs public et privé. La mise en place de ce système d'information est prévue par la loi n° 34.09, mais il n'a toujours pas été implémenté. En l'absence de données, la demande de soins est appréciée à partir des enquêtes de morbidité et des comptes nationaux de la santé (CNS), avec des projections émanant des données de routine du secteur public et celles du secteur privé relatives à l'AMO.

La demande de soins au Maroc, sur la base des données du secteur public et de l'AMO, ressort comme étant très faible. La fréquentation médicale en ambulatoire est de 1,7 contacts par habitant et par an.

Les patients qui recourent aux CPEA sont essentiellement les assurés de l'AMO et leurs ayants droit et les payants directs. Les assurés de l'AMO et leurs ayants droits sont au nombre de 10,1 millions dont 7 millions de bénéficiaires à la CNSS et 3,1 millions de bénéficiaires à la CNOPS. Leur nombre évolue annuellement de 4,6% (ANAM, 2018). Chez la population assurée, le taux de sinistralité, qui traduit la proportion des personnes dont au moins un dossier a été liquidé au cours d'une année, est de 29,3%.

---

<sup>15</sup> Enquête sur la population active 2009-2012 et Observatoire de la santé mondiale (OMS), mis à jour le 20 novembre 2015.

Quant aux payants directs, ils correspondent surtout aux patients issus de la population qui n'a aucune couverture sociale et qui est estimée à 11 millions d'habitants. Parfois, certains RAMEDistes recourent eux aussi au secteur privé de soins pour satisfaire des besoins spécifiques et/ou en l'absence de disponibilités au sein des établissements publics.

Les usagers des services de santé peuvent être représentés par des organisations de la société civile avec une mission générale comme les associations de protection des consommateurs ou celles de défense du droit à la santé ; ou avec une mission plus spécifique liée à un type de maladie, comme les associations des malades diabétiques, des malades insuffisants rénaux terminaux, des malades cancéreux, etc. Ces associations défendent l'intérêt des usagers dans les secteurs public et privé.

S'agissant des facteurs déterminants de la demande de soins, en dehors de la morbidité, ils ne sont naturellement pas différents de ceux qui conditionnent toute consommation. Étant en période de transition épidémiologique, la morbidité au Maroc est dominée par les pathologies cardio-vasculaires, respiratoires, néoplasiques et traumatiques.

En ce qui concerne les facteurs économiques, il est possible d'avancer que la demande augmente avec le revenu et que des prix abordables sont un facteur de consommation médicale, surtout en absence d'une couverture médicale.

Les facteurs psychosociologiques exercent également une influence. En effet, la consommation des soins de santé fluctue dépendamment de la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'instruction est un facteur d'influence sur la demande de santé.

Enfin, quel que soit l'âge et/ou le sexe, un mode de vie induisant un comportement à risque est aussi un moyen de stimulation de la demande de soins, qui génère des besoins de santé nouveaux, à l'instar de l'apparition relativement récente au Maroc de pathologies liées à l'obésité et la demande de soins en découlant.

### **1. La consommation de soins et de biens médicaux auprès des cliniques privées et des établissements assimilés**

La consommation médicale est définie comme la consommation de biens et services visant à la prévention, au diagnostic et au traitement des affections pathologiques<sup>16</sup>.

Les cliniques privées et établissements assimilés représentent le premier prestataire le plus important de soins au Maroc, avec 24% des dépenses, dont 17,97% pour les cliniques privées et 0,97% pour les cliniques mutualistes et CNSS.

---

<sup>16</sup> Institut national de la statistique et des études économiques : INSEE.

Tableau n° 13 : Dépenses courantes de santé par type de prestataire

Prestataire	Dépenses courantes de santé (milliers DH)	%
Hôpitaux publics (y compris les CHU)	8 970 558,97	15,18
Établissements de soins de santé primaires	4 012 179,43	6,79
Prestataires de soins préventifs	663 595,57	1,12
<b>Sous-total prestataires publics</b>	<b>13 646 333,97</b>	<b>23,09</b>
Cliniques privées	10 621 312,04	17,97
Cliniques mutualistes et CNSS	574 248,05	0,97
Centres de dialyse	545 069,23	0,92
Cabinets médicaux	5 730 009,30	9,70
Cabinets dentaires	2 791 582,65	4,72
Laboratoires et centres de radiologie	7 135 059,88	12,07
Soins à l'étranger	24 953,18	0,04
Pharmacies et fournisseurs de biens médicaux	13 836 892,89	23,41
<b>Sous-total prestataires privés</b>	<b>41 259 127,22</b>	<b>69,80</b>
Prestataires de services administratifs	2 938 618,23	4,97
Autres	1 262 383,09	2,13
<b>Total général (dépenses courantes de santé)</b>	<b>59 106 462,51</b>	<b>100,00</b>

Source : CNS (2018)

Selon les CNS (2018), les paiements effectués par les organismes d'assurance maladie aux prestataires de soins dans le cadre du tiers payant, s'élevaient à près de 7,2 milliards de dirhams en 2018 contre 4,3 milliards de dirhams en 2013, soit une augmentation de 68,3%.

Les cliniques privées à but lucratif ou non lucratif accaparent l'essentiel de ces paiements, avec une part qui s'établit à 61,4% des paiements de l'AMO en tiers payant (58% pour les cliniques privées et 3,6% pour les cliniques mutualistes et CNSS) contre 8,4% pour les hôpitaux (y compris les CHU), même si elles ne représentent que 33,6% de l'offre hospitalière nationale. Les cliniques privées représentent également 17,9% des dépenses directes des ménages qui sont des dépenses OOP (out of Pocket) et non remboursables, contre 6,9% pour les hôpitaux publics (y compris les CHU).

Selon les données de l'ANAM, les prestataires du secteur privé continuent à drainer la plus grande part des dépenses des organismes d'AMO effectuées en mode tiers payant. Ces dernières s'élèvent à 89,2% chez les assurés de la CNOPS et à 93,7% chez les assurés de la CNSS.

S'agissant des dossiers remboursés dans le cadre du tiers payant, la part restant à la charge des assurés est de 16,4% et 5,4%, respectivement pour les secteurs privé et public.

## 2. Les dépenses et le solde du régime de sécurité sociale dans les cliniques privées

Les derniers comptes nationaux de la santé (CNS, 2018) montrent que sur une période de 20 ans, les dépenses totales de santé (DTS) ont augmenté plus de quatre fois en passant de 15 milliards de dirhams en 1998 à 60,9 milliards de dirhams en 2018. La dépense courante de santé y constitue 97% (59,1 milliards de dirhams) contre 3% d'investissement en capital.

La dépense totale de santé par habitant a connu la même évolution que les DTS et a atteint 1730 de dirhams en 2018. Mais elle demeure faible, comparativement à d'autres pays puisqu'elle ne représente que 489 \$ international per capita contre 1171 en Turquie, 912 en Tunisie et 614 en Égypte. Par ailleurs, la part du PIB consacrée à la santé s'inscrit dans une tendance baissière, s'établissant à 5,5% en 2018 contre 5,8% en 2013 et 6,2% en 2010. Ceci indique que le financement de la santé ne bénéficie pas du rythme de la croissance économique que connaît le Maroc.

Tableau n° 14 : Niveau des dépenses de la santé au Maroc en comparaison avec quelques pays<sup>17</sup>

Pays	PIB par habitant (dollar international <sup>18</sup> )	Dépense de santé par habitant (dollar international)	Dépense de santé par rapport au PIB (%)	Paiements directs des ménages (%)
Turquie	28 545	1 171	4,1	17,5
Égypte	11 366	614	4,9	62,3
<b>Maroc (*)</b>	<b>7 438</b>	<b>489</b>	<b>5,5</b>	<b>45,6</b>
Iran	13 472	1 691	8,7	35,8
Liban	15 612	1 086	8,3	33,2
Algérie	11 642	963	6,2	32,6
Jordanie	10 023	738	7,8	33,2
Tunisie	11 764	912	7,3	38,9
France	45 561	5250	11,3	9,2
USA	61 498	10 624	16,9	10,8

Source : Ministère de la santé, CNS, 2018

Outre son insuffisance, le financement de la santé au Maroc souffre de l'importance du poids relatif du financement par les ménages qui constitue toujours la première source de financement de la santé au Maroc. En 2018, la contribution directe des ménages représentait 45,6% des DTS contre 50,7% en 2013, soit une baisse de près de 5 points. Malgré son repli, cette part demeure encore très élevée par rapport à des pays

17 Sources : OMS et Groupe de la Banque mondiale.

18 (\*) : Les données sur les dépenses de santé au Maroc correspondent aux résultats des CNS-2018.



comparables et au regard du risque d'exposition aux dépenses d'appauvrissement et aux dépenses de santé catastrophiques situées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) au seuil de 20%.

Après les ménages, l'AMO représente le deuxième financeur de la santé au Maroc, avec une part de 29,3% des dépenses totales de santé (17,9 milliards de dirhams), en progression de 6,9 points par rapport à 2013. Quant à la part de la contribution de l'État dans le financement de la santé à travers les ressources fiscales, elle reste quasiment inchangée autour de 24-25% depuis les premiers comptes nationaux de la santé de 1998.

Bien qu'elle ne représente que 29,3% du financement de la santé, l'AMO couvre 40,6% de la population marocaine (estimée à 35,2 millions d'habitants), soit 14,3 millions de bénéficiaires contre 13,1 millions en 2013. L'effectif des adhérents à la CNOPS, à la CNSS, aux Caisses internes et mutuelles et aux entreprises d'assurance privée est de l'ordre de 6,02 millions de personnes, soit 51% de la population active occupée âgée de plus de 15 ans.

### **C. Parts de marché et indice de concentration**

#### **1. Analyse de la structure économique du secteur des cliniques privées et établissements assimilés et évolution du tissu économique**

Pour analyser la structure économique des cliniques privées et établissements assimilés, il est nécessaire de disposer d'indicateurs pertinents et fiables permettant de conduire une analyse détaillée par région, taille de clinique, spécialité, etc. Parmi les indicateurs retenus figurent les indicateurs financiers, ainsi que les indicateurs relatifs à la durée moyenne de séjour (DMS), au taux d'encadrement, à la qualité des soins et à la satisfaction des patients. Ces indicateurs ne sont toutefois pas publiés par les cliniques et établissements assimilés au Maroc.

La loi n° 34.09 a annoncé en 2011 la mise en place d'un système national d'information sanitaire à travers son article 17 qui stipule que :

*« Il sera institué un système national d'information sanitaire qui collecte, traite et exploite les informations essentielles relatives aux établissements de santé publics et privés, à leurs activités, à leurs ressources et à l'évaluation de la dimension et de la qualité des soins. La collecte des données nécessaires au système national d'information sanitaire et leur exploitation devront s'effectuer dans le respect de la législation relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel ».*

Toutefois, aucun dispositif n'a été mis en place dans ce sens et les données d'activité des CPEA restent méconnues, rendant ardue l'évaluation de leur niveau d'exploitation. *A contrario*, s'agissant des EA, notamment les centres d'oncologie et les centres d'hémodialyse du secteur privé, leurs données sont communiquées au ministère de la santé dans le cadre de partenariats qui existent respectivement avec la fondation lala Salma et l'association des néphrologues du Maroc.



## 2. Analyse du chiffre d'affaires des cliniques privées et établissements assimilés

Les données comptables employées sont issues des états de synthèse des cliniques et établissements assimilés, tels que publiés et déclarés à l'administration compétente<sup>19</sup>.

### i. Panel des CP déclarant les chiffres d'affaires les plus importants

Tableau n° 15 : Classement des dix CP présentant les chiffres d'affaires déclarés les plus élevés<sup>20</sup>

Classement	Structure	Ville	CA déclaré (en Dhs)
1	Clinique Jerrada-Oasis (100 lits)	Casablanca	122 188 871
2	Centre International d'Oncologie	Casablanca	100 442 647
3	Clinique Ain Borja (100 lits)	Casablanca	66 132 077
4	Polyclinique internationale Riad Annakhil (68 lits)	Rabat	62 810 529
5	Clinique l'aéroport (38 lits)	Marrakech	61 545 747
6	Polyclinique les Narcisses Internationale (50 lits)	Marrakech	60 352 358
7	Clinique Cheikh Maelainine (21 lits)	Agadir	55 924 381
8	Clinique Dar Essalam (100 lits)	Casablanca	47 113 119
9	Clinique Ville Verte (136 lits)	Casablanca	39 689 331
10	Clinique Ghandi (47 lits)	Casablanca	31 969 358
<b>Total</b>			<b>648 168 417</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Les trois premières cliniques privées, en termes de chiffre d'affaires, appartiennent au groupe Akdital. Le chiffre d'affaires de la première CP est deux fois plus important que celui de la quatrième CP (sachant que la deuxième et la troisième appartiennent au même groupe), et quatre fois plus important que celui de la 10<sup>ème</sup> CP.

6 des 10 principales cliniques sont à Casablanca et leurs chiffres d'affaires déclarés dépassent les 400 millions de dirhams.

Selon ces données, il semble ne pas y avoir de corrélation entre la taille de la clinique et son chiffre d'affaires : Clinique Cheikh Maelanaine (Agadir) de 21 lits se trouve au 7<sup>ème</sup> rang des 10 CP ayant déclaré les plus grands CA ; de même la clinique Ville verte (Casablanca) qui a la plus grande taille de ces 10 cliniques (136 lits), se trouve au 9<sup>ème</sup> rang.

Le coefficient de corrélation linéaire entre le CA et la taille de la clinique (mesurée par le nombre de lits) est de 0,53. Le résultat n'est statistiquement pas significatif et ne permet pas de déduire de lien entre ces deux grandeurs.

<sup>19</sup> La véracité des données contenues dans les états de synthèse est de la responsabilité des entités les ayant publiées.

<sup>20</sup> Ce classement n'intègre que les cliniques pour lesquelles nous disposons de données comptables.

### ii. Analyse des CA déclarés selon la taille des CP

En 2019, le total des chiffres d'affaires déclarés pour les 83 cliniques disposant d'informations sur le CA et la taille s'établit à 1 171 555 004 dirhams. Celui-ci se décompose, en fonction des 3 catégories de cliniques précédemment retenues, comme suit :

Tableau n° 16 : Chiffres d'affaires déclarés selon la taille des CPEA en 2019

	Taille des cliniques			Total
	CI A (100 lits et plus)	CI B (De 31 à 99 lits)	CI C (30 lits et moins)	
Nb de cliniques analysées	5	23	55	83
CA déclarés (Dirhams)	294 307 620	499 490 385	377 757 049	1 171 555 004
Parts	25,1 %	42,6%	32,2 %	100 %

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Le chiffre d'affaires global déclaré provient à 42,6 % des cliniques de taille moyenne, ayant une capacité litière comprise entre 31 et 100 lits, pour un montant déclaré de près de 500 millions de dirhams. Pour leur part, les cliniques de plus grande taille (CI A) ne contribuent qu'à hauteur de 25% au chiffre d'affaires global.

Ce résultat est cependant à nuancer, étant donné que la catégorie CI A n'intègre pas les chiffres d'affaires des deux fondations FCZ et FCK, ni ceux des cliniques établies sous forme de sociétés civiles professionnelles (SCP).

### iii. Analyse des CA déclarés des CP selon les régions

Concernant la répartition géographique, 67,6% des CA déclarés proviennent des CP situées dans l'axe Casablanca-Rabat-Kénitra (2 régions) qui regroupe 60% de l'offre en lits des cliniques ayant déclarés leurs CA. Le tiers restant des CA déclarés provient de l'ensemble des autres régions.

Tableau n° 17 : Répartition des CA déclarés selon les régions en 2019

	CA déclarés	% dans les CA déclarés	% dans l'offre de lits
Région Casa-Settat	640 613 589	54,7%	41%
Région Rabat-Salé-Kénitra	150 695 287	12,9%	18,8%
Autres régions	380 246 127	32,5%	40,2%
Total	1 171 555 004	100%	100%

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

- **Analyse des chiffres d'affaires déclarés par les Etablissements Assimilés**

- **Centres d'hémodialyse**

Les 10 plus grands centres d'hémodialyse offrent 25% de la capacité totale nationale. Contrairement aux cliniques, leur répartition géographique sur le territoire national ressort comme étant globalement plus homogène.

- **Analyse selon le nombre de générateurs de dialyse**

Tableau n° 18 : Les dix premiers centres d'hémodialyse selon le nombre de générateurs

Classement	Structure	Ville	Nb de générateurs
1	Centre d'hémodialyse de Meknès	Meknès	70
2	Centre d'hémodialyse de Marrakech	Marrakech	52
3	Centre d'hémodialyse El Hakim	Fès	52
4	Centre d'hémodialyse de Khouribga	Khouribga	40
5	Centre d'hémodialyse El Hakim	Oujda	40
6	Centre d'hémodialyse Al Nour	Tétouan	40
7	Centre d'hémodialyse Noor	Témara	37
8	Centre d'hémodialyse Rabat-Zaers	Rabat	35
9	Centre d'hémodialyse Al Andalous	Inzegane	34
10	Centre d'hémodialyse 2 Mars	Casablanca	30
<b>Total</b>			<b>430</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

- **Analyse des centres d'hémodialyse selon le CA déclaré**

Tableau n° 19 : Les dix premiers centres d'hémodialyse selon le chiffre d'affaires déclaré

Classement	Structure	Ville	CA (en Dhs)
1	Centre de néphrologie et d'hémodialyse Atlas	Marrakech	34 650 861
2	Centre d'hémodialyse Ibn Tofail	Rabat	26 226 300
3	Centre hémodialyse Taza	Taza	24 156 330
4	Centre d'hémodialyse Targa	Marrakech	23 998 164
5	Centre de néphrologie hémodialyse de Meknès	Meknès	23 757 857
6	Centre de néphrologie et dialyse la palmeraie de Marrakech	Marrakech	19 561 885
7	Centre d'hémodialyse Nakhil	Meknès	17 893 941
8	Centre d'hémodialyse d'Agadir	Agadir	17 331 717
9	Centre d'hémodialyse Essalam	Salé	15 780 015
10	Centre d'hémodialyse 2 mars	Casablanca	15 462 593
<b>Total</b>			<b>218 819 663</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Le chiffre d'affaires du premier centre d'hémodialyse est deux fois plus important que celui du 8<sup>ème</sup> centre et un seul centre parmi les 10 premiers en termes de chiffres d'affaires déclarés est situé à Casablanca contre trois à Marrakech et deux à Meknès. La taille (peu de générateurs) des centres d'hémodialyse, leurs nombres (nombre important donc effrètement) et l'existence d'ONG qui « amputent » le marché peuvent expliquer la position de Casablanca.

#### - Centres de radiologie

Tableau n° 20 : Les dix premiers centres de radiologie selon le chiffre d'affaires déclaré

Classement	Structure	Ville	CA (en Dhs)
1	Radiologie Abou Madi	Casablanca	32 047 848
2	Casa radiologie	Casablanca	14 969 532
3	Radiologie Firdaous	Kénitra	12 712 970
4	Invest radiologie	Marrakech	11 410 139
5	Radiologie 2 mars Souna	Casablanca	9 655 660
6	Ste radiologie quartier des hôpitaux	Casablanca	6 550 857
7	Radiologie Khouribga Bennis et Cie	Khouribga	5 729 138
8	Radiologie Fath	Rabat	5 499 220
9	Cabinet de radiologie de la tour Hassan	Rabat	5 024 232
10	Radiologie Derb Ghallef	Casablanca	2 803 315
<b>Total</b>			<b>106 402 910</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Les centres de radiologie de Casablanca affichent un chiffre d'affaires déclaré dépassant les 66 millions de dirhams en 2019.

#### iv. Analyse des CA des centres d'hémodialyse et des centres de radiologie selon la région

Les centres de radiologie sont fortement concentrés dans l'axe Casablanca-Rabat-Kénitra et les chiffres d'affaires déclarés dans ces deux régions représentent plus de 80% du CA national déclaré en 2019.

Tableau n° 21 : Chiffres d'affaires déclarés des centres d'hémodialyse et de radiologie selon les régions

Région en 2019	Centres Hémodialyse		Centres de Radiologie	
	CA (en Dhs)	%	CA (en Dhs)	%
Région Casablanca-Settat	119 087 754	27,4%	70 244 422	53,2%
Région Rabat-Salé-Kénitra	116 878 449	26,9%	35 583 212	27%
Autres régions	198 954 851	45,7%	26 176 946	19,8%
<b>Total</b>	<b>434 921 053</b>	<b>100,0%</b>	<b>132 004 580</b>	<b>100%</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence

Contrairement aux cliniques et aux centres de radiologie, les chiffres d'affaires déclarés en 2019 des centres d'hémodialyse sont répartis de manière plus homogène, avec toutefois une certaine prédominance des régions Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kenitra, avec plus de 54% des CA des centres d'hémodialyse déclarés au niveau national.

### 3. Analyse selon les principaux indicateurs financiers

#### i. Indicateurs financiers par catégorie de CPEA

Les principaux indicateurs agrégés déclarés en 2019, par les EA et par catégorie de cliniques, sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau n° 22 : Répartition des catégories de CP selon les charges et les résultats en 2019

	Taille Clinique			
	CI A	CI B	CI C	Total Cliniques
Nb d'établissements	5	23	55	83
Nb de lits	536	1150	999	2 685
Nb établissement CA > 0	5	21	49	75
Nb de lits	536	1029	884	2 449
CA	294 307 620	499 490 335	377 757 049	1 171 555 004
Parts	25,1%	42,6%	32,2%	100%
Charges Exploitation	304 274 326	496 951 385	344 133 492	1 145 359 203
dont Charges Personnel	84 930 695	116 332 447	89 738 747	291 001 889
Achats consommés & matériels	123 823 221	195 058 879	105 310 200	424 192 300
RE	-8 398 629	-4 315 928	30 150 280	17 435 723
RN avant impôts	-10 137 764	-9 734 262	24 051 813	4 179 787
RN	-14 815 773	-20 382 502	14 185 425	-21 012 850
EBE	15 139 960	24 347 944	37 872 023	77 359 927
	5,1%	4,9%	10,0%	6,6%
CAF	3 843 181	5 695 017	29 055 865	38 594 063

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Les charges d'exploitation globales déclarées par les cliniques -toutes tailles confondues- représentent un montant total de 1,14 milliards de dirhams, soit près de 98% du chiffre d'affaires. Le ratio « charges d'exploitation / chiffre d'affaires » est très élevé pour les 3 catégories de cliniques retenues. Il atteint presque 100% pour les cliniques de catégorie CI B et 91% pour celles de catégories CI C. Quant aux cliniques

de catégorie CI A, les charges d'exploitation sont supérieures au chiffre d'affaires (ratio de 103,4%), générant ainsi un résultat net négatif de -14,8 millions de dirhams. Celui-ci s'explique par la situation particulière de la clinique verte en 2019 où les charges d'exploitation ont dépassé les 65 millions de dirhams. Ces valeurs anormalement élevées du ratio « charges d'exploitation / chiffre d'affaires » représentent une certaine incohérence dans les comptes déclarés. Cette situation peut s'expliquer par une surestimation des charges d'exploitation ou une sous-estimation des chiffres d'affaires déclarés par les cliniques.

Le principal poste des charges est celui des achats consommés et matériels, qui inclut notamment la pharmacie et les dispositifs médicaux. Ce poste représente près de 40% de l'ensemble des charges des cliniques CI A et CI B et 31% des cliniques CI C. Les charges du personnel représentent 25,4% du total des charges. Ce ratio est stable dans le temps et pratiquement identique indépendamment de la taille de la clinique. Les charges du personnel n'incluent pas la rémunération et les honoraires des médecins. Celles-ci représentent habituellement entre 20 à 35% des charges d'exploitation totales selon la taille et la spécialité de la clinique.

Le résultat d'exploitation (REX) global déclaré est négatif pour les catégories CI A et CI B et représente respectivement -3% et -1 % du chiffre d'affaires, alors qu'il est positif pour les cliniques de catégories CI C et de l'ordre de 8% du CA déclaré. Ces faibles valeurs du REX sont une conséquence des valeurs anormalement élevées du ratio « charges d'exploitation/chiffre d'affaires ».

Les résultats nets des cliniques CI A et CI B sont négatifs, tandis que ceux des cliniques CI C totalisent 14,2 millions de dirhams (pour 49 cliniques retenues dans l'analyse), soit un taux de rentabilité (résultat net / chiffre d'affaires) de 3,8%. Ce taux de rentabilité est également très faible et s'explique par les faibles chiffres d'affaires déclarés comparativement aux charges d'exploitation. L'excédent brut d'exploitation (EBE) mesure la rentabilité de l'activité économique des cliniques. Les montants des EBE sont positifs pour les 3 catégories de cliniques, avec respectivement 14,1 ; 24,3 et 37,9 millions de dirhams, soit des taux de marge brute d'exploitation (EBE/CA) respectifs de 5% pour les catégories de cliniques CI A et CI B et 10% pour les cliniques de type CI C.

Ces taux sont anormalement faibles et trouvent certainement leur explication dans la sous-estimation des chiffres d'affaires évoquée ci-dessus. Les montants des capacités d'autofinancement, permettant aux cliniques de financer leur développement sont relativement faibles pour les 3 types de cliniques (en moyenne 0,7 million de dirhams par clinique CI A, 0,27 million de dirhams par clinique CI B et 0,6 million de dirhams par clinique CI C). Ces montants sont anormalement bas et ne sont pas en cohérence avec les investissements de remplacement et de développement réalisés par les cliniques.

S'agissant des centres d'hémodialyse, le chiffre d'affaires déclaré s'établit à 435 millions de dirhams pour des charges d'exploitation de 351 millions de dirhams, soit un ratio « charges d'exploitation / chiffre d'affaires » de 81%. Il convient de noter que 85% des charges des centres d'hémodialyse proviennent du poste « achats consommés et matériels », qui représente les deux tiers de l'ensemble des charges, et celui afférent aux « charges du personnel » qui représente 18% du total des charges.

Le résultat d'exploitation (REX) global déclaré est de 68 millions de dirhams, représentant 16% du chiffre d'affaires déclaré. Les résultats nets des centres de dialyse totalisent pour leur part 57 millions de dirhams, soit un taux de rentabilité (résultat net / chiffre d'affaires) de 10,7%.

L'excédent brut d'exploitation (EBE) est de 75,2 millions de dirhams, soit un taux de marge brute d'exploitation (EBE/CA) de 17,3%, alors que les montants des capacités d'autofinancement, permettant aux centres de dialyse de financer leur développement totalisent 55,5 millions de dirhams (soit une moyenne de 1,3 million de dirhams par centre).

S'agissant des centres de radiologie, le chiffre d'affaires déclaré s'établit à 132 millions de dirhams pour des charges d'exploitation de 110 millions de dirhams, soit un ratio « charges d'exploitation/chiffre d'affaires » de 83%. Le poste « achats consommés et matériels » représente 18% de l'ensemble des charges, et celui du « charges du personnel » 20% du total des charges.

Le résultat d'exploitation (REX) global déclaré est de 19,6 millions de dirhams, représentant 15% du chiffre d'affaires déclaré. Quant aux résultats nets des centres de radiologie, ils totalisent 10,8 millions de dirhams, soit un taux de rentabilité (résultat net / chiffre d'affaires) de 8,14%. L'excédent brut d'exploitation (EBE) est de 23,1 millions de dirhams, avec un taux de marge brute d'exploitation (EBE/CA) de 17,5%, alors que les montants des capacités d'autofinancement, permettant aux centres de radiologie de financer leur développement totalisent 15,7 millions de dirhams (en moyenne 0,58 million de dirhams par centre).

Tableau n° 23 : Répartition des EA selon les charges et les résultats en 2019

	Centres de Radiologie	Centres d'Hémodialyse
Nb d'établissements	39	51
Nb de générateurs (places)	NA	524
Nb établissement CA > 0	27	44
Nb de générateurs (places)	NA	424
CA	132 004 580	434 921 053
Charges Exploitation	109 831 886	351 408 626
Dont Charges Personnel	21 595 417	65 274 368
Achats consommés & matériels	19 383 889	230 019 104
RE	19 576 214	67 565 214
	15%	16%
RN avant impôts	18 227 798	64 715 242
RN	10 741 910	46 799 483
EBE	23 131 778	75 216 373
	17,5%	17,3%
CAF	15 708 488	55 536 451

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Les charges de personnel rapportées au chiffre d'affaires sont plus importantes dans la catégorie CI A puisqu'elles représentent 29%, alors qu'elles ne sont que de 23 et 24% respectivement pour les catégories CI B et CI C. Il en est de même pour le poste des achats consommés, matériels et fournitures, qui représente plus de 42% du chiffre d'affaires des CI A et 39% des CI B, alors qu'il n'est que de 28% pour la catégorie CI C. Cela laisse supposer que compte tenu de la taille des établissements, les cliniques CI A et CI B ont relativement plus de charges (en se basant sur leur CA déclaré). Cependant, cette conclusion est biaisée si le chiffre d'affaires réel est bien plus important que celui déclaré.

Tableau n° 24 : Répartition des CPEA selon les charges par lit et par chiffre d'affaires en 2019

	Cliniques			Centre Radiologie	Centre Hémodialyse
	CI A	CI B	CI C		
Charges Personnel / CA	29%	23%	24%	16%	15%
Achats consommés & matériels/CA	42%	39%	28%	15%	53%
Charges Personnel / lit ou place	158 453	113 054	101 514	NA	153 949

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Pour ce qui est des centres de radiologie et d'hémodialyse, les charges du personnel représentent respectivement 16% et 15% du chiffre d'affaires, alors que les achats consommés et matériels représentent respectivement 15% et 53%.

## ii. Analyse des indicateurs financiers par lit ou générateur

### - Pour les CP

Le chiffre d'affaires moyen déclaré annuel/lit des CP est de l'ordre de 0,49 million de dirhams en 2019. Celui de la catégorie CI A est de 0,55 million de dirhams, de la catégorie CI B de 0,49 million de dirhams et de la catégorie CI C de 0,43 million de dirhams. Plus la taille de la CP (lits) est importante, plus le CA / lit est élevé.

Tableau n° 25 : Répartition des résultats d'exploitation et du résultat net par lit selon la taille des CP en 2019

\* cliniques ayant déclarés un CA>0

	Taille cliniques			
	CI A	CI B	CI C	Total
Nb lits *	536	1029	884	2449
CA Annuel / lit	549 081	485 413	427 327	487 274
Charges d'exploitation /lit	567 676	482 946	389 291	479 971
REX/lit	-15 669	-4 194	34 107	4 748
RN/lit	-27 641	-19 808	16 047	-10 468

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021



Ces chiffres d'affaires déclarés pour les trois catégories de cliniques CI A, CI B et CI C semblent faibles, voire largement sous-estimés.

Tableau n° 26 : Indicateurs financiers par lit selon les régions en 2019

	CA /lit	CEX / lit	REX /lit
Région Casablanca-Settat	593 710	596 430	6 037
Région Rabat-Salé-Kénitra	331 198	375 274	-43 837
Autres régions	411 968	358 680	33 442
<b>Total</b>	<b>476 823</b>	<b>466 162</b>	<b>7 096</b>

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

*- Pour les centres d'hémodialyse*

L'analyse des chiffres d'affaires par générateur (ou par place) des centres d'hémodialyse en 2019 donne un CA moyen annuel/générateur de 1,03 million de dirhams pour des charges d'exploitation de l'ordre de 0,8 million de dirhams et un résultat d'exploitation annuel/générateur de 160000 dirhams.

Tableau n° 27 : Répartition des résultats par générateur des centres d'hémodialyse en 2019

	Centres d'hémodialyse
CA annuel/générateur	1 025 757
Charges d'exploitation/générateur	828 794
REX/générateur	159 352
RN/générateur	110 376

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

Le CA annuel déclaré par générateur dans les régions de Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra est inférieur à celui des autres régions du Royaume. Les charges d'exploitation annuelles déclarées/générateur sont également plus faibles, mais le résultat d'exploitation annuel par générateur est du même ordre dans les différentes régions du Royaume.

Tableau n° 28 : Répartition des résultats financiers par générateur des centres d'hémodialyse selon la région en 2019

	CA déclaré/ générateur	Charges exploitation/ générateur	REX /générateur
Région Casa-Settat	902 180	727 732	174 448
Région Rabat-Salé-Kénitra	1 034 323	870 900	163 423
Autres régions	1 111 480	925 672	184 474

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

### iii. Évolution des indicateurs financiers des CPEA

#### - Cliniques privées

L'analyse de l'évolution des principaux indicateurs financiers, sur la période [2015, 2019], permet de relever les observations suivantes :

Tableau n° 29 : Évolution des indicateurs financiers des CP (1) en 2019

Cliniques (en dhs)	2015	2016	2017	2018	2019
Chiffre d'Affaires	412 221 597	612 932 143	775 283 543	1 034 246 663	1 171 555 004
Variation du CA		49%	26%	33%	13%
Charges d'Exploitation	381 490 514	589 681 654	750 324 937	1 002 102 162	1 145 359 203
Variation de la CE		55%	27%	34%	14%
REX	31 827 611	30 300 071	31 950 054	43 152 142	17 435 723
Variation du REX		-5%	5%	35%	-60%
RN	9 008 366	5 722 233	3 552 580	-7 385 348	-21 012 850
Variation du RN		-36%	-38%	-308%	185%

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

- Le chiffre d'affaires déclaré des cliniques s'est inscrit en hausse, avec un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 30%, passant de 412 millions de dirhams en 2015 à 1,17 milliard de dirhams en 2019. Ceci s'explique d'une part par l'augmentation du nombre de cliniques privées entre 2015 et 2019 et par l'entrée sur le marché de cliniques privées de la catégorie A (plus de 100 lits). Cependant, cette augmentation est à relativiser comme le montre l'évolution du CA/lit sur la période qui a un TCAM de 7,5%, passant de 358000 dirhams en 2015 à 478000 dirhams en 2019.
- Le montant des charges d'exploitation globales a également augmenté sur la même période passant de 381 millions de dirhams à 1,15 milliard de dirhams, pour les mêmes raisons précitées, avec un TCAM de 32.5%. Quand ces charges sont ramenées au nombre de lits, la charge d'exploitation/lit a augmenté à un TCAM de 4,3% (plus faible que celui du CA/lit).
- Concernant l'évolution des résultats d'exploitation, elle n'est pas stable à travers le temps. Les ratios « charges du personnel/CA » et « achats consommés et matériels/CA » sont stables dans le temps et se situent respectivement autour de 24% et 32%. Quant au ratio « charges personnel/lit », il est passé de 79000 dirhams en 2015 à 119000 dirhams en 2019, soit un TCAM de 10,6%. Cette évolution semble normale au regard du nombre de cliniques ayant été créées pendant cette période. Ce ratio pourrait se voir stabilisé, voire optimisé, par les cliniques à terme.
- L'évolution des taux de marge brute d'exploitation (EBE/CA) sur la période [2015,2019] s'est inscrit en baisse, passant de 12,42% en 2015 à 6,60%. Ce constat semble contrintuitif pour un secteur en développement. L'explication de ces taux anormalement faibles se trouve certainement dans la sous-estimation des chiffres d'affaires déclarés. Quant à l'évolution des indicateurs financiers par lit, elle connaît des variations instables.

Tableau n° 29 bis : Évolution des indicateurs financiers des CP (2) en 2019

Indicateurs financiers	2015	2016	2017	2018	2019
Charges Personnel/CA	22%	24%	23%	22%	25%
Achats consommés & matériels/CA	29,1%	31%	32%	30%	36%
EBE/CA	12,42%	9,28%	9,05%	10,36%	6,60%
RN/CA	2,2%	0,9%	0,5%	-0,7%	-1,8%
Charges Personnel/lit	79 335	103 279	99 791	92 435	118 825
CA/lit	357 831	437 809	427 861	420 084	478 381
Charges d'exploitation/lit	331 155	421 201	414 087	407 028	467 684
REX/lit	27 628	21 643	17 632	17 527	7 120
RN/lit	7 820	4 087	1 961	-3 000	-8 580

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

#### - Centres de radiologie

Le CA a évolué avec un taux de croissance annuel moyen de 26% sur la période [2015,2019], passant de 51,8 millions de dirhams pour 9 centres de radiologie en 2015 à 132 millions de dirhams pour 27 centres en 2019. Le ratio EBE/CA se situe à 11,3% en 2015 et atteint 17,5% en 2019. Les résultats nets consolidés des centres de radiologie sont systématiquement positifs et en croissance régulière, avec un ratio « RN/CA » moyen de 8%.

Tableau n° 30 : Évolution des indicateurs financiers des centres de radiologie

Centres de Radiologie	2015	2016	2017	2018	2019
Chiffres d'Affaires	51 861 750	69 817 731	139 902 469	139 106 802	132 004 580
		35%	100%	-1%	-5%
Charges d'Exploitation	39 633 999	65 441 032	125 452 938	119 691 782	109 831 886
		65%	92%	-5%	-8%
REX	12 227 751	4 376 699	14 453 131	11 990 554	19 576 214
		-64%	230%	-17%	63%
RN	6 967 761	687 159	6 116 837	13 117 530	10 741 910
		-90%	790%	114%	-18%
EBE/CA	11,3%	16,2%	13,8%	15,2%	17,5%
RN/CA	13,4%	1,0%	4,4%	9,4%	8,1%

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence

#### - Centres d'hémodialyse

Ils ont vu leur chiffre d'affaires global déclaré ainsi que leurs charges d'exploitation multipliés par 4,4 fois en 4 ans. Par ailleurs, le résultat d'exploitation global est en nette augmentation avec un TCAM de 34% sur la période, tandis que le résultat net global déclaré

a été multiplié par 6. Cela s'explique à la fois par l'augmentation du nombre de centres d'hémodialyse et par l'augmentation du CA/générateur. Sur la période [2015,2019], le ratio EBE/CA moyen est de 19%, mettant en avant la rentabilité économique de cette activité. Les résultats nets consolidés des centres d'hémodialyse sont positifs sur la période et en croissance régulière, avec un ratio « RN/CA » moyen de 9%.

Tableau n° 31 : Évolution des indicateurs financiers des centres d'hémodialyse en 2019

Centres Hémodialyse	2015	2016	2017	2018	2019
Chiffres d'Affaires	108 668 571	128 913 983	307 348 447	362 856 736	434 921 053
		19%	138%	18%	20%
Charges d'Exploitation	87 500 738	109 784 909	261 482 680	302 763 516	351 408 626
		25%	138%	16%	16%
REX	21 175 633	19 189 074	45 816 803	54 265 288	67 565 214
		-9%	139%	18%	25%
RN	7 268 901	12 203 309	24 996 995	30 354 684	46 799 483
		68%	105%	21%	54%
EBE/CA	22,5%	17,8%	19,4%	17,1%	17,3%
RN/CA	6,7%	9,5%	8,1%	10,0%	10,8%

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2019

L'analyse par générateur montre :

- Un CA/générateur en constante augmentation, passant de 700000 dirhams/an en 2015 à 1 million de dirhams en 2019;
- Un résultat net/générateur qui est passé de 47000 dirhams/an en 2015 à 110000 dirhams en 2019, soit une très nette amélioration de la rentabilité/générateur pendant la période.

Tableau n° 32 : Évolution des indicateurs financiers des centres d'hémodialyse par générateur en 2019

Centres Hémodialyse	2015	2016	2017	2018	2019
CA/générateur	696 593	449 178	608 611	839 946	1 025 757
		-36%	35%	38%	22%
Charges d'exploitation/ générateur	560 902	382 526	517 787	700 841	828 794
		-32%	35%	35%	18%
REX/générateur	135 741	66 861	90 726	125 614	159 352
		-51%	36%	38%	27%
RN/générateur	46 596	42 520	49 499	70 265	110 376
		-9%	16%	42%	57%

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

#### 4. Indices de concentration selon la classe de capacité litière et les régions

Un marché est considéré concentré lorsque l'indice de Herfindahl-Hirschmann (IHH) > 2000. De même lorsque le ratio de concentration CR4 > 50, cela témoigne d'une concentration modérée. Quant à l'indice de rivalité (RIV), plus il est proche de 1 plus les cliniques subissent une concurrence importante et vice-versa.

##### i. Indices de concentration selon les catégories de taille des CP

Les indices de concentration calculés selon les classes de capacité litière montrent une absence de concentration liée à la taille des CP.

Tableau n° 33 : Indices de concentration selon la classe de capacité litière

Classe de capacité litière	Parts de marché	IHH	CR4	RIV
CI A	25 %	652	34	0,19
CI B	47 %	78	3,2	0,47
CI C	27 %	50	3	0,26
Toutes classes confondues	100 %	781	34	0,92

Source : Conseil de la concurrence

##### ii. Indices de concentration selon les régions

L'analyse des indices de concentration selon les régions montre une concentration sur le marché national et au niveau des régions de Draa-Tafilalt et Guelmim Oued Noun. Pour ces dernières, ceci s'explique par le fait que la région de Guelmim Oued Noun ne dispose que d'une seule CP se trouvant ainsi en situation de monopole régional. La situation est quasiment similaire dans la région de Draa-Tafilalet qui ne dispose que de 4 CP.

Tableau n° 34 : Indices de concentration selon les régions

Région	Parts de marché	IHH	CR4	RIV
Béni Mellal-Khénifra	4,31%	848	47	(0,04)
Casablanca-Settat	41,59 %	210	20	0,39
Drâa-Tafilalet	0,62 %	2 970	100	(0,29)
Fès-Meknès	9,73 %	320	23	0,06
Guelmim-Oued Noun	0,14 %	10 000	NA	-1
Marrakech-Safi	10,50 %	421	31	0,06
Oriental	5,66 %	428	22	0,01
Rabat-Salé-Kénitra	15,01 %	411	27	0,11
Souss-Massa	6,10 %	531	34	0,008
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	6,34 %	436	28	0,02
Toutes régions confondues	100%	<b>3 641</b>	51	0,6

Source : Conseil de la concurrence

Les résultats des calculs des indices de concentration ne sauraient être pertinents, compte tenu de la répartition particulièrement inégale des CPEA sur le territoire national. En effet, le marché géographique retenu dans la pratique décisionnelle du Conseil de la concurrence s'agissant du marché des soins dispensés par les CPEA est un marché régional, voire local. Or, et dans ce cadre, les CPEA implantés dans des régions considérées comme des déserts médicaux ressortent, de manière biaisée, comme étant en situation de monopole ou de quasi-monopole.

## **V. Fonctionnement concurrentiel du marché**

### **A. Barrières à l'entrée du marché**

La loi n° 131.13 a consacré l'ouverture des capitaux des CPEA aux investisseurs hors corps médical. En dépit de cela, des barrières structurelles à l'entrée du marché sont soulevées par les opérateurs. Il s'agit principalement du faible niveau des infrastructures de base de nombreuses provinces et préfectures, conjugué à la faible attractivité des professionnels de la santé.

En dehors de cette principale barrière, selon les informations recueillies par le Conseil de la concurrence auprès d'un échantillon de 30 cliniques privées et de 10 établissements assimilés dans le cadre d'une enquête menée par un cabinet d'études, la majorité des opérateurs considère que malgré son ouverture, le marché des CP et des EA demeure contraint par de nombreuses barrières structurelles, notamment la complexité des démarches administratives auprès d'acteurs multiples, la rareté du foncier pour équipement de santé qui oblige les promoteurs à rechercher du foncier commercial ou résidentiel pour lequel il est nécessaire d'engager des démarches longues et coûteuses auprès des services communaux et de l'urbanisme.

La rareté des ressources humaines de santé est également considérée par les opérateurs comme une barrière structurelle du marché, au point de constituer un avantage comparatif important pour les cliniques déjà installées, obligeant ainsi les nouveaux opérateurs à surenchérir sur les salaires et les honoraires et impactant par là leur rentabilité.

Enfin, bien qu'ils ne constituent pas une barrière en soi, les groupes de santé et les réseaux d'établissements de santé profitent du regroupement des achats et de la centralisation des fonctions de management pour renforcer leur positionnement et leur compétitivité sur le marché des CP et EA. Ces groupements sont parfois considérés par leurs pairs comme profitant de leur taille pour pratiquer du dumping ou des pressions sur les médecins pour la réduction des honoraires ou pour l'orientation des patients vers leurs structures.

#### **1. Barrières réglementaires**

L'analyse de la législation relative à l'exercice de la médecine a fait ressortir l'absence de barrières significatives de nature juridique et réglementaire à l'entrée du marché des soins médicaux.

### *i. Le système de tarification*

Conformément aux dispositions réglementaires, la tarification des honoraires et des actes médicaux est librement déterminée par les médecins, les cliniques et les établissements assimilés à l'exception de celle relative à l'AMO qui est administrée.

- **La tarification non administrée**

Les tarifs des honoraires et des actes médicaux pratiqués sur le marché diffèrent sensiblement au sein des mêmes spécialités mais aussi entre spécialités différentes. Les tarifs sont aussi différenciés en fonction de l'emplacement des établissements et de la notoriété du praticien. Cette situation, conduit à écarter plausiblement des ententes entre les professionnels sur les tarifs des honoraires et des actes médicaux dans ce segment de marché.

- **La tarification administrée**

La tarification administrée concerne les honoraires et les actes médicaux objets de la tarification nationale de référence (TNR) pour le conventionnement, le remboursement et la prise en charge des prestations de soins garanties, visée à l'article 12 de la loi n° 65.00 portant Code de la couverture médicale de base. Cette tarification a été fixée en 2006. Il a été relevé que depuis cette date elle n'a pas connu de révision malgré les demandes de la profession, d'une part, et bien que la loi susvisée dispose que les conventions nationales sont conclues pour une durée minimum de 3 ans, d'autre part. En conséquence, cette situation s'est traduite depuis de nombreuses années par un non-respect par les professionnels de santé de la tarification relative à l'AMO dans la majorité des cas.

Il est à rappeler que les modalités du conventionnement sont fixées par le décret n° 2.05.733 du 18 juillet 2005 pris pour l'application de la loi n° 65.00 portant code de la couverture médicale de base. Ce décret énonce que les négociations visant l'établissement des conventions nationales sont initiées et conduites par l'ANAM. Elles ne peuvent dépasser un délai maximum de 6 mois. À défaut d'accord dans ce délai, le ministre de la santé reconduit la convention nationale antérieure lorsqu'elle existe ou, à défaut, édicte des tarifs réglementaires après avis de l'ANAM. Les conventions sont approuvées par arrêté du ministre de la santé. Enfin, il est précisé que le ministre de la santé fixe par arrêté le cadre conventionnel type pour chaque convention nationale sur proposition de l'ANAM et après avis des conseils nationaux des ordres professionnels concernés ou, à défaut, les organisations professionnelles à vocation nationale les plus représentatives.

L'arrêté du ministre de la santé n° 1961- 06 du 4 août 2006 a approuvé la convention nationale conclue entre les organismes gestionnaires de l'AMO, les médecins et les établissements de soins du secteur privé. Les parties signataires de cette convention établie sous l'égide de l'ANAM sont la CNSS, la CNOPS, le CNOM, l'ANCP et le SNMSL.



Les organismes gestionnaires de l'AMO ne sont pas parvenus à un accord sur la révision de la tarification nationale de référence depuis 2006 pour de multiples raisons, notamment :

- L'absence des paramètres de détermination des tarifs en vigueur qui n'ont pas été énoncés et définis dans l'arrêté susmentionné, ce qui empêche tout calcul du coût de revient réel et du taux de révision des tarifs en relation avec l'évolution des charges et un taux raisonnable de rentabilité ;
- L'objectif des organismes gestionnaires de préserver les équilibres financiers du système d'assurance maladie.

En conséquence, le marché des CPEA est assujéti à une réglementation tarifaire incomplète et dépassée. Toutefois, cette situation n'est pas de nature à soustraire certains comportements relevés, comme le non-respect de la tarification réglementée ou encore la perception de suppléments d'honoraires pouvant atteindre 50% de ceux prévus par la TNR. Par contre, en vue de se conformer aux dispositions légales et réglementaires, les professionnels peuvent déclarer le retrait de leur adhésion à la convention relative à la tarification nationale de référence s'ils le souhaitent.

Par ailleurs, il est possible de considérer que la réglementation applicable aux tarifs des actes médicaux, si elle restreint la liberté de fixation des prix du médecin ou de l'établissement conventionné, n'empêche pas la concurrence sur d'autres facteurs, tels que la qualité des prestations.

## **2. Les barrières non tarifaires**

### ***i. Rareté du foncier et coût d'investissement***

Les grandes agglomérations connaissent une rareté du foncier pour la création de nouvelles cliniques. À cet effet, les investisseurs se tournent vers les terrains à usages commerciaux ou résidentiels, ce qui grève en partie le coût d'investissement. Par ailleurs, ces terrains nécessitent souvent des démarches administratives, dont l'issue n'est pas toujours certaine, pour l'obtention des dérogations et des autorisations pour l'édification du projet d'établissement médical.

Parallèlement à la rareté du foncier, l'investissement est généralement lourd pour ce type de projet et le financement à longtemps constitué le principal obstacle. L'obtention de financement auprès des banques est souvent conditionnée par l'existence d'un terrain autorisé en tant que garantie. La construction d'une clinique nécessite un investissement compris entre un million et 1,8 million de dirhams pour chaque lit et place, hors foncier.

### ***ii. Manque de ressources humaines qualifiées***

Le marché connaît des difficultés pour le recrutement et la fidélisation des médecins et du personnel médical. Les difficultés sont plus importantes dans les petites villes pour recruter des médecins dans certaines spécialités. Dans les grandes villes la difficulté réside dans le recrutement du personnel paramédical suffisamment qualifié.

Les médecins sont assez mobiles et collaborent souvent avec les cliniques offrant les honoraires les plus élevés ou qui leurs accordent des avantages en termes de conditions de travail.

Le recrutement d'un personnel qualifié et en nombre suffisant dans un contexte de pénurie chronique en professionnel de santé, constitue un défi pour toute nouvelle clinique. De plus, la qualité de la formation initiale des paramédicaux est très insuffisante et le recrutement de jeunes diplômés ne permet pas à une clinique débutante d'assurer son fonctionnement. Les nouveaux entrants sur le marché sont donc contraints de débaucher leur personnel auprès d'autres cliniques privées avec pour conséquence un surcoût en charge de personnel, ce qui induit des comptes déficitaires durant les premières années d'exercice.

Le déficit chronique en ressources humaines se trouve d'autant plus accentué par le phénomène d'expatriation du personnel médical et paramédical marocain. En dépit d'initiatives visant à contrebalancer le phénomène par l'ouverture de la pratique de la médecine aux praticiens étrangers et le raccourcissement du cursus des études de médecine, le gap à combler demeure important.

### B. Analyse des entrées-sorties sur le marché

Depuis la promulgation de la loi n° 131.13 en février 2015, de nombreuses créations de cliniques privées et établissements assimilés ont eu lieu. Ainsi, de 2016 à 2020, près de 130 cliniques privées et établissements assimilés ont été créés. Le nombre global de créations de CPEA est 3 fois plus important que l'ensemble des créations réalisées pendant la période allant de 1990 à 2015. Les créations des cliniques ont été multipliées par 2,6, alors que celle des centres d'hémodialyse ont été multipliées par 4. Ces créations ont été principalement concentrées sur l'axe Casablanca-Rabat-Kénitra (57%).

Tableau n° 35: Répartition des CPEA par période de création depuis 1990

Période	Nb CP et EA	Nb de cliniques	Nb de centres d'hémodialyse	Nb de cabinets et centres de radiologie
[2016-2020]	129	60	40	29
[2011-2015]	7	4	3	ND
[2000,2010]	6	5	1	ND
[1990-2000]	31	14	7	10

Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence

S'agissant des sorties du marché des CPEA, elles sont au nombre de 87, dont 41 CP (47%) et 46 EA (53%). La majorité de ces CPEA fermées se situent au niveau de la région de Casablanca (43%), suivie de la région de Souss-Massa (14%) et de la région de l'Oriental (13%). Parmi les établissements fermés, 7 sont à but non lucratif (3 CP et 4 EA), soit 8% des CPEA fermés. Pour les CP, le décès du médecin/directeur constitue la principale raison des fermetures.

### C. Mécanismes de concurrence sur le marché concerné

La concurrence sur le marché de soins dispensés par les CPEA repose principalement sur les modes de recrutement en amont et sur la réduction des charges en aval. Il convient

également de relever une compétition significative entre cliniques sur des ressources rares telles que les médecins et les cadres paramédicaux.

En amont, le recrutement est un point essentiel pour l'activité des cliniques et les pratiques concurrentielles se font à la fois sur des éléments licites tels que la qualité des soins (réelle ou perçue et les technologies médicales disponibles), et des pratiques de nature à induire des dysfonctionnements concurrentiels, tels que la négociation de réductions tarifaires et le paiement de commissions aux professionnels de santé recruteurs.

Certaines cliniques concèdent également un taux d'honoraire plus important aux médecins recruteurs ou consentent à un paiement anticipé des honoraires pour éviter à ces médecins d'attendre le paiement de l'organisme tiers payant. Bien qu'elles ne soient pas interdites, ces pratiques touchant aux honoraires favorisent indument les cliniques de grande taille et/ou celles affiliées à des groupes de santé, qui ont des fonds de roulement plus importants, au détriment de celles dont la structure de charge et la faiblesse des fonds propres ne permettent pas de telles pratiques.

En aval, la concurrence porte sur des aspects peu visibles d'optimisation des charges :

- Négociations de modalités commerciales avec les fournisseurs de médicaments et de dispositifs médicaux (à l'avantage des cliniques de grande taille qui réalisent des économies d'échelle) ;
- Optimisation des charges de personnel via la sous déclaration à la CNSS et à l'utilisation abusive de stagiaires pendant de longues périodes ;
- Achats d'équipements médicaux de seconde main et de dispositifs médicaux de contrebande en dehors de toute assurance de sécurité.

#### **D. Pratiques susceptibles de créer des entraves à la concurrence**

L'offre de soins de santé privée n'est pas encadrée, dans le sens où la carte sanitaire n'est opposable qu'au secteur public. Un opérateur privé peut de ce fait s'installer où il le souhaite, du moment qu'il respecte les exigences techniques standards pour la création d'une clinique privée ou d'un établissement assimilé.

En parallèle, les médecins ont une liberté totale de choix de leur lieu d'exercice dans le ressort régional du conseil de l'ordre d'inscription. Ils sont théoriquement astreints au choix d'une clinique avec laquelle ils signent une convention qui est portée à la connaissance du conseil de l'ordre régional des médecins. L'esprit d'une telle exigence est qu'un médecin ait un lieu d'exercice fixe mais qu'il ait la possibilité d'en changer aisément par simple rupture conventionnelle.

Dans la réalité des faits, les médecins exercent dans plusieurs cliniques au gré de facteurs tels que la performance du plateau technique offert, le niveau d'honoraires accordé par la clinique et le souhait exprimé par le patient.

Il convient cependant de noter que les cliniques à but non lucratif dont les hôpitaux des fondations ne transigent pas avec l'exigence du lieu d'exercice, imposent une exclusivité aux médecins qui y sont domiciliés, et ceux-ci sont sanctionnés par une rupture de la convention les liant à la clinique s'il s'avère qu'ils exercent en parallèle dans une autre clinique.

Enfin, les patients ont également le libre choix de leurs médecins. Ils conviennent généralement avec lui du choix de la clinique la plus adaptée ou celle préférée par leur médecin. Ils n'ont aucune obligation de recourir à une clinique particulière et peuvent changer de médecin en toute liberté si celui-ci impose une clinique qui ne leur convient pas.

Dans les faits, la relation médecin-malade est bien plus forte que la relation clinique-malade et c'est le médecin qui est le prescripteur du site pour les soins. Selon les informations recueillies par le Conseil de la concurrence, les recrutements des cliniques sont encore le fait des médecins dans 75% des cas. Il n'y a que dans les petites villes avec peu de cliniques et dans les cliniques à but non lucratif où le recrutement par les médecins est moins important.

Les prestations réalisées au sein des cliniques et leur mode de facturation sont très souvent matière à contestation de la part des malades ou leurs familles. Certains critiquent les cliniques pour des nuitées imposées alors que la majorité des hospitalisations sont facturées au forfait et, dans ce cas, il est contreproductif d'imposer une nuitée qui ne serait pas nécessaire. Bien au contraire, la tendance générale est à la réduction des durées de séjour pour dégager des marges bénéficiaires sur les forfaits de soins.

En revanche, il arrive que des patients soient hospitalisés en réanimation ou en soins intensifs alors que leur état de santé est compatible avec une hospitalisation en chambre. Cette pratique est à l'origine destinée à assurer une surveillance rapprochée d'un patient susceptible de s'aggraver (post opératoire lourd, admissions nocturnes en urgence, présence du seul réanimateur de garde lors de l'hospitalisation), mais en pratique cela devient souvent une démarche systématique visant à améliorer le taux d'occupation des lits de réanimation et de facturer une ou deux journées en réanimation.

Une autre pratique est relevée dans certaines cliniques de grande taille : le médecin traitant sollicite des confrères pour des avis spécialisés avec facturation d'une consultation à chaque visite. Si ces avis sont parfois nécessaires, il est courant que cette pratique entraîne une facturation excessive, les médecins se sollicitant mutuellement les uns les autres. Lorsque cette pratique a lieu, elle se fait à l'encontre de l'intérêt de la clinique, dans la mesure où celle-ci ne perçoit aucune rémunération sur les consultations et/ou visites réalisées pour un patient hospitalisé.

De nombreuses pratiques susceptibles de créer des entraves à la concurrence sont soulevées par les opérateurs du marché. Il s'agit principalement des accords de captation de la clientèle/patientèle. En effet, des accords d'exclusivité sont passés entre les cliniques et les transporteurs (ambulanciers, taxis, etc.) mais aussi avec les médecins privés et publics et avec le personnel de la santé publique. En contrepartie, la clinique verse à ces

personnes une commission qui peut atteindre 20% de la facture des soins. Le réseau est entretenu en conséquence pour perpétuer la pratique.

Une autre pratique décrite tient au chèque de garantie. Les cliniques recourent à ce procédé pour sécuriser le paiement des prestations réalisées au profit du patient. La pratique d'un paiement « au noir » est souvent objet de doléances de la patientèle, mais elle concernerait les médecins en premier lieu, davantage que les cliniques ; le médecin touchant ce type de paiement dans la majorité des cas de manière discrétionnaire et en sus des honoraires versés par la clinique en contrepartie de sa prestation.

### **E. Pratiques relatives au double exercice**

Bien qu'interdit par la loi, le recours aux médecins du secteur public pour intervenir dans le secteur privé, a toujours eu lieu dans le cadre de dérogations réglementaires bien définies. Sauf circonstances particulières, ce n'est plus le cas aujourd'hui où cet exercice gagne du terrain, et n'a cessé de poser un sérieux problème aux différents ministres qui se sont succédés à la tête du département de la santé. Les partisans de cette double activité sont allés jusqu'à en demander la régularisation, au même titre que les professeurs des CHU pour le temps partiel aménagé (TPA).

Le TPA a été instauré au début des années 90, par la loi n° 10.94 donnant autorisation aux professeurs des CHU, de pratiquer à titre privé pendant deux demi-journées par semaine, dans une clinique de leur choix, afin de compenser l'insuffisance de leur rémunération tout en les gardant attaché à leur mission. Cet exercice devait durer 5 ans et prendre fin en 2001, une période transitoire mais suffisante, qui aurait permis aux cliniques universitaires de voir le jour et aux professeurs de continuer à exercer légalement le TPA en intra-muros. La pratique perdure toutefois à ce jour.

Toutefois, qu'il soit réglementaire ou non, ce recours des médecins fonctionnaires à une double activité fait toujours débat, en raison de sa non transparence et de manquement parfois à l'éthique médicale.

## **VI. Régulation du marché**

### **A. Les régulateurs du marché des soins**

Les régulateurs du marché des soins sont représentés par le Ministère de la santé qui agit au nom du gouvernement en tant que tutelle du secteur privé de la santé, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie en tant que régulateur de la CMB et le Conseil national des médecins en tant que régulateur par la déontologie médicale et le Conseil de la concurrence en tant que régulateur de la concurrence.

#### **a. Le Ministère de la santé**

Le Ministère de la Santé est le principal régulateur du marché des soins. Il agit au nom du gouvernement par la réglementation du secteur, l'élaboration des politiques de santé, l'allocation des ressources et l'exercice du contrôle.

#### **b. L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)**

L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) a été instituée par la loi n° 65.00 en 2002. Elle agit au nom de l'État et a pour mission générale de « veiller au bon fonctionnement

du système de couverture médicale de base » (article 58 de la loi n° 65.00), d'assurer l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base et de veiller à la mise en place des outils de régulation du système de financement et à l'équilibre global entre les ressources et les dépenses des régimes de l'AMO (article 59 de la loi n° 65.00). Dans ce cadre, elle est chargée de conduire les négociations relatives à l'établissement des conventions nationales entre les organismes gestionnaires d'une part, les prestataires de soins et les fournisseurs de biens et de services médicaux d'autre part. Comme elle est responsable d'assurer l'arbitrage en cas de litiges entre les différents intervenants dans l'assurance maladie.

### **c. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)**

C'est l'institution qui représente l'ensemble des médecins, quel que soit leur secteur d'activité. C'est un organisme indépendant doté de la personnalité morale avec une représentativité régionale et nationale. Le CNOM défend les intérêts moraux et professionnels des médecins et veille à la lutte contre l'exercice illégale de la médecine et à l'application par ses membres du code de la déontologie médicale (loi n° 08.12).

## **B. Relation des CPEA avec les instances de régulation**

### **a. Ministère de la santé : déficit de la tutelle**

Avec l'avènement de la loi n° 131.13, la tutelle CP et des EA est passée du Secrétariat Général du Gouvernement (SGG) au Ministère de la santé (MS). Le SGG reste toutefois associé au processus de délivrance des autorisations à travers un avis de non objection, au même titre que le CNOM. Ainsi, en tant que nouvelle tutelle du secteur privé de santé en général et du secteur des CP et des EA en particulier, le Ministère de la santé et de la protection sociale assure, selon la réglementation en vigueur, les missions suivantes :

- La délivrance des autorisations préalables et définitives de création et d'exploitation des CP et EA (articles 62-67, loi n° 131.13) ;
- La définition des règles de fonctionnement des CP et EA (articles 72-86, loi n° 131.13) ;
- L'établissement de normes : (i) normes techniques d'installation et d'équipement des cliniques et de chaque type d'établissement assimilé (article 59, loi n° 131.13), (ii) normes relatives aux effectifs et aux qualifications du personnel (article 59, loi n° 131.13) et (iii) normes de qualité (article 60, loi n° 131.13) ;
- La fixation et l'actualisation des nomenclatures des actes professionnels, des actes de biologie médicale et éventuellement de la classification commune des actes médicaux ;
- La validation de la tarification nationale de référence établie entre les organismes gestionnaires et les producteurs de soins sous l'égide de l'ANAM ;
- La fixation des prix hospitaliers des médicaments et dispositifs médicaux utilisés dans les CP et EA ;
- L'organisation de visites périodiques d'inspection auprès des CP et des EA (article 89, loi n° 131.13) ;
- L'organisation de visites d'audit (article 88, loi n° 131.13) ;

- La coordination à travers la mise en place de la commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé (article 30, loi n° 34.09) ;
- L'édiction de mécanismes de Partenariat Public-Privé avec les CP et les EA (article 103, loi n° 131.13).

Toutes les missions de tutelle ne sont pas exercées, seules sont exercées par le MS les missions relatives à la délivrance des autorisations et à l'organisation des missions d'inspection. Les autres missions souffrent soit de l'absence de support réglementaire (retard d'édiction de certains textes d'application de la loi n° 131.13), soit du manque d'intérêt et de priorisation de la part du MS.

Par ailleurs, malgré l'importance de son rôle de tutelle du secteur des CP et EA, le MS ne dispose d'aucune structure organisationnelle dédiée au secteur des CP et EA en particulier ou au secteur privé en général. D'ailleurs, selon les informations recueillies par le Conseil de la concurrence, la majorité des opérateurs mettent en exergue un grand déficit au niveau de la mise en œuvre et de la dynamisation de la tutelle du Ministère de la santé et de la protection sociale.

#### **b. Autres acteurs : multiplicité des régulateurs**

Si les mécanismes d'exercice de la tutelle sur les CPEA sont suffisamment précisés, ceux relatifs à la régulation ne le sont pas. Il faut les puiser au niveau des missions des départements ministériels et au niveau de la réglementation spécifique à chaque organisme concerné. Dans ce cadre, le MS devrait jouer un rôle de régulation à travers la mise en place des dispositions de la loi n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins en vue d'assurer un meilleur déploiement de l'offre de soins publique et privée sur l'ensemble du territoire national. Plusieurs mécanismes sont prévus à cette fin, notamment les incitations et le Partenariat Public-Privé. Le Ministère de la santé et de la protection sociale doit également assurer une fonction de régulation à travers les mécanismes de normalisation (normes techniques, normes d'effectifs et normes de qualité) prévus par la loi n° 131.13 et dont les textes d'application n'ont à ce jour pas été édictés. Par ailleurs, plusieurs organismes publics contribuent à la régulation des CPEA. Il s'agit notamment de l'ANAM, les organismes gestionnaires de l'AMO (CNOPS, CNSS) et du CNOM.

L'ANAM participe à la régulation des CPEA par l'organisation des relations entre les prestataires et les organismes gestionnaires, à travers des conventions de référence et par l'élaboration de la tarification nationale de référence (TNR) et des référentiels de bonnes pratiques. Toutefois, la TNR s'applique de moins en moins et ces référentiels de bonnes pratiques ne couvrent pas toutes les pratiques médicales et restent non opposables. La TNR souffre en plus de sa non-prise en compte des coûts réels des soins dans le secteur privé et de sa non-actualisation depuis 2006.

Quant aux organismes gestionnaires (CNOPS et CNSS), ils contribuent à la régulation du secteur des CPEA par le contrôle médical préconisé par la loi n° 65.00, notamment son article 26. Ce dernier stipule que « les organismes gestionnaires sont tenus d'organiser un



contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, de vérifier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation ». Le contrôle médical permet de favoriser la concurrence et de lutter contre les pratiques illicites.

Le CNOM est également concerné par la régulation des CPEA d'abord en tant que partie prenante de ce secteur et puis en tant qu'organisme chargé de la discipline et de la déontologie médicales. Il est également chargé de veiller à la lutte contre l'exercice illégal de la médecine (article 2 de la loi n° 08.12). Ces missions de l'ordre des médecins sont également favorables à une concurrence saine.

Malgré la multiplicité des régulateurs et des mécanismes de régulation, aucune convergence n'est exercée entre ces régulateurs.

### **C. Bilan des contrôles menés sur les cliniques privées au cours des dernières années**

Les informations disponibles sont relatives aux contrôles menés par le Ministère de la santé et par la Direction Générale des Impôts (DGI) au cours des cinq dernières années.

#### **a. Contrôles du Ministère de la santé et de la protection sociale**

Les contrôles menés par le Ministère de la santé et de la protection sociale entre 2018 et 2022 font ressortir une non-conformité de la majorité des établissements ayant fait l'objet de contrôles techniques aux normes techniques (70% des CP) en 2022. Nonobstant la désuétude des normes techniques sur lesquelles se basent ces contrôles, le taux de non-conformité détecté est d'autant plus alarmant au regard des risques d'infections nosocomiales encourues par les patients hospitalisés lors de leur séjour.

Sur le volet des inspections, il ressort que règles d'affichage du conventionnement à l'AMO et celles afférentes aux tarifs appliqués sont très peu respectées. En effet, 80% des établissements objets d'inspection en 2022 ne respectent pas les règles d'affichage liées au conventionnement et 90% ne respectent pas les règles d'affichage en matière de tarification pratiquée.

Tableau n° 36 : Bilan des contrôles opérés par le Ministère de la santé et de la protection sociale entre 2018 et 2022

Année	2018	2019	2020	2021	2022 (fin juin)
Total des missions	16	107	71	112	49
Dont inspection	16	107	63	109	49
Dont contrôle technique	0	0	9	4	0
Nombre des cliniques contrôlées ne respectant la TNR	0	0	7	4	0
Nombre de clinique ayant restitué le montant surfacturé	0	0	5	4	0
Pourcentage des établissements de soins privés qui n'affichent pas leur adhésion ou non aux conventions AMO	100%	80%	70%	73%	80%
Pourcentage des établissements de soins privés qui n'affichent pas les tarifs	100%	95%	95%	82%	90%
Pourcentage de non-conformité totale ou partielle aux normes techniques	90%	70%	75%	78%	70%
Nombre de clinique inspectées ayant été sanctionnées (fermeture, suspension d'activité ou transmission du dossier au procureur)	4 Etablissements de soins	11 établissements de soins	7	14	14
Nombre d'établissements où se pratiquent l'exercice illégal de la médecine	Exercice illégal au niveau de 4 établissements	Exercice illégal au niveau de 4 établissements	7	2	3

Source : Ministère de la santé et de la protection sociale

### b. Contrôles de la Direction Générale des Impôts (DGI)

Les cliniques privées présentent des contributions fiscales relativement basses. En effet, à fin 2021, leurs contributions ne représentaient que 0,16% de l'impôt sur les sociétés, 0,36% de l'impôt sur le revenu et 0,003% de la TVA. Parallèlement, 49,6% des CP ont déclaré un résultat déficitaire en 2021.

Compte tenu de la faiblesse de la contribution fiscale des CPEA, 219 établissements ont été programmés à la vérification entre 2018 et 2022.

Les dossiers programmés sont constitués de cliniques dont le croisement des chiffres d'affaires déclarés avec les recoupements en possession de l'Administration notamment ceux communiqués par l'ANAM, ont révélé des écarts. D'autres cliniques ont été programmées, vu la faiblesse de leur ratio de rentabilité.

Les résultats des contrôles fiscaux programmés au cours de la période précitée se présentent essentiellement comme suit :

- 160 dossiers, soit 73% des dossiers programmés ont été vérifiés et notifiés ;
- 129 dossiers des 160 vérifiés et notifiés, soit 81% ont été soldés par voie d'accord à l'amiable pour un montant global de 109,7 millions de dirhams ;
- 56 sociétés, soit 26% des dossiers programmés ont souscrit des déclarations rectificatives conformément aux dispositions fiscales en vigueur. Ces déclarations ont généré des recettes complémentaires de l'ordre de 37,5 millions de dirhams.

## **VII. Analyse comparative de quelques expériences internationales**

La combinaison de la participation des secteurs privé et public à la prestation des soins de santé est au centre des préoccupations politiques à l'échelle mondiale. Le développement de nouvelles technologies médicales, les innovations pharmaceutiques, le vieillissement de la population et les menaces de pandémies créent ensemble un environnement où les pressions pour la durabilité économique et politique vont conduire à une certaine érosion des ressources nécessaires au renforcement et à la résilience du secteur de la santé.

De telles pressions ont conduit à la croissance des services de santé privés comme secteur complémentaire au public et nécessaire à la réalisation des objectifs de santé. Le fait de consacrer l'accès aux soins comme droit humain fondamental édicté par la constitution dans les pays en développement (comme c'est le cas au Maroc en 2011 et en Tunisie en 2014) vient conforter le besoin de cette perspective de développement. Toutefois, la croissance du secteur privé de santé reste spécifique à chaque pays et à la dynamique de développement de son système de santé.

Cette analyse comparative vise, à travers l'examen de la situation de cinq pays, à apprécier le contexte, le cadre institutionnel d'émergence du secteur privé de santé et le poids de l'hospitalisation privée dans le développement de l'offre de soins. Les expériences étudiées concernent les pays suivants : l'Espagne, la France, la Suède, le Canada et la Tunisie. Ces différents pays n'ont ni le même type de système de santé, ni les mêmes traditions dans l'hospitalisation privée.

Ces expériences ne traduisent pas des modèles organisationnels à dupliquer, mais des expériences d'inspiration pour le Maroc. Quatre de ces pays appartiennent aux pays de l'OCDE. Ils correspondent tous à des systèmes de santé publics et universels. Leurs expériences en matière de privatisation sanitaire sont très variables. La Tunisie est le principal pays comparable au Maroc.

### **A. Importance des cliniques privées dans l'offre de soins**

Dans l'ensemble des cinq pays étudiés, le secteur privé connaît une dynamique de croissance régulière, même dans les pays où la réglementation y constitue une contrainte majeure, comme c'est le cas au Canada. Cette croissance se fait parfois au profit de l'hospitalisation privée comme c'est le cas en France ; et parfois au profit des établissements privés de soins primaires comme c'est le cas en Suède.

Au Maroc, en Tunisie et en Espagne, la croissance du secteur privé concerne aussi bien les établissements de soins primaires (cabinets de médecine libérale) que les cliniques privées.

La capacité litière des cliniques privées au Maroc représente actuellement 33,6% de la capacité nationale d'hospitalisation. Avec ce poids relatif, le Maroc se situe après la France (38,45%) et devant la Tunisie (23,7%) et l'Espagne (19,9%). Au Canada, le poids de l'hospitalisation privée dans l'offre de soins est marginal (0,66%), car la législation ne permet pas de financer ses prestations par l'assurance maladie. En suède la capacité litière des cliniques privées représente 8,3% de l'offre hospitalière nationale. Cet éventail de situations s'explique par l'histoire des systèmes de santé nationaux mais également par les options politiques adoptées pour les transformer.

Par ailleurs, la part de l'offre privée dans l'hospitalisation devrait être relativisée au regard de la taille de la population et du niveau de développement des soins de première ligne. A ce titre le système de santé français offre la plus grande densité litière parmi les pays de comparaison avec 6,07 lits pour 1000 habitants, suivi de l'Espagne (3,26 pour 1000 hab.) et du Canada (2,53 p 1000 hab.). La forte densité litière et le fort poids relatif des cliniques privées en France reflètent la nature hospitalo-centrique de son système de santé.

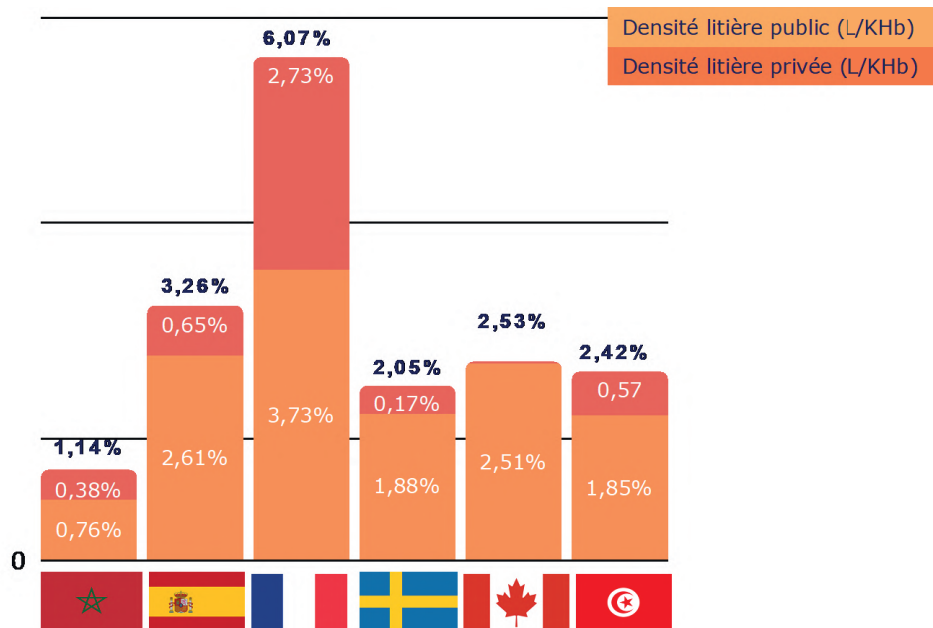
S'agissant du Maroc, la densité litière y est très faible (1,14 pour 1000 hab.), ce qui confirme l'insuffisance de son offre hospitalière nationale. Ainsi, l'importance comparative de l'offre hospitalière privée au Maroc ne peut compenser le déficit en offre hospitalière nationale, mais elle constitue un atout pour contribuer à sa résorption. Cette orientation s'impose aux pouvoirs publics s'ils veulent renforcer l'accès aux soins et accompagner la généralisation de la CMB. Vu l'importance du gap à combler et des besoins à satisfaire, il sera nécessaire d'investir aussi bien dans l'hospitalisation publique que privée.

**Tableau n° 37 : Part de l'offre hospitalière privée au Maroc comparée aux pays du benchmark (2021)**

Pays	Population (x1000)	Nb total d'hôpitaux Publics et privés	Lits totaux	Densité litière (Lits pour 1000 hab.)	Nb de cliniques et hôpitaux privés	Lits des cliniques et hôpitaux privés	% Lits privés sur total lits
Maroc	35 586	551	40 529	1,14	389	13 603	33,6%
Espagne	46 940	779	153 443	3,26	313	30 595	19,9%
France	65 130	3042	395 670	6,07	1682	152 253	<b>38,5%</b>
Suède	10 360	70	21 217	2,05	06	1 764	8,3 %
Canada	37 400	709	94 748	2,53	ND	628	0,66 %
Tunisie	11 690	275	28 320	2,42	106	6 704	23,7 %

Source : Conseil de la concurrence

Figure n° 6 : Densité litière privée comme composante de la densité litière nationale



Source : Conseil de la concurrence

D'autre part, la faible proportion de l'offre en hospitalisation privée au Canada (0,66%) et en Suède (8,3%), deux pays qui sont cités pour avoir des systèmes de santé performants, ne reflète pas un manque d'investissement dans l'offre hospitalière mais traduit un choix politique délibéré de fonder leurs systèmes de santé sur les soins de santé primaires (ou de première ligne) à travers des réformes de virage ambulatoire assumées depuis plusieurs années.

Pour accélérer son virage ambulatoire, la Suède a développé des partenariats avec le secteur privé en matière de soins de santé primaires. Ce dernier représente actuellement 44% de l'ensemble des établissements de soins de santé primaires. Le Canada a également opté pour le renforcement des soins de première ligne depuis plusieurs décennies, en raison de leur proximité mais également pour maîtriser les dépenses de santé.

Entre 2000 et 2006, le gouvernement du Canada a créé un Fonds appelé « Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) » d'une valeur de 800 millions de dollars pour renforcer les soins de santé primaires jugés essentiels pour le renouvellement des services de santé<sup>21</sup>. La médecine de famille a pu être développée dans le même sens.

L'Espagne a, de son côté, engagé ses réformes des soins de santé primaires depuis plus de cinq décennies. Le renforcement des soins primaires figure d'ailleurs comme principe dans la loi générale sur la santé de 1986 qui définit le système national de santé espagnol. La spécialité de médecine de famille créée en 1979 a pu être renforcée pour appuyer cette orientation politique. Dans ces trois pays (Canada, Suède et Espagne), au même titre d'ailleurs que d'autres pays de l'OCDE (Angleterre, Portugal etc.), la porte d'entrée

21 Williams, J. La quête continue pour la réforme des soins de santé primaires : mesure de la performance. HEALTHCARE POLICY Vol. 7 Special Issue, 2011

au système de soins passe par les structures de soins de première ligne, c'est-à-dire par le médecin généraliste ou le médecin de famille qui devient ainsi un gate-keeper. Il est à rappeler que le développement des soins de santé primaires est une recommandation majeure de l'OMS qui a fait l'objet de plusieurs déclarations internationales depuis la déclaration d'Alma-Ata (1978) jusqu'à la déclaration d'Astana (2018).

Au Maroc, comme en Tunisie, l'offre de soins est traditionnellement hiérarchique et la gradation du parcours de soins a été confortée par les dispositions de la carte sanitaire. Les soins de santé primaires (anciennement appelés soins de santé de base) ont été un choix de politique hospitalière depuis la conférence nationale de la santé de 1959. Mais ce choix est resté limité au secteur public.

Avec l'avènement de la généralisation de la CMB, ce choix devrait se refléter également au niveau du secteur privé à travers la mise en place du médecin généraliste gate-keeper, comme au Canada, en Suède et en Espagne, et à travers l'organisation des parcours de soins dans le cadre de l'AMO. Par ailleurs, en vue de s'aligner sur ce modèle intégré d'organisation des soins, les fondations et les groupements de santé peuvent éventuellement développer des stratégies intégrant les cabinets libéraux et de groupe dans leurs perspectives de regroupement d'établissements privés de soins.

## **B. Catégorisation des cliniques privées**

### **1. Les cliniques privées à but lucratif**

En Tunisie, la loi n° 91.63 distingue 4 types d'établissements privés conçus sur la base de la taille de l'établissement, le nombre de disciplines et le statut lucratif ou non. Il s'agit des hôpitaux privés (capacité litière inférieure à 100 lits), des cliniques pluridisciplinaires ou polycliniques (au moins deux disciplines parmi MCO), des cliniques mono-disciplinaires et des établissements sanitaires à but non lucratif.

En Espagne la typologie des établissements de santé est commune pour les deux secteurs public et privé avec une seule procédure d'autorisation et des normes communes techniques et de qualité. Ceci permet d'assurer un encadrement réglementaire spécifique et équitable.

En France les établissements de santé privés à but lucratif sont catégorisés, comme les hôpitaux publics, selon le type de disciplines et selon la durée de séjour (MCO, HAD, SSR et PSY).

Au Maroc, sur le plan réglementaire, les cliniques privées ne sont catégorisées ni sur la base de la taille, ni sur la base des disciplines ou des séjours. Ceci induit que les cliniques de 300 lits se trouvent régies par les mêmes dispositions réglementaires et les mêmes normes techniques que les cliniques de 30 lits.

Similairement, les cliniques poly-disciplinaires sont soumises aux mêmes exigences que les cliniques mono-disciplinaires, bien que leurs plateaux techniques et leurs conditions de séjour ne soient pas les mêmes. Il serait donc pertinent de s'orienter vers une typologie des cliniques privées de nature à tenir compte de leur différenciation de taille, de plateaux techniques et de disciplines, d'autant plus que ces critères ont un impact sur le chiffre d'affaires et les charges de ces établissements.

## 2. Les cliniques privées à but non lucratif

Les cliniques privées à but non lucratif sont présentes dans les 5 pays du benchmark mais elles ont un poids et un statut qui varient d'un pays à un autre.

Au Canada elles correspondent à la majorité des hôpitaux mais elles fonctionnent comme des lieux d'exploitation publique des soins et de l'exercice de la médecine. Leurs prestations sont presque exclusivement couvertes par une assurance maladie universelle publique et avec des médecins indépendants qui ne sont pas autorisés à facturer en privé les soins médicalement nécessaires. Ainsi de fait les établissements privés à but non lucratif correspondent au Canada à des hôpitaux publics.

En Tunisie, les polycliniques de la CNSS, qui sont à priori des cliniques privées à but non lucratif, sont rangées dans le secteur parapublic au même titre que les hôpitaux militaires et les cliniques des grandes entreprises publiques nationales.

Au Maroc, en France, en Espagne et en Suède, les cliniques privées à but non lucratif relèvent du secteur privé. Elles ont un statut d'association, de fondation ou de mutuelle. Les cliniques privées à but non lucratif représentent 17,4% de la capacité litière privée au Maroc, contre 25,5% en Espagne, 36,9% en France et 38,7% en Suède. Mais c'est en France où il y a le plus de cliniques privées à but non lucratif avec 682 établissements contre 52 en Espagne, 26 au Maroc et 3 en Suède.

En France, les cliniques privées à but non lucratif se distinguent également par leur participation à la mission de service public hospitalier depuis la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Avec l'avènement de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) » de 2009, ces établissements sont devenus des établissements de santé d'intérêt collectif (ESPIC). Ce statut fait l'objet d'une décision d'autorisation du directeur de l'agence régionale de la santé (ARS) à la demande de l'établissement concerné et moyennant la satisfaction d'un certain nombre de conditions. Les ESPIC répondent à trois engagements vis-à-vis du public : pas de limitation à l'accès aux soins ; pas de dépassement d'honoraires ; continuité du service (accueil 24h/24). En Espagne, les cliniques privées à but non lucratif peuvent également être affiliées aux hôpitaux publics et se voir chargées de mission de service public.

De par leur taille et leur caractère multidisciplinaire, les cliniques privées à but non lucratif marocaines constituent une alternative à l'hôpital public. En raison des avantages que leur confère leur statut, elles devraient participer à faciliter l'accès aux soins hospitaliers au Maroc et à la prise en charge des bénéficiaires du RAMED, selon les mêmes modalités que les hôpitaux publics. Vu la diversité de leurs missions l'état peut également les associer à des partenariats pour le renforcement de la formation médicale et paramédicale.



Tableau n° 38 : Importance des cliniques privées à but non lucratif dans les pays du benchmark

Pays	Nb de cliniques et hôpitaux privés	Nb de lits de cliniques et d'hôpitaux privés	Nb de cliniques et hop. privés à but non lucratif	% de cliniques et hop. Privés à but non lucratif	Nb de lits de cliniques et hôpitaux Privés à but non lucratif	% lits privés à but non lucratif
Maroc	389	13 603	26	6,7%	2370	17,4%
Espagne	313	30 595	52	16,6%	7803	25,5%
France	1 682	152 253	682	40,5%	56270	36,9%
Suède	6	1 764	3	50%	682	38,7%

Source : Conseil de la concurrence, 2022

### 3. Les établissements assimilés

La notion d'établissement assimilé n'existe que dans la réglementation tunisienne et marocaine.

En Tunisie, les EA sont des cliniques mono-disciplinaires représentés essentiellement par les centres d'hémodialyse et par les établissements de santé privés utilisant des équipements lourds.

Au Maroc la définition des EA n'est pas fondée sur des critères mais sur l'opportunité de diversifier l'offre privée de soins et parfois sur la nature de l'activité hospitalière (surtout l'hôpital du jour). Ils sont au nombre de 224, soit 36,5% de l'ensemble des CPEA, mais sont représentés essentiellement par les centres d'hémodialyse. Avec le développement qu'ont connu les cliniques mono-disciplinaires au Maroc (21% de l'ensemble des cliniques privées) et compte tenu de l'exigence de normes techniques spécifiques pour les réglementer, mais également par commodité, il serait pertinent de les assimiler à des EA et de s'inspirer de la définition tunisienne pour les encadrer sur le plan réglementaire.

### C. Facteurs environnementaux facilitant le développement du secteur des cliniques privées

Le fonctionnement du secteur des cliniques privées est largement influencé par son environnement. À travers l'analyse de la situation du Maroc et de l'expérience des 5 pays retenus pour le benchmark, il est possible de distinguer quatre facteurs essentiels qui facilitent ou contraignent le développement et le fonctionnement de ce secteur. Il s'agit du cadre législatif, de la couverture universelle, de la suffisance des ressources humaines de santé et du système de tarification.

#### 1. Cadre législatif, premier facteur favorisant le développement d'un marché de soins

L'examen des cadres législatifs des différents pays retenus pour le benchmark montre qu'au Canada et en Suède, ils ne sont pas favorables au développement d'un marché de soins privé en général et au développement des cliniques privées en particulier.

La loi canadienne de la santé par exemple, ne reconnaît pas le secteur privé comme intervenant dans l'offre de soins et constitue ainsi la principale barrière à son

développement. Elle interdit aux médecins de facturer les soins médicalement nécessaires aux payants directs et aux assurances privées comme elle interdit aux provinces et aux territoires d'instaurer des frais d'utilisation (ticket modérateur) pour la fourniture de ces soins pour tous.

Proche du système canadien, le système suédois reconnaît les établissements privés comme acteur dans l'offre de soins mais les met en compétition avec les pouvoirs publics, notamment les comtés, qui possèdent la majorité des hôpitaux publics et qui assurent le financement des soins. De ce fait, ils ne peuvent intervenir qu'en cas de défaillance du système public (insuffisance de l'offre, longs délais de RDV). La législation suédoise oblige le secteur privé à adopter le même système de facturation et plafonne la contribution des ménages, y compris pour l'assurance privée. Elle ne permet le développement du secteur privé que dans le cadre d'une contractualisation avec les comtés ou avec les municipalités.

Au Maroc et dans trois autres pays du benchmark (France, Espagne et Tunisie), le cadre législatif est favorable au développement d'un secteur privé de soins, aussi bien pour l'hospitalisation privée que pour les soins primaires. Il ne crée pas de barrière à l'accès au marché de soins ni pour les établissements de soins ni pour les médecins et offre au patient la liberté de choix du prestataire. Les prix sont libres pour les payants directs ou les assurés privés et sont réglementés pour les assurances maladies publiques.

La Suède est le seul pays objet du benchmark ayant réglementé les délais maximums de recours aux soins en dehors des urgences à travers la règle 0-7-90-90 qui traduit le droit d'accès aux soins stipulé par la loi suédoise sur les soins de santé. Cette règle signifie pour les patients avoir la possibilité de :

- Contacter les soins primaires le jour même où vous demandez de l'aide ;
- Faire une évaluation médicale avec un personnel de soins primaires agréé dans les 7 jours ;
- Avoir accès à une consultation spécialisée dans les 90 jours ;
- Ne pas dépasser un délai d'attente maximum de 90 jours pour le traitement après le diagnostic.

Par ailleurs, en dehors de la Tunisie et du Maroc, les quatre autres systèmes de santé sont décentralisés aussi bien dans leur gouvernance du système de santé que dans leur gestion du secteur privé. Les contrats d'achats de prestations avec les cliniques privées sont conclus au niveau régional.

## **2. La généralisation de l'assurance maladie : la solvabilité de la population facilite une compétition saine dans le marché de soins**

Pour que le secteur des CPEA existe et fonctionne, des mécanismes de financement stables visant à assurer un recouvrement suffisant de ses dépenses est nécessaire. Cela se fait généralement via l'assurance maladie et la fiscalité, c'est-à-dire les financements collectifs et solidaires. Moins l'assurance maladie est généralisée, plus elle contraint le recours au secteur des soins privés.

Le deuxième facteur facilitant le développement du secteur privé est la solvabilisation de la population grâce à la couverture sanitaire universelle. Cela permet d'appréhender la complémentarité entre les secteurs public et privé, sans souci de créer de l'iniquité dans l'accès aux soins ou de favoriser un système de santé à deux vitesses.

Dans ce cadre, le Maroc et la Tunisie se présentent comme des pays qui n'ont pas encore atteint la généralisation de leur couverture médicale. Ils présentent les parts de régimes d'assurance maladie publics et obligatoires dans les dépenses courantes de santé (DCS) les moins élevées parmi les pays de comparaison, avec respectivement 53,3% et 59,9%. Dans les autres pays du benchmark, cette part est supérieure à 70%.

Au Maroc et en Tunisie, les régimes d'assurance complémentaire sont rarement contractés et la part des dépenses directes des ménages dans le financement de la santé est très élevée. Cette situation fait que le financement des soins dans les cliniques privées ne peut se faire qu'aux dépens des patients, ce qui risque de renforcer davantage les dépenses directes des ménages, en raison des paiements directs des soins privés (y compris les tickets modérateurs et les surfacturations) et des assurances complémentaires.

**Tableau n° 39 : Sources de financement de la santé dans les pays du benchmark selon le type de régime**

Pays	Part du financement de la santé dans le PIB	Part des régimes publics et obligatoires dans les DCS	Part des régimes complémentaires facultatifs dans les DCS	Part des dépenses directes des ménages dans les DCS
Maroc	5,5%	53,3%	1,1%	45,6%
Espagne	9,1%	70,6%	7,6%	21,8%
France	11,3%	83,7%	7,0 %	9,3%
Suède	11,0%	84,9%	1,2%	13,9%
Canada	10,8%	70,2%	14,9%	14,9%
Tunisie	7,1%	59,9%	1,2%	38,9%

Source : Conseil de la concurrence, 2022

Au Maroc, le secteur privé est financé essentiellement par l'AMO, par les paiements directs et marginalement par l'assurance complémentaire. Avec la généralisation de l'AMO de base et de l'assurance complémentaire, il est attendu que les dépenses directes des ménages pour le financement des soins dans les CPEA reculent.

L'engagement par sa majesté le Roi pour la généralisation de la CMB à l'horizon 2022 annonce une réforme qui va permettre l'harmonisation du système de financement des soins et la facilitation de la complémentarité entre les secteurs public et privé. Elle permettra par la même occasion de réduire les dépenses directes des ménages. Cette réforme devrait s'accompagner d'une actualisation du système de tarification et d'un renforcement de la régulation de la CMB.

### 3. Les professionnels de la santé

Les médecins et les infirmier(e)s constituent la ressource stratégique des CPEA parce qu'ils sont nécessaires à la production des soins et services et parce qu'ils jouent souvent l'intermédiaire entre les patients et les CPEA constituant ainsi une bonne voie de recrutement des patients pour les CPEA.

Au Canada et en Suède, les médecins sont considérés comme des intervenants indépendants sous contrat avec l'assurance maladie. En France et en Espagne, ils sont des contractuels ou des salariés.

En France, les médecins privés doivent en plus choisir leur secteur d'exercice (secteur 1 ou 2). Selon ce découpage par secteurs, un médecin peut opter pour une application de la tarification de la convention nationale (secteur 1) sans possibilité de dépassement des honoraires, soit d'opter pour le secteur 2, ce qui signifie une non adhésion à la tarification conventionnelle, avec de ce fait la possibilité de dépasser les honoraires fixés par l'assurance maladie. Dans les deux cas, les médecins sont tenus à une transparence quant à leur secteur avec un affichage clair et visible.

Au Canada, il n'y a pas de médecins partageant leur temps entre deux payeurs et deux types de clientèles, un médecin est participant ou non au service public.

Au Maroc et en Tunisie les médecins et les infirmier(e)s sont des praticiens privés (exercice libéral) ou des fonctionnaires de l'État. Les médecins fonctionnaires peuvent pratiquer de l'exercice privé (TPA).

Au-delà des spécificités de l'exercice des professionnels de la santé dans le secteur privé, les CPEA sont influencés par le niveau de disponibilité de cette ressource stratégique, d'autant plus qu'il y a une rareté des professionnels de la santé au niveau mondial depuis le début des années 2000 (OMS, 2006).

Dans le panel des pays retenus pour le benchmark, les densités médicale et paramédicale en France, en Espagne, en Suède et au Canada demeurent relativement élevées. En Tunisie, ces densités ne sont pas au niveau des quatre pays précités, toutefois elles sont presque de l'ordre du double du niveau constaté au Maroc.

Cette situation reflète bien la pénurie des ressources humaines de santé que connaît le Maroc et qui a été identifiée par l'OMS depuis 2006. Des initiatives ont été prises pour dépasser cette contrainte mais sans grand succès. Le secteur privé a été depuis associé à la politique de renforcement de la formation dans les sciences de la santé et une feuille de route a été engagée sous le patronage royal pour le développement de la formation professionnelle.

Par ailleurs, le dernier rapport de la Commission spéciale pour le nouveau modèle de développement (2021) a recommandé l'engagement d'un plan ambitieux d'investissement dans les compétences de santé, visant une densité de personnel soignant de 4,5 pour 1000 habitants à l'horizon 2035 (contre un peu moins 2 pour 1000 actuellement), ce qui signifie la formation de 54000 médecins et 100000 infirmiers d'ici 2035. Dans la même perspective, certaines dispositions de la loi n° 131.13 ont été amendées pour faciliter l'installation des

médecins étrangers au Maroc. Toutes ces actions montrent une prise de conscience des pouvoirs publics quant à l'importance des professionnels de santé dans le développement du système sanitaire nationale, avec ses deux composantes publique et privée.

**Tableau n° 40 : Densité médicale et paramédicale au Maroc et dans les pays du benchmark**

Pays	Densité médicale (pour 10000 hab.)	Densité paramédicale (pour 10000 hab.)
Maroc	7,3	13,9
Espagne	40,3	60,8
France	33,8	114,7
Suède	41,0	109
Canada	27,6	99,8
Tunisie	13,2	35,0

Source : Conseil de la concurrence, 2022

#### 4. Les systèmes de tarification

Dans les cinq pays ayant fait l'objet d'une analyse comparative, la tarification des soins est, soit commune au secteur privé et public, comme c'est le cas en Suède, en France et en Espagne, soit différente entre les deux secteurs, comme c'est le cas dans les autres pays.

En suède par exemple, ce sont les comtés qui déterminent les différents tarifs des soins. Les personnes âgées de 85 ans ou plus sont exonérées des franchises pour les traitements en soins ambulatoires dans toutes les régions. Les tickets modérateurs en hospitalisation privée sont plafonnés. Les frais des soins privés coûtent autant que les soins publics en cas d'accord avec le système de santé national représenté par les comtés et les départements. Pour les services de soins de santé qui ne sont pas couverts par un tel accord, les patients doivent payer le coût total de tous les soins reçus.

En Espagne, les exigences tarifaires et procédurales sont communes pour le secteur privé lucratif et non lucratif : le secteur privé à but non lucratif en raison des facilités qui lui sont accordées par les autorités (avantages fiscaux et subventions) ; le secteur privé à but lucratif en raison de sa gestion déléguée pour le secteur public et en raison de son Partenariat Public-Privé dans la gestion de certains hôpitaux. En France, les tarifs sont communs aux deux secteurs, mais quand les médecins choisissent le secteur 2 comme secteur d'exercice, ils peuvent dépasser les honoraires prévus par l'assurance maladie pour toute leur patientèle, y compris pour les assurés.

Au Maroc, la tarification n'est pas commune aux deux secteurs et les médecins pratiquent souvent des dépassements d'honoraires pour les assurés.

Par ailleurs, chaque système de tarification comprend plusieurs modes de paiements des soins (par capitation, par acte, par forfait, par activité, par pathologie ou par groupe de diagnostics) dépendamment du type de système de santé et des développements que permettent leurs systèmes d'information. S'il y a une tendance au niveau international

à fonder la tarification sur les groupements de diagnostics ou de pathologies, comme c'est le cas dans les quatre pays du benchmark appartenant à l'OCDE, la majorité des pays cherchent en plus à intégrer la qualité des soins et la coordination des prises en charges des patients comme critères de paiement de soins, d'autant plus que « l'effet prix » reste limité dans la régulation du marché des soins en raison de la réglementation des systèmes de tarification dans le cadre de l'assurance maladie.

En raison de la fixation des prix des prestations de soins médicaux, les opérateurs des cliniques privées et les prestataires ont tendance à compenser la perte (potentielle) de revenus en augmentant le volume et l'intensité de leurs services. Par conséquent, l'attention est de plus en plus tournée vers les modes de paiement alternatifs, notamment avec le développement de contrats basés sur la valeur et sur les paiements d'incitation à la qualité des soins.

À ce titre, il convient de citer les mécanismes d'accréditation des établissements de santé et de certification des pratiques comme moyens de prise en compte de la qualité dans les conventionnements tarifaires. En France par exemple, l'accréditation des établissements de santé (appelée certification) est obligatoire aussi bien pour les structures publiques que privées. En Espagne, l'accréditation des cliniques privées est une condition à l'établissement d'un contrat avec l'assurance maladie.

En Suède et en Tunisie, il n'existe pas de programme national d'accréditation des établissements de santé. Cette démarche est laissée à l'initiative des établissements. En France, en plus de la certification des établissements de santé, le gouvernement a récemment mis en place une initiative en rapport avec une dotation complémentaire appelée « incitation financière pour l'amélioration de la qualité (IFAQ) » qui se fait au profit des hôpitaux publics et des cliniques privées.

Au Maroc, la loi n° 65.00 autorise tous les modes de paiement des soins, mais dans la pratique, les conventions tarifaires n'utilisent que le paiement à l'acte et le forfait comme modes de paiement des soins. Il n'y a par ailleurs aucun programme national d'accréditation qui concerne les CPEA bien que cela ait été annoncé dans la loi n° 34.09 et la loi n° 131.13.

Dans son rôle de régulation de la CMB, l'ANAM devrait avoir la possibilité de faire évoluer le système de tarification vers un fondement sur les groupes d'activités et sur la qualité. Pour cela, il est nécessaire d'avoir le même système d'information pour la régulation de la CMB pour les deux secteurs (public et privé) et pour l'ensemble des régimes.

#### **D. Régulation du marché des soins privés et de l'assurance maladie**

Dans tous les pays du benchmark, il existe au moins deux entités qui interviennent dans la régulation du secteur de l'hospitalisation privée : l'État et l'organisme de l'assurance maladie. D'autres entités sont associées à cette régulation dépendamment des situations.

##### **1. L'État ou les pouvoirs publics**

Dans les systèmes de santé décentralisés comme au Canada, en Suède et en Espagne, ce sont les conseils régionaux élus qui assurent l'encadrement du secteur privé de soins (les

comtés en Suède, les provinces et territoires au Canada et les Communautés autonomes en Espagne). Ils planifient et organisent les soins, ils fixent les modalités de financement et concluent les contrats.

Dans les systèmes de santé centralisés, c'est le gouvernement représenté par le Ministère de la santé qui assure la régulation des cliniques privées, comme c'est le cas au Maroc et en Tunisie ; ou une entité à laquelle il délègue cette fonction comme c'est le cas des ARS en France. L'ARS établit un contrat avec l'assurance maladie et les établissements de santé (publics ou privés). Ce contrat s'appelle le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES). Il est venu remplacer, depuis 2018, tous les contrats d'objectifs existants : le contrat de pertinence des soins, le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé (CAPES), le contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBU) et le contrat d'objectif et de moyens (COM).

## 2. L'organisme chargé de l'assurance maladie ou de la sécurité sociale

Il participe à la régulation du secteur privé dans tous les pays de comparaison, mais son rôle varie dépendamment de l'importance de ses attributions et de son leadership parmi les autres acteurs. Ces organismes sont généralement indépendants et dotés d'un pouvoir de négociation important, compte tenu du fait qu'ils détiennent les fonds permettant le financement des soins. C'est le cas de la CNAM en France, de l'Institut national de sécurité sociale en Espagne, de la caisse d'assurance sociale en Suède et des régies de l'assurance maladie au Canada.

Au Maroc, le rôle de l'ANAM dans la régulation du secteur privé en général et des CPEA en particulier reste peu important. L'ANAM n'intervient que dans l'encadrement des conventions tarifaires et elle n'est pas indépendante, bien qu'elle ait un statut d'établissement public. Elle ne contrôle pas non plus l'allocation des ressources de l'assurance maladie, bien qu'elle soit responsable de veiller à la préservation de ses équilibres financiers. L'allocation des ressources pour les CPEA (tiers payant) est assurée par des organismes gestionnaires (CNOPS et CNSS) à la différence de la Tunisie où la CNAM assure aussi bien la régulation que l'allocation des ressources.

## 3. Autres organismes

Dans certains pays, il existe d'autres entités qui participent à la régulation de l'hospitalisation privée. C'est notamment le cas en Espagne où le Conseil Interterritorial du Système National de Santé (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, CISNS) est la principale instance de configuration du système national de santé (SNS). Il veille à promouvoir la cohésion du SNS en garantissant de manière effective et équitable les droits des usagers. Il est formé du Ministre de la santé qui le préside et des conseillers des communautés autonomes compétents en matière de santé.

En France, la Haute autorité de la santé (HAS) intervient dans la régulation du marché de soins à travers la fixation des normes et le choix des outils d'amélioration de la qualité et de l'effizienz à l'instar de l'accréditation et de l'IFAQ.

En Tunisie, la loi a créé un « Comité National des Établissements Sanitaires Privé » qui est obligatoirement consulté par le Ministère de la santé publique sur :



- Toute demande de création, d'extension ou de transfert d'un centre d'hémodialyse ;
- Toute demande d'installation dans un établissement sanitaire privé d'équipements matériels lourds ;
- Toute décision de fermeture définitive d'un établissement sanitaire privé ;
- Tout avis sur les normes techniques et scientifiques applicables aux établissements sanitaires privés.

Au Maroc, la loi n° 34.09 (2011) prévoit, dans son article 30, la mise en place d'une « commission nationale consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé » et d'un « comité national d'évaluation et d'accréditation », censés tous deux participer à l'organisation de la complémentarité entre les secteurs public et privé et à la promotion de la qualité des soins. Ces commissions n'ont cependant pas été créées à ce jour.

## **VIII. Conclusions et recommandations**

### **A. Conclusions**

L'analyse menée par le Conseil de la concurrence, basée sur une appréciation objective de la situation concurrentielle sur le marché des soins dispensés par les cliniques privées, a permis de faire ressortir des constats positifs quant à la dynamique enregistrée par ce marché au cours des dernières années, ainsi que des dysfonctionnements l'empêchant de jouer pleinement son rôle dans le développement du système national de santé.

#### **1. Les cliniques privées, un acteur majeur dans le marché des soins médicaux**

Les cliniques privées et établissements assimilés sont devenus l'un des acteurs majeurs dans le marché des soins médicaux de façon générale. Ils sont actuellement au nombre de 613 établissements, dont 389 sont des cliniques privées (63%). Ces dernières offrent un tiers (33,6%) de la capacité litière nationale d'hospitalisation. L'investissement dans le secteur des cliniques privées s'est vu particulièrement accéléré après la publication de la loi n° 131.13 ayant permis l'ouverture de leur capital. Sur le plan de la consommation médicale, les cliniques privées constituent le premier poste de dépenses en tiers payants pour l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le deuxième prestataire de soins dans les dépenses courantes de santé au niveau national, après les pharmaciens et les fournisseurs de dispositifs médicaux.

#### **2. Une répartition géographique inégale et déséquilibrée des cliniques privées au Maroc**

L'évolution de la répartition géographique des cliniques privées au Maroc se trouve rythmée par le développement économique de nos régions et par le niveau de déploiement des ressources humaines de santé. Cette répartition demeure à ce jour particulièrement inégale et déséquilibrée. En effet, cinq régions regroupent 79% des cliniques privées et 82% des lits de l'offre en hospitalisation privée. Il s'agit des régions de Casablanca-Settat, Rabat-salé-Kenitra, Tanger-Tétouan Al-Hoceima, Fès-Meknès et Marrakech-Safi. Dans ces régions, le secteur privé héberge entre 25% et 50% de la capacité litière du territoire. Nos régions du Sud et du Sud-Est restent, pour leur part, quasiment dépourvues de ces structures de soins.

### 3. Opacité du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées

Malgré leur poids, aussi bien dans l'offre de soins que dans la consommation médicale, les cliniques privées ne font pas l'objet d'un suivi régulier de la part des pouvoirs publics. Ainsi, il n'existe aucune entité ou structure administrative (service, division ou direction) relevant du Ministère de la santé, dédiée au suivi et à la promotion des cliniques privées et à la collecte des informations y afférentes.

Devant ce vide, les services du Conseil de la concurrence se sont trouvés dans l'obligation de diligenter une enquête de terrain, menée par un cabinet d'études mandaté à cet effet. Cette enquête a pour objectif de collecter des informations relatives à la structure de ce marché, à la structure des coûts des cliniques privées, leurs principales contraintes en termes de barrière à l'entrée, etc.

### 4. Absence de cadre juridique dédié aux cliniques privées et désuétude des textes législatifs et réglementaires les régissant

L'un des constats les plus saillants liés au marché des soins dispensés par les cliniques privées a trait à l'absence d'un cadre juridique dédié, en dépit de l'importance prise par les cliniques privées dans l'offre nationale de soins médicaux. A cet égard, il y a lieu de relever que les dispositions juridiques actuelles relatives aux cliniques privées sont dispersées dans plusieurs textes législatifs et réglementaires régissant le système de santé national (6 textes différents). En effet, les cliniques privées ne sont considérées par les pouvoirs publics que comme une simple composante de ce système.

En sus de la dispersion des dispositions relatives aux cliniques privées, les textes législatifs et réglementaires sont datés et leurs textes d'application n'ont, pour la plupart, toujours pas été publiés. Ainsi, à titre illustratif, la loi cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins promulguée en date du 29 rejab 1432 (2 juillet 2011) ne dispose toujours pas de décrets d'application relatifs aux incitations, au Partenariat Public-Privé et à la commission consultative de coordination entre le secteur public et le secteur privé.

Il en est de même pour la loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine, promulguée le 29 rabii II 1436 (19 février 2015). Les arrêtés relatifs à la nomenclature des actes professionnels et aux normes techniques n'ont pas été actualisés. Les textes réglementaires relatifs à l'audit technique et juridique des cliniques privées, à la formation médicale continue et aux normes de qualité n'ont pas été publiés.

Ainsi, l'obsolescence des normes techniques et de qualité restent jusqu'à aujourd'hui des éléments particulièrement préoccupants au regard de l'importance des risques d'infections nosocomiales encourus dans des plateaux techniques basiques, voire désuets.

Le marché des soins dispensés par les cliniques privées connaît également un retard dans le renouvellement de certaines dispositions en rapport avec la loi n° 65.00 portant code de la couverture médicale de base, promulguée le 25 rejab 1423 (3 octobre 2002), notamment celles relatives aux conventions nationales et à la tarification nationale de référence.

Ce retard pris s'agissant de la complétude du cadre réglementaire afférent aux cliniques privées est source de dysfonctionnements et de conflits et altère l'efficacité de la régulation du marché des soins de santé prodigués par les cliniques privées. Ce retard donne aussi lieu à divers dépassements dont pâtit la patientèle, notamment celle disposant d'une couverture médicale, qui ne cesse de voir, de façon corrélative, son restant à charge s'alourdir.

Il y a également lieu de signaler que le cadre juridique ne permet pas d'établir de distinction claire entre clinique privée et établissement assimilé. La notion d'établissement assimilé est apparue pour la première fois dans la loi n° 10.94 (1996) relative à l'exercice de la médecine, abrogée et remplacée par la loi n° 131.13, pour assimiler certains établissements qui pratiquent de l'hospitalisation (notamment l'hospitalisation de jour) à des cliniques privées. Cette distinction a été consacrée et même élargie par la loi n° 131.13 et son décret d'application, mais elle n'est utilisée ni dans les bases de données des départements ministériels, ni chez les organismes de l'AMO, ni par l'administration fiscale, ni au niveau des associations professionnelles.

Si l'on se réfère uniquement au critère d'hospitalisation de jour, beaucoup de cliniques privées mono-disciplinaires devraient être reconverties en établissements assimilés, comme les cliniques ophtalmologiques par exemple. Mais la difficulté réside ailleurs. En effet, la loi n° 131.13 relative à la pratique de la médecine a prévu pour chaque type d'établissement assimilé des normes techniques spécifiques (article 59). Cela veut dire que plus il y a de types d'établissements assimilés, plus il sera nécessaire de produire des normes spécifiques. Cette multiplicité de normes techniques suppose un accompagnement de proximité des pouvoirs publics, inexistant à date d'aujourd'hui, dans un contexte où les établissements assimilés et les cliniques mono-disciplinaires sont de plus en plus nombreux.

## **5. Les cliniques privées à but non lucratif : une locomotive pour le développement du marché des soins dispensés par les cliniques privées**

Les cliniques à but non lucratif revêtent une importance majeure au Maroc. Elles ont impulsé une dynamique de développement sur le marché des cliniques privées, qui s'est traduite par la mise en place de polycliniques par la CNSS, des centres d'hémodialyse par les mécènes et des hôpitaux universitaires par les fondations. Elles sont au nombre de 199 établissements, soit 32% de l'ensemble des cliniques privées et établissements assimilés.

S'agissant des cliniques privées à but non lucratif, elles restent à ce jour peu nombreuses mais avec une capacité litière importante. En effet les cliniques privées à but non lucratif sont au nombre de 26, avec une taille moyenne de 91 lits. Elles regroupent ainsi 17,4% de la capacité d'hospitalisation du secteur privé (2730 lits). Pour les établissements assimilés, ils sont au nombre de 173 et sont dominés par les centres d'hémodialyse mis en place par des mécènes.

Les cliniques privées à but non lucratif se sont donc imposées comme acteur incontournable dans le paysage des cliniques privées et établissements assimilés. Elles

jouissent, de par leur statut, de certains avantages, notamment fiscaux, qui créent selon les opérateurs privés à but lucratif, un environnement de concurrence déloyale.

Or et de par le réinvestissement de leurs bénéficiaires dans le maintien et le développement de leurs structures et de par la transparence de leur facturation et les actions de recherche et de formation qu'elles développent, les avantages dont elles jouissent se trouvent économiquement justifiés. Par ailleurs, le niveau de tarification pratiquée par ces cliniques, qui est égal voire supérieur à celui des cliniques privées à but lucratif, n'a pas été de nature à altérer leur attractivité auprès de la patientèle.

## **6. Une modernisation progressive des modes de gestion des cliniques privées : vers un modèle d'hôpital privé**

Le marché des soins dispensés par les cliniques privées connaît une diversité de formes organisationnelles des opérateurs. En effet, après le modèle traditionnel de la « clinique-villa » se sont développés les modèles de l'« hôpital privé » et celui de « groupement de cliniques », aussi bien dans le secteur lucratif que non lucratif. Cette diversification contraste avec une uniformité du cadre législatif et réglementaire représentée par les dispositions de la loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine et ses textes d'application qui demeurent les mêmes pour toutes les formes de cliniques privées, abstraction faite de leur taille et de leur forme organisationnelle. Ce contraste entre un cadre législatif uniforme et figé et une réalité de cliniques multi-taille, multiforme et dynamique est une source de contraintes pour ces cliniques.

Le besoin de s'adapter à la demande de soins et d'intégrer le progrès technologique a poussé les cliniques privées à faire évoluer leur taille, leur plateau technique et leur offre de soins et services. Des services de gestion administrative, financière et technique ont également vu le jour au sein des cliniques privées.

Le modèle de l'hôpital privé s'est ainsi imposé dans le secteur lucratif et non lucratif. La loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine a consacré cette évolution en préconisant des dispositions législatives contraignantes en rapport avec la gouvernance des cliniques privées, comme la mise en place de la commission médicale d'établissement, de la direction médicale et de la direction financière. Le modèle de cliniques de petite taille (capacité inférieure à 20 lits), qui représentent la moitié des cliniques privées, n'est pas reconnu dans ce cadre législatif et se trouve contraint à évoluer.

Par ailleurs, le développement du modèle de l'hôpital privé crée une émulation avec l'hôpital public qui est amené lui aussi à évoluer pour améliorer son image, son efficacité et répondre de façon appropriée aux attentes de la population.

Bien que la loi cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins ait prévu une complémentarité entre le secteur public et le secteur privé, et en l'absence de mécanismes concrets de coopération, les cliniques privées et les hôpitaux publics fonctionnent sans aucune complémentarité à ce jour.

## 7. Des cliniques privées majoritairement sous capitalisées

La loi n° 131.13 relative à la pratique de la médecine a consacré l'ouverture du capital des cliniques privées. Toutefois, cette réforme étant relativement récente, de nombreuses cliniques restent sous-capitalisées. Le niveau de leurs capitaux propres demeure très faible et se caractérise par le fait que les capitaux sociaux de la plupart des cliniques privées n'ont pas subi de changement depuis leur création.

En effet, le capital social des cliniques privées et établissements assimilés demeure en deçà de 1 million de dirhams dans 43% des cas et il varie entre 1 et 10 millions de dirhams dans 43 % des cas. Ce n'est que dans 13% des cas que le capital est supérieur à 10 millions de dirhams.

Pour un secteur réputé particulièrement capitalistique, eu égard aux investissements nécessaires à l'acquisition des équipements lourds, les cliniques privées ressortent comme étant majoritairement sous-capitalisées. Toutefois le marché connaît une évolution quantitative et qualitative du capital social, en lien avec le passage du financement par fonds propres à un financement plus conséquent par des fonds d'investissement.

## 8. Le marché des soins dispensés par les cliniques privées devenu de plus en plus ouvert et attractif

La loi n° 131.13 relative à la pratique de la médecine a permis l'émergence de groupes privés de santé. Ces groupes ont été à l'origine d'une professionnalisation de la fonction managériale et d'un basculement progressif, d'une part des pouvoirs décisionnels du médical vers le financier et d'autre part de l'opacité financière vers la transparence. Ainsi a-t-il été constaté une évolution progressive du nombre de dépôts des déclarations des états de synthèse depuis 2015, essentiellement de la part des cliniques privées et des centres d'hémodialyse.

En revanche, les cliniques privées de petite taille demeurent gérées selon des modèles de gestion traditionnels, marqués par la dominance du corps médical, au détriment de corps administratif spécialisé.

La présence des groupes/holdings financiers et des deux fondations Cheikh Zaid et Cheikh Khalifa dans l'offre de soins du secteur privé présente un avantage indéniable pour les patients et pour le secteur de la santé globalement. Elle permet notamment d'avoir des infrastructures hospitalières et des matériels médicaux de dernière génération, ainsi qu'une offre de soins et services relativement complète au sein d'une même structure.

La gestion administrative et financière de ces entités, confiée à des managers et à des financiers permet à la fois de fluidifier la gestion courante, en déchargeant les médecins des tâches administratives, et d'optimiser la gestion financière en mettant en place des procédures et un système de reporting et de contrôle de gestion. La mise en place d'un système de gouvernance au sein de ces entités permet également d'assurer une plus grande transparence dans le processus de gestion des différents acteurs de la clinique.

## **9. Persistance de barrières à l'entrée du marché des soins dispensés par les cliniques privées**

La loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine a permis de lever les barrières à l'entrée du marché des soins médicaux dispensés par les cliniques privées. Toutefois, la dynamique de ce marché en croissance se heurte à la persistance de contraintes structurelles assimilées par les opérateurs à des barrières. Il s'agit notamment de la pénurie des ressources humaines, de la vétusté des tarifications de référence qui ne sont pas basées sur une analyse des coûts réels des prestations et de l'absence d'incitations à l'investissement. Ces contraintes structurelles favorisent les pratiques de nature à compromettre le fonctionnement concurrentiel du marché.

Parmi les contraintes majeures rencontrées par les opérateurs figure essentiellement la rareté du foncier pour équipement de santé, particulièrement dans les grandes agglomérations, ce qui contraint les promoteurs à rechercher du foncier commercial ou résidentiel pour lequel il est nécessaire d'engager des démarches longues et coûteuses auprès des services communaux et de l'urbanisme.

La longueur et la complexité des démarches administratives préalables à l'ouverture d'établissements sont également considérées comme une barrière à l'entrée.

## **10. Rareté structurelle des ressources humaines médicales et paramédicales et recours illégal des cliniques privées au personnel du secteur public**

La rareté des ressources humaines (personnel médical et paramédical) est également considérée par les opérateurs comme une barrière structurelle du marché. La rareté de ces ressources a généré de nombreux maux : manque d'implantation de cliniques privées dans plusieurs régions du Royaume, détournement du personnel paramédical et des médecins du secteur public en dehors de l'exercice de temps partiel aménagé (TPA), etc.

Le détournement du personnel médical et paramédical du secteur public biaise non seulement le fonctionnement concurrentiel du marché des soins dispensés par les cliniques privées, mais altère aussi fortement l'efficacité de l'utilisation des infrastructures hospitalières publiques.

## **11. Persistance de pratiques frauduleuses constituant des entraves au fonctionnement concurrentiel du marché des soins dispensés par les cliniques privées**

Compte tenu de la spécificité des services de soins médicaux impliquant une asymétrie d'information entre le patient et le médecin traitant/la clinique, les prestations réalisées au sein des cliniques et leur mode de facturation sont très souvent matière à contestation de la part des patients et de leurs familles.

Plusieurs pratiques frauduleuses ont été relevées. Il s'agit principalement des accords de captation de la clientèle/patientèle : accords d'exclusivité et ristournes entre les cliniques et les transporteurs (ambulanciers, taxis, etc.). Il s'agit également des ristournes au profit des médecins des secteurs public et privé. Ces derniers dirigent, voire rabattent des patients au profit des cliniques qui offrent les ristournes les plus élevées sous forme de paiement au noir non déclaré au fisc et supporté par les patients.

En outre, les cliniques recourent à la pratique de chèque de garantie, interdite aussi bien par le code pénal<sup>22</sup> (article 544) que par la loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine, en cas de tiers payant (article 75).

Le motif invoqué par les cliniques privées pour recourir au procédé de chèque de garantie est de sécuriser le paiement des prestations réalisées au profit du patient.

Similairement, la pratique d'un paiement « au noir » est souvent objet de doléances de la patientèle, même si elle concerne davantage les médecins que les cliniques; le médecin exigeant ce type de paiement dans la majorité des cas de manière discrétionnaire et en sus des honoraires versés par la clinique en contrepartie de sa prestation.

Il a, en outre, été relevé une tendance à la facturation abusive des soins. En effet, la multiplicité d'examens imposés aux patients, la sollicitation abusive d'avis spécialisés de médecins de la part de leurs confrères, des admissions injustifiées en réanimation, la surfacturation de nuitées et autres frais de séjour et la facturation de médicaments non consommés grèvent sévèrement les factures d'hospitalisation.

Ces pratiques ont conduit les cliniques privées à mettre en place une double comptabilité.

## **B. Recommandations**

Au regard des conclusions précitées et compte tenu de l'importance et du rôle que les cliniques privées sont appelées à jouer dans le contexte de généralisation de l'AMO, de nombreuses recommandations sont formulées en vue de remédier aux dysfonctionnements constatés.

En effet, ces recommandations visent essentiellement à améliorer et à massifier l'offre de soins médicaux au niveau national, en ouvrant davantage ce marché à une concurrence saine et loyale, seule à même de garantir l'accessibilité des soins aux citoyens, à des coûts raisonnables.

Ces recommandations s'insèrent parfaitement dans la réforme globale en cours du système national de santé, portée par une volonté royale manifeste et déterminée, concrétisée dans le projet de loi-cadre n° 06.22 relatif au système de santé national. Ce projet de loi-cadre prévoit d'introduire une nouvelle structure de gouvernance, de mettre en place un parcours coordonné des soins, etc.

Toutefois, il y a lieu de préciser que la massification de l'offre hospitalière privée et l'amélioration de la qualité des prestations rendues ne sauraient à elles seules combler le déficit global de l'offre de santé nationale.

La consolidation de la dimension référentielle de l'hôpital public, avec des actions de fond en faveur d'une mise à niveau et d'une densification du réseau d'hôpitaux publics de qualité s'impose avec acuité dans le cas de notre pays.

---

22 Dahir n° 1.59.413 du 28 Joumada II 1382 (26 novembre 1962) formant Code pénal, tel que modifié et complété.



## 1. Réviser et accélérer la formation des ressources humaines médicales et paramédicales

La pénurie que connaît le Maroc en matière de ressources humaines de santé freine son élan de progrès pour l'extension des infrastructures sanitaires aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. La révision et l'accélération de la formation du personnel médical et paramédical s'impose comme action prioritaire à ce titre.

En effet, avec une densité médicale de 7,5 médecins pour 10000 habitants, le Maroc se place en deçà du standard de 15,3 médecins pour 10000 habitants recommandé par l'OMS. Afin de pallier ce manque, des actions ont été entreprises, à l'instar de la réduction du nombre d'années d'études en médecine et l'augmentation du nombre de sièges universitaires, notamment à travers l'autorisation de facultés de médecine privées. Toutefois, au regard de l'importance de la carence constatée et du phénomène de fuite des compétences vers d'autres pays, des actions supplémentaires devraient être entreprises, notamment en matière de *numerus clausus* pour élargir l'accès aux études de médecine.

A cet égard, le Conseil de la concurrence appelle d'urgence à une révision en profondeur des programmes et des méthodes de formation du corps médical et paramédical et des cursus dispensés par les différentes facultés de médecine. Un focus particulier devra être porté sur les formations en spécialités diverses et sur la gouvernance bicéphale (Ministère de l'enseignement supérieur et Ministère de la santé et de la protection sociale) des facultés de médecine.

En outre et pour retenir les jeunes médecins diplômés, le Conseil appelle également à une révision du mode de rémunération des médecins, en tenant compte de la durée de formation, de leur spécialité et de la nature des actes accomplis.

## 2. Prévoir des incitations significatives à l'exercice de la médecine au Maroc par des médecins étrangers

Au regard des flux migratoires de médecins marocains vers l'Europe principalement, accentuant le déficit précité, le Conseil de la concurrence recommande d'adopter des mesures d'urgence en vue d'inciter les médecins étrangers à exercer au Maroc. Le comblement dudit déficit s'impose avec acuité compte tenu des exigences induites par l'explosion de la demande de soins médicaux dans le contexte de généralisation de l'AMO.

A cet effet, il y a lieu de préciser que la loi n° 33.21 modifiant et complétant la loi n° 131.13, a assoupli les conditions d'exercice de la médecine privée pour les praticiens étrangers, à travers l'exemption de l'obligation d'équivalence et la subordination de l'exercice à la simple inscription au tableau de l'Ordre des médecins.

Toutefois, plusieurs facteurs n'ont pas permis, à ce jour, de renverser le flux des médecins entrant sur le marché national des soins de santé versus ceux quittant le marché national vers l'étranger. Il s'agit notamment du retard d'implémentation des mesures d'assouplissement précitées, la limitation de l'exercice de la médecine par des étrangers au seul secteur privé sans inclure le secteur public, à l'instar de la pratique observée dans certains pays avancés, ainsi que le manque de mesures

d'accompagnement incitatives s'insérant dans une politique publique volontariste (telles que des primes à l'installation, la prise en charge de la scolarité des enfants des praticiens, la mise en place d'un organisme en charge de la facilitation de leur installation et leur insertion, etc.).

### **3. Mettre en place de nouvelles modalités d'exercice au sein des cliniques privées**

Les mesures précitées ne sauraient, seules, permettre de pallier les carences majeures constatées. Des actions portant sur les conditions d'exercice au sein des cliniques privées au Maroc devraient être entreprises. En effet, à ce jour, les médecins interviennent au niveau des cliniques privées sur une base contractuelle, selon un modèle de contrat-type établi par le Conseil national de l'ordre des médecins. Ledit contrat ne comporte aucune clause de salariat ou de limite quelconque à l'indépendance professionnelle du médecin. Ce type de contrat a eu pour conséquence de limiter fortement les ressources disponibles et a poussé les cliniques dans une course à la recherche des profils souhaités, moyennant la tolérance de certaines pratiques à la limite de la légalité (commissions, ristournes, etc.).

Aussi et pour y mettre fin, il est suggéré de créer à côté du statut contractuel actuel, un statut alternatif de médecin salarié des cliniques privées, au même titre que la pratique observée au sein des cliniques privées à but non lucratif, ainsi que dans d'autres pays<sup>23</sup>. Le salaire à allouer à ces médecins pourrait se décomposer en un salaire de base en sus d'honoraires liés au nombre et à la qualité des actes accomplis par lesdits médecins. Le statut de médecin salarié au sein des cliniques privées pourrait représenter une alternative attractive, à la fois pour les jeunes diplômés et pour les médecins étrangers que le Maroc ambitionne de drainer vers le marché national.

### **4. Décloisonner la pratique de la médecine et instaurer une mobilité d'exercice de la médecine au niveau national**

En vue d'encourager l'installation des cliniques privées dans les régions considérées comme des déserts médicaux, le Conseil de la concurrence considère qu'il est nécessaire de découloisonner la pratique de restriction territoriale imposée par les ordres régionaux des médecins, et ce en vue de permettre une interopérabilité régionale et une plus grande mobilité des praticiens. En effet, en l'état actuel, un médecin n'est supposé pouvoir exercer que dans sa région d'inscription à l'ordre régional des médecins. Le changement de lieu d'exercice est conditionné par une radiation/réinscription auprès de l'ordre régional récipiendaire. Et compte tenu de la rareté des ressources, l'exercice de la médecine privée, doit être autorisée sur l'ensemble du territoire national, quel que soit l'ordre régional où le médecin est inscrit.

### **5. Développer la Télémédecine comme l'une des solutions à la pénurie de ressources humaines médicales**

Le développement des moyens de communication modernes induits par les nouvelles technologies de télécommunication et d'internet a permis l'apparition et le développement de la pratique de médecine à distance ou Télémédecine.

---

23 France et Espagne notamment.

Le recours à cette pratique représente l'une des solutions sérieuses et viables à la pénurie de ressources humaines médicales au Maroc.

En conséquence, le Conseil de la concurrence recommande de créer le cadre et les conditions nécessaires pour l'essor de cette pratique au Maroc, notamment en l'insérant dans la nomenclature des actes remboursables par les organismes de prévoyance sociale.

## **6. Réviser et actualiser la nomenclature générale des actes professionnels et la tarification nationale de référence tenant compte des coûts réels des prestations des soins**

La nomenclature générale des actes professionnels et la tarification nationale de référence sont toutes deux remises en cause, tant par les prestataires de soins que par les organismes gestionnaires de l'AMO, car jugées obsolètes, puisque demeurées inchangées depuis 2006.

La révision de la nomenclature des actes et de la tarification de référence doit tenir compte de la structure exacte des prix des actes médicaux, dans l'objectif de parvenir à une tarification juste et de lutter contre la surfacturation, tout en tentant de préserver aux mieux les équilibres financiers des organismes gestionnaires de l'AMO.

Dans ce sens, il est recommandé de :

- Prendre les mesures nécessaires pour la révision et la mise à jour immédiates de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et des Conventions Nationales instituant la Tarification Nationale de Référence ;
- Normaliser la pratique médicale en mettant en place des protocoles thérapeutiques standards, afin de mieux maîtriser les coûts, les dépenses de santé et les contrôles médicaux.

Il serait également opportun que la nouvelle tarification de référence tienne compte des technologies employées pour certains actes de diagnostic et de traitement avec un dispositif de Bonus/Malus. Les actes réalisés avec des équipements de nouvelle génération seraient gratifiés par un bonus tarifaire tandis que les actes réalisés avec un équipement obsolète seraient pénalisés par un malus tarifaire.

## **7. Etendre et généraliser la liberté de tarification et la transparence de la facturation des soins dispensés**

Dans l'attente de la révision et l'actualisation de la tarification nationale de référence et éventuellement au-delà, il semble opportun d'ouvrir la voie à un assouplissement du système de tarification. L'idée sous-jacente est de permettre aux cliniques et aux médecins d'opter pour une application de la tarification conventionnelle, sans possibilité de dépassements ou une application de tarifs libres en toute transparence et justifiée par une qualité différenciée de soins et de traitement.

Dans ce cas de figure, le droit des patients doit être préservé par une communication claire sur les parties remboursable et non remboursable, sans que cela n'occasionne le déconventionnement des praticiens et des cliniques optant pour ce système de tarification.

Pour étayer une différenciation tarifaire des cliniques, le Conseil de la concurrence suggère d'envisager un classement des cliniques privées, en fonction de la qualité de leurs installations et du standing des conditions de séjour, afin de permettre aux opérateurs ne souhaitant pas appliquer la tarification nationale de référence de le faire en toute transparence, avec la possibilité d'attirer à elle une patientèle consciente de ses choix et de la tarification corrélative.

## **8. Renforcer le contrôle des cliniques privées, notamment à travers le recours à des prestataires agréés**

Le contrôle du marché des soins dispensés par les cliniques privées pâtit d'une dilution des responsabilités au regard de la multiplicité des intervenants (Ministère de la santé et de la protection sociale, ANAM, Ministère de l'Économie et des Finances, Ministère de l'Inclusion économique, de la Petite entreprise, de l'Emploi et des Compétences, etc.) et de l'insuffisance des moyens mis à leur disposition. Aussi, le Conseil de la concurrence recommande l'adoption d'un cadre de régulation coordonné et convergent.

Pour un contrôle plus renforcé et systématique sur les volets techniques de fonctionnement des cliniques privées, le Conseil de la concurrence recommande de recourir aux services de prestataires externes spécialisés et agréés par le Ministère de la santé et de la protection sociale (type bureaux de contrôle technique). Le périmètre et les modalités d'intervention de ces prestataires doivent être définis par un cahier de charges dûment établi et ouvrant ce type de prestation à la concurrence.

## **9. Lutter contre la pratique de chèque de garantie par la mise en place d'un fonds de garantie**

La pratique de chèque de garantie, formellement interdite par le Code pénal et la loi n° 131.13, doit être dénoncée auprès du parquet et sévèrement sanctionnée par la justice.

Parallèlement, pour lutter contre le recours massif des cliniques privées à cette pratique en dépit de son caractère illicite, le Conseil de la concurrence suggère la création d'un fonds de garantie collective, dont les modalités de financement restent à être déterminées. Ce fonds permettra aux cliniques privées la prise en charge du restant à payer en cas de défaut de paiement du patient.

## **10. Appliquer les dispositions légales afférentes aux règles d'affichage des tarifs des prestations des cliniques privées et prévoir des sanctions dissuasives à l'endroit des contrevenants**

La loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine prévoit les règles d'affichage pour les cabinets médicaux, les cliniques et les établissements assimilés. Ces dispositions sont conformes à celles de l'article 3 de la loi n° 31.08 relative à la protection du consommateur.

Toutefois et dans la pratique, les règles d'affichage sont rarement respectées. Le renforcement du contrôle de cet aspect est nécessaire afin d'assurer la transparence du marché. Un affichage visible des tarifs de chaque prestation et des frais de séjour devraient être effectué, sous peine de sanctions dissuasives, pécuniaires et administratives.

### **11. Imposer une facturation claire et détaillée des soins et des médicaments consommés**

De même, une facturation claire et détaillée des actes et médicaments consommés s'impose, de sorte à prévenir les risques de facturation abusive, notamment pour les médicaments et produits non consommés ou non intégralement consommés. Ce dernier aspect peut d'ailleurs mener à une réflexion autour du conditionnement des médicaments destinés aux cliniques, parfois inadapté, au regard du besoin de consommation limité du patient lors de son séjour.

En outre, s'agissant des médicaments, les cliniques privées devraient disposer en principe de leur propre pharmacie hospitalière et appliquer en conséquence aux patients des prix de médicaments inférieurs à ceux appliqués en officine.

### **12. Renforcer les contrôles fiscaux des cliniques privées et les inciter à auditer régulièrement leurs comptes afin de lutter contre le phénomène de sous-déclaration généralisée**

Sur le volet comptable, une plus grande transparence s'impose. Des sous-déclarations de chiffre d'affaires ont été massivement détectées lors des vérifications menées par l'administration fiscale au cours des dernières années. Le Conseil de la concurrence recommande un renforcement des contrôles fiscaux et un audit régulier des comptes des cliniques privées.

En outre, le Conseil de la concurrence suggère l'accélération de la digitalisation du dossier patient dans le cadre de la généralisation de la couverture médicale de base, qui améliorera la traçabilité des actes effectués et leur comptabilisation et leur contrôle par les organismes gestionnaires de l'AMO et par le fisc.

### **13. Renforcer la transparence des actes chirurgicaux pour une meilleure protection des patients et des praticiens**

La promotion de la transparence passe également par l'instauration d'un système de traçabilité relatif aux actes chirurgicaux, avec enregistrement desdits actes, après consentement du patient et dans le respect des dispositions relatives à la protection des données personnelles, dans l'objectif de préserver les intérêts des médecins et des patients en cas de litiges, d'éviter la dilution des responsabilités sur les erreurs médicales ainsi que le remplacement du praticien par du personnel paramédical ou par un médecin en double exercice, etc.

### **14. Développer et améliorer l'offre hospitalière publique pour augmenter la concurrence sur le marché des soins médicaux**

S'agissant des prestations substituables à l'hospitalisation privée, et en dehors de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) qui n'est pas reconnue comme pratique remboursable au Maroc, seul l'hôpital public reste une alternative de substitution aux cliniques privées.

Si les hôpitaux publics sont présents dans quasiment toutes les régions tandis que les cliniques privées sont absentes dans plus du tiers des régions, les défaillances que présentent les hôpitaux publics et la faiblesse de leur capacité litière ne permettent

pas de créer une émulation avec les établissements privés. La massification de l'offre hospitalière publique et sa mise à niveau s'imposent dans ce cadre.

En effet, l'augmentation de l'offre hospitalière privée au Maroc ne peut compenser le déficit global en offre hospitalière nationale, même si elle constitue un atout majeur pour contribuer à la résorption de ce gap.

Ainsi et en vue de combler ce déficit, le Conseil de la concurrence propose d'accélérer et de massifier les investissements aussi bien dans l'hospitalisation publique que privée, en opérationnalisant le Partenariat Public-Privé et en mutualisant les ressources, notamment humaines, lorsque que cela s'avère nécessaire. Une délégation de certains services de santé publics au profit du secteur privé peut également être envisagée.

### **15. Mettre en œuvre un système national d'information sanitaire basé sur les nouvelles technologies de l'information**

Pour analyser et suivre l'évolution du marché des soins dispensés par les cliniques privées et établissements assimilés, il est nécessaire de disposer d'indicateurs pertinents et fiables permettant de conduire une analyse détaillée par région, taille de clinique, spécialité, etc.

Parmi les indicateurs retenus dans la profession figurent les indicateurs financiers ainsi que les indicateurs relatifs à la durée moyenne de séjour (DMS), au taux d'encadrement, à la qualité des soins, à la satisfaction des patients. Mais ces indicateurs ne sont pas publiés par les cliniques et établissements assimilés au Maroc.

Aucun dispositif n'a été mis en place à ce jour et les données d'activités des cliniques privées restent méconnues, empêchant toute possibilité d'évaluation de leur niveau d'activité.

Ainsi, le Conseil de la concurrence considère qu'il est impératif de mettre en place un système d'information sanitaire qui concerne aussi bien le secteur public que le secteur privé, qui permette de collecter toute l'information pertinente sur l'offre et la demande de soins et sur la qualité des prestations réalisées. Le système d'information à mettre en place devra être interopérable pour permettre l'interconnexion des systèmes d'information des établissements de santé et ceux des différents acteurs du financement de la santé qu'ils soient publics ou privés.

### **16. Mettre en place une carte de santé et digitaliser le dossier patient et les remboursements**

Pour mieux suivre les patients et rationaliser leur parcours, le Conseil de la concurrence recommande l'accélération de la mise en œuvre du parcours coordonné de soins et la mise en place d'une carte de santé personnelle, confidentielle et sécurisée.

La mise en place de cette carte se trouvera facilitée par la mise en œuvre d'un système d'information sanitaire interopérable et connecté. Le patient, sur simple présentation, pourrait bénéficier d'un remboursement plus simple de ses frais de santé et bénéficier du tiers payant lorsqu'applicable.

Un tel dispositif, outre ses vertus pour les patients, serait également bénéfique pour les organismes gestionnaires de l'AMO, de par la traçabilité qu'il octroie et la rationalisation de la consommation des soins de santé qu'il induit.

### **17. Sensibiliser les patients sur le respect du parcours coordonné des soins pour pérenniser les caisses de prévoyance sociale**

Dans le contexte de généralisation de l'AMO et l'implémentation attendue du « parcours coordonné de soins », des actions de sensibilisation des patients s'imposent. En effet, eu égard au manque d'informations dont dispose le patient généralement et en l'absence d'un dossier médical consultable à la fois par lui et par le praticien, un nomadisme de la patientèle est constaté, préjudiciable à la fois pour les dépenses des organismes gestionnaires de l'AMO et pour l'efficacité de traitement des pathologies.

### **18. Assurer une meilleure protection des patients/consommateurs**

Sur le volet de la protection des patients/consommateurs, il est aussi impératif qu'en situations d'urgences, la prise en charge par les cliniques privées soit obligatoire et immédiate, avec une transparence sur les actes à effectuer et leur tarification. Toute contravention à cette pratique consisterait en une non-assistance à personne en danger et à un abus de faiblesse, proscrit par la loi n° 31.08 édictant des mesures de protection des consommateurs, notamment son article 59.

Il en est de même pour l'affichage de la mention relative à l'existence de services d'urgence 24h/24 sur la devanture des établissements. En cas d'indisponibilité desdits services, cet affichage est assimilable à de la publicité mensongère devant être lourdement sanctionné en conséquence.

### **19. Réviser le cadre législatif et réglementaire régissant l'activité des cliniques privées**

Pour une mise à niveau et une accélération du développement des cliniques privées, le Conseil de la concurrence recommande une révision globale de la loi n° 131.13 relative à la pratique de la médecine qui a créé une nouvelle dynamique concurrentielle à travers le renforcement de l'offre, à la faveur de l'apparition de nouveaux opérateurs capitalistiques.

Cependant, il est suggéré d'accélérer la publication des textes d'application manquants, notamment les arrêtés relatifs à la nomenclature des actes professionnels et aux normes techniques ainsi que les décrets relatifs à la formation médicale continue et aux normes de qualité.

### **20. Actualiser et unifier les normes techniques**

Le Conseil de la concurrence suggère l'actualisation et l'unification des normes techniques des établissements de santé. En effet, il ne peut y avoir d'exigences techniques différentes pour le secteur public et pour le secteur privé car tous les patients doivent avoir l'assurance de la même qualité et sécurité de soins quel que soit le lieu qu'ils auront choisi pour leurs soins.

Les normes techniques des établissements de soins, quels qu'ils soient, doivent donc être unifiées. Ces normes doivent être adaptées à chaque type d'établissement, ce qui



impose la révision de la classification des établissements de soins afin que la même classification puisse servir au secteur public comme au secteur privé.

Chaque type d'établissement devrait respecter des normes techniques spécifiques compte tenu de la nature des activités qui y sont réalisées, de sa taille, du caractère hospitalier ou ambulatoire. Par conséquent les autorisations d'exercice seraient attribuées pour un établissement et pour certaines activités (spécialités), sur la base de références techniques, technologiques, organisationnelles et d'encadrement médical et paramédical. Cela est déjà le cas pour certaines activités telles que la radiothérapie et la greffe de moelle.

Afin de permettre au ministère de la santé comme aux propriétaires des cliniques existantes de se mettre en conformité avec les nouvelles normes, le dispositif réglementaire devra prévoir un délai suffisant pour leur mise à niveau. Ainsi, les petites cliniques qui ne peuvent être mises aux normes (bâtiments anciens non adaptés) seront contraintes éventuellement de se regrouper au sein d'une nouvelle clinique respectant les normes ou de cesser leurs activités.

## **21. Développer les cliniques privées à but non lucratif dans les grandes villes du Royaume et améliorer les conditions de leur accès aux patients**

Les cliniques privées à but non lucratif, notamment les hôpitaux de fondations, constituent une locomotive de développement pour le marché des soins dispensés par les cliniques privées. Elles demeurent néanmoins peu nombreuses et implémentées à Rabat et Casablanca principalement. Le Conseil de la concurrence suggère de dupliquer l'expérience dans toutes les grandes villes du Royaume.

Les cliniques privées à but non lucratif sont appelées à une plus grande transparence relative à leurs activités et leurs comptes. A ce titre, elles devraient publier officiellement leurs rapports d'activités et leurs résultats financiers afin de mettre en évidence leur contribution au secteur de la santé et de justifier les avantages qui leurs sont accordés par les pouvoirs publics.

Par ailleurs, afin de créer une jonction entre les hôpitaux publics et les cliniques privées à but non lucratif, le Conseil de la concurrence recommande que les cliniques privées à but non lucratif contribuent à faciliter l'accès aux soins hospitaliers au Maroc et à la prise en charge des bénéficiaires du RAMED, selon les mêmes modalités que les hôpitaux publics.

# Annexes

## **Annexe 1 : L'Instance chargée d'instruire l'avis du Conseil de la concurrence**

<b>Le Rapporteur Général</b>
Khalid El Bouayachi
<b>Le Rapporteur Général Adjoint</b>
Mohamed Hicham Bouayad
<b>Le Rapporteur de la saisine d'office pour Avis</b>
Jennat Benhida

## Annexe 2 : Liste des membres de la formation plénière ayant délibéré au sujet de l'Avis

<b>Le Président</b>	<b>Le Secrétaire Général</b> (assiste sans voix délibérative)
Ahmed Rahhou	Mohamed Abouelaziz
<b>Les membres permanents</b>	
Jihane Benyoussef	
Abdelghani Asnaina	
Abdellatif El M'kaddem	
Hassan Abouabdelmajid	
<b>Les membres conseillers</b>	
Benyoussef Saboni	
Abdelaziz Talbi	
Touhami Abdelkhalek	
Abdeltif Hatimy	
Rachid Benali	
Saloua Karkri Belkeziz	
Elaid Mahsoussi	
Bouazza Kherrati	
<b>Le Commissaire du Gouvernement</b> (assiste à titre consultatif)	
El hassan Boussemam	

# مجلس المنافسة

ⵎⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵙⵉⵎⵓⵏⵉ ⵏ ⵙⵉⵎⵓⵏⵉ

CONSEIL DE LA CONCURRENCE

المملكة المغربية  
ROYAUME DU MAROC



Avenue Attine . Mahaj Riad Center  
Immeubles 7 et 8. 4ème étage. Rabat  
Tél. : 05 37 75 28 10 - 05 37 75 62 16  
[www.conseil-concurrence.ma](http://www.conseil-concurrence.ma)