

## Trente Ans de Réformes de la Santé au Maroc (1993-2023)

Thirty Years of Health Reforms in Morocco (1993–2023)

**Mr. Belhafidi Ben Mhamed**

Institut supérieur des professions infirmières et techniques de santé -Rabat  
(ISPITS/R)

### Résumé:

Cette étude analyse trente années d'évolution du **financement de la santé au Maroc**, de **1993 à 2023**, en mettant en lumière les mutations structurelles, les réformes majeures et les défis persistants. L'article examine les transformations du modèle de financement, l'élargissement progressif de la couverture médicale, la montée en charge des dispositifs publics (**AMO, RAMED** puis **AMO révisée**), ainsi que les contraintes liées à la **gouvernance**, à l'**équité** et à la **soutenabilité financière**. À partir d'une lecture critique des données institutionnelles et des orientations politiques, nous identifions les leviers prioritaires pour renforcer la résilience et la performance du système marocain face aux enjeux futurs.

**Mots-clés** : financement de la santé, Maroc, réformes, couverture médicale, gouvernance, équité.

### Abstract:

This study analyzes thirty years of evolution in health financing in Morocco, from 1993 to 2023, highlighting structural transformations, major reforms, and persistent challenges. The article examines the changes in the financing model, the gradual expansion of medical coverage, the scaling up of public schemes (**AMO, RAMED, and the revised AMO**), as well as constraints related to governance, equity, and financial sustainability. Based on a critical reading of institutional data and policy orientations, we identify priority levers to strengthen the resilience and performance of the Moroccan system in the face of future challenges.

**Keywords**: health financing, Morocco, reforms, medical coverage, governance, equity.

## 1.Introduction

Au cours des trois dernières décennies, de **1993 à 2023**, le Royaume du Maroc a initié une dynamique soutenue de **réformes structurelles** visant à refonder son système de santé et à consolider son dispositif de protection sociale. Cette période d'analyse est cruciale car elle englobe des transformations socio-économiques et démographiques majeures. Le pays a été confronté à une **transition épidémiologique** accélérée, caractérisée par le déclin relatif des maladies infectieuses et la montée en puissance des **maladies non transmissibles** (MNT) ou **chroniques** (Kutzi, 2013), lesquelles exigent des soins plus lourds, prolongés et coûteux. Simultanément, les **évolutions démographiques** — incluant l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement progressif de la population — ont amplifié la demande en services de santé.

Face à ces pressions croissantes, le modèle de financement de la santé, historiquement un **système mixte** largement dépendant du **paiement direct des ménages** a révélé ses limites en matière d'équité et de protection contre le risque financier. Dès les années 1990, les pouvoirs publics ont pris conscience de l'impératif de repenser ces mécanismes pour garantir un **accès universel** aux soins sans risque d'appauvrissement catastrophique.

L'objectif fondamental de cet article est d'examiner la trajectoire du financement de la santé au Maroc sur cette période charnière **1993-2023**. Nous procéderons à une analyse critique des **mutations financières et institutionnelles** déterminantes : de la création de l'**Assurance Maladie Obligatoire (AMO)** en 2005 à l'instauration du **Régime d'Assistance Médicale (RAMED)** en 2012, jusqu'au tournant majeur de la **généralisation de la protection sociale** initiée en 2021. La démarche mobilisera une **approche analytique et systémique** s'appuyant sur la **littérature scientifique**, les **cadres réglementaires nationaux** et les **tendances internationales** en matière de Couverture Sanitaire Universelle (OMS, 2010). Finalement, nous identifierons les **défis majeurs (gouvernance, équité territoriale, soutenabilité)** qui conditionneront la performance future et la résilience du système de santé marocain.

### **2.1. Financement de la Santé : Définitions et Enjeux**

Le **financement de la santé** est une fonction centrale et stratégique de tout système sanitaire. Il se définit comme l'ensemble des processus permettant de **mobiliser** (collecter), de **mettre en commun** (mutualiser), et d'**allouer** (dépenser) des ressources financières pour garantir que les services de santé nécessaires soient disponibles et accessibles à l'ensemble d'une population (Kutzin, 2013).

L'enjeu majeur de ce financement est de parvenir à la **Couverture Sanitaire Universelle (CSU)**, c'est-à-dire s'assurer que tous les individus reçoivent les services de santé dont ils ont besoin, sans avoir à subir de difficultés financières (OMS, 2010). Pour qu'un système de financement soit jugé efficace et équitable, il doit reposer sur trois fonctions interdépendantes, souvent qualifiées de "**trois piliers**" :

#### **Les Trois Piliers Fondamentaux**

**a-Mobilisation Équitable des Ressources (Collecte des Fonds) :** C'est la manière dont le système collecte l'argent nécessaire pour la santé. L'équité est primordiale, signifiant que la contribution financière des individus doit être basée sur leur **capacité de payer** (par

l'impôt ou les cotisations sociales) plutôt que sur leur besoin d'utiliser les services. Une mobilisation équitable réduit le fardeau des plus pauvres et garantit une base de financement stable.

**b-Mise en Commun pour Réduire les Risques Financiers :** Cette fonction consiste à mutualiser les fonds collectés afin de **dispenser le risque** de dépenses de santé imprévues sur l'ensemble de la population. Sans mutualisation, les individus qui tombent malades supportent seuls le coût, ce qui mène au risque d'appauvrissement catastrophique. La **mise en Commun** est le principe fondamental de l'assurance maladie et de la solidarité.

**c-Allocation Efficace des Fonds :** Il s'agit du processus par lequel les fonds mis en commun sont utilisés pour acheter des services de santé auprès des prestataires (hôpitaux, cliniques, médecins). L'**efficace** exige que les dépenses maximisent les résultats en matière de santé et d'équité. Cela implique des mécanismes de paiement aux prestataires (forfaits, paiement à l'acte, paiement à la performance) qui encouragent la qualité et la maîtrise des coûts, tout en évitant le gaspillage et la surconsommation de soins.

En somme, l'efficacité d'un système de financement de la santé se mesure à sa capacité à conjuguer ces trois fonctions pour maximiser l'accès aux soins tout en assurant une **protection financière** à la population (OMS, 2010).

## 2.2. Les Modèles de Financement : Une Lecture Comparative

L'architecture d'un système de financement de la santé est cruciale car elle détermine l'**équité** et l'**efficace** avec lesquelles les ressources sont mobilisées et mutualisées. Dans le contexte global, et particulièrement pour les pays à revenu intermédiaire comme le Maroc, les systèmes oscillent principalement entre trois grands modèles théoriques, bien que des formes pures soient rares :

### a-Modèles Contributifs (Assurance Sociale)

Ce modèle, souvent associé au chancelier Otto von Bismarck, repose sur la **cotisation sociale obligatoire**, généralement assise sur le revenu du travail.

- **Principe :** Le financement est principalement assuré par les **employeurs et les employés** qui versent des cotisations à des caisses d'assurance maladie gérées de manière autonome (mutuelles ou organismes de sécurité sociale).

- **Solidarité :** La mutualisation des risques s'opère au sein de chaque régime (professionnel ou sectoriel), bien que des mécanismes de **péréquation** puissent être mis en place entre les régimes pour renforcer la solidarité nationale.

**Exemple Historique :** L'Allemagne, la France (bien qu'il ait évolué).

### b- Modèles Fiscaux Intégrés (Services Nationaux de Santé)

Ce modèle, souvent identifié au plan **Beveridge**, finance la santé par le biais des **impôts généraux** :

- **Principe :** Le financement est assuré par la **fiscalité générale de l'État**. Les services de santé sont considérés comme un service public et sont généralement fournis directement par l'État à tous les citoyens. L'accès aux soins est indépendant de la capacité contributive individuelle.

- **Solidarité :** Elle est maximale, car l'ensemble des recettes fiscales (prélevées selon la capacité de payer) finance l'accès universel aux soins (répondant aux besoins).

**Exemple Historique :** Le Royaume-Uni, l'Italie.

### c- Modèles Hybrides (Mixtes)

De nombreux pays à revenu intermédiaire et en développement n'adoptent pas une forme pure, mais combinent des éléments des deux modèles précédents, tout en conservant souvent une part significative de financement privé.

**Principe :** Ils associent des sources de financement basées sur la **cotisation sociale** (pour le secteur formel), des **financements publics** via le budget de l'État (pour les infrastructures ou l'assistance aux plus pauvres), et des **financements privés** (assurances complémentaires ou paiement direct).

### d-Le Positionnement du Maroc

Le Maroc s'inscrit historiquement dans ce dernier modèle **hybride** (OECD, 2019). Avant la généralisation de l'AMO, le financement était caractérisé par :

- Une composante **contributive** (AMO pour les employés).
- Une composante **fiscale/assistancielle** (RAMED pour les plus démunis, financé par l'État).

Une forte composante **privée** (paiement direct des ménages 38% et assurances complémentaires).

Les réformes récentes (2021-2023) visent à **unifier** la couverture en transférant la composante assistancielle vers un régime d'assurance universel financé par l'État pour les non-contributifs, renforçant ainsi la composante fiscale et contributive au sein du système hybride, tout en cherchant à réduire structurellement la dépendance au paiement direct.

## 3. Cadre Conceptuel de l'Analyse

Afin d'offrir une lecture systémique de l'évolution du financement de la santé au Maroc sur la période 1993-2023, notre analyse repose sur un **cadre conceptuel tripartite**. Cette approche permet de décomposer la complexité du système en interrogeant à la fois ses **composantes financières**, ses **étapes structurelles** et ses **enjeux de performance**.

### 3.1. Évolution des Sources de Financement

Cette dimension fondamentale se concentre sur la **répartition et la dynamique des flux monétaires** alimentant le secteur de la santé. Il est essentiel d'évaluer la balance entre les grandes sources de financement, car celle-ci est un indicateur direct de la solidarité et de la protection financière des ménages.

- **Financement Public :** Inclut les dépenses financées par le budget général de l'État (via la fiscalité) et les recettes affectées aux régimes d'assistance. Son augmentation est synonyme d'un engagement accru de la puissance publique.

- **Financement par Assurance (Contributions Sociales) :** Correspond aux cotisations obligatoires versées aux caisses de sécurité sociale (CNSS, CNOPS) pour l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). C'est le pilier de la mutualisation des risques pour le secteur formel.

- **Financement Privé / Paiement Direct :** Représente les dépenses de santé payées directement par les ménages au moment de l'utilisation des services (38%, MSPS -2023). La

réduction de la part du **Paiement Direct** est l'objectif principal de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Le système de santé marocain est-il en train de réussir sa transition d'un modèle basé sur le risque individuel et la capacité de payer vers un modèle basé sur la solidarité et le partage du risque ? (**Réussite de la CSU = Baisse du Paiement Direct et Hausse de la Couverture Collective**).

Si les paiements directs restent élevés (38% : recommandation de l'OMS doit être inférieur à 25%), cela signifie que, malgré les efforts (extension de l'AMO, passage du RAMED à l'AMO TADAOUNE), **le poids financier de la maladie continue d'être supporté par les ménages**, les exposant à un risque de **dépenses catastrophiques** et d'appauvrissement.

### 3.2. Réformes Institutionnelles Déterminantes

Cette dimension étudie les **transformations structurelles et légales** qui ont remodelé le paysage de la protection sociale. Elle permet d'identifier les moments clés de rupture et d'évaluer l'impact des politiques publiques sur l'élargissement de la couverture :

- **Lancement de l'AMO (2005)** : Analyse de l'établissement du régime contributif et de son extension progressive aux salariés et retraités, marquant la première grande étape de mutualisation.

- **Instauration du RAMED (2012)** : Examen du mécanisme d'assistance médicale destiné aux populations vulnérables et de la gestion de cette population par l'État.

- **Généralisation de la Protection Sociale (2021-2023)** : Focalisation sur la loi-cadre 06-22 et le processus d'**unification des régimes** (intégration des bénéficiaires du RAMED dans l'AMO), qui constitue le changement paradigmatique le plus important de la période.

### 3.3. Enjeux de Soutenabilité, d'Équité et de Gouvernance

Cette section analyse les principaux défis qui conditionnent la consolidation et la pérennité des réformes de financement de la santé au Maroc. Elle s'organise autour de trois dimensions essentielles : la soutenabilité financière, l'équité d'accès aux soins et la gouvernance du système.

**Soutenabilité financière** : L'examen de cette dimension vise à apprécier la capacité du système à maintenir un équilibre durable entre les ressources mobilisées — cotisations, transferts publics et financements complémentaires — et les dépenses croissantes liées à l'extension de la couverture et à la montée en charge des prestations. La diversification des sources de financement et l'amélioration du recouvrement constituent des conditions majeures de stabilité.

**Équité** : L'analyse de l'équité interroge la réduction effective des disparités d'accès aux soins, tant entre catégories sociales qu'entre territoires. Malgré l'élargissement de la couverture médicale, des inégalités persistantes en matière de disponibilité, de qualité et de coût des services continuent de limiter la protection financière pour une partie importante de la population, notamment en zones rurales.

**Gouvernance** : La gouvernance renvoie à la capacité du système à assurer une coordination cohérente entre les organismes gestionnaires, les prestataires publics et privés et les instances de régulation. Les défis majeurs résident dans la régulation des coûts,

l'harmonisation des régimes, la mise en œuvre de mécanismes d'allocation basés sur la performance et l'amélioration de l'efficacité de la dépense publique.

L'analyse intégrée de ces trois dimensions permet de situer les avancées réalisées et d'identifier les leviers indispensables pour garantir la consolidation des réformes. Elle éclaire également les conditions nécessaires pour que le système de financement de la santé puisse répondre, de manière durable et équitable, aux besoins croissants de la population.

## 4.Méthodologie

L'étude s'inscrit dans un **paradigme qualitatif et analytique**, visant à établir une compréhension systémique et interprétative des mutations du financement de la santé au Maroc sur trois décennies (1993-2023). La méthodologie déployée repose sur une approche rigoureuse en trois axes principaux :

### 4.1. Revue Documentaire Systématique et Analyse des Sources

La base de l'analyse est constituée d'une **revue documentaire exhaustive** des publications scientifiques et des sources institutionnelles clés. Cette revue intègre :

- **Littérature Scientifique** : Consultation d'articles de recherche évalués par les pairs portant sur l'économie de la santé, le financement de la santé et la protection sociale au pays du Maghreb et spécifiquement au Maroc.
- **Sources Institutionnelles Nationales** : Analyse des rapports du **Ministère de la Santé** (tels que les stratégies nationales de santé), des organismes de gestion (CNSS, CNOPS), et des travaux du Haut-Commissariat au Plan (HCP) relatifs aux comptes nationaux de la santé.
- **Sources Internationales** : Exploitation des bases de données et des rapports de grandes organisations multilatérales telles que l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, la **Banque Mondiale (World Bank)**, et l'**Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)**, qui fournissent des **cadres conceptuels** et des données comparatives sur le financement de la santé.

### 4.2. Analyse des Politiques Publiques et des Textes Législatifs

Un axe central de la méthodologie consiste en une **analyse diachronique des politiques publiques et des textes législatifs** majeurs ayant structuré le financement de la santé entre 1993 et 2023. Cela inclut l'examen critique :

- De la **Loi 65-00** portant Code de la Couverture Médicale de Base (instituant l'AMO et le RAMED).
- Des décrets et lois subséquents encadrant la mise en œuvre et l'élargissement de ces régimes.
- De la **Loi-Cadre 09.21** relative à la protection sociale et de ses textes d'application, qui formalisent la généralisation de l'AMO et l'intégration des anciens bénéficiaires du RAMED.
- **Loi-Cadre 06.22** : La Réforme du Système National de Santé (SNS) ,Période Clé : À partir de 2022.

Intention Politique : Assurer la réussite de la CSU en transformant l'offre de soins (le côté "dépense" du financement). Il ne suffit pas de financer, il faut des soins de qualité.

Cette analyse vise à déterminer les **intentions politiques**, les **mécanismes de financement adoptés** et les **modalités d'allocation des ressources** à chaque étape des réformes.

### 4.3. Analyse Comparative aux Standards Internationaux

Afin de situer la performance et la trajectoire du système marocain, l'étude procède à une **comparaison des indicateurs de financement de la santé du Maroc** (notamment la part du financement public, le poids du paiement direct et les taux de couverture) avec les **standards et les bonnes pratiques internationales**, notamment celles recommandées par l'OMS pour l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle. Cette approche comparative permet de mettre en lumière les forces et les faiblesses structurelles du modèle marocain par rapport aux systèmes de référence.

#### Précisions Méthodologiques :

Il est crucial de souligner que, bien que l'analyse mobilise des données institutionnelles agrégées, elle ne prétend pas à l'**exhaustivité statistique** ni à la **modélisation économétrique** fine. L'ambition méthodologique est d'atteindre une **compréhension systémique et interprétative** des tendances **macro-structurelles** et des implications des réformes majeures sur l'équité, la soutenabilité et la gouvernance du système. L'approche est donc plus **qualitative et politique** qu'exclusivement **quantitative**, privilégiant l'analyse de la logique des changements plutôt que la seule mesure statistique des résultats.

### 5.1. Évolution des Dépenses de Santé (1993-2023)

La période 1993-2023 est marquée par une **augmentation significative des Dépenses Courantes de Santé (DCS)** au Maroc en valeur absolue. Cette croissance est un indicateur composite, reflétant à la fois l'**expansion démographique**, l'impact de la **transition épidémiologique** (multiplication des maladies chroniques nécessitant des traitements coûteux et à long terme), et l'expression d'une **demande sociale accrue** pour des services de santé modernisés et de meilleure qualité (Ministère de la Santé, 2018).

Néanmoins, l'analyse de la composition du financement révèle une faiblesse structurelle persistante, particulièrement visible dans les années précédant les grandes réformes :

- **Faible Part du Financement Public** : Historiquement, la part des dépenses financées par l'État (via la fiscalité et les subventions) est restée **inférieure aux seuils recommandés** pour garantir une protection financière efficace. Le ratio de la dépense publique de santé par rapport au total national a longtemps été en deçà des moyennes observées dans les pays de l'**Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)**, (2019). Ce déficit d'investissement public a contraint le système à chercher d'autres sources de financement.

- **Recours Massif au Paiement Direct** : Le corollaire de la faible dépense publique est le **recours important, voire excessif, au paiement direct des ménages**. Le **paiement direct des ménages** englobe les tickets modérateurs non remboursés, l'achat de médicaments non pris en charge, et le paiement total des consultations privées. Cette dépendance au

financement privé et direct a eu des conséquences sociales majeures, exposant une large frange de la population, en particulier les plus vulnérables et les populations rurales, à un risque élevé **d'appauvrissement catastrophique** lié aux dépenses de santé (World Bank, 2020). C'est précisément cette iniquité financière et ce manque de protection qui ont catalysé la nécessité d'introduire des mécanismes de mutualisation des risques au cours de la période analysée.

L'évolution de ces données illustre donc la tension constante entre la volonté d'améliorer l'accès aux soins (traduit par l'augmentation de la dépense totale) et la difficulté structurelle à financer cette ambition par des mécanismes solidaires et équitables, difficulté qui a été progressivement adressée par les réformes institutionnelles à partir des années 2000.

Depuis les années 1990, les Dépenses Courantes de Santé (DCS) au Maroc ont régulièrement **augmenté en valeur absolue**, traduisant une expansion des besoins et une volonté d'améliorer l'accès. Toutefois, l'analyse comparative des indicateurs de financement de base révèle une faiblesse structurelle :

**Tableau 1 : Comparaison des indicateurs de financement**

Indicateur de Financement (Exemple de période pré-réforme majeure)	Maroc (Moyenne avant 2015)	Pays à Revenu Intermédiaire (Moyenne)	Pays de l'OCDE (Moyenne)
Dépense Publique dans la DCS (%)	< 35%	45% - 55%	> 70%
Paiement Direct dans la DCS (%)	> 50%	30% - 40%	< 20%
Dépense de Santé Totale (% du PIB)	~ 5.5%	~ 6.0%	~ 9.0%

Source : OCDE 2018

Ce tableau met en évidence que la part des dépenses financées par l'État est restée **historiquement inférieure** aux moyennes de l'OCDE, ce qui a contraint le système à dépendre fortement du **paiement direct des ménages**. Cette dépendance a exposé une large frange de la population à un **risque élevé d'appauvrissement catastrophique** lié aux dépenses de santé (World Bank, 2020), signalant le besoin urgent de mutualisation.

## 5.2. Croissance du Financement Public : L'Ère de la Mutualisation (2000-2023)

Les années 2000 représentent un **point d'inflexion majeur** dans la politique marocaine de financement de la santé, signalant une volonté étatique de rompre avec la dépendance excessive au paiement direct et de renforcer la **mutualisation des risques**. Cette inflexion s'est manifestée par la mise en œuvre de dispositifs législatifs et d'investissements publics significatifs :

### a- Instauration de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO, 2005)

La promulgation de la Loi 65-00 en 2005 a institutionnalisé l'AMO, créant un régime d'assurance sociale basé sur des **contributions obligatoires**. L'AMO, gérée par la Caisse

Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) pour le secteur public et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour le secteur privé, a permis :

- De garantir une couverture pour les **salariés et les retraités** du secteur formel, assurant un niveau de remboursement pour les soins de santé de base.

- D'introduire un mécanisme de **financement contributif** stable, distinct de la fiscalité générale, renforçant la part des contributions sociales dans les Dépenses Courantes de Santé (**Kutzin, 2013**).

#### **b. L'Instauration du Régime d'Assistance Médicale (RAMED, 2012)**

Complémentaire à l'AMO, l'instauration du **RAMED** (Régime d'Assistance Médicale) en 2012 visait à étendre une forme de couverture aux **populations démunies et vulnérables** qui ne pouvaient pas cotiser. Contrairement à l'AMO, le RAMED était un **régime d'assistance financé quasi intégralement par l'État** (via le budget général et des taxes affectées). Bien que le RAMED ait élargi la **couverture théorique** à des millions de personnes (passant d'un système à couverture partielle à un système à couverture quasi-totale), il a créé un **système dual et fragmenté** (assurance pour les uns, assistance pour les autres), soulevant des questions d'équité dans les paniers de soins et d'efficacité dans la gestion (World Bank, 2020).

#### **c. Augmentation des Investissements Publics**

Parallèlement aux réformes institutionnelles, l'État a augmenté son **investissement dans les infrastructures de santé** (construction et rénovation d'hôpitaux, d'unités de soins de santé primaires) et dans la **dotation en équipements**. Ces efforts, financés par la fiscalité générale, visaient à améliorer l'offre de soins pour répondre à la demande accrue, notamment pour les bénéficiaires des nouveaux régimes.

#### **d. Le Tournant de la Généralisation de la Protection Sociale (2021-2023)**

La réforme de la **généralisation de la protection sociale**, lancée en 2021 et mise en œuvre progressivement, constitue le **tournant majeur** de la période analysée. Elle est guidée par la Loi-Cadre 09.21 et vise l'atteinte d'une véritable **Couverture Sanitaire Universelle (CSU)** à travers l'unification des régimes.

- **Intégration du RAMED dans l'AMO** : Le point culminant de cette réforme est l'**intégration progressive des bénéficiaires de l'ancien RAMED** (les plus nécessiteux) dans un régime d'AMO financé par la contribution de l'État appelé (AMOTDAMOUN). Ce changement transforme le droit à l'assistance en un **droit à l'assurance**, mettant fin à la dualité de couverture et renforçant la dimension solidaire et contributive du financement public (OMS, 2010).

- **Extension aux Travailleurs Non-Salariés (TNS)** : L'extension de l'AMO aux travailleurs indépendants et aux professions libérales (TNS) élargit significativement l'assiette contributive du financement social, promettant une **croissance structurelle et durable** de la part du financement public et mutualisé dans l'ensemble de la dépense de santé.

Ce processus témoigne d'une transition délibérée de la gestion de la maladie vers une logique de **prévention du risque financier**, marquant une maturité croissante du système de financement marocain.

### **5.3. Rôle Persistant du Secteur Privé et du Paiement Direct**

Malgré l'inflexion majeure des politiques de financement à travers l'instauration de l'AMO et les ambitions de la généralisation de la protection sociale, le **financement privé** - et en particulier la composante du **paiement direct des ménages** - maintient un poids significatif dans les Dépenses Courantes de Santé du **Maroc**.

#### a-La Persistance du Paiement Direct

Le Maroc, à l'instar de nombreux pays à revenu intermédiaire, n'a pas encore réussi à réduire le **paiement direct des ménages** au niveau considéré comme sûr par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette persistance s'explique par plusieurs facteurs interdépendants :

- **Paniers de Soins Restreints ou Partiels** : Bien que la couverture ait été élargie, la prise en charge de certains services, médicaments onéreux ou dispositifs médicaux reste incomplète dans les paniers de l'AMO, obligeant les assurés à supporter une part importante du coût final.

- **Recours au Secteur Privé** : Le secteur privé, souvent perçu comme offrant des délais d'attente plus courts et des services de meilleure qualité (notamment pour les soins spécialisés), est très sollicité. Ce recours se fait souvent avec un reste à charge élevé, car les tarifs appliqués par les prestataires privés dépassent fréquemment les bases de remboursement fixées par les organismes d'assurance (CNSS/CNOPS).

- **Dépenses pour les Soins Non Couverts** : Une partie importante des soins de ville, de la dentisterie ou de l'optique reste faiblement ou non couverte, alimentant directement le **paiement direct des ménages**.

#### b-Défis de Gouvernance et efficacité de financement

La transition vers la généralisation de la couverture médicale au Maroc expose de manière aiguë les faiblesses structurelles en matière de **gouvernance** et d'**efficacité** des dépenses. Assurer la pérennité financière et la qualité des soins ne dépend pas uniquement de la mobilisation des ressources, mais surtout de la manière dont ces fonds sont gérés et alloués (OMS, 2010). Les défis majeurs identifiés dans ce domaine sont les suivants :

La soutenabilité du système généralisé est conditionnée par l'amélioration de sa gouvernance. En **comparaison internationale**, (Tableau 2) la gestion marocaine est confrontée à des enjeux spécifiques liés à son modèle hybride :

**Tableau 2 : modèle de financement dan le monde**

Caractéristique du Modèle	Maroc (Modèle Hybride Évolutif)	Algérie (Modèle Social/Bismarck)	Royaume-Uni (Modèle Fiscal/Beveridge)
Source de Financement Dominante	Mixte (Cotisations Sociales + Fiscalité + PDM)	Cotisations Sociales	Impôts Généraux

Couverture Universelle	En cours de généralisation	Historiquement établie par la CNAS	Totale (NHS)
Problème de Gouvernance Clé	Fragmentation des régimes et efficience du purchasing	Déficit budgétaire et coordination public/privé	Listes d'attente et contrôle centralisé des coûts

Source :OMS, Banque mondiale, OCDE

PDM : paiement direct des ménages

CNAS, : Caisse Nationale des Assurances Sociales (en Algérie).

NHS : il s'agit du National Health Service, le système de santé public du Royaume-Uni.

### c- Le Risque d'Appauvrissement Catastrophique

L'importance maintenue du paiement direct représente un risque majeur pour l'équité financière du système. L'accumulation des dépenses directes expose les ménages, y compris ceux ayant une assurance formelle, à des **dépenses de santé catastrophiques** – définies comme des dépenses dépassant un seuil critique du revenu ou de la capacité à payer du ménage (World Bank, 2020).

Cette situation contrecarre l'objectif principal des réformes de mutualisation des risques, car elle perpétue l'iniquité, forçant les familles à choisir entre les soins nécessaires et d'autres besoins vitaux (alimentation, éducation). Réduire le poids du **paiement direct des ménages** demeure donc le défi le plus pressant pour consolider la **protection financière** des citoyens et assurer la pleine effectivité de la Couverture Sanitaire Universelle (OMS, 2010).

## 6. Résultats

L'examen de l'évolution du financement de la santé au Maroc au cours de la période 1993-2023 met en évidence plusieurs tendances majeures qui illustrent, simultanément, les avancées significatives réalisées et les contraintes structurelles persistantes. Ces tendances éclairent la progression du pays vers un système de santé plus équitable, plus efficient et financièrement plus stable.

### 6.1. Expansion de la Couverture Médicale et Réduction Progressive de la Fragmentation

L'un des constats centraux de cette étude est l'élargissement continu de la couverture médicale, qui est passée d'un régime partiellement assurantiel dans les années 1990 à une couverture quasi-universelle à 86% à partir de 2021. Plusieurs étapes structurantes expliquent cette évolution :

- ✓ L'introduction de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en 2005 a permis de mutualiser les risques pour les salariés du secteur formel.
- ✓ La mise en place du RAMED en 2012 a marqué une avancée notable dans l'inclusion des populations vulnérables.
- ✓ L'intégration du RAMED dans l'AMO (AMOTADAMOUN), conjuguée à l'extension de la couverture aux Travailleurs Non-Salariés (2021-2023), a contribué à réduire la dualité traditionnelle entre régimes assurantiel et dispositifs d'assistance.

Ces transformations structurent une trajectoire convergente vers un modèle plus solidaire, conforme aux principes de la Couverture Sanitaire Universelle.

## 6.2. Augmentation des Dépenses de Santé et Maintien d'un Paiement Direct Élevé

Les Dépenses Courantes de Santé (DCS) ont connu une croissance régulière, reflétant à la fois l'augmentation des besoins en soins, les effets de la transition épidémiologique et les efforts continus de modernisation de l'offre sanitaire. Cependant, malgré cette progression de la dépense publique, le **paiement direct des ménages demeure élevé**, 38 % MSPS soit bien au-delà des normes recommandées par l'OMS (doivent au-dessous de 25 %). Ce niveau de reste à charge expose encore une part importante des ménages à des risques de dépenses catastrophiques, particulièrement pour les soins spécialisés, les médicaments innovants et les services non pris en charge.

## 6.3. Élargissement de l'Assiette Contributive mais Capacité de Recouvrement Inégale

L'intégration des Travailleurs Non-Salariés dans l'AMO constitue un progrès institutionnel majeur, élargissant sensiblement la base contributive. Néanmoins, plusieurs difficultés persistent : Hétérogénéité des taux de recouvrement selon les catégories professionnelles ; Instabilité contributive liée à la variabilité des revenus et résiliations intermittentes pour certaines catégories d'assurés. Ces limites fragilisent la prévisibilité des recettes et, par conséquent, la soutenabilité financière du système.

## 7/Discussion

### 7.1. Impact des Réformes sur l'Équité

Les réformes successives du système de couverture médicale au Maroc, notamment l'instauration de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du Régime d'Assistance Médicale (RAMED), ainsi que leur unification progressive, ont indéniablement contribué à l'élargissement de l'équité d'accès aux soins pour une large partie de la population. L'augmentation du taux de couverture formelle a permis à des millions de citoyens de bénéficier de soins subventionnés ou gratuits, réduisant théoriquement les barrières financières à l'accès aux services de santé (OMS, 2010).

Cependant, une analyse critique révèle que cette amélioration de l'équité **formelle** ne se traduit pas systématiquement en équité **effective**. Trois dimensions majeures illustrent cette persistance des inégalités :

#### a-Disparités territoriales et géographiques

Les inégalités entre zones urbaines et rurales restent importantes. La concentration des infrastructures hospitalières, des plateaux techniques spécialisés et des ressources humaines qualifiées dans les grandes villes oblige les populations rurales à engager des dépenses supplémentaires pour accéder à des soins spécialisés. Par ailleurs, la qualité et la dotation insuffisante des Centres de Santé de Base (CSB) en milieu rural favorisent le contournement de ces structures et augmentent le recours au secteur privé, avec un impact direct sur le paiement direct des ménages.

### **b-Équité entre populations formelles et informelles**

Historiquement, le système a créé une fracture entre les salariés du secteur formel, couverts par l'AMO, et les populations vulnérables prises en charge par le RAMED. Bien que la réforme 2021-2023 vise à intégrer les bénéficiaires du RAMED dans un régime contributif, l'adhésion des Travailleurs Non-Salariés (TNS) reste progressive. Les faibles capacités contributives et la nature irrégulière des revenus dans le secteur informel compromettent la pérennité de cette intégration, risquant de créer de nouvelles formes de précarité d'assurance (World Bank, 2020).

### **c-Persistante du reste à charge et du paiement direct**

La protection financière demeure incomplète, avec des tickets modérateurs, des dépassements d'honoraires et des médicaments non couverts. La réduction effective du paiement direct des ménages constitue un indicateur clé de l'équité financière, et le maintien d'un reste à charge élevé souligne que la couverture formelle ne garantit pas toujours une protection sociale réelle (Kutzin, 2013).

## **7.2. Enjeux structurels de gouvernance et d'efficacité du système de santé**

La généralisation de la couverture médicale met en lumière les fragilités structurelles du système en matière de gouvernance et d'efficacité des dépenses. La pérennité et la qualité du système ne dépendent pas uniquement de la mobilisation de ressources, mais surtout de leur allocation stratégique et de la coordination institutionnelle (OMS, 2010).

### **a-Fragmentation des régimes et coordination institutionnelle**

La coexistence de multiples caisses et entités de gestion (CNSS, CNOPS, mutuelles) et la séparation entre secteur public et privé créent des inefficacités administratives. La coordination insuffisante avec l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) limite l'harmonisation des paniers de soins et des modalités de remboursement, tout en compliquant la régulation des tarifs dans le secteur privé.

### **b-Allocation budgétaire et performance**

Les structures publiques continuent d'être financées selon des budgets historiques plutôt que sur des critères de performance ou de résultats sanitaires. Cette approche favorise le gaspillage de ressources et l'utilisation sous-optimale des infrastructures, notamment dans les zones sous-dotées (Kutzin, 2013).

### **c-Régulation du secteur privé**

La montée en importance du secteur privé impose une régulation renforcée afin de garantir l'intérêt public. Cela inclut le contrôle des coûts et des volumes de soins, ainsi que la qualité des prestations, en particulier lorsque des fonds publics sont mobilisés pour le remboursement des services privés. La réussite du système dépend donc de sa capacité à renforcer la transparence, la coordination intersectorielle et l'allocation efficiente des ressources, en s'appuyant sur des mécanismes de paiement et d'achat stratégique basés sur la performance et les besoins réels (OMS, 2010).

## **7.3. Soutenabilité financière à long terme**

L'extension de l'AMO et l'intégration de millions de nouveaux bénéficiaires représentent un engagement financier majeur pour l'État marocain. La soutenabilité financière repose sur un équilibre durable entre ressources mobilisées et coûts des soins, tout en maintenant l'accès et la qualité.

#### **a-Augmentation et diversification des ressources**

La réussite de l'intégration des TNS est cruciale et nécessite des mécanismes de recouvrement adaptés aux revenus irréguliers. Parallèlement, l'État doit consolider le financement public, par exemple via des taxes affectées, pour garantir la couverture des anciens bénéficiaires du RAMED (Kutzin, 2013).

#### **b-Maîtrise des coûts et efficience des dépenses**

L'efficacité du système implique un achat stratégique des soins, la négociation des prix des médicaments et dispositifs, et la lutte contre la fraude et l'abus. Le rééquilibrage entre offre publique et privée est également essentiel pour optimiser les coûts globaux et améliorer l'accès aux soins de base. Ainsi, la phase actuelle doit passer de l'extension de la couverture à la consolidation de la gestion et de la gouvernance, afin d'assurer une protection financière réelle et durable pour l'ensemble de la population.

### **8. Limites de l'Étude**

Cette étude repose principalement sur des données institutionnelles agrégées et sur une analyse **qualitative** à caractère macro-structurel. Elle ne mobilise pas de **modèles économétriques** permettant de quantifier les effets causaux des réformes et ne bénéficie pas de données régionales suffisamment détaillées. Ces limites n'altèrent toutefois pas la pertinence générale de l'analyse, mais ouvrent la voie à des travaux empiriques complémentaires visant à évaluer plus finement l'impact des réformes sur les résultats de santé

### **9 / Orientations Stratégiques Futures et Implications pour les Politiques Publiques**

L'avenir du système de santé marocain dépend largement de la capacité à traduire les réformes législatives (loi cadre 02-22) en **impacts concrets et mesurables** sur la santé des citoyens et sur leur protection financière. La prochaine phase stratégique devra se concentrer sur l'**opérationnalisation** d'un système de santé intégré, coordonné et performant. Cela nécessitera un engagement continu en faveur de la **transparence** et de l'**innovation dans le financement** (par exemple, utilisation de la finance numérique pour la collecte des cotisations et la gestion des remboursements) et une consolidation de la **régulation** pour faire face aux pressions inflationnistes dans le secteur de la santé (OECD, 2019). Le Maroc est à un tournant où la **vision de la CSU** doit être ancrée dans une **gestion macro-économique prudente et sociale solidaire**. À la lumière des constats présentés, plusieurs orientations stratégiques s'imposent :

- ✓ Accroître la dépense publique pour réduire la charge financière pesant sur les ménages;
- ✓ Renforcer la régulation du secteur privé, tant sur le plan tarifaire que qualitatif ;

- ✓ Développer des mécanismes de financement fondés sur la performance, notamment au niveau hospitalier ;
- ✓ Étendre et moderniser l'offre de soins primaires dans les zones rurales et éloignées ;
- ✓ Accélérer la digitalisation du système de santé pour améliorer la transparence, la gouvernance et le contrôle des dépenses.
- ✓ Moderniser la fonction sanitaire et encourager la recherche scientifique.

## Conclusion

L'examen de trois décennies d'évolution du financement de la santé au Maroc (1993-2023) met en évidence une dynamique de réforme progressive, marquée par une volonté constante de renforcer la protection sociale et de réduire les inégalités d'accès aux soins. Le pays est ainsi passé d'un système caractérisé par une forte dépendance au paiement direct des ménages – source majeure d'iniquités – à un modèle en transition vers la généralisation de la couverture maladie. Les réformes structurantes, notamment la mise en place de l'AMO, l'instauration du RAMED, puis leur intégration dans la vision globale consacrée par la Loi-Cadre 09-21 sur la protection sociale, constituent des avancées déterminantes alignant le Maroc sur les objectifs de la Couverture Sanitaire Universelle (OMS, 2010).

Toutefois, l'évolution du cadre législatif et réglementaire ne suffit pas, à elle seule, à garantir l'efficacité, l'équité et la soutenabilité du système de santé. Plusieurs défis persistants conditionnent la capacité du pays à concrétiser pleinement ses ambitions.

Premièrement, **le renforcement de la gouvernance et de l'efficience** demeure essentiel. L'adoption de mécanismes d'achat stratégique de services de santé, de modèles de contractualisation fondés sur la performance, et d'outils d'évaluation des résultats constitue un levier indispensable pour optimiser l'utilisation des ressources publiques et améliorer la qualité des prestations.

Deuxièmement, **la réduction des inégalités territoriales** reste un impératif majeur. Un rééquilibrage plus prononcé de l'investissement en infrastructures, en équipements et en ressources humaines en faveur des zones rurales et enclavées est crucial pour garantir un accès équitable à des soins de qualité.

Troisièmement, **la diminution du poids du paiement direct des ménages** représente une condition clé de la protection financière. Cela implique une régulation plus efficace des tarifs dans le secteur privé, une amélioration de la gouvernance du médicament, ainsi qu'une extension mieux ciblée de la couverture des traitements essentiels.

Enfin, **la soutenabilité financière du système** dépendra de la diversification des sources de financement, de l'élargissement de l'assiette contributive — en particulier pour les Travailleurs Non-Salariés (TNS) — et d'une anticipation rigoureuse de la croissance des coûts liés aux transitions démographique et épidémiologique.

## Bibliographie – Style APA

**Kutzin, J.** (2013). *Health financing for universal coverage and health system performance : Concepts and implications for policy*. **Bulletin of the World Health Organization**, 91(8), 602–611.

**Ministère de la Santé du Royaume du Maroc.** (2018). *Stratégie nationale de santé 2025 : Pour un système de santé équitable et performant*. Direction de la Planification et des Ressources Financières.

**Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).** (2019). *Health at a Glance: OECD Indicators. L'état de santé du Maroc : Faits marquants et défis*. Éditions OCDE.

**Organisation mondiale de la Santé (OMS).** (2010). *Rapport sur la santé dans le monde 2010 : Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers la couverture universelle*. Organisation mondiale de la Santé.

**World Bank Group.** (2020). *Morocco Health Financing Assessment: Toward Universal Health Coverage* (Publication technique n° 154366). World Bank Group.

**Royaume du Maroc.** (2021, 15 mars). *Loi-cadre 09-21 relative à la protection sociale*. *Bulletin Officiel du Royaume du Maroc*, (6970).