

ROYAUME DU MAROC

# BULLETIN OFFICIEL

EDITION DE TRADUCTION OFFICIELLE

| EDITIONS  | TARIFS D'ABONNEMENT |        | ABONNEMENT<br>IMPRIMERIE OFFICIELLE<br>RABAT - CHELLAH<br>Tél. : 05.37.76.50.24 - 05.37.76.50.25<br>05.37.76.54.13<br>Compte n° :<br>310 810 101402900442310133<br>ouvert à la Trésorerie Préfectorale de Rabat<br>au nom du régisseur des recettes<br>de l'Imprimerie officielle |              |
|---|---------------------|--------|---|--------------|
|   | AU MAROC            |        |   | A L'ETRANGER |
|   | 6 mois              | 1 an   |   |              |
| Edition générale.....   | 250 DH              | 400 DH | A destination de l'étranger,<br>par voies ordinaire, aérienne<br>ou de la poste rapide interna-<br>tionale, les tarifs prévus ci-<br>contre sont majorés des frais<br>d'envoi, tels qu'ils sont fixés<br>par la réglementation postale<br>en vigueur.                             |              |
| Edition de traduction officielle.....                           | 150 DH              | 200 DH |   |              |
| Edition des conventions internationales.....                    | 150 DH              | 200 DH |   |              |
| Edition des annonces légales, judiciaires et administratives... | 250 DH              | 300 DH |   |              |
| Edition des annonces relatives à l'immatriculation foncière..   | 250 DH              | 300 DH |   |              |

Cette édition contient la traduction officielle des lois et règlements ainsi que tous autres décisions ou documents dont la publication au Bulletin officiel est prévue par les lois ou les règlements en vigueur

| SOMMAIRE  | Pages | TEXTES PARTICULIERS  | Pages |
|---|-------|--|-------|
| <b>TEXTES GENERAUX</b>  |       | <b>Equivalences de diplômes.</b>   |       |
| <b>Services de confiance pour les transactions électroniques.</b>   |       | <i>Arrêté du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de l'innovation n° 3271-22 du 30 rabii II 1444 (25 novembre 2022) complétant l'arrêté n° 2797-95 du 20 joumada II 1416 (14 novembre 1995) fixant la liste des diplômes reconnus équivalents au diplôme d'architecte de l'Ecole nationale d'architecture.....</i>  | 167   |
| <i>Décret n° 2-22-687 du 21 rabii II 1444 (16 novembre 2022) pris pour l'application de la loi n°43-20 relative aux services de confiance pour les transactions électroniques. ....</i>   | 145   | <i>Arrêté du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de l'innovation n° 3272-22 du 30 rabii II 1444 (25 novembre 2022) complétant l'arrêté n° 2797-95 du 20 joumada II 1416 (14 novembre 1995) fixant la liste des diplômes reconnus équivalents au diplôme d'architecte de l'Ecole nationale d'architecture.....</i>  | 167   |
| <b>Protection de variétés par certificat d'obtention végétale.</b>  |       | <b>Permis de recherche d'hydrocarbures.</b>  |       |
| <i>Arrêté du ministre de l'agriculture, de la pêche maritime, du développement rural et des eaux et forêts n° 3091-22 du 19 rabii II 1444 (14 novembre 2022) portant protection de variétés par certificat d'obtention végétale .....</i> | 153   | <i>Arrêté de la ministre de la transition énergétique et du développement durable n°3414-22 du 17 joumada I 1444 (12 décembre 2022) modifiant l'arrêté du ministre de l'énergie, des mines et du développement durable n° 1253-19 du 7 rejeb 1440 (14 mars 2019) accordant le permis de recherche d'hydrocarbures dit « LALLA MIMOUNA SUD » à l'Office national des hydrocarbures et des mines et à la société «SDX ENERGY MOROCCO (UK) LIMITED ».....</i> | 168   |
| <b>Homologation de normes marocaines.</b>   |       |  |       |
| <i>Décision du directeur de l'Institut marocain de normalisation n° 13-23 du 6 joumada II 1444 (30 décembre 2022) portant homologation de normes marocaines .....</i>   | 159   |  |       |

|   | Pages |   | Pages |
|---|-------|---|-------|
| <b>CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA<br/>COMMUNICATION AUDIOVISUELLE</b>                  |       | <b>AVIS ET COMMUNICATIONS</b>   |       |
| <i>Décision du CSCA n° 76-22 du 29 hija 1443<br/>(29 juillet 2022) .....</i>    | 169   | <i>Agrément de prestataire de services de certification<br/>électronique .....</i>  | 180   |
| <i>Décision du CSCA n° 77-22 du 29 hija 1443<br/>(29 juillet 2022) .....</i>    | 177   | <i>Avis du Conseil de la concurrence relatif au<br/>fonctionnement concurrentiel du marché des<br/>soins médicaux dispensés par les cliniques<br/>privées et les établissements assimilés au<br/>Maroc.....</i> |       |
| <i>Décision du CSCA n° 78-22 du 2 rabii II 1444<br/>(28 octobre 2022) .....</i> | 178   |   | 181   |

## TEXTES GENERAUX

**Décret n° 2-22-687 du 21 rabii II 1444 (16 novembre 2022) pris pour l'application de la loi n°43-20 relative aux services de confiance pour les transactions électroniques.**

LE CHEF DU GOUVERNEMENT,

Vu le dahir n° 1-21-112 du 4 rabii I 1443 (11 octobre 2021) portant délégation de pouvoirs en matière d'Administration de la défense nationale ;

Vu la loi n° 43-20 relative aux services de confiance pour les transactions électroniques promulguée par le dahir n° 1-20-100 du 16 jourmada I 1442 (31 décembre 2020) ;

Vu le décret n° 2-82-673 du 28 rabii I 1403 (13 janvier 1983) relatif à l'organisation de l'Administration de la défense nationale, tel qu'il a été modifié et complété ;

Après délibération en Conseil du gouvernement en date du 16 rabii I 1444 (12 octobre 2022) ;

Après délibération en Conseil des ministres en date du 22 rabii I 1444 (18 octobre 2022),

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – On entend par autorité nationale des services de confiance pour les transactions électroniques au sens de la loi n° 43-20 susvisée, la direction générale de la sécurité des systèmes d'information relevant de l'Administration de la défense nationale et désignée dans le présent décret par « autorité nationale ».

### Chapitre premier

#### *Des services de confiance qualifiés et des modalités de délivrance des certificats de conformité*

##### Section première. – Des services de confiance qualifiés

ART. 2. – En application de l'article 9 de la loi n° 43-20 précitée, le certificat qualifié de signature électronique délivré par le prestataire des services de confiance agréé, comporte notamment les données et informations ci-après :

- le code unique d'identité du certificat ;
- la dénomination ou la raison sociale du prestataire de services de confiance concerné et l'Etat de son siège social, son identifiant commun d'entreprise ou le numéro de son inscription au registre du commerce ;
- l'indication du début et de la fin de la durée de validité du certificat ;
- le nom du titulaire du certificat ou son pseudonyme le cas échéant. Si un pseudonyme est utilisé, cela doit être clairement indiqué ;
- les données afférentes à la vérification de la signature électronique qui correspondent aux données de création de la signature électronique ;
- l'emplacement des services permettant de s'informer du statut de validité du certificat ;

- l'endroit où peut être obtenu gratuitement le certificat électronique sur lequel repose la signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé du prestataire de services de confiance concerné ;
- une mention indiquant, au moins sous une forme adaptée au traitement automatisé, que le certificat est un certificat qualifié de signature électronique ;
- lorsque les données de création de la signature électronique associées aux données de validation de la signature électronique se trouvent dans un dispositif qualifié de création de signature électronique, une mention l'indiquant, au moins sous une forme adaptée au traitement automatisé ;
- la signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé du prestataire de services de confiance concerné.

ART. 3. – En application de l'article 18 de la loi n° 43-20 précitée, le certificat qualifié de cachet électronique délivré par le prestataire de services de confiance agréé, comporte notamment les données et informations ci-après :

- le code unique d'identité du certificat ;
- la dénomination ou la raison sociale du prestataire de services de confiance agréé et l'Etat de son siège social, ainsi que son identifiant commun d'entreprise ou son numéro de registre du commerce ;
- l'indication du début et de la fin de la durée de validité du certificat ;
- la dénomination du créateur du cachet électronique ;
- les données afférentes à la vérification du cachet électronique qui correspondent aux données de création du cachet électronique ;
- l'emplacement des services permettant de s'informer du statut de validité du certificat ;
- l'endroit où peut être obtenu gratuitement le certificat électronique sur lequel repose la signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé du prestataire de services de confiance concerné ;
- une mention indiquant, au moins sous une forme adaptée au traitement automatisé, que le certificat est un certificat qualifié de cachet électronique ;
- lorsque les données de création du cachet électronique associées aux données de validation du cachet électronique se trouvent dans un dispositif qualifié de création du cachet électronique, une mention l'indiquant, au moins sous une forme adaptée au traitement automatisé ;
- la signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé du prestataire de services de confiance concerné.

ART. 4. – Le certificat qualifié d'authentification d'un site Internet comporte, selon les catégories des données prévues à l'article 31 de la loi n° 43-20 précitée, notamment les données ci-après :

- le code unique d'identité du certificat ;
- la dénomination ou la raison sociale du prestataire de services de confiance agréé et l'Etat de son siège social, ainsi que son identifiant commun d'entreprise ou son numéro d'inscription au registre de commerce ;
- l'indication du début et la fin de la période de validité du certificat ;
- pour les personnes physiques : le nom de la personne à qui le certificat est délivré, ou son pseudonyme. Si un pseudonyme est utilisé, cela doit être clairement indiqué ;
- pour les personnes morales : la dénomination ou la raison sociale de la personne morale à laquelle le certificat est délivré, ainsi que son identifiant commun d'entreprise ou le numéro de son inscription au registre du commerce ;
- l'adresse de la personne physique ou morale à laquelle le certificat est délivré ;
- les noms de domaines exploités par la personne physique ou morale à laquelle le certificat est délivré ;
- l'emplacement des services permettant de s'informer du statut de la validité du certificat ;
- l'endroit où peut être obtenu gratuitement le certificat électronique sur lequel repose la signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé du prestataire de services de confiance agréé délivrant le certificat qualifié ;
- une mention indiquant, au moins sous une forme adaptée au traitement automatisé, que le certificat est un certificat qualifié d'authentification de site Internet ;
- la signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé du prestataire de services de confiance délivrant le certificat qualifié.

ART. 5. – Le prestataire du service d'envoi recommandé électronique qualifié procède à la vérification de l'identité de l'expéditeur et du destinataire conformément aux référentiels applicables audit service.

ART. 6. – Le prestataire qui fournit un service d'envoi recommandé électronique qualifié délivre, dès réception des données objet de l'envoi, à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique desdites données. Le prestataire doit conserver ladite preuve pour une durée qui ne peut être inférieure à un an.

La preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

- le prénom et le nom ou la dénomination de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;
- le prénom et le nom ou la dénomination du destinataire ainsi que son adresse électronique ;
- un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;

- la date et l'heure du dépôt électronique des données objet de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié ;

- la signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé, utilisé par le prestataire lors de l'envoi.

ART. 7. – Le prestataire conserve la preuve de réception par le destinataire des données envoyées et la date et l'heure de leur envoi et de leur réception, pour une durée qui ne peut être inférieure à un an.

Outre les informations mentionnées à l'article 6 ci-dessus, cette preuve de réception comporte la date et l'heure de l'envoi et de la réception, indiquées par un horodatage électronique qualifié.

En cas de refus de réception ou de non-réclamation par le destinataire, le prestataire remet à l'expéditeur, après l'expiration d'un délai convenu entre l'expéditeur et le prestataire de service, une preuve de ce refus ou de cette non-réclamation. La preuve de refus doit préciser la date et l'heure du refus telles qu'indiquées par un horodatage électronique qualifié, et fait mention des informations prévues à l'article 6 ci-dessus.

Le prestataire conserve la preuve de refus ou de non-réclamation du destinataire pour une durée qui ne peut être inférieure à un an à compter de la date de son établissement. L'expéditeur a accès aux informations mentionnées au présent article pendant un an.

## Section 2. – Des modalités de délivrance des certificats de conformité

ART. 8. – La demande du certificat de conformité pour le dispositif qualifié de création de signature électronique ou le dispositif qualifié de création de cachet électronique prévus respectivement aux articles 8 et 17 de la loi n° 43-20 précitée est déposée auprès de l'autorité nationale contre récépissé, ou lui est adressée par envoi recommandé postal ou électronique, accompagnée d'un dossier comportant les documents fixés à l'annexe n° 1 du présent décret.

Le demandeur est tenu d'informer l'autorité nationale, au cours de la phase d'examen du dossier de la demande, de toute modification de l'un des éléments au vu desquels la demande a été effectuée.

ART. 9. – Le certificat de conformité du dispositif qualifié de création de signature électronique ou du dispositif qualifié de création de cachet électronique est délivré en fonction de la durée de validité des certificats d'évaluations techniques dudit dispositif. La durée de validité du certificat de conformité ne peut excéder cinq (5) ans.

Pour l'application de l'alinéa 3 de l'article 8 et l'alinéa 3 de l'article 17 de la loi n° 43-20 précitée, la liste des dispositifs qualifiés de création de signature électronique et des dispositifs qualifiés de création de cachet électronique est mise à jour par l'autorité nationale et publiée sur son site Internet, notamment lorsque les certificats de conformité des dispositifs précités sont arrivés à échéance ou s'ils ne répondent plus aux exigences prévues respectivement auxdits articles 8 et 17.

ART. 10. – Le bénéficiaire du certificat de conformité du dispositif qualifié de création de signature électronique ou du dispositif qualifié de création de cachet électronique est tenu d'informer, sans délai, à l'autorité nationale toute modification, ou évolution ou mise à jour apportées audit dispositif. Cette information doit être accompagnée d'un rapport d'analyse de risques et d'impacts, au vu duquel l'autorité nationale décide la continuité de la validité du certificat de conformité ou non.

ART. 11. – Un certificat de conformité d'un dispositif qualifié de création de signature électronique ou d'un dispositif qualifié de cachet électronique est renouvelé, suivant les mêmes modalités prévues pour son obtention.

Le dossier de demande de renouvellement doit être présenté trois (3) mois au moins avant la date d'expiration dudit certificat.

ART. 12. – Lorsque les conditions au vu desquelles le certificat de conformité d'un dispositif qualifié de création de signature électronique ou d'un dispositif qualifié de création du cachet électronique a été délivré ne sont plus remplies ou lorsqu'il est porté à la connaissance de l'autorité nationale tout autre fait remettant en cause la conformité dudit dispositif aux exigences prévues aux articles 8 et 17 de la loi n° 43-20 précitée, ladite autorité peut suspendre provisoirement, pour une durée n'excédant pas trois (3) mois, ce certificat de conformité jusqu'à ce que les corrections nécessaires soient apportées.

L'autorité nationale indique la suspension provisoire du certificat de conformité en question dans la liste prévue auxdits articles 8 et 17.

A l'expiration de ladite durée, et sans apport effectif des corrections requises, l'autorité nationale retire ce certificat.

## Chapitre II

### *Des prestataires de services de confiance*

#### Section première. – Des prestataires de services de confiance agréés

ART. 13. – La demande d'agrément prévue à l'article 33 de la loi n° 43-20 précitée est déposée auprès de l'autorité nationale contre récépissé, ou lui est adressée par envoi recommandé postal ou électronique, accompagnée d'un dossier comportant les documents fixés à l'annexe n° 2 du présent décret.

Le demandeur informe l'autorité nationale, au cours de la phase d'examen du dossier de la demande d'agrément, de toute modification de l'un des éléments au vu desquels la demande d'agrément a été effectuée.

ART. 14. – L'autorité nationale examine le dossier de demande d'agrément. A cet effet, le demandeur est soumis, à ses frais, à une évaluation sur pièces et sur place par un organisme désigné à cet effet par l'autorité nationale et ce, en vue de s'assurer de son respect des conditions et des engagements prévus par les dispositions de la loi n° 43-20 précitée et des textes pris pour son application, et les règles de sécurité applicables au service de confiance objet de la demande, fixées par l'autorité nationale dans les référentiels d'exigences.

Les travaux d'évaluation prévue au premier alinéa ci-dessus se font sous la supervision de l'autorité nationale.

Un rapport d'évaluation est établi par l'organisme qui le transmet à l'autorité nationale et au demandeur pour compléter le dossier de sa demande.

ART. 15. – Lorsqu'elle a agréé le prestataire de services de confiance, l'autorité nationale lui délivre une décision comprenant notamment :

- la date de délivrance de l'agrément et son numéro ;
- la dénomination et l'adresse du prestataire ;
- le service objet de l'agrément ;
- la durée de validité de l'agrément ne devant pas excéder trois (3) ans ;
- les exigences à respecter, le cas échéant.

ART. 16. – Le prestataire de service de confiance informe l'autorité nationale de toute modification de l'un des éléments au vu desquels l'agrément lui a été délivré.

ART. 17. – L'agrément du prestataire de services de confiance est renouvelé, selon les mêmes modalités prévues pour son obtention.

La demande de renouvellement de l'agrément doit être présentée quatre (4) mois au moins avant la date d'expiration de validité de l'agrément.

ART. 18. – Sans préjudice des délais prévus par la législation en vigueur, le prestataire de services de confiance agréé est tenu de conserver les données relatives à la fourniture des services de confiance qualifiés pendant une durée minimale de sept (7) ans.

Les types des données à conserver sont définis dans les référentiels d'exigences.

ART. 19. – La notification des atteintes à la sécurité ou les pertes d'intégrité prévues à l'article 40 de la loi n° 43-20 précitée s'effectue conformément aux modalités fixées dans le référentiel de gestion des incidents de cybersécurité.

ART. 20. – Est entendu par moyens d'identification électronique au sens du b) du paragraphe 1 de l'alinéa 2 de l'article 33 de la loi n° 43-20 précitée :

- la carte nationale d'identité électronique, régie par les dispositions de la loi n° 04-20 relative à la carte nationale d'identité électronique ;
- tout autre document électronique qui permet, conformément au texte législatif ou réglementaire qui l'institue, de prouver l'identité à distance de son titulaire et qui répond aux spécifications techniques minimales fixées par l'autorité nationale.



## Section 2. – Des prestataires de services de confiance fournissant des services de confiance autres que qualifiés

ART. 21. – La déclaration préalable prévue à l'article 35 de la loi n° 43-20 précitée est déposée auprès de l'autorité nationale contre récépissé, ou lui est adressée par envoi recommandé postal ou électronique, accompagnée d'un dossier comportant les documents fixés à l'annexe n° 3 du présent décret.

Le déclarant informe l'autorité nationale de toute modification de l'un des éléments au vu desquels cette déclaration a été effectuée.

ART. 22. – En application des articles 5 et 14 de la loi n° 43-20 précitée, l'autorité gouvernementale chargée de l'Administration de la défense nationale fixe par arrêté la liste des procédés jugés équivalents au certificat électronique.

Est inséré dans l'arrêté précité tout autre procédé que le prestataire de services de signature électronique avancée ou de cachet électronique avancé utilise ou se propose d'utiliser et que l'autorité nationale considère sur la base d'une étude technique, comme équivalent au certificat électronique en termes de sécurité et de fiabilité.

ART. 23. – Les dispositions des articles 18 et 19 ci-dessus s'appliquent aux prestataires de services de confiance fournissant des services de confiance autres que qualifiés.

## Chapitre III

### *Des moyens et prestations de cryptologie*

ART. 24. – La déclaration préalable prévue au paragraphe a) de l'alinéa 1 de l'article 46 de la loi n° 43-20 précitée est déposée auprès de l'autorité nationale contre récépissé, ou lui est adressée par envoi recommandé postal ou électronique, accompagnée d'un dossier comportant les documents fixés à l'annexe n° 4 du présent décret.

S'il s'avère, lors de l'examen du dossier de déclaration préalable, que le moyen ou la prestation de cryptologie déclaré(e) relève du régime de l'autorisation, le déclarant en est informé.

ART. 25. – La déclaration préalable de fourniture d'un moyen de cryptologie effectuée conformément aux dispositions de l'article 24 ci-dessus vaut déclaration à l'égard des personnes qui fournissent le même moyen.

ART. 26. – La demande d'autorisation prévue au paragraphe b) de l'alinéa 1 de l'article 46 de la loi n° 43-20 précitée est déposée auprès de l'autorité nationale contre récépissé, ou lui est adressée par envoi recommandé postal ou électronique, accompagnée d'un dossier comportant les documents fixés à l'annexe n° 5 du présent décret.

Le demandeur informe l'autorité nationale, au cours de la phase d'examen du dossier de demande d'autorisation, de toute modification de l'un des éléments au vu desquels cette demande a été effectuée.

ART. 27. – L'autorisation prévue à l'article 26 ci-dessus est renouvelée, selon les mêmes modalités que celles prévues pour son obtention.

Le dossier de demande de renouvellement d'autorisation doit être présenté à l'autorité nationale deux (2) mois au moins avant la date d'expiration de sa validité.

ART. 28. – La décision de suspension prévue à l'article 49 de la loi n° 43-20 précitée comprend notamment les corrections devant être apportées pour répondre aux exigences au vu desquelles l'autorisation a été délivrée ainsi que le délai de sa mise en œuvre.

ART. 29. – En application des dispositions de l'alinéa 3 de l'article 46 de la loi n° 43-20 précitée, les types de moyens ou de prestations de cryptologie dispensés de la déclaration préalable ou de l'autorisation sont fixés à l'annexe n°6 du présent décret.

## Chapitre IV

### *Dispositions diverses*

ART. 30. – En application des dispositions de l'article 78 de la loi n° 43-20 précitée, est fixée par arrêté conjoint du ministre de la justice et de la ministre de l'économie et des finances la valeur des sûretés personnelles ou réelles objet des actes établis par les établissements de crédit et organismes assimilés, prévus à l'article 2-1 du Code des obligations et des contrats, auxquels s'appliquent obligatoirement la signature électronique avancée ou qualifiée ou le cachet électronique avancé ou qualifié.

ART. 31. – Pour l'application des dispositions de l'article 79 de la loi n° 43-20 précitée, sont fixées par arrêté du ministre de la justice les niveaux de signature électronique et d'horodatage électronique appliqués aux actes relatifs aux droits réels.

ART. 32. – L'autorité nationale publie sur son site Internet les normes et référentiels applicables aux services de confiance.

ART. 33. – Les prestataires qui fournissent des services de confiance autres que qualifiés, disposent d'un délai maximum de douze (12) mois après la publication du présent décret au « Bulletin officiel » pour se conformer à ses dispositions.

ART. 34. – Demeurent valables jusqu'à leur expiration, les autorisations préalables d'importation, d'exportation, de fourniture, d'exploitation ou d'utilisation de moyens ou prestations de cryptographie délivrées conformément aux dispositions du décret n° 2-08-518 du 25 joumada I 1430 (21 mai 2009) pris pour l'application de la loi n° 53-05 relative à l'échange électronique des données juridiques, tel que modifié et complété.

ART. 35. – Les annexes au présent décret peuvent être modifiées ou complétées par arrêté de l'autorité gouvernementale chargée de l'Administration de la défense nationale.

ART. 36. – Sont abrogés :

- le décret n° 2-08-518 du 25 joumada I 1430 (21 mai 2009) pris pour l'application de la loi n° 53-05 relative à l'échange électronique des données juridiques, tel qu'il a été complété ou modifié ;
- l'arrêté du Chef du gouvernement n° 3-87-13 du 28 rabii I 1436 (20 janvier 2015) fixant la forme de la déclaration préalable d'importation, d'exportation, de fourniture, d'exploitation ou d'utilisation de moyens ou de prestations de cryptographie et le contenu du dossier l'accompagnant ;
- l'arrêté du Chef du gouvernement n° 3-88-13 du 28 rabii I 1436 (20 janvier 2015) fixant la forme et le contenu de la demande d'autorisation préalable d'importation, d'exportation, de fourniture, d'exploitation ou d'utilisation de moyens ou de prestations de cryptographie et le dossier l'accompagnant ;
- l'arrêté du Chef du gouvernement n° 3-89-13 du 28 rabii I 1436 (20 janvier 2015) fixant le modèle du cahier des charges devant accompagner la demande que doivent déposer les personnes ne disposant pas de l'agrément de prestataire de services de certification électronique et qui entendent fournir des prestations de cryptographie soumises à autorisation ;
- l'arrêté du Chef du gouvernement n° 3-90-13 du 28 rabii I 1436 (20 janvier 2015) fixant le modèle du cahier des charges devant accompagner la demande d'agrément de prestataire de services de certification électronique.

ART. 37. – Le présent décret est publié au *Bulletin officiel* et prend effet six (6) mois après la date de sa publication.

ART. 38. – Le ministre de la justice, la ministre de l'économie et des finances et le ministre délégué auprès du Chef du gouvernement chargé de l'Administration de la défense nationale sont chargés de l'exécution du présent décret chacun en ce qui le concerne.

*Fait à Rabat, le 21 rabii II 1444 (16 novembre 2022).*

AZIZ AKHANNOUCH.

Pour contreseing :

*Le ministre de la justice,*  
ABDELLATIF OUAHBI.

*La ministre de l'économie  
et des finances,*

NADIA FETTAH.

\*

\* \*

## Annexe n° 1

Liste des documents accompagnant la demande du certificat de conformité des dispositifs de création de signature électronique ou de cachet électronique

- le formulaire de demande du certificat de conformité conforme au modèle publié par l'autorité nationale sur son site Internet ;
- la documentation technique détaillée du dispositif ;
- la copie des rapports d'évaluation du dispositif justifiant du respect des normes fixées par l'autorité nationale ainsi que des certificats afférents à ces évaluations ;
- la copie de la carte nationale d'identité électronique du demandeur ou de tout document justifiant son identité ;

Outre les documents susmentionnés et lorsqu'il s'agit d'une société :

- la copie des statuts de la société ;
- l'attestation d'inscription au registre du commerce ;
- une copie des cartes nationales d'identité électroniques des dirigeants de la société ou de tout document justifiant leurs identités ;
- une copie de la carte nationale d'identité électronique de la personne chargée des formalités de la demande ou de tout document justifiant son identité ainsi que les documents attestant les pouvoirs qui lui sont conférés à cet effet.

\* \* \*

## Annexe n° 2

Liste des documents accompagnant la demande d'agrément du prestataire de services de confiance

- le formulaire de demande d'agrément conforme au modèle publié par l'autorité nationale sur son site Internet ;
- l'attestation d'inscription au registre du commerce, copie des statuts de la société et de son règlement intérieur ;
- une présentation générale du prestataire de service précisant : la répartition du capital, les activités et les types de services fournis, ses sites géographiques, son organisation et ses effectifs ;
- la liste des noms et qualités des dirigeants de la société ou des membres de son organe d'administration ainsi que la liste des personnes habilitées à agir en son nom ;
- une copie de la carte nationale d'identité électronique de la personne chargée des formalités de la demande de l'agrément ou de tout document justifiant son identité ainsi que les documents attestant les pouvoirs qui lui sont conférés à cet effet ;

- une copie des polices d'assurance souscrites par le prestataire pour couvrir les dommages qui pourraient être causés à toute personne physique ou morale résultant de sa faute professionnelle ;
- les états financiers des trois (3) derniers exercices et/ou document justifiant la capacité financière du prestataire ;
- une copie des cartes nationales d'identité électroniques du personnel du prestataire chargé de la gestion et de la fourniture du service de confiance ou de tout document justifiant leur identité et des diplômes ainsi que la description de leurs qualifications en la matière, accompagnée des documents justificatifs ;
- la liste indiquant les fonctions confiées au personnel du prestataire, chargé de la fourniture des services de confiance ;
- le descriptif détaillé du service objet de la demande d'agrément, précisant notamment les fonctions de sécurité et les performances ;
- le plan de continuité d'activités prévu à l'article 33 de la loi n° 43-20 précitée ;
- la description détaillée du processus d'enregistrement des clients ;
- les conditions générales d'utilisation du service de confiance en vigueur ;
- le rapport d'analyse des risques du système d'information utilisé pour la fourniture du service de confiance objet de la demande ;
- le schéma d'architecture du système d'information utilisé dans l'exploitation et l'administration du service objet de la demande d'agrément ;
- la liste et les caractéristiques techniques des produits, logiciels, équipements et appareils utilisés par le prestataire de service pour la gestion et la fourniture du service de confiance ;
- les politiques, les mesures et les moyens pris par le prestataire du service de confiance en matière de sécurité de l'information ;
- les politiques de certification relatives au service de confiance objet de la demande et les déclarations des pratiques de certification correspondantes, ainsi que tous les documents auxquels font référence ;

Oltre les documents susmentionnés et pour le prestataire de services qui entend délivrer les certificats qualifiés de signature électronique ou de cachet électronique :

- un exemplaire du dispositif qualifié de création de signature électronique ou du dispositif qualifié de création du cachet électronique sur lequel un certificat électronique porteur de test est stocké, ainsi que les éléments techniques nécessaires à la vérification de sa validité et ce, lorsque ce dispositif est remis aux clients ;

- ou seulement un certificat électronique porteur de test ainsi que les éléments techniques nécessaires à la vérification de sa validité, lorsque le dispositif qualifié de création de signature électronique ou du dispositif qualifié de création du cachet électronique n'est pas remis aux clients ;
- la liste des moyens et des prestations de cryptologie fournis ou utilisés dans le cadre de la gestion et de la fourniture du service de confiance, ainsi que les certifications de sécurité dont dispose les modules cryptographiques matériels (HSM) utilisés ;
- les conditions techniques d'utilisation des conventions secrètes, des moyens et des prestations de cryptologie et un descriptif des mesures nécessaires pour assurer leur sécurité ;
- la liste des sous-traitants éventuels impliqués dans l'exploitation, l'administration, la maintenance et le support technique du service de confiance, leurs dénominations ou raisons sociales et leurs sièges sociaux, en précisant la nature des activités sous-traitées.

\* \* \*

### Annexe n° 3

Liste des documents accompagnant la déclaration préalable relative à la prestation des services de confiance autres que qualifiés

- le formulaire de déclaration préalable conforme au modèle publié par l'autorité nationale sur son site Internet ;
- une copie des statuts de la société ;
- l'attestation d'inscription au registre du commerce ;
- une présentation générale du prestataire de services précisant : la répartition du capital, les activités et les types de services fournis, ses sites géographiques, son organisation et ses effectifs ;
- une copie de la carte nationale d'identité électronique de la personne chargée des formalités de la déclaration ou de tout document justifiant son identité, ainsi que les documents justifiant les pouvoirs qui lui sont conférés à cet effet ;
- un descriptif détaillé du service objet de la déclaration précisant principalement les fonctions de sécurité, les fonctions cryptographiques et les performances ;
- un descriptif détaillé du processus d'enregistrement des clients ;
- les politiques de certification relatives au service de confiance objet de la demande et les déclarations des pratiques de certification correspondantes, ainsi que tous les documents auxquels font référence ;
- pour le prestataire de service qui entend délivrer les certificats électroniques, un certificat électronique porteur de test ainsi que les éléments techniques nécessaires à la vérification de leur validité ;
- un descriptif des matériels et des logiciels informatiques et le cas échéant des moyens de cryptologie utilisés.

\* \* \*



## Annexe n° 4

Liste des documents accompagnant la déclaration préalable d'importation, d'exportation ou de fourniture de moyens de cryptologie ou de fourniture de prestations de cryptologie

- le formulaire de déclaration préalable conforme au modèle publié par l'autorité nationale sur son site Internet ;
- une copie des statuts de la société ;
- l'attestation d'inscription au registre du commerce ;
- une copie des cartes nationales d'identité électroniques des dirigeants de la société ou de tout autre document justifiant leur identité ;
- une copie de la carte nationale d'identité électronique de la personne chargée des formalités de la déclaration préalable ou de tout autre document justifiant son identité et les documents justifiant les pouvoirs qui lui sont conférés à cet effet.

Outre les documents susmentionnés :

- lorsqu'il s'agit d'un moyen de cryptologie :
  - la brochure commerciale du moyen objet de la déclaration ;
  - la documentation technique du moyen ;
  - un descriptif des fonctions cryptographiques du moyen.
- lorsqu'il s'agit d'une prestation de cryptologie :
  - la brochure commerciale de la prestation objet de la déclaration ;
  - un descriptif général de la prestation ;
  - un descriptif des fonctions cryptographiques mises en œuvre par le fournisseur de la prestation de cryptologie ;
  - un descriptif des matériels et des logiciels informatiques dont notamment les moyens de cryptologie utilisés.

\* \* \*

## Annexe n° 5

Liste des documents accompagnant la demande d'autorisation d'importation, d'exportation ou de fourniture de moyens de cryptologie ou de fourniture de prestations de cryptologie

- le formulaire de demande d'autorisation conforme au modèle publié par l'autorité nationale sur son site Internet ;

- une copie des statuts de la société ;
- l'attestation d'inscription au registre du commerce ;
- une copie des cartes nationales d'identité électroniques des dirigeants de la société ou de tout autre document justifiant leur identité ;
- une copie de la carte nationale d'identité électronique de la personne chargée des formalités de la demande d'autorisation ou de tout autre document justifiant son identité et les documents justifiant les pouvoirs qui lui sont conférés à cet effet.

Outre les documents susmentionnés :

- lorsqu'il s'agit d'un moyen de cryptologie :
  - une brochure commerciale du moyen objet de la demande ;
  - un descriptif du moyen, objet de la demande, ses références commerciales, ainsi que le nom du fabricant et son pays d'origine ;
  - un descriptif détaillé des fonctions cryptologiques assurées par le moyen, et des opérations relatives à la gestion des clés, notamment les opérations de génération, de distribution et de conservation ainsi que le format de transmission ;
  - les références des composants intégrant les fonctions cryptologiques du moyen et les dénominations des fabricants de chacun de ces composants, ainsi que leurs documentations techniques ;
  - un descriptif des mesures et mécanismes employés dans le moyen pour la protection contre l'altération des procédés de chiffrement et/ou de gestion des clés y associées ;
  - un descriptif du traitement des données avant et après chiffrement.
- lorsqu'il s'agit d'une prestation de cryptologie :
  - la brochure commerciale de la prestation objet de la demande ;
  - une description générale de la prestation ;
  - un descriptif des fonctions cryptologiques mis en œuvre par le fournisseur de la prestation ;
  - un descriptif des matériels et des logiciels informatiques et notamment des moyens de cryptologie utilisés.

\* \* \*

## Annexe n° 6

Types des moyens ou prestations de cryptologie dispensés de la déclaration préalable et de l'autorisation

| Opérations concernées  | Moyens ou prestations de cryptologie   |
|--|--|
| I. Importation, exportation ou fourniture de moyens de cryptologie | <p>1) Cartes à microprocesseur personnalisées destinées à des applications pour le grand public :</p> <p>a) lorsque la capacité cryptographique est conçue et limitée pour servir uniquement avec les équipements relevant des types 2, 3, 4 et 6 du I de la présente annexe, ou</p> <p>b) lorsque la capacité cryptographique n'est pas accessible à l'utilisateur et qu'elle est spécialement conçue et limitée pour permettre la protection des données qui y sont stockées ;</p> <p>2) Equipements de réception de radiodiffusion ou de télévision, à destination du grand public, dont la capacité de chiffrement est limitée à la facturation, la gestion ou la programmation, et où le déchiffrement est limité aux fonctions vidéo, audio ou de gestion technique.</p> <p>3) Installations de radioélectriques mobiles, destinées au grand public, dont les seules capacités de chiffrement sont celles mises en œuvre par l'opérateur du réseau pour la protection du canal radio, et qui ne sont pas en mesure de procéder au chiffrement direct entre radio équipements.</p> <p>4) terminaux de téléphonie sans fil, destinés au grand public, qui ne sont pas capables de procéder au chiffrement direct de téléphone à téléphone.</p> <p>5) Equipements autonomes spécialement conçus et limités pour assurer la lecture de données audio-vidéo, sans capacité de chiffrement, et où le déchiffrement est limité aux informations audio, vidéo et de gestion technique.</p> <p>6) Equipements spécialement conçus et limités pour servir dans des opérations bancaires ou financières, à destination du grand public, et dont la capacité cryptographique n'est pas accessible à l'utilisateur.</p> |
|  | <p>7) Moyens spécialement conçus et limités pour assurer la protection de logiciels ou de données informatiques contre la copie ou l'utilisation illicite et dont la capacité cryptographique n'est pas accessible à l'utilisateur.</p>  |

|  |  |
|--|--|
| II. Importation ou exportation de type de moyens de cryptologie  | Equipements dotés de moyens de cryptologie transportés par une personne physique et lorsque l'équipement est destiné exclusivement à l'usage de cette personne.  |
| III. Fourniture ou importation de types de moyens de cryptologie | <p>1) Stations de base de radiocommunications cellulaires commerciales civiles, conçues pour assurer le raccordement d'équipements mobiles destinés au grand public, et qui ne permettent pas d'appliquer des capacités de chiffrement direct au trafic de données entre ces équipements mobiles.</p> <p>2) Equipements, destinés au grand public, permettant d'échanger entre eux des données par radiocommunications, et lorsque les seules capacités cryptographiques de l'équipement sont conçues conformément aux normes de l'Institute of Electrical and Electronics Engineers suivantes : IEEE 802.15 et IEEE 802.11.</p> |
| IV. Importation de moyens de Cryptologie                         | <p>Moyens mettant en œuvre un algorithme cryptographique qui sont destinés exclusivement :</p> <p>a) à l'usage de la personne physique qui procède à son importation ou à son transfert, y compris par voie électronique ;</p> <p>b) ou à des fins de développement, de validation ou de démonstration par la personne qui procède à son importation ou à son transfert, y compris par voie électronique.</p>  |
| V. Fourniture de prestations de cryptologie                      | <p>- Prestations de cryptologie visant à la mise en œuvre des moyens de cryptologie correspondant aux types 1, 2, 3, 4, 5 et 6 du I de la présente annexe.</p> <p>- Prestations de services de confiance objet de la loi n° 43-20 relative aux services de confiance pour les transactions électroniques.</p>  |

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du

« Bulletin officiel » n° 7160 du 19 jourmada II 1444 (12 janvier 2023).

**Arrêté du ministre de l'agriculture, de la pêche maritime, du développement rural et des eaux et forêts n° 3091-22  
du 19 rabii II 1444 (14 novembre 2022) portant protection de variétés par certificat d'obtention végétale**

LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DE LA PÊCHE MARITIME, DU DÉVELOPPEMENT RURAL ET DES EAUX  
ET FORÊTS,

Vu la loi n° 9-94 sur la protection des obtentions végétales, promulguée par le dahir n° 1-96-255  
du 12 ramadan 1417 (21 janvier 1997) ;

Vu la loi n° 25-08 portant création de l'Office national de sécurité sanitaire des produits alimentaires,  
promulguée par le dahir n° 1-09-20 du 22 safar 1430 (18 février 2009) ;

Vu le décret n° 2-01-2324 du 27 hija 1422 (12 mars 2002) pris pour l'application de la loi n° 9-94 sur la  
protection des obtentions végétales, tel qu'il a été modifié, notamment ses articles 2 et 8 ;

Après avis du Comité consultatif de la protection des obtentions végétales,

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. – Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret susvisé n° 2-01-2324  
du 27 hija 1422 (12 mars 2002), les variétés désignées dans le tableau annexé au présent arrêté bénéficient de  
la protection des obtentions végétales.

ART. 2. – Sont désignés dans le tableau annexé au présent arrêté, l'espèce, le numéro du dépôt, la  
dénomination de la variété, le nom de l'obtenteur, le nom du déposant, la nouveauté de la variété et la durée  
de la protection.

ART. 3. – Conformément aux dispositions de l'article 19 de la loi susvisée n° 9-94 sur la protection des  
obtentions végétales, la durée de la protection mentionnée dans le tableau indiqué à l'article premier ci-dessus,  
début à compter de la date de délivrance du certificat d'obtention végétale correspondant.

ART. 4. – Le directeur général de l'Office national de sécurité sanitaire des produits alimentaires est  
chargé de délivrer les certificats d'obtention végétale des variétés désignées dans le tableau annexé au présent  
arrêté.

ART. 5. – Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel*.

*Rabat, le 19 rabii II 1444 (14 novembre 2022).*

MOHAMMED SADIKI.

\*

\* \*

Annexe à l'arrêté du ministre de l'agriculture, de la pêche maritime, du développement rural et des eaux et forêts n° 3091-22 du 19 rabii II 1444 (14 novembre 2022) portant protection de variétés par certificat d'obtention végétale

**LISTE DES VARIETES PROTEGEES**  
لائحة الأصناف المحمية

| Espèce<br>(nom commun /Nom<br>scientifique)<br>الاسم الشائع / الاسم العلمي | N° et date de<br>dépôt<br>رقم وتاريخ الإيداع | Dénomination de la<br>variété<br>اسم الصنف | Obtenteur/Adresse<br>المستفيد/العنوان  | Déposant/Adresse<br>اسم المودع/العنوان   | Nouveauté (1)<br>حدثية الصنف (1) | Durée de la<br>protection<br>مدة الحماية بالسنوات |
|--|--|--|--|--|----------------------------------|---|
| <b>Blé dur</b><br><i>Triticum durum</i>                                    | 1080/21<br>28/09/2021                        | LG CONFianza                               | Limagrain Europe SAS<br>Biopôle Clermont Limagne, rue<br>Henri Mondor 63360, Saint<br>Beauzire, France | Limagrain Europe SAS<br>Biopôle Clermont Limagne,<br>rue Henri Mondor 63360,<br>Saint Beauzire, France | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
| <b>Pomme de terre</b><br><i>Solanum tuberosum L.</i>                       | 1005/20<br>29/09/2020                        | MERYEM                                     | Kweek- en Researchbedrijf<br>Agrico B.V.<br>Burchweg 17, 83 14 PP Bant,<br>Pays-Bas                    | Coöperatie Agrico U.A.<br>Duit 15, 9305 BB Emmeloord,<br>Pays-Bas                                      | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
| <b>Tomate</b><br><i>Lycopersicon lycopersicum<br/>L.</i>                   | 1067/21<br>02/08/2021                        | ENCATCHER                                  | Nunhems<br>Pays Bas  | Nunhems B.V.<br>Napoleonsweg 152, 6083 AB<br>Nunhem, Pays Bas  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|  | 1071/21<br>03/09/2021                        | ARAMBOLL                                   | Nunhems<br>Pays Bas  | Nunhems B.V.<br>Napoleonsweg 152, 6083 AB<br>Nunhem, Pays Bas  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|  | 1073/21<br>03/09/2021                        | PULSION                                    | Nunhems<br>Pays Bas  | Nunhems B.V.<br>Napoleonsweg 152, 6083 AB<br>Nunhem, Pays Bas  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
| <b>Poivron</b><br><i>Capsicum annum L.</i>                                 | 998/20<br>17/06/2020                         | ACUSTICO                                   | Rijk Zwaan Zaadteelt en<br>Zaadhandel B.V.<br>Burg. Crezélaan 40,<br>NL-2678 KX De Lier, Pays-Bas      | Rijk Zwaan Zaadteelt en<br>Zaadhandel B.V.<br>Burg. Crezélaan 40,<br>NL-2678 KX De Lier,<br>Pays-Bas   | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|  | 1038/21<br>19/01/2021                        | SUNSTONE                                   | Nunhems<br>Pays Bas  | Nunhems B.V.<br>Napoleonsweg 152, 6083 AB<br>Nunhem, Pays-Bas  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
| <b>Concombre</b><br><i>Cucumis sativus L.</i>                              | 1070/21<br>03/09/2021                        | CHIKITO                                    | Nunhems<br>Pays Bas  | Nunhems B.V.<br>Napoleonsweg 152, 6083 AB<br>Nunhem, Pays Bas  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|  | 1072/21<br>03/09/2021                        | SEMBOL                                     | Nunhems<br>Pays Bas  | Nunhems B.V.<br>Napoleonsweg 152, 6083 AB<br>Nunhem, Pays Bas  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |



**LISTE DES VARIETES PROTEGEES (suite 1)**  
**لحظة الأصناف المحمية (تتمة 1)**

| Esèce<br>(nom commun /Nom<br>scientifique)<br>النوع<br>الاسم الشائع / الاسم العلمي | N° et date de<br>dépôt<br>رقم وتاريخ الإيداع | Dénomination de la<br>variété<br>اسم الصنف | Obtenteur/Adresse<br>اسم المستفيد/العنوان  | Déposant/Adresse<br>اسم المودع/العنوان  | Nouveauté (1)<br>حداثة الصنف (1) | Durée de la<br>protection<br>مدة الحماية بالسنوات |
|--|--|--|--|---|----------------------------------|---|
| Fraisier<br><i>Fragaria x Ananassa Duch</i>  | 622/16<br>28/01/2016                         | CABRILLO                                   | 1. Douglas V. Shaw<br>2. Kirk D. Larson  | The Regents of the<br>University of California<br>the University of California<br>1111, Franklin Street, 12th<br>floor Oakland, California<br>94607-5200, USA | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|  | 665/16<br>26/09/2016                         | SWV25                                      | Edward Vinson Limited<br>4 Ewell Barn, Graveney Road,<br>Faversham, Kent ME13 8UD,<br>Royaume Uni  | Edward Vinson Limited<br>4 Ewell Barn, Graveney Road,<br>Faversham, Kent ME13 8UD,<br>Royaume Uni   | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|  | 808/18<br>27/04/2018                         | YOTSUBOSHI                                 | 1. Mr Eikei Suzuki, Governor of<br>Mie Prefecture<br>13 Komei Town, Tsuru city, Mie<br>Prefecture, Japan<br>2. Mr Keizo Hamada, Governor<br>of Kagawa Prefecture<br>4-1-10 Bann twm, Takamatsu city,<br>Kagawa Prefecture, Japan<br>3. Mr Eiji Suzuki,<br>Governor of Chiba Prefecture<br>1-1 Ichiba town, Chuo ward, Chiba<br>city, Chiba prefecture, Japan<br>4. Dr. Tokio INBE, President of<br>NARO<br>3-1-1 Kannondai, Tsukuba city,<br>Ibaraki Prefecture, Japan | Sakata Vegetables Europe<br>SAS<br>Domaine de Sables, rue Jean<br>Moulin, 30620 Uchaud, France  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|  | 814/18<br>25/05/2018                         | Maling Champion                            | NIAB EMR<br>Huntingdon Road, Cambridge,<br>Cambridgeshire, CB3 0LE,<br>Royaume Uni   | NIAB EMR<br>Huntingdon Road, Cambridge,<br>Cambridgeshire, CB3 0LE,<br>Royaume Uni  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|  | 815/18<br>25/05/2018                         | Maling Allure                              | NIAB EMR<br>Huntingdon Road, Cambridge,<br>Cambridgeshire, CB3 0LE,<br>Royaume Uni   | NIAB EMR<br>Huntingdon Road, Cambridge,<br>Cambridgeshire, CB3 0LE,<br>Royaume Uni  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|  |  |  |  |   |                                  |   |

**LISTE DES VARIETES PROTEGEES (suite 2)**  
لائحة الأصناف المحمية (تتمة 2)

| Espèce<br>(nom commun /Nom<br>scientifique)<br>النوع<br>الاسم الشائع / الاسم العلمي | N° et date de<br>dépôt<br>رقم وتاريخ الإيداع | Dénomination de la<br>variété<br>اسم الصنف | Obtenteur/Adresse<br>اسم المستفيد/ العنوان   | Déposant/Adresse<br>اسم المودع/ العنوان  | Nouveauté (1)<br>جدائية الصنف (1) | Durée de la<br>protection<br>مدة الحماية بالسنوات |
|---|--|--|--|--|-----------------------------------|---|
| Fraisier<br><i>Fragaria x Ananassa Duch</i><br>الاسم الشائع / الاسم العلمي          | 820/18<br>08/06/2018                         | BG-6.3010 RENEWAL                          | 1. Steven D. Nelson,<br>2. Michael D. Nelson<br>3. Leo W. Stoeckle   | Berry Genetics, Inc<br>342 Green Valley Road,<br>Watsonville CA 95076, USA   | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|   | 864/18<br>05/11/2018                         | DrisStrawSixtyFour                         | 1. Philip J. Stewart<br>2. Esther Kibbe<br>3. Raymond L. Jacobs III<br>4. Mary M. Calkins<br>345 Westridge Drive, Watsonville,<br>CA 95076 USA               | Driscoll's, INC.<br>345 Westridge Drive,<br>Watsonville, CA 95076 USA  | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|   | 871/18<br>16/11/2018                         | A13-07                                     | Masia Ciscar S.A<br>Finca Las Palmeritas, Carretera<br>Lepe-La Redondela, Km 1,200, Es-<br>21440 Lepe (Huelva) Spain   | Masia Ciscar S.A<br>Finca Las Palmeritas,<br>Carretera Lepe-La Redondela,<br>Km 1,200, Es-21440 Lepe<br>(Huelva) Spain | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|   | 879/18<br>16/11/2018                         | FL 12 121 5                                | 1. Vance M. Whitaker<br>2802 John Moore Road, Brandon,<br>Florida 33511, USA<br>2. Mark Herrington<br>47 Mayers Road, Nambour,<br>Queensland 4560, Australia | Florida Foundation Seed<br>Producers, INC.<br>Nis d'Amérique   | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|   | 990/20<br>06/03/2020                         | CANDELA                                    | Innofru S.L.   | Isabel Maria Martin Ortiz<br>C/Juan Antonio De La Bella,<br>N°7 B -  | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
| Framboisier<br><i>Rubus idaeus L</i><br>الاسم الشائع / الاسم العلمي                 | 809/18<br>16/05/2018                         | DrisRaspTwelve                             | 1. Matthias D. Vitten<br>2. Richard E. Harrison<br>3. Luis Miguel Rodriguez<br>Martinez<br>345 Westridge Drive, Watsonville,<br>CA 95076 USA                 | Driscoll's, INC.<br>345 Westridge Drive,<br>Watsonville, CA 95076 USA  | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|   | 825/18<br>28/06/2018                         | R1490                                      | Rusticas Del Guadalquivir S.L.   | Rusticas Selección SARL<br>Bine Lamdoune, boulevard<br>Inzegane, rue 65, N°115, 3 <sup>ème</sup><br>étage, Casablanca  | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |

**LISTE DES VARIETES PROTEGEES (suite 3)**  
لائحة الأصناف المحمية (تتمة 3)

| Espece<br>(nom commun /Nom<br>scientifique)<br>الاسم الشائع / الاسم العلمي                | N° et date de<br>dépôt<br>رقم وتاريخ الإيداع | Dénomination de la<br>variété<br>اسم الصنف | Obtenteur/Adresse<br>اسم المستفيد/العنوان   | Déposant/Adresse<br>اسم المودع/العنوان   | Nouveauté (1)<br>حدائية الصنف (1) | Durée de la<br>protection<br>مدة الحماية بالسنوات |
|---|--|--|---|--|-----------------------------------|---|
| Framboisier<br><i>Rubus idaeus</i> L  | 845/18<br>30/08/2018                         | PLAPINK 0740                               | Alexandre<br>Pierron-Darbonne<br>CTRA, San Adrian, km 1 31514<br>Valtierra                              | Plantas de Navarra S.A.U.<br>(PLANASA)<br>CTRA, San Adrian,<br>km 1, 31514 Valtierra,<br>Navarra, Espagne              | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|   | 868/18<br>13/11/2018                         | PLAPINK 1004                               | Alexandre<br>Pierron-Darbonne<br>CTRA, San Adrian, km 1 31514<br>Valtierra                              | Plantas de Navarra S.A.U.<br>(PLANASA)   | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 20 ans (2)<br>سنة 20                              |
|   | 949/19<br>25/07/2019                         | FL98423                                    | Paul M. Lyrene<br>(Université de Floride)   | Rusticas Sélection SARL<br>Bine Lamdounne, boulevard<br>Inzegane, rue 65, N°115, 3 <sup>ème</sup><br>étage, Casablanca | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |
| Myrtilles<br><i>Vaccinium corymbosum</i> L.   | 950/19<br>25/07/2019                         | FL03228                                    | Paul M. Lyrene<br>(Université de Floride)   | Rusticas Sélection SARL<br>Bine Lamdounne, boulevard<br>Inzegane, rue 65, N°115, 3 <sup>ème</sup><br>étage, Casablanca | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |
|   | 953/19<br>19/08/2019                         | FL0240                                     | Paul M. Lyrene<br>(Université de Floride)   | Rusticas Sélection SARL<br>Bine Lamdounne, boulevard<br>Inzegane, rue 65, N°115, 3 <sup>ème</sup><br>étage, Casablanca | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |
|   | 584/15<br>25/05/2015                         | NECTARLAM                                  | Arsene Maillard et Laurence<br>Maillard<br>La Prade de Mousseillous, route<br>Alenya, 66200 Elne France | Agro.Selections.Fruits<br>La Prade de<br>Mousseillous,<br>route Alenya, 66200<br>Elne, France                          | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |
| Nectarinier<br><i>Prunus persica</i> (L.)<br>Batsch Batsch var<br>Nucipersic Suckow hneid | 585/15<br>25/05/2015                         | NECTAVANTOP                                | Arsene Maillard et Laurence<br>Maillard<br>La Prade de Mousseillous, route<br>Alenya, 66200 Elne France | Agro.Selections.Fruits<br>La Prade de<br>Mousseillous,<br>route Alenya, 66200<br>Elne, France                          | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |
|   | 586/15<br>25/05/2015                         | NECTARBOOM                                 | Arsene Maillard et Laurence<br>Maillard<br>La Prade de Mousseillous, route<br>Alenya, 66200 Elne France | Agro.Selections.Fruits<br>La Prade de<br>Mousseillous,<br>route Alenya, 66200<br>Elne, France                          | Variété nouvelle<br>صنف جديد      | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |

**LISTE DES VARIETES PROTEGEES (suite 4)**  
**لائحة الأصناف المحمية (تتمة 4)**

| Esèce<br>(nom commun /Nom<br>scientifique)<br>النوع<br>الاسم الشائع / الاسم العلمي | N° et date de<br>dépôt<br>رقم وتاريخ الإيداع | Dénomination de la<br>variété<br>اسم الصنف | Obtenteur/Adresse<br>اسم المستنبط/العنوان   | Déposant/Adresse<br>اسم المودع/العنوان  | Nouveauté (1)<br>حدثية الصنف (1) | Durée de la<br>protection<br>مدة الحماية بالسنوات |
|--|--|--|---|---|----------------------------------|---|
| <b>Pêcher</b><br><i>Prunus persica (L.) Batsch</i>                                 | 581/15<br>25/05/2015                         | FLATCHIEF                                  | Arsene Maillard et Laurence<br>Maillard<br>La Prade de Mousseillous, route<br>Alenya, 66200 Elne France | Agro.Selections.Fruits<br>La Prade de<br>Mousseillous,<br>route Alenya, 66200<br>Elne, France                   | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |
| <b>Abricotier</b><br><i>Prunus armeniaca L.</i>                                    | 609/15<br>02/11/2015                         | APRIREVE                                   | Arsene Maillard et Laurence<br>Maillard<br>La Prade de Mousseillous, route<br>Alenya, 66200 Elne France | Agro.Selections.Fruits<br>La Prade de<br>Mousseillous,<br>route Alenya, 66200<br>Elne, France                   | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |
| <b>Pommier</b><br><i>Malus domestica Borkh</i>                                     | 936/19<br>06/05/2019                         | ANABP 01                                   | WESTERN AUSTRALIAN<br>AGRICULTURE AUTHORITY<br>3 Baron-Hay Court-6151 WA<br>South Perth Australia       | Western Australian<br>Agriculture Authority<br>3 Baron-Hay Court-6151 WA<br>South Perth Australia               | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |
| <b>Poirier</b><br><i>Pyrus communis L.</i>   | 1003/20<br>14/09/2020                        | CH 201                                     | DANILO CHRISTEN<br>Route des Eterpys 18, 1964<br>Conthey, Suisse  | Agroscope<br>Route des Eterpys 18, 1964<br>Conthey, Suisse  | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 25 ans (2)<br>سنة 25                              |
| <b>Oranger</b><br><i>Citrus sinensis (L.)</i>                                      | 974/19<br>18/12/2019                         | KIRKWOOD RED                               | Kirkwood Red Trust  | Citrogold Pty Ltd<br>19 Elektron Rd, Cap du Mont<br>Building, Technopark,<br>stellenbosch<br>South Africa, 7600 | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 30 ans (2)<br>سنة 30                              |
|  | 1064/21<br>05/07/2021                        | RED LINA                                   | Glenam Knott<br>PO Box 961- Fort Beaufort-5720-<br>Afrique du Sud                                       | Citrus Rosso S.L.<br>C/Hernan Cortes N°5, PTA<br>12, 46004 Valecia, Espagne                                     | Variété nouvelle<br>صنف جديد     | 30 ans (2)<br>سنة 30                              |

(1) variété nouvelle : variété qui répond aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 9-94.

(2) la durée de protection est comptée conformément à l'article 19 de la loi susvisée n° 9-94 sur la protection des obtentions végétales- La date d'expiration de la protection est indiquée sur le certificat.

(1) حدثية الصنف : الصنف الذي يستجيب لمقتضيات المادة 6 من القانون رقم 9.94

(2) تحتسب مدة الحماية طبقاً لمقتضيات المادة 19 من القانون رقم 9.94 المشار إليه أعلاه المتعلق بحماية المستنبطات النباتية. يشار إلى تاريخ انتهاء صلاحية الحماية في الشهادة.



**Décision du directeur de l'Institut marocain de normalisation n° 13-23 du 6 joumada II 1444****(30 décembre 2022) portant homologation de normes marocaines**

LE DIRECTEUR DE L'INSTITUT MAROCAIN DE NORMALISATION,

Vu la loi n° 12-06 relative à la normalisation, à la certification et à l'accréditation, promulguée par le dahir n° 1-10-15 du 26 safar 1431 (11 février 2010), notamment ses articles 11, 15 et 32 ;

Vu la résolution du Conseil d'administration de l'Institut marocain de normalisation (IMANOR) n° 10, tenu le 19 safar 1435 (23 décembre 2013), qui a délégué au directeur de l'IMANOR le pouvoir de prononcer l'homologation des normes marocaines et la certification de la conformité auxdites normes,

DÉCIDE :

ARTICLE PREMIER. – Sont homologuées comme normes marocaines, les normes dont les références sont présentées en annexe de la présente décision.

ART. 2. – Les normes visées à l'article premier ci-dessus, sont tenues à la disposition des intéressés à l'Institut marocain de normalisation (IMANOR).

ART. 3. – La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel*.

*Rabat, le 6 joumada II 1444 (30 décembre 2022).*

ABDERRAHIM TAIBI.

\*

\* \*

**ANNEXE A LA DECISION PORTANT  
HOMOLOGATION DE NORMES MAROCAINES**

|                     |   |      |  |
|---------------------|---|------|--|
| NM ISO/IEC 27001    | : | 2022 | Sécurité de l'information, cybersécurité et protection de la vie privée - Systèmes de management de la sécurité de l'information - Exigences ; (IC 00.5.701) (R)   |
| NM ISO/IEC 27003    | : | 2022 | Technologies de l'information - Techniques de sécurité - Systèmes de management de la sécurité de l'information - Lignes directrices ; (IC 00.5.703) (R)   |
| NM ISO/IEC 27004    | : | 2022 | Technologies de l'information - Techniques de sécurité - Management de la sécurité de l'information - Surveillance, mesurage, analyse et évaluation ; (IC 00.5.715) (R)  |
| NM ISO/IEC 27005    | : | 2022 | Sécurité de l'information, cybersécurité et protection de la vie privée - Préconisations pour la gestion des risques liés à la sécurité de l'information ; (IC 00.5.716) (R)   |
| NM ISO/IEC 27006    | : | 2022 | Technologies de l'information - Techniques de sécurité - Exigences pour les organismes procédant à l'audit et à la certification des systèmes de management de la sécurité de l'information ; (IC 00.5.717) (R)  |
| NM ISO/IEC 27011    | : | 2022 | Technologies de l'information - Techniques de sécurité - Code de bonne pratique pour les contrôles de la sécurité de l'information fondés sur l'ISO/IEC 27002 pour les organismes de télécommunications ; (IC 00.5.719) (R)  |
| NM IEC 61000-3-2    | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique (CEM) - Partie 3-2 : Limites - Limites pour les émissions de courant harmonique (courant appelé par les appareils $\leq 16$ A par phase) ; (IC 06.0.710) (R)   |
| NM IEC 61000-3-3    | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique (CEM) - Partie 3-3 : Limites - Limitation des variations de tension, des fluctuations de tension et du papillotement dans les réseaux publics d'alimentation basse tension, pour les matériels ayant un courant assigné $\leq 16$ A par phase et non soumis à un raccordement conditionnel ; (IC 06.0.711) (R) |
| NM IEC TS 61000-3-4 | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique (CEM) - Partie 3-4 : Limites - Limitation des émissions de courants harmoniques dans les réseaux basse tension pour les matériels ayant un courant assigné supérieur à 16 A ; (IC 06.0.301)  |
| NM IEC 61000-3-11   | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique (CEM) - Partie 3-11 : Limites - Limitation des variations de tension, des fluctuations de tension et du papillotement dans les réseaux publics d'alimentation basse tension - Équipements ayant un courant assigné $\leq 75$ A et soumis à un raccordement conditionnel ; (IC 06.0.712) (R)                    |
| NM IEC 61000-3-12   | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique (CEM) - Partie 3-12 : Limites - Limites pour les courants harmoniques produits par les appareils connectés aux réseaux publics basse tension ayant un courant appelé $> 16$ A et $\leq 75$ A par phase ; (IC 06.0.713) (R)   |
| NM IEC 61000-4-30   | : | 2022 | Compatibilité Electromagnétique (CEM) - Partie 4-30 : Techniques d'essai et de mesure - Méthodes de mesure de la qualité de l'alimentation ; (IC 06.0.070) (R)   |
| NM IEC 61000-6-1    | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique (CEM) - Partie 6-1 : Normes génériques - Immunité pour les environnements résidentiels, commerciaux et de l'industrie légère ; (IC 06.0.714) (R)   |
| NM IEC 61000-6-2    | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique (CEM) - Partie 6-2 : Normes génériques - Norme d'immunité pour les environnements industriels ; (IC 06.0.715) (R)  |
| NM IEC 61000-6-3    | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique (CEM) - Partie 6-3 : Normes génériques - Norme sur l'émission pour les environnements résidentiels, commerciaux et de l'industrie légère ; (IC 06.0.716) (R)   |
| NM IEC 61000-6-4    | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique (CEM) - Partie 6-4 : Normes génériques - Norme sur l'émission pour les environnements industriels ; (IC 06.0.717) (R)  |
| NM EN 12895         | : | 2022 | Chariots de manutention - Compatibilité électromagnétique ; (IC 06.0.307) (R)  |
| NM EN 55011         | : | 2022 | Appareils industriels, scientifiques et médicaux - Caractéristiques de perturbations radioélectriques - Limites et méthodes de mesure ; (IC 06.0.343) (R)  |

|                   |   |      |  |
|-------------------|---|------|--|
| NM EN 55035       | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique des équipements multimédia - Exigences d'immunité ; (IC 06.0.438) (R)  |
| NM IEC 61204-3    | : | 2022 | Alimentations à découpage basse tension - Partie 3 : Compatibilité électromagnétique (CEM) ; (IC 06.0.718) (R)   |
| NM IEC 61547      | : | 2022 | Équipements pour l'éclairage à usage général - Exigences concernant l'immunité CEM ; (IC 06.0.719) (R)   |
| NM IEC 62040-2    | : | 2022 | Alimentations sans interruption (ASI) - Partie 2 : Exigences pour la compatibilité électromagnétique (CEM) ; (IC 06.5.216) (R)   |
| NM EN 55032       | : | 2022 | Compatibilité électromagnétique des équipements multimédia - Exigences d'émission ; (IC 06.0.720)  |
| NM ISO 22753      | : | 2022 | Analyse de biomarqueurs moléculaires - Méthode d'évaluation statistique des résultats analytiques obtenus lors de l'essai de groupes de sous-échantillons de semences et grains génétiquement modifiés - Exigences générales ; (IC 08.0.268) |
| NM EN 17250       | : | 2022 | Produits alimentaires - Dosage de l'ochratoxine A dans les épices, la réglisse, les produits à base de réglisse, le cacao et les produits à base de cacao par purification sur colonne d'immuno-affinité et CLHP-DPL ; (IC 08.0.373)         |
| NM EN 17425       | : | 2022 | Produits alimentaires - Dosage des alcaloïdes de l'ergot dans les céréales et les produits céréaliers par purification par dSPE et CL-SM/SM ; (IC 08.0.374)  |
| NM CEN/TS 17329-1 | : | 2022 | Denrées alimentaires - Lignes directrices générales pour la validation des méthodes de PCR qualitative en temps réel - Partie 1 : Validation intralaboratoire ; (IC 08.0.378)  |
| NM ISO 4120       | : | 2022 | Analyse sensorielle - Méthodologie - Essai triangulaire ; (IC 08.0.604) (R)  |
| NM ISO 11056      | : | 2022 | Analyse sensorielle - Méthodologie - Méthode d'estimation de la grandeur ; (IC 08.0.621) (R)   |
| NM ISO 11132      | : | 2022 | Analyse sensorielle - Méthodologie - Lignes directrices pour le mesurage de la performance d'un jury descriptif quantitatif ; (IC 08.0.630) (R)  |
| NM ISO 20613      | : | 2022 | Analyse sensorielle - Lignes directrices générales pour l'application de l'analyse sensorielle en contrôle qualité ; (IC 08.0.650)   |
| NM ISO 20784      | : | 2022 | Analyse sensorielle - Recommandations pour la justification d'allégations relatives à des produits par des études sensorielles et/ou des études consommateurs ; (IC 08.0.651)  |
| NM ISO 6416       | : | 2022 | Hydrométrie - Mesure du débit par la méthode du temps de transit ultrasonique (temps de vol) ; (IC 17.0.054)   |
| NM ISO 10140-3    | : | 2022 | Acoustique - Mesurage en laboratoire de l'isolation acoustique des éléments de construction - Partie 3 : Mesurage de l'isolation au bruit de choc ; (IC 17.0.055) (R)  |
| NM ISO 10140-2    | : | 2022 | Acoustique - Mesurage en laboratoire de l'isolation acoustique des éléments de construction - Partie 2 : Mesurage de l'isolation au bruit aérien ; (IC 17.0.056) (R)   |
| NM ISO 10140-1    | : | 2022 | Acoustique - Mesurage en laboratoire de l'isolation acoustique des éléments de construction - Partie 1 : Règles d'application pour produits particuliers ; (IC 17.0.075) (R)   |
| NM ISO 717-2      | : | 2022 | Acoustique - Évaluation de l'isolement acoustique des immeubles et des éléments de construction - Partie 2 : Protection contre le bruit de choc ; (IC 17.0.078) (R)  |
| NM ISO 10052      | : | 2022 | Acoustique - Mesurages in situ de l'isolement aux bruits aériens et de la transmission des bruits de choc ainsi que du bruit des équipements - Méthode de contrôle ; (IC 19.3.026) (R)   |
| NM 13.6.116       | : | 2022 | Panneaux contreplaqués y compris les panneaux lattés - Exigences ; (R)   |
| NM EN 310         | : | 2022 | Panneaux à base de bois - Détermination du module d'élasticité en flexion et de la résistance à la flexion ; (IC 13.6.547)   |
| NM EN 318         | : | 2022 | Panneaux à base de bois - Détermination des variations dimensionnelles sous l'influence de variations de l'humidité relative ; (IC 13.6.548)   |
| NM EN 322         | : | 2022 | Panneaux à base de bois - Détermination de l'humidité ; (IC 13.6.549)  |
| NM EN 323         | : | 2022 | Panneaux à base de bois - Détermination de la masse volumique ; (IC 13.6.550)  |

|                 |   |      |  |
|-----------------|---|------|--|
| NM EN 324-1     | : | 2022 | Panneaux à base de bois - Détermination des dimensions des panneaux - Partie 1 : Détermination de l'épaisseur, de la largeur et de la longueur ; (IC 13.6.551)                               |
| NM EN 324-2     | : | 2022 | Panneaux à base de bois - Détermination des dimensions des panneaux - Partie 2 : Détermination de l'équerrage et de la rectitude des bords ; (IC 13.6.552)                                   |
| NM EN 635-1     | : | 2022 | Contreplaqué - Classification selon l'aspect des faces - Partie 1 : Généralités ; (IC 13.6.553)  |
| NM EN 635-2     | : | 2022 | Contreplaqué - Classification selon l'aspect des faces - Partie 2 : Bois feuillus ; (IC 13.6.554)  |
| NM EN 635-3     | : | 2022 | Contreplaqué - Classification selon l'aspect des faces - Partie 3 : Bois résineux ; (IC 13.6.555)  |
| NM CEN/TS 635-4 | : | 2022 | Contreplaqué - Classification selon l'aspect des faces - Partie 4 : Paramètres d'aptitude à la finition, guide ; (IC 13.6.556)   |
| NM EN 635-5     | : | 2022 | Contreplaqué - Classification selon l'aspect des faces - Partie 5 : Méthodes de mesure et d'expression des caractéristiques et des défauts ; (IC 13.6.557)                                   |
| NM EN 789       | : | 2022 | Structures en bois - Méthodes d'essai - Détermination des propriétés mécaniques des panneaux à base de bois ; (IC 13.6.558)  |
| NM EN 1195      | : | 2022 | Structures en bois - Méthodes d'essais - Comportement des planchers structuraux ; (IC 13.6.560)  |
| NM EN 13446     | : | 2022 | Panneaux à base de bois - Détermination de la capacité à l'arrachement d'éléments de fixation ; (IC 13.6.561)  |
| NM ISO 1954     | : | 2022 | Contreplaqué - Tolérances sur dimensions ; (IC 13.6.563)   |
| NM ISO 18775    | : | 2022 | Placages - Termes et définitions, détermination des caractéristiques physiques et tolérances ; (IC 13.6.421) (R)   |
| NM ISO 37101    | : | 2022 | Développement durable au sein des communautés territoriales - Système de management pour le développement durable - Exigences et lignes directrices pour son utilisation ; (IC 30.0.001) (R) |
| NM EN 1337-4    | : | 2022 | Appareils d'appui structuraux - Partie 4 : Appuis à rouleau ; (IC 10.9.097)  |
| NM EN 1337-5    | : | 2022 | Appareils d'appui structuraux - Partie 5 : Appareils d'appui à pot ; (IC 10.9.118)   |
| NM EN 1337-6    | : | 2022 | Appareils d'appui structuraux - Partie 6 : Appareils d'appui à balanciers ; (IC 10.9.226)  |
| NM EN 1337-7    | : | 2022 | Appareils d'appui structuraux - Partie 7 : Appareils d'appui cylindriques et sphériques comportant du PTFE ; (IC 10.9.227)   |
| NM EN 1337-8    | : | 2022 | Appareils d'appui structuraux - Partie 8 : Appareils d'appui guidés et appareils d'appui bloqués ; (IC 10.9.228)   |
| NM EN 1337-1    | : | 2022 | Appareils d'appui structuraux - Partie 1 : Indications générales ; (IC 10.9.121)   |
| NM EN 1337-2    | : | 2022 | Appareils d'appui structuraux - Partie 2 : Éléments de glissement ; (IC 10.9.122)  |
| NM EN 1337-9    | : | 2022 | Appareils d'appui structuraux - Partie 9 : Protection ; (IC 10.9.123)  |
| NM EN 1337-3    | : | 2022 | Appareils d'appui structuraux - Partie 3 : Appareils d'appui en élastomère ; (IC 10.9.301)   |
| NM 05.2.206     | : | 2022 | Appareils d'appui en caoutchouc - Détermination du fluage en compression ; (R)   |
| NM 05.2.207     | : | 2022 | Appareils d'appui en caoutchouc - Détermination de la relaxation de contrainte en cisaillement ; (R)   |
| NM 05.2.211     | : | 2022 | Appareils d'appui en caoutchouc - Détermination de la condition de non-glissement ; (R)  |
| NM 05.2.213     | : | 2022 | Appareils d'appui en caoutchouc - Détermination de la résistance au brouillard salin ; (R)   |
| NM 05.2.214     | : | 2022 | Appareils d'appui en caoutchouc - Détermination de la dureté apparente Shore A au moyen d'un duromètre de poche ; (R)  |
| NM EN 1436      | : | 2022 | Produits de marque routier - Performances des marquages appliqués sur la route ; (IC 10.9.281) (R)   |



|               |   |      |   |
|---------------|---|------|---|
| NM 10.9.099   | : | 2022 | Barrières de sécurité routières - Glissières de sécurité simples en acier (profils A et B) - Composition, fonctionnement et éléments constitutifs ; (R)   |
| NM 10.9.103   | : | 2022 | Barrières de sécurité routières - Glissières de sécurité doubles en acier (profils A et B) - Composition fonctionnement et éléments constitutifs ; (R)  |
| NM EN 12966   | : | 2022 | Signaux de signalisation routière verticale - Panneaux à messages variables ; (IC 10.9.265) (R)   |
| NM EN 12675   | : | 2022 | Contrôleurs de signaux de circulation routière - Exigences de sécurité fonctionnelle ; (IC 10.9.204) (R)  |
| NM EN 1871    | : | 2022 | Produits de marquage routier - Peintures, enduits à froid et à chaud - Propriétés physiques ; (IC 10.9.207) (R)   |
| NM EN 13197   | : | 2022 | Produits de marquage routier - Simulateur d'usure tournant ; (IC 10.9.209) (R)  |
| NM EN 13212   | : | 2022 | Produits de marquage routier - Exigences pour le contrôle de la production en usine ; (IC 10.9.272) (R)   |
| NM EN 1424    | : | 2022 | Produits de marquage routier - Microbilles de verre de prémélange ; (IC 10.9.273) (R)   |
| NM 10.9.299   | : | 2022 | Barrières de sécurité routières - Barrière de sécurité en acier BN4 - Composition, fonctionnement, performances de retenue, conditions d'implantation et de montage, éléments constitutifs ; (R)                                  |
| NM EN 480-1   | : | 2022 | Adjuvants pour béton, mortier et coulis - Méthodes d'essais - Partie 1 : Béton et mortier de référence pour essais ; (IC 10.1.282)  |
| NM EN 12617-1 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Partie 1 : Détermination du retrait linéaire des polymères et des systèmes de protection de surface (SPS) ; (IC 10.1.481)   |
| NM EN 12617-2 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Partie 2 : Retrait des produits d'injection pour fissures formulé avec des polymères : retrait volumétrique ; (IC 10.1.482) |
| NM EN 12617-3 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Partie 3 : Détermination du retrait linéaire au jeune âge pour les produits de collage structural ; (IC 10.1.483)           |
| NM EN 12617-4 | : | 2022 | Produits et systèmes de protection et de réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Partie 4 : Détermination du retrait et du gonflement ; (IC 10.1.484)   |
| NM EN 13395-1 | : | 2022 | Produits et systèmes de protection et de réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de l'ouvrabilité - Partie 1 : Essai d'écoulement des mortiers thixotropes ; (IC 10.1.485)                          |
| NM EN 13395-2 | : | 2022 | Produits et systèmes de protection et de réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de l'ouvrabilité - Partie 2 : Essai d'écoulement des coulis ou mortiers ; (IC 10.1.486)                            |
| NM EN 13395-3 | : | 2022 | Produits et systèmes de protection et de réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de l'ouvrabilité - Partie 3 : Essai d'écoulement du béton de réparation ; (IC 10.1.487)                            |
| NM EN 13395-4 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de la maniabilité - Partie 4 : Application de mortier de réparation en sous-face ; (IC 10.1.488)              |
| NM EN 13687-5 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de la compatibilité thermique - Partie 5 : Résistance au choc de température ; (IC 10.1.449)                  |
| NM EN 13057   | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de l'absorption capillaire ; (IC 10.1.640)  |
| NM EN 13529   | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Résistance aux fortes attaques chimiques ; (IC 10.1.641)  |
| NM EN 13578   | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthode d'essai - Compatibilité sur béton humide ; (IC 10.1.642)   |

|               |        |  |
|---------------|--------|--|
| NM EN 13579   | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Essai de séchage pour l'imprégnation hydrofuge ; (IC 10.1.643)   |
| NM EN 13580   | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Absorption d'eau et résistance aux alcalis pour imprégnations hydrofuges ; (IC 10.1.644)   |
| NM EN 13581   | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthode d'essai - Détermination de la perte de masse après la méthode d'essai de gel-dégel d'un béton hydrofuge ; (IC 10.1.645)                                   |
| NM EN 13584   | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination du fluage en compression des produits de réparation ; (IC 10.1.646)  |
| NM EN 14068   | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de l'étanchéité à l'eau des fissures injectées sans mouvement dans le béton ; (IC 10.1.647)                                      |
| NM EN 15183   | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Essai d'évaluation de la protection anticorrosion ; (IC 10.1.648)  |
| NM EN 15184   | : 2022 | Produits et systèmes de protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Adhérence par cisaillement d'acier revêtu au béton (essai d'arrachement) ; (IC 10.1.649)  |
| NM EN 1543    | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essais ; (IC 10.1.650)   |
| NM EN 1770    | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essais ; (IC 10.1.651)   |
| NM EN 1877-2  | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Fonctions réactives liées aux résines époxydes - Partie 2 : Détermination des fonctions amines par l'indice de basicité totale ; (IC 10.1.652) |
| NM EN 13733   | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de la durabilité des produits de collage structural ; (IC 10.1.653)  |
| NM EN 12189   | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essais - Détermination du temps ouvert ; (IC 10.1.654)   |
| NM EN 12636   | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essais - Détermination de l'adhérence béton sur béton. ; (IC 10.1.655)   |
| NM EN 13894-1 | : 2022 | Produits et systèmes de protection et de réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de la fatigue sous charge dynamique - Partie 1 : Pendant le durcissement ; (IC 10.1.656)  |
| NM EN 13894-2 | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essais - Détermination de la fatigue sous charge dynamique - Partie 2 : Après durcissement ; (IC 10.1.657)   |
| NM 10.1.496   | : 2022 | Bétons - Exécution des structures en béton - Règles spécifiques pour les BFUP ;  |
| NM 10.1.003   | : 2022 | Béton - Définition et classification des environnements chimiquement agressifs - Recommandations pour la formulation des bétons ; (R)  |
| NM EN 12504-1 | : 2022 | Essais pour béton dans les structures - Partie 1 : Carottes - Prélèvement, examen et essais en compression ; (IC 10.1.075) (R)   |
| NM EN 12504-2 | : 2022 | Essais pour béton dans les structures - Partie 2 : Essais non destructifs - Détermination de l'indice de rebondissement ; (IC 10.1.076) (R)  |
| NM 10.1.178   | : 2022 | Bétons - Mise en place par aiguille vibrante ; (R)   |
| NM 10.1.183   | : 2022 | Bétons - Mesure du temps d'écoulement des bétons et des mortiers au maniabilimètre ; (R)   |
| NM EN 1766    | : 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Bétons de référence pour essais ; (IC 10.1.220) (R)  |

|               |   |      |   |
|---------------|---|------|---|
| NM EN 1542    | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essais - Mesurage de l'adhérence par traction directe. ; (IC 10.1.219) (R)  |
| NM EN 1877-1  | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Fonctions réactives des résines époxydes - Partie 1 : Détermination de l'équivalent époxyde ; (IC 10.1.308) (R)   |
| NM EN 1881    | : | 2022 | Produits et systèmes de protection et de réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Essai des produits de scellement d'ancrage par la méthode de l'arrachement ; (IC 10.1.309) (R)   |
| NM 10.1.310   | : | 2022 | Produits spéciaux destinés aux constructions en béton hydraulique - Produits de calage à base de liants hydrauliques - Essai d'aptitude à la mise en place ; (R)  |
| NM 10.1.311   | : | 2022 | Produits spéciaux destinés aux constructions en béton hydraulique - Produits de calage à base de résines synthétiques - Essai d'aptitude à la mise en place ; (R)   |
| NM 10.1.313   | : | 2022 | Produits spéciaux destinés aux constructions en béton hydraulique - Produits de calage à base de résines synthétiques - Essai de fluage en compression à + 23 degrés Celsius et + 70 degrés Celsius ; (R)   |
| NM EN 1544    | : | 2022 | Produits et systèmes de protection et de réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Mesure du fluage sous charge de traction maintenue des produits à base de résines synthétiques (PC) pour le scellement d'ancrage des barres d'armature ; (IC 10.1.314) (R) |
| NM EN 13687-1 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de la compatibilité thermique - Partie 1 : Cycles de gel-dégel avec immersion dans des sels de déverglaçage ; (IC 10.1.445) (R)                         |
| NM EN 13687-2 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de la compatibilité thermique - Partie 2 : Cycles d'averses d'orage (choc thermique) ; (IC 10.1.446)  |
| NM EN 13687-3 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de la compatibilité thermique - Partie 3 : Cycles thermiques sans immersion dans des sels de déverglaçage ; (IC 10.1.447)                               |
| NM EN 13687-4 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de la compatibilité thermique - Partie 4 : Cycles thermiques à sec ; (IC 10.1.448)  |
| NM EN 1771    | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essai - Détermination de l'injectabilité et essai de fendage ; (IC 10.1.328) (R)  |
| NM EN 12615   | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation de structures en béton - Méthodes d'essais - Détermination de la résistance au cisaillement. ; (IC 10.1.331) (R)   |
| NM EN 1799    | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essais - Essais de détermination de l'aptitude à l'emploi des colles structurales à appliquer sur les surfaces en béton ; (IC 10.1.332) (R)                                   |
| NM EN 12192-1 | : | 2022 | Produits et systèmes de protection et de réparation des structures en béton - Analyse granulométrique - Partie 1 : Méthode d'essai applicable aux composants secs des mortiers prêts à l'emploi ; (IC 10.1.489) (R)   |
| NM EN 12192-2 | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Analyse granulométrique - Partie 2 : Méthode d'essai pour les charges de produits de collages structuraux à base de polymères. ; (IC 10.1.490)   |
| NM EN 1767    | : | 2022 | Produits et systèmes pour la protection et la réparation des structures en béton - Méthodes d'essais - Analyse par spectrométrie infrarouge ; (IC 10.1.340) (R)   |
| NM EN 12504-4 | : | 2022 | Essais pour béton dans les structures - Partie 4 : Détermination de la vitesse de propagation du son ; (IC 10.1.124) (R)  |
| NM EN 1008    | : | 2022 | Eau de gâchage pour bétons - Spécifications d'échantillonnage, d'essais et d'évaluation de l'aptitude à l'emploi, y compris les eaux des processus de l'industrie du béton, telle que l'eau de gâchage pour béton ; (IC 10.1.353) (R)                                       |

|                |   |      |   |
|----------------|---|------|---|
| NM 13.1.065    | : | 2022 | Essais relatifs aux chaussées - Mesure des caractéristiques rhéologiques des mélanges hydrocarbonés - Détermination de la perte de linéarité en traction directe ;  |
| NM 13.1.457    | : | 2022 | Essais relatifs aux chaussées - Détermination de la macrotexture - Méthode de mesure sans contact ;   |
| NM EN 12697-22 | : | 2022 | Mélanges bitumineux - Méthodes d'essai - Partie 22 : Essai d'orniérage ; (IC 03.4.060) (R)  |
| NM EN 12271    | : | 2022 | Enduits superficiels - Spécifications ; (IC 03.4.073) (RPC) (R)   |
| NM 03.4.078    | : | 2022 | Bitumes et liants bitumineux - Classification ; (R)   |
| NM EN 12697-12 | : | 2022 | Mélanges bitumineux - Méthodes d'essai - Partie 12 : Détermination de la sensibilité à l'eau des éprouvettes bitumineuses ; (IC 03.4.232) (R)   |
| NM EN 12848    | : | 2022 | Bitumes et liants bitumineux - Détermination de la stabilité des émulsions de bitume en mélange avec du ciment ; (IC 03.4.169) (R)  |
| NM EN 16096    | : | 2022 | Conservation des biens culturels - Évaluation et rapport sur l'état du patrimoine culturel bâti ; (IC 10.0.131)   |
| NM EN 10219-1  | : | 2022 | Profils creux de construction soudés, formés à froid en aciers non alliés et à grains fins - Partie 1 : conditions techniques de livraison ; (IC 01.4.678) (R)  |
| NM EN 10217-1  | : | 2022 | Tubes soudés en acier pour service sous pression - Conditions techniques de livraison - Partie 1 : tubes en acier non allié, soudés électriquement et soudés à l'arc immergé, avec caractéristiques spécifiées à température ambiante ; (IC 01.4.778) (R) |
| NM EN 10224    | : | 2022 | Tubes et raccords en acier non allié pour le transport d'eau et d'autres liquides aqueux - Conditions techniques de livraison ; (IC 01.4.763) (R)   |
| NM EN 10305-3  | : | 2022 | Tubes de précision en acier - Conditions techniques de livraison - Partie 3 : Tubes soudés calibrés à froid ; (IC 01.4.046)   |
| NM EN 10305-5  | : | 2022 | Tubes de précision en acier - Conditions techniques de livraison - Partie 5 : Tubes soudés calibrés avec section carrée et rectangulaire ; (IC 01.4.048)  |
| NM EN 10357    | : | 2022 | Tubes soudés longitudinalement en acier inoxydable austénitique, ferritique et austéno-ferritique pour l'industrie alimentaire et chimique ; (IC 08.9.018) (R)  |
| NM EN 10217-7  | : | 2022 | Tubes soudés en acier pour service sous pression - Conditions techniques de livraison - Partie 7 : tubes en aciers inoxydables ; (IC 01.4.784) (R)  |
| NM EN 612      | : | 2022 | Gouttières pendantes à ourlet et descentes d'eaux pluviales en métal laminé ; (IC 10.4.110)   |
| NM EN 1253-1   | : | 2022 | Avaloirs et siphons pour bâtiments - Partie 1 : Siphons de sol avec garde d'eau de 50 mm minimum. (IC 10.4.111)   |



## TEXTES PARTICULIERS

**Arrêté du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de l'innovation n° 3271-22 du 30 rabii II 1444 (25 novembre 2022) complétant l'arrêté n° 2797-95 du 20 joumada II 1416 (14 novembre 1995) fixant la liste des diplômes reconnus équivalents au diplôme d'architecte de l'Ecole nationale d'architecture.**

LE MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION,

Vu l'arrêté du ministre de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique n° 2797-95 du 20 joumada II 1416 (14 novembre 1995) fixant la liste des diplômes reconnus équivalents au diplôme d'architecte de l'Ecole nationale d'architecture, tel qu'il a été complété ;

Vu le décret n° 2-21-838 du 14 rabii I 1443 (21 octobre 2021) relatif aux attributions du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de l'innovation ;

Sur proposition de la ministre de l'aménagement du territoire national, de l'urbanisme, de l'habitat et de la politique de la ville ;

Après avis du conseil national de l'Ordre national des architectes ;

Après avis de la commission sectorielle des sciences, techniques, ingénierie et architecture du 26 mai 2022,

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. – L'article premier de l'arrêté susvisé n° 2797-95 du 20 joumada II 1416 (14 novembre 1995), est complété comme suit :

« *Article premier.* – La liste des diplômes reconnus « équivalents au diplôme d'architecte de l'Ecole nationale d'architecture visé à l'article 4 de la loi susvisée n° 016-89, « assortis du baccalauréat, série scientifique ou technique ou « d'un diplôme reconnu équivalent, est fixée ainsi qu'il suit :

« ..... »

« – Grade académique de master en architecture, à finalité « spécialisée, délivré en l'année académique 2017/2018 « par la Faculté d'architecture, Université Libre de « Bruxelles - Belgique, assorti du grade académique de « bachelier en architecture, délivré en l'année « académique 2015/2016 par la même université et d'une « attestation de validation du complément de formation, « délivrée par l'Ecole nationale d'architecture de Rabat. »

ART. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel*.

Rabat, le 30 rabii II 1444 (25 novembre 2022).

ABDELLATIF MIRAOUI.

**Arrêté du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de l'innovation n° 3272-22 du 30 rabii II 1444 (25 novembre 2022) complétant l'arrêté n° 2797-95 du 20 joumada II 1416 (14 novembre 1995) fixant la liste des diplômes reconnus équivalents au diplôme d'architecte de l'Ecole nationale d'architecture.**

LE MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION,

Vu l'arrêté du ministre de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique n° 2797-95 du 20 joumada II 1416 (14 novembre 1995) fixant la liste des diplômes reconnus équivalents au diplôme d'architecte de l'Ecole nationale d'architecture, tel qu'il a été complété ;

Vu le décret n° 2-21-838 du 14 rabii I 1443 (21 octobre 2021) relatif aux attributions du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de l'innovation ;

Sur proposition de la ministre de l'aménagement du territoire national, de l'urbanisme, de l'habitat et de la politique de la ville ;

Après avis du conseil national de l'Ordre national des architectes ;

Après avis de la commission sectorielle des sciences, techniques, ingénierie et architecture du 26 mai 2022,

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. – L'article premier de l'arrêté susvisé n° 2797-95 du 20 joumada II 1416 (14 novembre 1995), est complété comme suit :

« *Article premier.* – La liste des diplômes reconnus « équivalents au diplôme d'architecte de l'Ecole nationale d'architecture visé à l'article 4 de la loi susvisée n° 016-89, « assortis du baccalauréat, série scientifique ou technique ou « d'un diplôme reconnu équivalent, est fixée ainsi qu'il suit :

« ..... »

« – Diplôme d'architecte DESA (HMONP), délivré en « date du 8 juin 2021 par l'Ecole spéciale d'architecture - « France, assorti du diplôme de l'ESA grade 1, délivré en « date du 17 mai 2018 par la même école. »

ART. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel*.

Rabat, le 30 rabii II 1444 (25 novembre 2022).

ABDELLATIF MIRAOUI.

**Arrêté de la ministre de la transition énergétique et du développement durable n°3414-22 du 17 joumada I 1444 (12 décembre 2022) modifiant l'arrêté du ministre de l'énergie, des mines et du développement durable n° 1253-19 du 7 rejeb 1440 (14 mars 2019) accordant le permis de recherche d'hydrocarbures dit « LALLA MIMOUNA SUD » à l'Office national des hydrocarbures et des mines et à la société «SDX ENERGY MOROCCO (UK) LIMITED ».**

LA MINISTRE DE LA TRANSITION ÉNERGÉTIQUE ET DU DÉVELOPPEMENT DURABLE,

Vu l'arrêté du ministre de l'énergie, des mines et du développement durable n° 1253-19 du 7 rejeb 1440 (14 mars 2019) accordant le permis de recherche d'hydrocarbures dit « LALLA MIMOUNA SUD » à l'Office national des hydrocarbures et des mines et à la société «SDX ENERGY MOROCCO (UK) LIMITED » ;

Vu l'arrêté conjoint de la ministre de la transition énergétique et du développement durable et de la ministre de l'économie et des finances n° 3012-22 du 8 rabii II 1444 (3 novembre 2022) approuvant l'avenant n° 1 à l'accord pétrolier « LALLA MIMOUNA SUD » conclu, le 28 moharrem 1443 (6 septembre 2021), entre l'Office national des hydrocarbures et des mines et la société « SDX ENERGY MOROCCO (UK) LIMITED »,

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. – L'article 3 de l'arrêté n° 1253-19 du 7 rejeb 1440 (14 mars 2019) susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

« Article 3. – Le permis de recherche d'hydrocarbures dit « « LALLA MIMOUNA SUD » est délivré pour une période « initiale de trois années et six mois à compter du 14 mars 2019.

ART. 2. – Le présent arrêté sera notifié aux intéressés et publié au *Bulletin officiel*.

*Rabat, le 17 joumada I 1444 (12 décembre 2022).*

LEILA BENALI.

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du « Bulletin officiel » n° 7160 du 19 joumada II 1444 (12 janvier 2023).

## CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA COMMUNICATION AUDIOVISUELLE

**Décision du CSCA n° 76-22 du 29 hija 1443 (29 juillet 2022)  
portant établissement du cahier des charges du service  
radiophonique Hit Radio édité par la Société Hit Radio  
S.A.**

LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA COMMUNICATION  
AUDIOVISUELLE,

Vu la loi n° 11-15 portant réorganisation de la Haute  
Autorité de la communication audiovisuelle, notamment ses  
articles 3 (alinéa 4) et 4 (alinéa 1) ;

Vu la loi n° 77-03 relative à la communication  
audiovisuelle, telle que modifiée et complétée, notamment  
ses articles 13, 26 et 38 ;

Vu l'acceptation, en date du 25 mai 2022, par la Société  
Hit Radio S.A. des dispositions du nouveau cahier des charges  
portant exploitation du service radiophonique Hit Radio ;

Après avoir pris connaissance des documents relatifs à  
l'instruction de la demande établie par la Direction Générale  
de la Communication Audiovisuelle ;

Et après avoir délibéré :

1°) Arrête les termes du cahier des charges du service  
radiophonique Hit Radio édité par la société Hit Radio S.A.,  
dont l'original est annexé à la présente décision ;

2°) Ordonne la publication au « Bulletin officiel » de la  
présente décision et du cahier des charges visé ci-dessus et leur  
notification à la Société Hit Radio S.A. ;

3°) Décide que le cahier des charges, encadrant le  
service radiophonique Hit Radio, objet de la présente décision,  
annule et remplace celui établi par le Conseil Supérieur de la  
communication audiovisuelle et signé, pour acceptation, par  
la société Hit Radio S.A. en date du 22 mai 2009 ;

Délibérée par le Conseil Supérieur de la Communication  
Audiovisuelle - CSCA - lors de sa séance du 29 hija 1443  
(29 juillet 2022), tenue au siège de la Haute Autorité de la  
communication audiovisuelle à Rabat, où siégeaient Madame  
Latifa Akharbach, Présidente, Mesdames et Messieurs Narjis  
Rerhayé, Jaafar Kansoussi, Ali Bakkali Hassani, Abdelkader  
Chaui Ludie, Fatima Baroudi, Khalil El Alami Idrissi, Badia  
Erradi et Mohammed El Maazouz, Membres.

*Pour le Conseil Supérieur  
de la Communication Audiovisuelle,  
La Présidente,*  
LATIFA AKHARBACH.

\*  
\* \*

## Cahier des charges

## Service radiophonique HIT Radio

## Edité par la société HIT RADIO S.A.

Abréviations

Définitions

**Chapitre premier : Informations générales relatives à la  
licence, au service et à l'opérateur**

Article premier : Objet de la licence

Article 2 : Durée de la licence et modification de ses  
dispositions

Article 3 : Présentation de l'opérateur et des exigences  
légales en vigueur

**Chapitre 2 : Principes et Obligations générales**

*Section première : Principes généraux*

Article 4 : Liberté de communication audiovisuelle

Article 5 : Responsabilité éditoriale

Article 6 : Maîtrise d'antenne

Article 7 : Garantie de l'expression pluraliste des  
courants de pensée et d'opinion

Article 8 : Garantie du pluralisme culturel et linguistique

*Section 2 : Obligations relatives à la déontologie des  
programmes*

Article 9 : Honnêteté de l'information et des programmes

Article 10 : Respect des droits des personnes

Article 11 : Lutte contre les stéréotypes fondés sur le  
genre et promotion de la culture d'égalité

Article 12 : Protection du jeune public

Article 13 : Règles afférentes aux émissions de santé

Article 14 : Droits des participants aux émissions et  
protection de l'identité des personnes

Article 15 : Présomption d'innocence et couverture des  
procédures judiciaires

*Section 3 : Obligations générales*

Article 16 : Obligations vis-à-vis de l'autorité publique  
et droit de réponse

Article 17 : Respect des droits d'auteur et droits voisins

Article 18 : Information concernant les prix des services  
« télématiques » ou téléphoniques surtaxés

Article 19 : Appel à la générosité publique

### Chapitre 3 : Obligations particulières et caractéristiques de la programmation

#### Section première : Production et programmation

Article 20 : Contribution au développement de la production audiovisuelle nationale

Article 21 : Caractéristiques générales de la programmation

#### Section 2 : La communication publicitaire

Article 22 : Conditions liées à la diffusion de la publicité

Article 23 : Conditions de parrainage des émissions

Article 24 : Engagements spécifiques à la publicité et au parrainage

### Chapitre 4 : Règles techniques

Article 25 : Dispositions générales

Article 26 : Conditions d'accès aux points hauts faisant partie du domaine public

Article 27 : Conditions d'usage des ressources radioélectriques

Article 28 : Calendrier de déploiement du réseau

### Chapitre 5 : Bonne gouvernance, contrôle et suivi

Article 29 : Autorégulation

Article 30 : Contrôle et suivi

Article 31 : Tenue d'une comptabilité analytique

### Chapitre 6 : Sanctions

Article 32 : Sanctions pécuniaires

Article 33 : Sanctions extra-pécuniaires

### Chapitre 7 : Prescriptions finales

Article 34 : Redevances

Article 35 : Unicité du cahier de charge

Article 36 : Entrée en vigueur

Article 37 : Publication au bulletin officiel

### Abréviations :

Pour l'application du présent cahier des charges, on entend par :

- **La loi régissant la Haute Autorité** : La loi n° 11-15, portant réorganisation de la Haute Autorité de la Communication Audiovisuelle, en date du 21 kaada 1437 (25 août 2016) ;
- **La loi sur la communication audiovisuelle** : La loi n° 77-03 relative à la communication audiovisuelle, telle que modifiée et complétée ;
- **La Haute Autorité** : La Haute Autorité de la Communication Audiovisuelle ;
- **Le Conseil Supérieur** : Le Conseil Supérieur de la Communication Audiovisuelle ;

– **L'Opérateur** : La Société *HIT RADIO S.A* titulaire de licence en vue de l'édition d'un service de radio en modulation de fréquence (FM) ;

– **Service** : Le service radiophonique *HIT Radio*, objet du présent cahier des charges ;

### Définitions :

Pour l'application du présent cahier des charges, on entend par :

**Service non relayé** : Service dont la partie dominante de la programmation, hors œuvres musicales, n'est pas reprise à partir des programmes d'un service de radiodiffusion sonore étranger, dans les conditions arrêtées par la décision du Conseil Supérieur n° 27-07 du 19 chaoual 1428 (31 octobre 2007) relative aux services non relayés de communication audiovisuelle ;

**Communication publicitaire** : La publicité, le placement de produits et le parrainage au sens de la loi n° 77-03 relative à la communication audiovisuelle, telle que modifiée et complétée ;

**Annonces** : Toute personne ayant un engagement contractuel avec l'Opérateur à l'effet de procéder à la promotion commerciale de son nom, ses marques, ses produits ou services, ses activités ou ses réalisations et ce, quel que soit le mode de communication publicitaire utilisé ;

**Service musical** : dont 85% au moins du volume horaire de programmation est dédié à la musique ;

### Chapitre premier

#### Informations générales relatives à la licence, au service et à l'Opérateur

#### Article premier

#### Objet de la licence

La licence a pour objet l'établissement et l'exploitation d'un service radiophonique musical non relayé, à couverture nationale, diffusé par voie hertzienne terrestre en modulation de fréquence (FM).

Le service peut être diffusé de façon similaire via Internet et via le satellite, simultanément et/ou en différé, sans que cela ne puisse en affecter l'unicité, telle que définie par les conditions liées à la couverture et à la diffusion établies par le présent cahier des charges.

#### Article 2

#### Durée de la licence et modification de ses dispositions

La licence est reconduite pour une durée de cinq (5) ans à compter du 11 mai 2020. Elle est renouvelable par tacite reconduction, en tenant compte des conditions de modification des dispositions de la licence, telles que prévues par la loi relative à la communication audiovisuelle.

Le Conseil Supérieur peut procéder à la modification des dispositions de la licence ou du cahier des charges lorsque cette modification est justifiée par un ou plusieurs des motifs suivants :

- modification du cadre juridique applicable à l'établissement et/ou à l'exploitation de services de communication audiovisuelle ;



- changement d'une ou de plusieurs conditions de droit ou de fait ;
- évolution technologique concernant notamment les modes et les supports technologiques de diffusion ;
- extension de l'activité du service sur demande de l'Opérateur.

Chaque fois qu'une modification d'une ou de plusieurs dispositions de la licence peut avoir un effet sur une ou plusieurs prescriptions du cahier des charges, celles-ci sont considérées comme modifiées de plein droit, dans le même sens que celui des nouvelles dispositions de la licence.

La Haute Autorité informe l'Opérateur de toute modification envisagée, par lettre recommandée avec accusé de réception et ce, dans un délai raisonnable précédant la date de prise d'effet de ladite modification.

La notification de la modification mentionne au moins les motifs de la modification, les dispositions de substitution et la date d'effet.

### Article 3

#### Présentation de l'Opérateur et des exigences légales l'encadrant

L'Opérateur est la société HIT RADIO S.A, société anonyme de droit marocain, immatriculée au registre de commerce sous le n° 63063 dont l'objet social est, notamment, « ... l'exploitation de services audiovisuels et radiophoniques... ».

Le capital social de l'Opérateur ne doit contenir aucun actionnaire en redressement judiciaire ou en liquidation judiciaire.

L'Opérateur s'interdit la prise en location-gérance par lui-même ou par une personne physique ou morale en faisant partie, d'un ou de plusieurs fonds de commerce appartenant à un autre opérateur titulaire d'une licence ayant le même objet social.

L'Opérateur est tenu d'observer les restrictions prévues par la Loi relative à la communication audiovisuelle, notamment ses articles 20, 21 et 22.

L'Opérateur s'engage, de façon permanente, à donner la priorité, aux ressources humaines, y compris les gestionnaires, de nationalité marocaine.

## Chapitre 2

### *Principes et obligations générales*

#### Section première. – Principes généraux

### Article 4

#### Liberté de communication audiovisuelle

La communication audiovisuelle est libre. Cette liberté s'exerce dans le cadre du respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

### Article 5

#### Responsabilité éditoriale

L'Opérateur assume l'entière responsabilité du contenu des émissions qu'il met à la disposition du public, conformément aux dispositions des sections 2 et 3 du présent chapitre, sauf dans les cas où il est expressément donné lecture de communiqués officiels, à la demande d'une autorité publique.

### Article 6

#### Maîtrise d'antenne

L'Opérateur s'engage à garder, en toutes circonstances, la maîtrise de son antenne.

Il prend, au sein de son dispositif de contrôle interne, les dispositions et les mesures nécessaires pour garantir le respect des principes et des règles édictées conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

### Article 7

#### Garantie de l'expression pluraliste des courants de pensée et d'opinion

L'Opérateur veille à la garantie de l'expression pluraliste des courants de pensée et d'opinion conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

### Article 8

#### Garantie du pluralisme culturel et linguistique

L'Opérateur s'engage à adopter une programmation qui reflète la diversité et la cohésion des composantes essentielles de l'identité nationale et du pluralisme linguistique.

#### Section 2. – Obligations relatives à la déontologie des programmes

### Article 9

#### Honnêteté de l'information et des programmes

9.1 – L'exigence d'honnêteté de l'information est applicable à l'ensemble des programmes diffusés dans le cadre du service édité par l'Opérateur.

L'Opérateur doit vérifier le bien-fondé de l'information, en utilisant des sources diversifiées et fiables, et, dans la mesure du possible, mentionner l'origine de l'information.

Il s'engage, également, à garantir l'équilibre de l'information, lorsque le sujet porte à controverse, en donnant la parole à toutes les parties dans des conditions similaires.

Au cas où il n'a pas pu rapporter tous les courants et positions dans le même programme, en raison d'une difficulté matérielle, il les rapporte dans les plus brefs délais, lors d'une édition ultérieure de la même émission. Le cas échéant, il s'engage à en exposer les raisons.

Lors de commentaire de faits et d'événements publics, il doit faire preuve de neutralité et éviter toutes formes d'exagération, de sous-estimation et d'atteinte à l'honnêteté de l'information.

En donnant la parole aux invités ou au public, l'Opérateur s'engage à garantir l'équilibre dans la prise de parole, dans le cadre du respect de l'expression pluraliste des différents courants d'opinion et de pensée. L'Opérateur est également tenu de faire appel à des intervenants à compétence avérée dans le cadre de programmes traitant de sujets sociétaux délicats pour les participants et le public, en particulier lorsque ces programmes offrent la possibilité de recevoir et d'émettre des témoignages d'expériences ou de situations de détresse personnelle.

Lorsque l'Opérateur fait appel aux techniques de vote par le public ou au micro-trottoir, il ne doit pas le présenter comme représentatif de l'opinion publique ou d'une communauté/groupe donné, comme il s'engage à garantir son équilibre, de façon à ce qu'il ne verse pas, en tout ou en partie, dans la glorification ou le dénigrement d'un courant ou d'une position particulière. L'Opérateur ne doit pas induire l'auditeur en erreur sur la qualification ou l'autorité des personnes interrogées.

Lors de la présentation de chiffres ou données statistiques dans n'importe quel type de programmes, il est nécessaire d'en citer les sources.

Lors de la présentation d'une revue de presse, l'Opérateur veille à garantir le pluralisme des courants d'opinions, notamment les courants politiques.

9.2- L'Opérateur s'engage à éviter toute confusion entre l'information et le divertissement.

Quand le programme contient les deux genres, il est obligatoire de faire la distinction entre les deux. Les programmes d'information sont placés sous la responsabilité de journalistes professionnels.

9.3- L'Opérateur veille à réaliser les programmes d'information qu'il diffuse dans des conditions garantissant leur indépendance de tout groupement économique, courant politique ou groupe d'intérêt.

Il veille, également, à ce que les journalistes n'utilisent pas leur position, pendant leur intervention dans les programmes d'information, pour exprimer des idées partiales, et respectent le principe général de distinction entre l'énoncé des faits, d'une part, et le commentaire, d'autre part.

L'Opérateur veille, également, à ce que ses consultants et analystes cocontractants respectent la neutralité et l'objectivité lors de leur participation à présenter ou animer les programmes qu'il diffuse.

9.4- Lorsque l'Opérateur fournit, dans le cadre de ses journaux d'information, une couverture ou un reportage sur une manifestation organisée par un parti politique, une organisation syndicale, une association professionnelle ou une organisation sociale, il doit veiller, en particulier, par la modération accordée à l'événement, à ce que cette couverture ou ce reportage revête un caractère rigoureusement informatif.

## Article 10

### Respect des droits des personnes

#### 10.1- Du respect de la dignité de la personne

La dignité de la personne humaine constitue l'une des composantes de l'ordre public. Il ne peut y être dérogé par des conventions particulières, même avec consentement de la personne intéressée.

L'Opérateur s'engage à ce qu'aucun programme ne soit de nature à porter atteinte à la dignité et aux droits de la personne, tels que consacrés par la Constitution et universellement reconnus.

#### 10.2- De l'interdiction de la discrimination et de l'incitation à la haine

L'Opérateur s'engage à interdire dans tous les programmes qu'il diffuse l'incitation au racisme, à la haine ou à la violence.

Il s'engage également à interdire et lutter contre toutes les formes de discrimination fondées sur le genre, la couleur, la religion, la culture, l'appartenance sociale ou géographique, le handicap ou toute autre position personnelle.

#### 10.3- Respect des droits des personnes et de la vie privée

L'Opérateur s'engage à respecter les droits de la personne relatifs à la préservation de sa vie privée.

Sans préjudice du droit à l'information du public, l'Opérateur s'engage à prendre les précautions nécessaires lorsque des propos difficilement soutenable ou des témoignages relatifs à des événements dramatiques sont diffusés.

Toute émission ou partie d'émission comportant des séquences difficilement soutenable pour le public doit être précédée d'un avertissement formulé dans la langue du programme concerné.

#### 10.4- Participation des personnes en situation de handicap

L'Opérateur veille à faire participer les personnes en situation de handicap dans ses programmes et programmer les sujets les concernant dans les émissions de débat.

L'Opérateur s'engage à garantir le respect des sentiments, de la dignité et des droits des personnes en situation de handicap, lors de la représentation et de l'exposition des problématiques du handicap, dans tous ses genres, conformément aux exigences légales et réglementaires en vigueur.

## Article 11

### Lutte contre les stéréotypes fondés sur le genre et promotion de la culture d'égalité

L'Opérateur s'engage à :

- promouvoir la culture de l'égalité des sexes et lutter contre la discrimination en raison du sexe, y compris les stéréotypes qui dégradent la dignité ou l'image de la femme ;

- ne pas inciter directement ou indirectement à la violence, l'exploitation ou le harcèlement envers les femmes ;
- œuvrer au respect de la parité dans la participation à des émissions à caractère politique, économique, social, culturel ;

## Article 12

## Protection du jeune public

L'Opérateur veille à respecter les droits de l'enfant, tels qu'ils sont universellement reconnus.

## 12.1- De la diffusion de contenus véhiculant de la violence

L'Opérateur veille à ce que les programmes destinés aux enfants et aux adolescents ne comportent aucune forme de violence, quelle qu'en soit la nature.

L'Opérateur prend toutes les précautions nécessaires à la protection du jeune public lorsque des propos difficilement soutenable ou des témoignages relatifs à des événements particulièrement dramatiques sont diffusés dans les journaux et magazines d'information, les émissions de débats et les autres programmes. Le public doit en être averti.

## 12.2- De l'interdiction de l'incitation à la violence et à la discrimination

L'Opérateur s'engage à ne pas encourager la violence, ni à y inciter, explicitement ou implicitement, ni à la présenter comme étant une solution aux conflits.

L'Opérateur s'engage à ne pas inciter, à travers ses programmes, le jeune public, que ce soit de manière explicite ou implicite, à des comportements ou à des actions illégaux ou nuisibles de façon générale. Il s'engage également à ne pas banaliser ces comportements aux yeux dudit public.

L'Opérateur s'engage à contribuer à la promotion des valeurs de citoyenneté, de tolérance, de respect de la différence et du vivre ensemble, et à alerter le jeune public sur les dangers liés à la violence et à la violation des lois.

## 12.3 - Protection de l'identité et de la vie privée des enfants et des adolescents en situation difficile

Dans le cas d'émissions traitant de phénomènes sociaux complexes ou de situations familiales ou individuelles délicates intéressant les enfants et les adolescents, l'Opérateur s'engage à protéger le jeune public et à préserver l'intérêt supérieur des enfants et des mineurs concernés directement ou indirectement par lesdits phénomènes ou lesdites situations.

L'Opérateur s'interdit également, dans le cadre des programmes qu'il édite, de diffuser des témoignages de mineurs se trouvant dans une situation délicate en rapport avec leur vie privée, à moins que lesdits témoignages ne soient dans l'intérêt desdits mineurs et d'être en mesure de garantir l'anonymat et de disposer, dans la mesure du possible, de l'accord des tuteurs.

Dans le cadre du respect de la dignité humaine et de l'ordre privé de la famille, l'Opérateur veille à tenir compte de l'intérêt et de la sensibilité des enfants appartenant aux familles concernées lors de la diffusion de contenus audio ou de témoignages liés à des conflits conjugaux ou familiaux traités.

## 12.4- De l'éducation aux médias

L'Opérateur contribue, à travers les contenus qu'il diffuse et/ou à travers des émissions dédiées à cet effet, à une éducation aux médias permettant une utilisation sécurisée et critique des médias.

## Article 13

## Règles afférentes aux émissions de santé

L'Opérateur s'engage à respecter les dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment les décisions et les recommandations du Conseil Supérieur relatives aux programmes traitant de la santé.

## Article 14

## Droits des participants aux émissions et protection de l'identité des personnes

Lorsqu'un participant ne donne pas expressément son accord pour être identifié dans une émission, l'Opérateur ne peut donner d'indications susceptibles d'identifier cette personne, notamment son nom, son adresse, son numéro de téléphone, tout signe distinctif ou de divulguer des éléments personnels dont il aurait pu avoir connaissance.

L'Opérateur veille, également, lors des émissions en direct nécessitant la protection de l'identité de tiers, à ce que les propos des participants ne soient pas de nature à rendre possible l'identification de ces personnes. Les participants sont informés de cela avant leur passage à l'antenne et, le cas échéant, l'Opérateur est dans l'obligation d'intervenir immédiatement pour mettre un terme à ces propos.

## Article 15

## Présomption d'innocence et couverture des procédures judiciaires

L'Opérateur s'engage à respecter dans ses programmes, les dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment les décisions et les recommandations du Conseil Supérieur, relatives au respect du principe de la présomption d'innocence, de la protection de la vie privée et à la couverture des procédures judiciaires.

## Section 3. – Obligations générales

## Article 16

## Obligations vis-à-vis des autorités publiques et droit de réponse

En application de l'article 10 de la loi relative à la communication audiovisuelle, l'Opérateur s'engage à diffuser ce qui suit :

Les alertes émanant des autorités publiques et les communiqués urgents destinés à sauvegarder la santé et l'ordre public ;

Sur demande de la Haute Autorité, certaines déclarations officielles en accordant à l'autorité publique responsable d'une telle déclaration un temps d'émission approprié, le cas échéant. L'autorité qui a demandé la diffusion de la déclaration en assume la responsabilité ;

La diffusion d'un démenti ou d'une réponse sur décision du Conseil Supérieur.

## Article 17

## Respect des droits d'auteur et droits voisins

L'Opérateur s'engage à respecter la législation et la réglementation en vigueur relatives aux droits d'auteur et aux droits voisins.

L'Opérateur s'engage à prendre les dispositions et les mesures nécessaires à cet effet, notamment en instituant un système de comptabilisation de la diffusion de chaque auteur.

## Article 18

Information concernant les prix des services  
« télématiques » ou téléphoniques surtaxés

L'Opérateur informe le public, de manière aisément identifiable, du prix à payer pour l'utilisation d'un service télématique ou téléphonique surtaxé. Cette information est diffusée au début de l'émission et à chaque fois où l'on fait appel à l'utilisation de ce service.

## Article 19

## Appel à la générosité publique

L'Opérateur s'engage à ne pas diffuser d'appel à la générosité publique sans l'autorisation de l'autorité publique concernée. Le numéro d'autorisation est diffusé en début d'émission et chaque fois que cela s'avère nécessaire.

## Chapitre 3

*Obligations particulières et caractéristiques de la programmation*Section première. – **Production et programmation**

## Article 20

## Contribution au développement de la production audiovisuelle nationale

L'Opérateur s'engage à contribuer à la promotion de la production musicale nationale.

L'Opérateur s'engage à consacrer 40% du volume horaire réservé à la programmation musicale, aux œuvres musicales d'expressions marocaines et aux artistes marocains.

## Article 21

## Caractéristiques générales de la programmation

L'Opérateur s'engage à assurer la diffusion du Service, sans interruption, vingt-quatre (24) heures par jour.

L'Opérateur propose un service musical, dont la programmation est composée de magazines, d'émissions d'animation et de sessions musicales.

L'Opérateur réserve 20% au moins du volume global de la programmation musicale à des émissions consacrées aux jeunes talents.

Les programmes parlés sont émis principalement en langues arabe et française et accessoirement en amazigh et en anglais.

Section 2. – **La communication publicitaire.**

## Article 22

## Conditions liées à la diffusion de la publicité

## 22.1- Conditions d'insertion des séquences publicitaires

Les séquences publicitaires, comportant un ou plusieurs messages publicitaires, doivent être aisément identifiables comme telles et nettement séparées du reste des émissions, par des signaux audios spéciaux distinctifs appelés « Générique » spécifiques à la publicité d'une durée minimale de deux (02) secondes, reconnaissables à leurs caractéristiques acoustiques avant comme après leur diffusion.

Lesdits génériques ne doivent pas comporter de publicité, ni permettre l'identification d'un quelconque annonceur.

L'Opérateur est autorisé à diffuser des séquences publicitaires, comportant chacune un ou plusieurs messages publicitaires, dans la limite de 18 minutes par heure.

L'intensité sonore de la séquence publicitaire doit avoir une valeur conforme aux normes internationales (voir annexe 2), et ne doit pas excéder celle de l'émission qui la précède et qui lui succède.

## 22.2- Publicité clandestine et interdite

L'Opérateur s'engage à ne pas diffuser de la publicité clandestine ou interdite, telle que définie à l'article 2 de la loi relative à la communication audiovisuelle.

Toutefois, en tenant compte des exigences de cet article ci-dessus et sans préjudice des dispositions liées aux publicités clandestines et interdites, lorsque des animateurs ou des invités, intervenant au sein d'une émission, communiquent sur des biens, des produits ou des services, cette communication doit s'exercer aux seules fins d'information du public. Les journalistes, les présentateurs et les animateurs des émissions doivent garder la maîtrise de la conduite de l'émission, faire preuve d'honnêteté et d'impartialité et veiller à ce que le discours des invités ou intervenants extérieurs réponde strictement au but d'information du public.

## Article 23

## Conditions de parrainage des émissions

La présence du parrain doit être clairement identifiée, en tant que telle, au début et/ou à la fin de l'émission. Cette identification peut se faire par la citation ou la présentation du nom du parrain, sa dénomination, son secteur d'activité, ses produits ou ses marques commerciales ou les indicatifs sonores qui lui sont habituellement associés.

Lorsque le parrainage est destiné à financer une émission de jeu ou une séquence de ce type au sein d'une émission, des produits ou services du parrain peuvent être remis gratuitement aux bénéficiaires à titre de lots.

En dehors de sa présence dans les génériques de début et/ou à la fin de l'émission, la mention du parrain au cours de l'émission parrainée et dans les messages d'autopromotion n'est possible que dans la mesure où elle est ponctuelle et discrète et se fait par les moyens d'identification énumérés plus haut.

Elles ne doivent pas inciter à l'achat ou à la location des produits ou services du parrain ou d'un tiers.



## Article 24

## Engagements spécifiques à la publicité et au parrainage

L'Opérateur s'engage à garantir son indépendance éditoriale à l'égard des tiers, notamment les groupements économiques, en particulier les parrains et les annonceurs, en leur refusant toute intervention dans les contenus et la programmation qu'il diffuse sur le Service.

Le montant des recettes provenant d'un même annonceur, de manière directe ou indirecte, quel que soit le nombre de ses produits ou services, ne peut excéder 30% du chiffre d'affaires publicitaire net annuel de l'Opérateur.

Toute référence à une norme ou signe distinctif identifiant la qualité doit porter l'homologation des autorités publiques ou des organisations professionnelles dûment habilitées à cet effet, conformément à la législation et la réglementation en vigueur.

## Chapitre 4

## Règles techniques

## Article 25

## Dispositions générales

L'Opérateur s'engage à respecter les exigences essentielles nécessaires pour garantir, dans l'intérêt général, la sécurité des usagers et de son personnel, la sécurité du fonctionnement du réseau, le maintien de son intégrité, l'interopérabilité des services et celles des équipements terminaux, la protection, l'intégrité et l'authentification des données, la protection de l'environnement et la prise en compte des contraintes d'urbanisme et d'aménagement du territoire. Il s'engage aussi à la prévention de toute interférence préjudiciable entre les systèmes de télécommunications et d'autres systèmes terrestres ou spatiaux.

L'Opérateur s'engage à respecter les exigences techniques essentielles en matière de qualité et d'exécution du Service. Dans ce cadre, et sauf cas de force majeure, l'Opérateur doit assurer la continuité et la qualité de service requises et veiller au maintien en permanence de l'ensemble de ses installations en parfait état de fonctionnement et ce, dans le respect de la législation et la réglementation en vigueur dans tous les domaines (de sécurité, technique, environnement, urbanisme, etc.).

Il s'engage, notamment, à mettre en œuvre des plateformes de production et de transmission pour assurer la continuité et la qualité des services et s'engage à maintenir en permanence le bon fonctionnement de son équipement et de son système notamment en garantissant :

- des dispositifs techniques de maîtrise d'antenne ;
- des installations électriques pour s'approvisionner en énergie ;
- des installations de protection contre les incendies ;
- des systèmes de protection contre la foudre ;
- des mises à la terre de toutes les installations et des équipements.

L'Opérateur s'engage également à utiliser les moyens et dispositifs nécessaires pour assurer la qualité du service pour les auditeurs et de les informer des paramètres techniques de diffusion nécessaires à la réception du Service.

L'Opérateur s'engage à développer des plateformes de transmission et de diffusion en assurant la sécurité des usagers ainsi que leur bon fonctionnement pour assurer la continuité et la qualité des services requis en garantissant notamment :

- un système d'éclairage nocturne ;
- des systèmes de protection contre la foudre ;
- des systèmes de protection des informations ;
- des mises à la terre de toutes les installations et des équipements ;
- une redondance suffisante et efficace au niveau des composantes des plateformes de production, de transmission et de diffusion ;
- une redondance des alimentations électriques ;
- des installations de protection contre les incendies ;
- des dispositifs appropriés de sécurité des locaux et des installations ;
- un aménagement des locaux et des installations assurant un soin particulier au voisinage immédiat de ceux-ci : clôtures, désherbage, éclairage nocturne, en respectant l'environnement et la valeur esthétique des lieux en accord avec les conditions occasionnant le moins de dommages à la propriété privée et le domaine public.

L'Opérateur est tenu d'enregistrer chaque programme dans sa totalité et le conserver pendant au moins une année. Au cas où ledit programme ou un de ses éléments fait l'objet d'un droit de réponse ou d'une plainte concernant le respect des lois et règlements en vigueur, l'enregistrement est conservé aussi longtemps qu'il est susceptible de servir comme élément de preuve.

## Article 26

## Conditions d'accès aux points hauts faisant partie du domaine public

L'Opérateur s'engage à permettre, en cas de besoin, la co-utilisation éventuelle de ses infrastructures et sites d'émission, lorsque ses équipements ont une capacité suffisante et sous réserve que cette utilisation ne porte pas atteinte à ses intérêts.

Les conditions et modalités de la co-utilisation des infrastructures et sites d'émission doivent être fixées par des conventions avec les Opérateurs intéressés. Une copie desdites conventions est transmise sans délai à la Haute Autorité.

Tout refus de co-utilisation opposé par l'Opérateur à un opérateur demandeur doit être motivé et communiqué immédiatement à la Haute Autorité.

## Article 27

## Conditions d'usage des ressources radioélectriques

L'Opérateur s'engage à communiquer à la Haute Autorité, pour validation, dans un délai n'excédant pas les deux (02) mois à partir de la date d'obtention de la licence, les caractéristiques d'emplacement (coordonnées géographiques, adresse, plan d'accès...).

La Haute Autorité procède à la validation des emplacements proposés par l'Opérateur dans un délai n'excédant pas deux (2) mois, en fonction de la couverture escomptée et des contraintes nationales et internationales relatives à l'usage des ressources radioélectriques. Elle notifie à l'Opérateur les résultats de l'étude de validation ci-dessus.

Le Conseil Supérieur assigne les fréquences, avec les caractéristiques techniques et géographiques retenues pour les sites préalablement validés. Les assignations sont faites pour être mises en service conformément au calendrier de déploiement tel qu'arrêté dans l'annexe 1 du présent cahier des charges.

L'Opérateur s'engage à se conformer aux spécifications techniques relatives aux modalités de diffusion contenues dans les décisions d'assignation de fréquences et à mettre en œuvre tous les moyens technologiques nécessaires à l'effet de prévenir les brouillages et les interférences possibles avec l'usage des autres moyens ou techniques de télécommunication et de radiotélévision. En tout état de cause, l'utilisation de filtres « RF (Radiofréquences) » à la sortie des émetteurs est obligatoire.

#### Article 28

##### Calendrier de déploiement du réseau

L'Opérateur ne peut utiliser les fréquences radioélectriques qui lui sont assignées pour un usage autre que celui prévu par la Loi, par le présent cahier des charges, ainsi que par les décisions d'assignation des fréquences. Les caractéristiques techniques des fréquences qui lui sont assignées sont précisées dans la ou les décisions(s) d'assignation de fréquences.

L'Opérateur s'engage à identifier les sites qui seront utilisés pour le réseau de diffusion et veiller à ce que ces sites ne soient pas éloignés des sites de référence mentionnés au sein du tableau en annexe 1 du présent cahier des charges, l'Opérateur veille également à réaliser les expertises nécessaires en vue de proposer l'emplacement qui assure la couverture la plus optimale par rapport à celle escomptée.

La Haute Autorité se réserve le droit de procéder, à tout moment, par décision du Conseil Supérieur à la modification des caractéristiques techniques de diffusion rendue nécessaire par les exigences nationales et internationales en matière d'optimisation de l'usage des ressources radioélectriques.

#### Chapitre 5

##### *Bonne gouvernance, contrôle et suivi*

#### Article 29

##### Autorégulation

L'Opérateur adopte, avant l'expiration du délai de six (6) mois à compter de la date de notification de la licence, une charte déontologique, prenant en compte sa charte éditoriale et rappelant l'ensemble des valeurs et des règles d'éthique communément admises régissant les différentes catégories d'émissions diffusées à l'antenne et ce, sans préjudice des règles découlant du présent cahier des charges.

La charte contient également des règles de prévention des situations de conflits d'intérêts, applicables à son personnel et aux membres de ses organes d'administration, de direction et de gestion.

Cette charte est communiquée au Conseil Supérieur dans les trente (30) jours suivant l'expiration du délai de six (06) mois prévu au premier alinéa de cet article.

L'Opérateur informe le Conseil Supérieur des mesures et mécanismes mis en place afin d'assurer le respect de la Charte déontologique et son effectivité sur les contenus diffusés.

#### Article 30

##### Contrôle et suivi

L'Opérateur est tenu de mettre à la disposition de la Haute Autorité les informations et les documents nécessaires au suivi de son activité et ce, dans les formes, les procédures et les conditions qu'elle arrête à cet effet.

#### Article 31

##### Tenue d'une comptabilité analytique

L'Opérateur tient une comptabilité analytique permettant de déterminer les ressources et la ventilation des financements et des investissements, des coûts, des produits et des résultats de tout service diffusé.

#### Chapitre 6

##### *Sanctions*

#### Article 32

##### Les sanctions pécuniaires

Sans préjudice des autres pénalités prévues par la législation en vigueur, le Conseil Supérieur peut décider à l'encontre de l'Opérateur une sanction pécuniaire, dont le montant doit être proportionnel à la gravité du manquement commis, sans pouvoir excéder 0.5% du chiffre d'affaires net réalisé au cours du dernier exercice clos par l'Opérateur. A défaut de disponibilité d'informations sur le chiffre d'affaires précité, le taux ci-dessus est appliqué sur la base des prévisions publicitaires contenues dans le dossier de soumission de candidature de l'Opérateur à l'issue de laquelle son offre a été retenue.

Le Conseil Supérieur peut décider, lorsque le manquement génère indûment un profit à l'Opérateur, une pénalité pécuniaire équivalente au maximum à deux fois le profit indûment tiré. A cet effet, l'Opérateur est tenu de mettre à la disposition de la Haute Autorité toutes les informations sur ledit profit. En cas de récidive, le montant de la pénalité peut atteindre le triple du profit indûment tiré du manquement.

Le versement de la pénalité doit être effectué dans les trente jours à compter de la date de notification de la décision du Conseil Supérieur. Le justificatif de règlement doit être transmis sans délai à la Haute Autorité contre accusé de réception.

Les créances exigibles en faveur de la Haute Autorité font l'objet de recouvrement conformément aux dispositions légales relatives au recouvrement des créances publiques.

Le Conseil Supérieur peut ordonner à l'Opérateur de diffuser la sanction prononcée sur le Service qu'il édite.

#### Article 33

##### Les sanctions extra pécuniaires

En cas de manquement à une ou plusieurs dispositions ou prescriptions applicables au Service ou à l'Opérateur, et sans préjudice des sanctions pécuniaires visées ci-dessus, le

Conseil Supérieur peut prononcer à l'encontre de l'Opérateur, compte tenu de la gravité du manquement, l'une des pénalités suivantes :

- l'avertissement ;
- la suspension de la diffusion du Service ou d'une partie du programme du service pendant un mois au plus ;
- la réduction d'une année maximum de la durée de la licence ;
- le retrait de la licence.

Le Conseil Supérieur peut, à titre cumulatif, ordonner à l'Opérateur la diffusion sur le Service qu'il édite de la sanction prononcée à son encontre.

### Chapitre 7

#### *Prescriptions finales*

#### Article 34

##### Redevances

L'Opérateur s'engage à s'acquitter des redevances correspondant à l'utilisation des fréquences radioélectriques, relevant du domaine public de l'Etat, dans les conditions et selon les modalités fixées par la Haute Autorité, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Sans préjudice des pénalités pécuniaires prévues à l'article 32 du présent cahier des charges, le Conseil Supérieur peut décider le retrait des fréquences radioélectriques utilisées par l'Opérateur en cas de non-paiement par ce dernier des redevances dues dans les conditions qu'il a fixées.

#### Article 35

##### Unité du cahier des charges

Les documents annexés au présent cahier des charges font partie intégrante de celui-ci.

#### Article 36

##### Entrée en vigueur

Le présent cahier des charges prend effet à compter de la date de notification à l'Opérateur du renouvellement de la licence. Il est valable jusqu'à l'expiration de ladite licence.

#### Article 37

##### Publication au Bulletin officiel

Le présent cahier des charges est publié au *Bulletin officiel*.

*Pour le Conseil Supérieur  
de la Communication Audiovisuelle,  
La Présidente,*

LATIFA AKHARBACH.

*Président Directeur Général  
de Hit Radio S.A*

MONSIEUR YOUNES BEN BOUMEHDI

### **Décision du CSCA n° 77-22 du 29 hija 1443 (29 juillet 2022) portant renouvellement de la licence d'exploitation du service radiophonique Hit Radio édité par la Société Hit Radio S.A.**

LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA COMMUNICATION  
AUDIOVISUELLE,

Vu la loi n° 11-15 portant réorganisation de la Haute Autorité de la communication audiovisuelle, notamment ses articles 3 (alinéa 4) et 4 (alinéa 1) ;

Vu la loi n° 77-03 relative à la communication audiovisuelle, telle que modifiée et complétée, notamment ses articles 13, 17, 18, 24, 26 et 38 ;

Après avoir pris connaissance des documents d'instruction établis par la Direction Générale de la Communication Audiovisuelle ;

Vu la décision n°76-22 du Conseil Supérieur de la communication audiovisuelle en date du 29 hija 1443 (29 juillet 2022) portant adoption du nouveau cahier des charges du service radiophonique Hit Radio ;

Et après avoir délibéré :

1°) Décide de renouveler la licence attribuée à la société Hit Radio S.A. pour l'exploitation du service radiophonique Hit Radio pour une durée de cinq (5) ans qui court à compter du 11 mai 2020, cette licence est renouvelable par tacite reconduction, en tenant compte des conditions de modification des dispositions de la licence, telles que prévues par la loi relative à la communication audiovisuelle ;

2°) Ordonne la publication de la présente décision au *Bulletin officiel* et sa notification à la société Hit Radios.A., ainsi qu'à l'autorité gouvernementale chargée de la communication.

Délibérée par le Conseil Supérieur de la communication audiovisuelle - CSCA - lors de sa séance du 29 hija 1443 (29 juillet 2022), tenue au siège de la Haute Autorité de la communication audiovisuelle à Rabat, où siégeaient Madame Latifa Akharbach, Présidente, Mesdames et Messieurs Narjis Rerhaye, Jaafar Kansoussi, Ali Bakkali Hassani, Abdelkader Chaui Ludie, Fatima Baroudi, Khalil El Alami Idrissi, Badia Erradi et Mohammed El Maazouz, Membres.

*Pour le Conseil Supérieur  
de la Communication Audiovisuelle,  
La Présidente,*  
LATIFA AKHARBACH.

**Décision du CSCA n° 78-22 du 2 rabii II 1444 (28 octobre 2022) relative à l'émission « بكل وضوح » diffusée par le service radiophonique « Med Radio » édité par la « Société Audiovisuelle Internationale ».**

LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA COMMUNICATION AUDIOVISUELLE,

Vu la loi n° 11-15 portant réorganisation de la Haute Autorité de la communication audiovisuelle, notamment ses articles 3 (alinéa premier, 4 et 5), 4 (alinéa 9), 7 et 22 ;

Vu la loi n° 77-03 relative à la communication audiovisuelle, telle que modifiée et complétée, notamment ses articles 3, 4 et 8 ;

Vu le cahier des charges de la Société « Société Audiovisuelle Internationale » notamment ses articles 5, 6, 7.1, 7.2 et 34.2 ;

Vu la décision du Conseil Supérieur de la communication audiovisuelle n° 83-20 en date du 22 octobre 2020 portant procédure des plaintes ;

Vu la plainte du « Parti Marocain Libéral » reçue en date du premier août 2022 ;

Vu la plainte d'un citoyen reçue en date du premier août 2022 ;

Vu la plainte de « l'Organisation Nationale des Droits de l'Homme et de la Défense des Libertés au Maroc » reçue en date du 16 août 2022 ;

Après avoir pris connaissance du rapport d'instruction établi par la Direction Générale de la Communication Audiovisuelle au sujet de l'édition du 26 juillet 2022 de l'émission « بكل وضوح » diffusée par le service radiophonique « Med Radio » édité par la « Société Audiovisuelle Internationale »,

*Après en avoir délibéré :*

Attendu que l'article 7 de la loi n° 11-15 portant réorganisation de la Haute Autorité de la Communication Audiovisuelle dispose que : « Le Conseil supérieur reçoit des plaintes, émanant des présidents des chambres du Parlement, du Chef du gouvernement, des Organisations politiques ou syndicales ou des Associations de la société civile intéressées à la chose publique et des Conseils des régions, relatives à des violations, par les organes et les opérateurs de communication audiovisuelle, des lois ou règlements applicables au secteur de la communication audiovisuelle. Les particuliers ont également le droit de saisir le Conseil supérieur de plaintes, relatives à des violations par les opérateurs de la communication audiovisuelle des lois ou règlements applicables au secteur. Il instruit lesdites plaintes et leur donne la suite prévue par les lois ou règlements applicables à l'infraction. Il y statue dans un délai de soixante (60) jours qui peut être prorogé une seule fois pour une durée de trente (30) jours et doit informer la partie concernée de l'issue de sa plainte. (...) » ;

Attendu que l'article 3 de la décision n° 83-20 du Conseil Supérieur de la Communication Audiovisuelle en date du 22 octobre 2020 portant procédure des plaintes dispose que : « La plainte doit porter sur des violations, par les organes et les opérateurs de communication audiovisuelle, des lois ou règlements applicables au secteur de la communication audiovisuelle et ce,

conformément à la législation et à la réglementation en vigueur en la matière. (...) » ;

Attendu que l'article 5 de la même décision dispose que : « La plainte doit clairement préciser : – les éléments nécessaires à l'identification du plaignant nom, prénom, dénomination (pour les personnes morales prévues à l'article 2 supra) ; – l'adresse physique ou électronique du plaignant pour les besoins de notification de la décision du Conseil Supérieur ou, le cas échéant, pour la demande d'un complément d'information au sujet de la plainte ; – les éléments nécessaires à l'identification précise de l'objet de la plainte ; – les éléments d'identification du programme, notamment : • le support concerné (service de communication audiovisuelle) ; • la dénomination du programme concerné ; • les faits et la nature des griefs ; • la date de la diffusion du programme. » ;

Attendu qu'il ressort de l'instruction des plaintes, selon les conditions de formes fixées par la décision n° 83-20 du Conseil Supérieur de la Communication Audiovisuelle en date du 22 octobre 2020 portant procédure des plaintes que :

- la plainte du « Parti Marocain Libéral » satisfait aux conditions de forme ;
- la plainte du citoyen ne satisfait pas aux conditions de forme, dans la mesure où l'horaire de diffusion indiqué ne coïncide pas avec le contenu objet de la plainte ;
- la plainte de « l'Organisation Nationale des Droits de l'Homme et de la Défense des Libertés au Maroc » ne satisfait pas aux conditions de forme, dans la mesure où elle n'indique pas le support en question, l'émission, la date et l'horaire de diffusion ;

Attendu que les plaintes reçues, considèrent que le discours tenu par l'animateur de l'émission comportait une menace et une atteinte à la dignité et à l'autorité judiciaire et aux institutions ;

Attendu qu'il ressort du suivi de l'édition du 26 juillet 2022 de l'émission « بكل وضوح », diffusée par le service radiophonique « Med Radio » édité par la « Société Audiovisuelle Internationale » qu'elle a contenu des propos de l'animateur de l'émission, tels que :

« (...) ما هو الجلم، الجلم يتطلب العلم، والعلم يتطلب الجلم كيمشيو بجوج، (...) مثلا هاذ الهاشتاغ اللي مفعلينو شي بعضين في حق السيد الوزير رئيس الحكومة سي أخنوش تيسميوا أخنوش إرحل، ياك هانتوما غادي تشوفو عند السيد رئيس الحكومة الجلم، نتوما كتشوفو الثبات ديالو بالرزانة (...) مواقع التواصل تعوض الديمقراطية وتعوض مؤسسات، ما يمكنش (...) راه دارت قوانين وراه غاتكون متابعات وراه كايين متابعات (...) راه كايين الناس اللي غادي يتابعو في المستقبل، راه غي ما واعيينش، راه ملفات كتخدم وكتدار، كتخط على كل شخص راه معروفين، معروفين واحد بواحد بروفييل ديالو كيصحابو غا يحمية البروفييل ما يحميكنش، البروفييل ما يحميكنش غا يحلم (...) معروف شكون أنت ومعرفة شكون أنت والعنوان ديالك والتفاصيل ديالك كلشي معروف ووقت الحساب جاي، الوقت د الحساب جاي كي يجيك الحساب (...) عيط لهازيك الجهات اللي كتعنا بها (...) »



Attendu que le Conseil Supérieur de la Communication Audiovisuelle a décidé en date du 29 septembre 2022 d'adresser une demande d'explications à la « Société Audiovisuelle Internationale » au sujet des observations enregistrées à propos des contenus cités ;

Attendu que la Haute Autorité de la communication audiovisuelle a reçu en date du 14 octobre 2022, un courrier de la « Société Audiovisuelle Internationale » par lequel celle-ci indique avoir pris un ensemble de mesures dans le cadre de l'autorégulation, au lendemain de la diffusion de l'édition objet du suivi, notamment l'annulation de la rediffusion de l'édition, l'arrêt de la diffusion de l'émission durant le mois d'août et la publication d'un communiqué au public concernant ce sujet ;

Attendu que l'article 8 de la loi n° 77-03 relative à la communication audiovisuelle, telle que modifiée et complétée, dispose que : « *Les opérateurs de communication audiovisuelle titulaires d'une licence ou d'une autorisation, et le secteur audiovisuel public doivent : (...)*

– *fournir une information pluraliste, fidèle, honnête (...)* ;

– (...)

– *présenter objectivement et en toute neutralité les événements et ne privilégier aucun parti politique ou groupe d'intérêts ou association, ni aucune idéologie ou doctrine. Les programmes doivent refléter équitablement la pluralité de ceux-ci ainsi que la diversité des opinions. Les points de vue personnels et les commentaires doivent être identifiables comme tels ; (...)* » ;

Attendu que l'article 7.1 du cahier des charges de la « Société Audiovisuelle Internationale » dispose que : « *L'exigence d'honnêteté de l'information s'applique à l'ensemble des émissions du Service. L'opérateur doit vérifier le bien-fondé de l'information. Dans la mesure du possible, son origine doit être indiquée. (...) Lorsque la parole est donnée à des invités ou au public, l'opérateur doit veiller à l'équilibre, au sérieux et à la rigueur des prises de parole dans le respect de l'expression pluraliste des divers courants de pensée et d'opinion. (...)* » ;

Attendu que l'article 7.2 du cahier des charges de la « Société Audiovisuelle Internationale » dispose que : « *(...) Il veille également, à ce que les journalistes, intervenant dans les émissions d'information, ne fassent valoir des idées partisans. Le principe est de distinguer l'énoncé des faits, d'une part, et le commentaire, d'autre part.* » ;

Attendu que les dispositions précitées imposent à l'opérateur de veiller à éviter que les journalistes intervenant lors de programmes n'exploitent leur position pour faire valoir des idées partisans et ce, dans le respect du principe de distinguer l'énoncé des faits, d'une part, et le commentaire, d'autre part ;

Attendu que le Conseil Supérieur de la communication audiovisuelle a considéré que les propos tenus par l'animateur, concernant le sujet de la hausse des prix, la responsabilité du gouvernement, et différentes réactions à ce sujet sur les réseaux sociaux, ont exprimé les opinions personnelles et les jugements de valeur de l'animateur, ses vives critiques et ses invectives à l'encontre des positions exprimées par des parties au débat public, voire même sa harangue agressive à l'encontre de certaines d'entre elles, mettant le contenu en question en non-conformité avec l'obligation générale de respect de la déontologie des programmes et de la garantie de l'équilibre des opinions, s'imposant aux médias professionnels, et aux

présentateurs/animateurs, ainsi qu'avec les obligations en matière d'animation responsable fondée sur la présentation rigoureuse des faits, l'analyse et l'expertise ;

Et vu les mesures d'autorégulation prises par l'opérateur à l'égard du contenu précité et ce, bien que le communiqué publié n'ait pas été porté à la connaissance du public sur son antenne ;

Attendu que l'article 34.2 du cahier des charges de la « Société Audiovisuelle Internationale » dispose que : « *En cas de manquement à une ou plusieurs dispositions ou prescriptions applicables au Service ou à l'Opérateur, et sans préjudice des sanctions pécuniaires visées ci-dessus, le Conseil Supérieur peut prononcer à l'encontre de l'Opérateur, compte tenu de la gravité du manquement, l'une des pénalités suivantes : -L'avertissement ; - La suspension de la diffusion du service ou d'une partie du programme du service pendant un mois au plus ; (...).* » ;

Attendu que, en conséquence, il s'impose de prendre les mesures appropriées à l'encontre de la « Société Audiovisuelle Internationale » ;

PAR CES MOTIFS :

1. Déclare que :

• En la forme :

– la plainte du « Parti Libéral Marocain » satisfait aux conditions de forme ;

– la plainte du citoyen ne satisfait pas aux conditions de forme ;

– la plainte de « l'Organisation Nationale des Droits de l'Homme et de la Défense des Libertés au Maroc » ne satisfait pas aux conditions de forme ;

• Sur le fond :

L'opérateur « Société Audiovisuelle Internationale » éditant le service radiophonique « Med Radio » n'a pas respecté les dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment celles relatives à l'honnêteté de l'information et des émissions ;

2. Décide :

• d'adresser un avertissement à la « Société Audiovisuelle Internationale » ;

• la notification de la présente décision à la « Société Audiovisuelle Internationale » et sa publication au *Bulletin officiel* ;

• la notification de la présente décision aux parties plaignantes ;

Délibérée par le Conseil Supérieur de la communication audiovisuelle - CSCA - lors de sa séance du 2 rabii II 1444 (28 octobre 2022), tenue au siège de la Haute Autorité de la communication audiovisuelle à Rabat, où siégeaient Madame Latifa Akharchab, Présidente, Mesdames et Messieurs Narjis Rerhaye, Jaafar Kansoussi, Ali Bakkali Hassani, Fatima Baroudi, Khalil El Alami Idrissi, Badia Erradi et Mohammed El Maazouz, Membres.

Pour le Conseil Supérieur  
de la Communication Audiovisuelle,  
La Présidente,  
LATIFA AKHARCHAB.

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du « Bulletin officiel » n° 7160 du 19 jourmada II 1444 (12 janvier 2023).

---

**AVIS ET COMMUNICATIONS**

---

**Agrément de prestataire de services  
de certification électronique**

Par décision de l'autorité gouvernementale chargée de l'Administration de la défense nationale (Direction Générale de la Sécurité des Systèmes d'Information) N° 2/PSCE/2022 du 25 jourmada I 1444 (20 décembre 2022), l'agrément de la société « Barid Al-Maghrib », sis Avenue Moulay Ismail, Hassan Rabat, est reconduit jusqu'au 14 juillet 2024, en qualité de prestataire de services de certification électronique, en vue d'émettre et de délivrer des certificats électroniques sécurisés de signature électronique et gérer les services y afférents.

---

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du « Bulletin officiel » n° 7160 du 19 jourmada II 1444 (12 janvier 2023).

---

# 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

---

“ 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 :**



## 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

2 Décret n° 2.21.225 du 17 juin 2021.

3 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 ayant 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 rejeb 1432 (2 juillet 2011) : Elle fixe les principes et les objectifs fondamentaux de l'action de l'Etat 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 rejeb 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

4 Arrêté pris pour l'application de la loi n° 10.94 du 21 aout 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.

5 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

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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

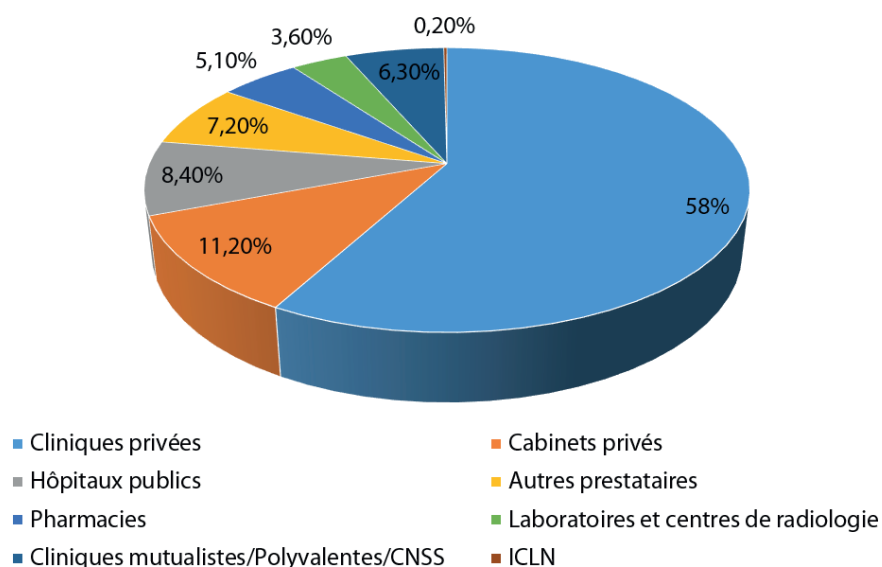


Selon les Comptes Nationaux de la Santé de 2018, les paiements effectués par les organismes d'assurance maladie aux prestataires de soins dans le cadre du tiers payant, s'élevaient à près de 7,2 milliards de dirhams en 2018 contre 4,3 milliards de dirhams en 2013, soit une augmentation de 68,3%.

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

<sup>11</sup> 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.

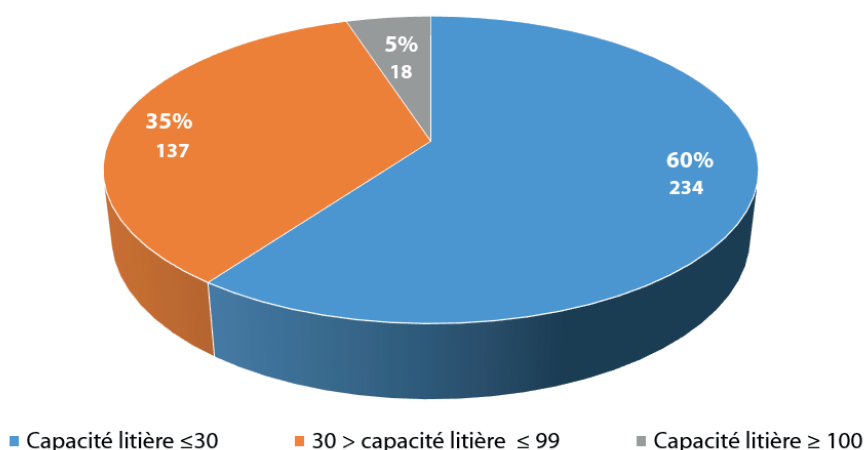
Les 389 cliniques privées totalisent 13603 lits soit une moyenne de 35 lits et places par clinique, tandis que la médiane s'établit à 20 lits. Le tissu hospitalier privé demeure ainsi caractérisé par la faiblesse de sa taille et une dispersion importante, malgré l'apparition d'une tendance récente à 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

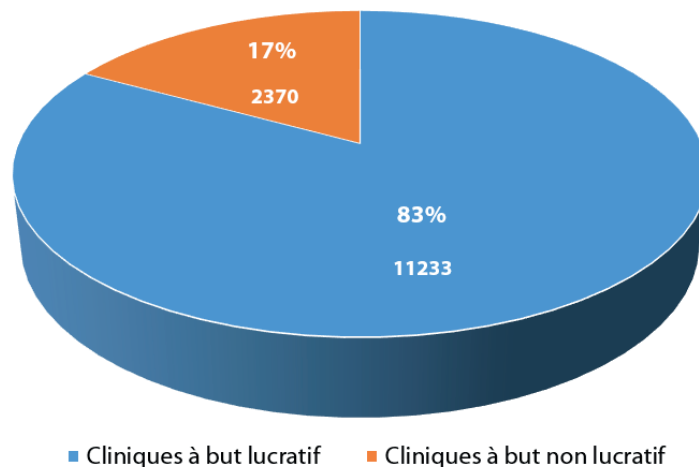
Figure n° 2 : Catégorie de cliniques selon la capacité litière



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.

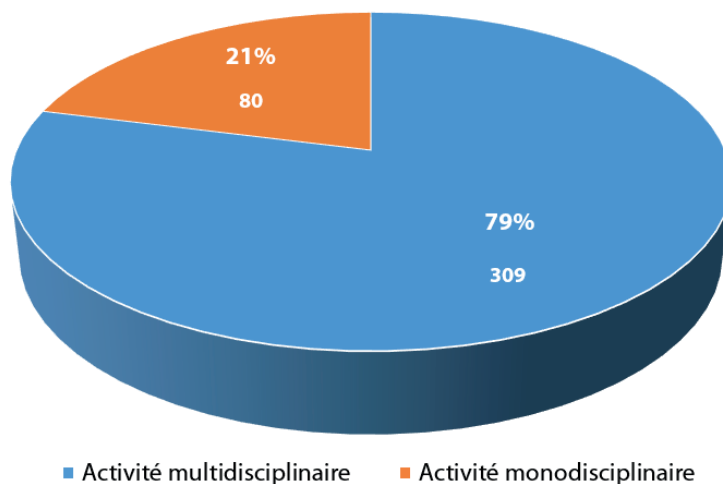
Figure n° 3 : Capacité litière selon la catégorie de cliniques privées



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 actionnariat 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 pâttissent 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>.

---

<sup>13</sup> 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<br>(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        |

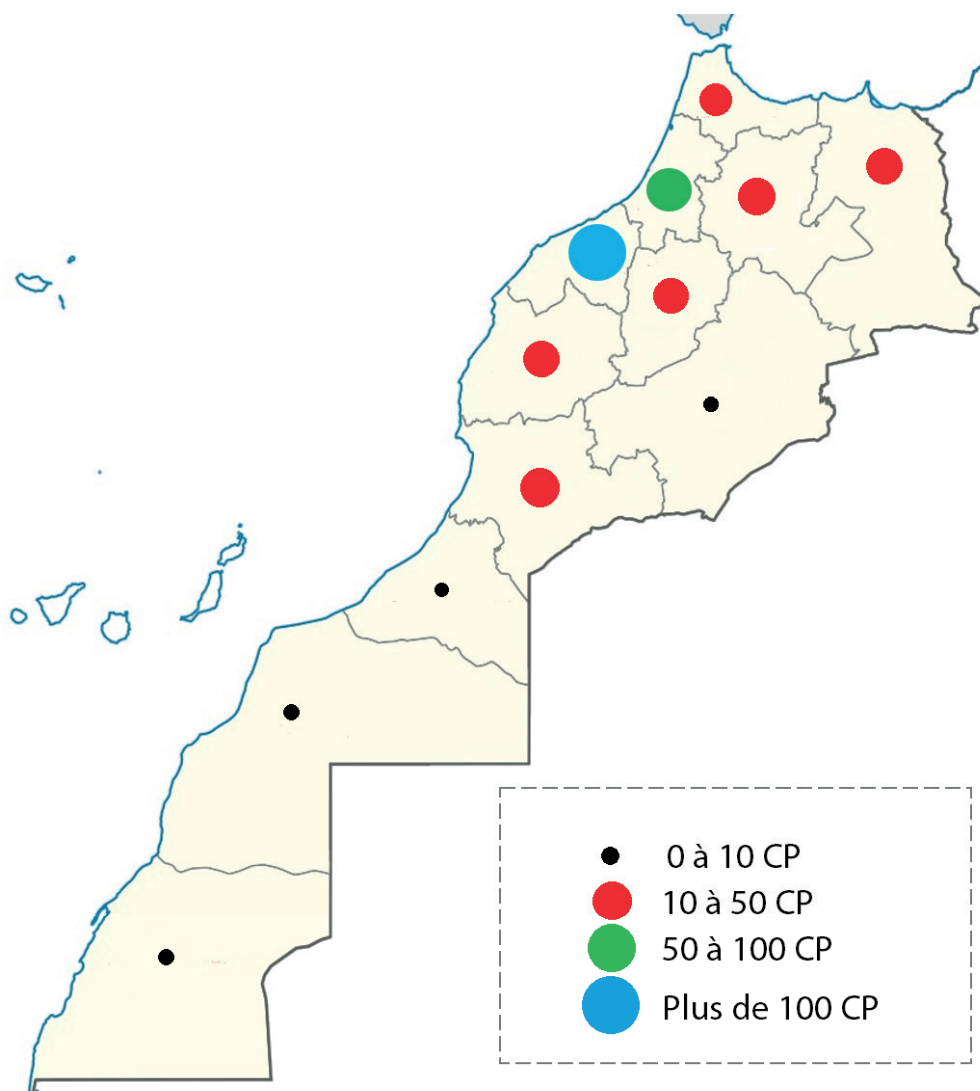
Source : Enquête diligentée par le Conseil de la concurrence, 2021

## 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<br>(1992)         | 53<br>(2342)          | 61<br>(1142)          |
| Rabat-Salé-Kénitra        | 64           | 1712             | 373         | 33             | 2085         | 0,43               | 34,4%                      | 2<br>(409)           | 21<br>(1039)          | 41<br>(637)           |
| Oriental                  | 26           | 774              | 24          | 31             | 798          | 0,33               | 25,3%                      | 0                    | 12<br>(461)           | 14<br>(337)           |
| Marrakech-Safi            | 44           | 1327             | 158         | 34             | 1485         | 0,31               | 28,7%                      | 2<br>(266)           | 13<br>(719)           | 29<br>(500)           |
| Souss-Massa               | 28           | 792              | 80          | 31             | 872          | 0,30               | 36%                        | 1<br>(100)           | 12<br>(516)           | 15<br>(256)           |
| Béni Mellal-Khénifra      | 24           | 502              | 113         | 27             | 615          | 0,24               | 26,8%                      | 1<br>(113)           | 4<br>(185)            | 19<br>(317)           |
| Fès-Meknès                | 43           | 1224             | 21          | 29             | 1245         | 0,28               | 27%                        | 1<br>(120)           | 13<br>(555)           | 29<br>(570)           |
| Tanger-Tétouan-Al Hoceïma | 30           | 622              | 303         | 31             | 925          | 0,24               | 30,4%                      | 0                    | 11<br>(552)           | 19<br>(373)           |
| Drâa-Tafilalet            | 4            | 83               | 0           | 21             | 83           | 0,05               | 5,9%                       | 0                    | 1<br>(32)             | 3<br>(51)             |
| Guelmim-Oued Noun         | 1            | 19               | 0           | 19             | 19           | 0,04               | 4,8%                       | 0                    | 0                     | 1<br>(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<br/>(3000)</b> | <b>140<br/>(6401)</b> | <b>231<br/>(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/<br>propriétaires     | Catégorie           | Nb CP | % CP  | Lits CP | % Lits CP | Nb EA | % EA  |
|-------------------------------|---------------------|-------|-------|---------|-----------|-------|-------|
| Indépendants                  | But<br>lucratif     | 335   | 86,1% | 7 838   | 57,6%     | 222   | 99,1% |
| CNSS                          | But non<br>lucratif | 13    | 3,3%  | 1 028   | 7,6%      | 0     | 0%    |
| Fondations et<br>associations | But non<br>lucratif | 10    | 2,6%  | 2 924   | 21,5%     | 2     | 0,9%  |
| Groupes privés<br>(Holding)   | But<br>lucratif     | 31    | 8 %   | 1 813   | 13,3%     | 0     | 0%    |
| Total                         |                     | 389   | 100%  | 13603   | 100%      | 224   | 100%  |

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 réglementé 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<br>(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

<sup>17</sup> Sources : OMS et Groupe de la Banque mondiale.

<sup>18</sup> (\*) : 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.

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

20 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 effritement) 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/<br>générateur | Charges exploitation/<br>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/<br>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%            | 3 641  | 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 longterm 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 attachés 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 illégal 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<br>(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 pro-cureur) | 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.

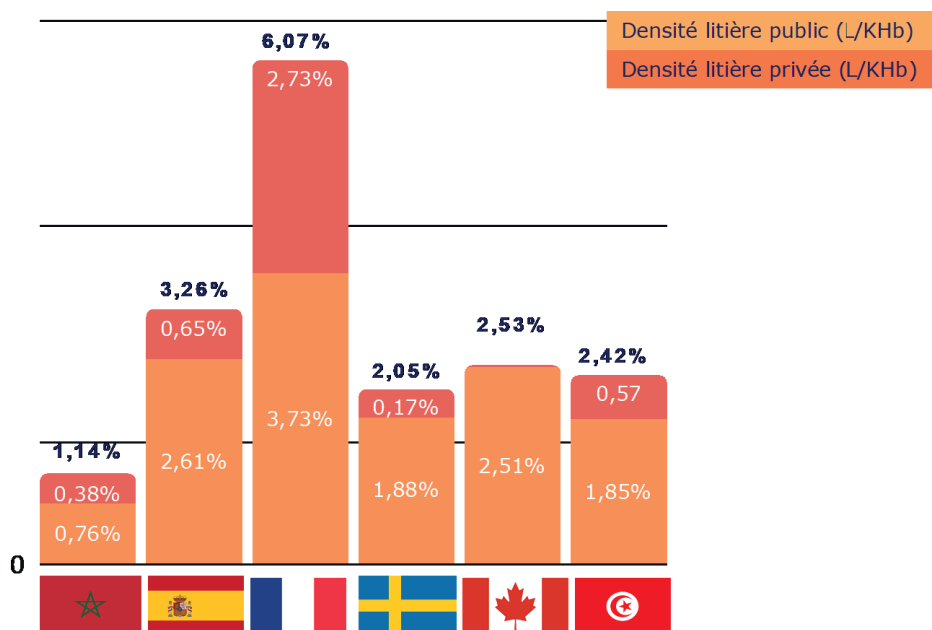
**Tableau n° 37 : Part de l'offre hospitalière privée au Maroc comparée aux pays du benchmark (2021)**

| 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 continuelle 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.

Oret de par le réinvestissement de leurs bénéfices 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 privée, 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 efficience 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.

---

<sup>22</sup> Dahir n° 1.59.413 du 28 Jourmada 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 decloisonner 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'Economie 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 implantées 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

| Le Rapporteur Général                          |
|--|
| Khalid El Bouayachi                            |
| Le Rapporteur Général Adjoint                  |
| Mohamed Hicham Bouayad                         |
| Le Rapporteur de la saisine d'office pour Avis |
| Jennat Benhida                                 |

\* \* \*

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

| Le Président   | Le Secrétaire Général<br>(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><br>(assiste à titre consultatif) |   |
| El hassan Bousselmam   |   |

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du « Bulletin officiel » n° 7159 du 16 jourmada II 1444 (9 janvier 2023).