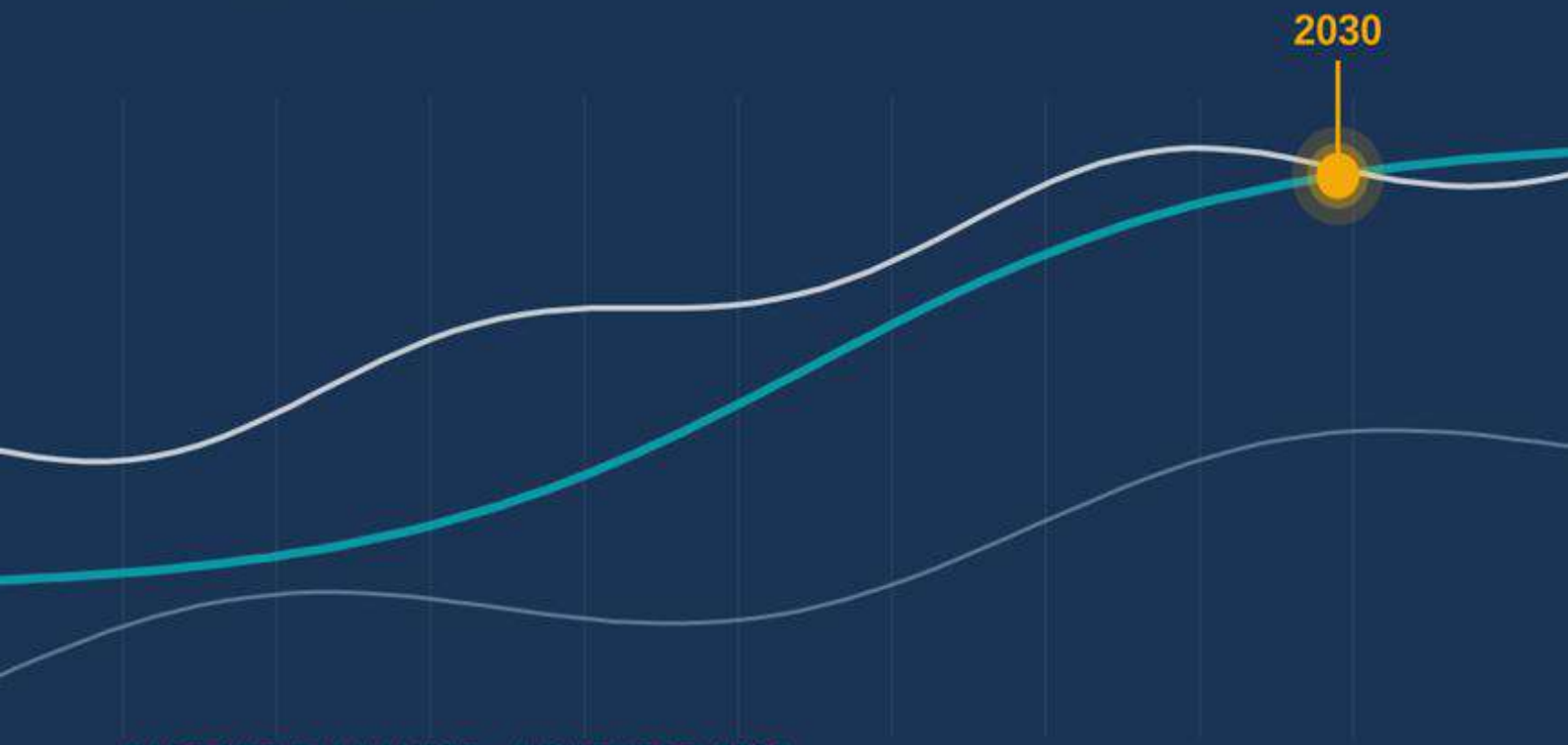
THINK FOR HEALTH

Analyser, Anticiper, Éclairer



RAPPORT D'ANALYSE · NOVEMBRE 2026

Le triple objectif de la réforme de santé au Maroc

De l'obligation de moyens à l'obligation de résultat

Sous la coordination de

Abdelali Belghiti Alaoui

Avec la contribution de

Youssef El Fakir, Al Mountacer Charif Chefchaouni, Najib Diouri, Abdelmounim Belalia, Hachem Tyal, Abderrahmane Maaroufi, Ahmed Moudene, Maryam Bigdeli

THINKFORHEALTH
ANALYSER - ÉCLAIRER - ANTICIPER

RAPPORT D'ANALYSE – NOVEMBRE 2026

Le triple objectif de la réforme de santé au Maroc

De l'obligation de moyens à l'obligation de résultat

Les auteurs

COORDINATEUR

Abdelali Belghiti Alaoui (Auteur principal)
Professeur Associé, spécialiste en santé publique et développement des systèmes de santé

CONTRIBUTEURS

Youssef El Fakir
Professeur en radiologie, Chercheur en politique de santé

Al Mountacer Charif Chefchaouni
Professeur de chirurgie, Expert en programmation et gestion hospitalières

Najib Diouri
Docteur en médecine, Expert en économie de la santé et informatique médicale

Abdelmounim Belalia
Professeur de stratégie et management des organisations

Mohamed Hachem Tyal
Médecin spécialiste en psychiatrie, Expert en santé mentale et acteur associatif

Abderrahmane Maâroufi
Professeur d'épidémiologie, Expert en santé publique

Ahmed Moudene
Professeur d'orthopédie traumatologie, Expert en gestion hospitalière

Maryam Bigdeli
Docteure en santé publique, Expert dans la gouvernance des systèmes de santé et la santé mondiale

THINK FOR HEALTH

Ce rapport a été rédigé au nom du ThinkForHealth (T4H), un Think tank indépendant spécialisé dans le domaine de la santé et dédié à la promotion des bonnes pratiques en matière d'analyse et de développement des systèmes de santé.

Sommaire

Résumé 7
Summary 9
ملخص 11
Liste des figures 13
Liste des tableaux 13
Liste des abréviations et acronymes 14

Introduction 16

PARTIE I

Motivation et Background 18
1. Une opportunité pour repenser le changement 18
2. Une réforme de santé pour quels objectifs 19

Le triple objectif de la réforme de santé : Accès, abordabilité et santé 22
1. Justifications institutionnelles de la réforme de santé 22
2. Une théorie de changement et de convergence 23
3. La double perspective nécessaire à l'effectivité de l'accès aux soins 26

Accès, abordabilité et gains de santé, les leitmotivs des réformes de santé 28
1. Les dimensions de l'accès aux soins 28
2. L'abordabilité et la protection financière, les vrais enjeux 30
3. Les gains de santé, la raison d'être des politiques de santé 35

PARTIE II

Niveau de l'accès aux services de santé au Maroc 40
1. L'offre de soins, un prérequis pour l'accès aux services de santé 40
2. Les niveaux de recours et d'utilisation des services de santé 42
3. La couverture des services de santé essentiels 45
4. La qualité des services de santé, un nouveau défi à relever 48

Abordabilité et protection financière 51
1. La généralisation de l'AMO, une transition vers la couverture sanitaire universelle 51
2. Le financement de la santé est-il suffisant ? 52
3. Les dépenses de santé à la charge des ménages, une amélioration insuffisante pour la protection financière 55
4. Quel horizon pour la protection financière en santé au Maroc ? 61

Les gains sanitaires escomptés de la réforme 65

1. Gains en termes de sécurité sanitaire 65
2. Gains en termes de réduction des mortalités et des morbidités 67
3. Où en sommes-nous dans nos engagements pour les ODD de santé ? 70

La voie vers la couverture sanitaire universelle 72
1. Les avancées et les facteurs de vulnérabilité 72
2. Poser le cap : Un tableau de bord pour la réforme de santé 73

Recommandations 77
1. Formaliser politiquement les résultats attendus de la réforme 77
2. Renforcer la participation citoyenne et le dialogue autour de la réforme de santé 78
3. Mettre en place un baromètre de la santé pour générer de l'information sur l'expérience des usagers des services de santé 79
4. Transformer les processus de prise en charge pour réaliser la couverture effective 80
5. Faire de l'abordabilité aux soins un objectif central de la généralisation de l'AMO 80
6. Orienter la conception du panier de soins sur la valeur des services de santé 81
7. Faire de la prospective un outil d'aide à la décision et d'ajustement des réformes sanitaires 83

Conclusion 85

Références bibliographiques 87

Résumé

A plusieurs égards, la réforme de santé engagée par le Maroc depuis 2022 constitue la plus grande transformation de son système de santé depuis l'indépendance. Elle s'inscrit dans le cadre d'un agenda politique porté au plus haut niveau de l'Etat ; elle couvre l'ensemble des fonctions du système de santé et bénéficie de moyens sans précédent. Pour arriver à bon port, cette réforme a besoin d'un cadre d'analyse et de pilotage pour accompagner sa mise en œuvre, en mesurer les avancées et identifier, le cas échéant, les ajustements nécessaires. Elle requiert également une attention gouvernementale soutenue, centrée sur sa guidance, en vue d'apporter un éclairage supplémentaire aux travaux et délibérations de sa *Commission interministérielle de pilotage de la réforme* créée à cet effet. Le présent travail vise à soutenir le pilotage de la mise en œuvre de la réforme de santé au Maroc et son cheminement vers la *couverture sanitaire universelle* (CSU).

Après la mise en lumière des motivations politiques et institutionnelles qui sous-tendent cette réforme et qui se trouvent au cœur de l'engagement mondial pour la *couverture sanitaire universelle* (CSU) à l'horizon 2030, le rapport identifie **trois objectifs majeurs de la réforme marocaine** : ***Améliorer l'accès aux soins essentiels, garantir l'abordabilité aux biens et services de santé et améliorer la santé de la population en générant des gains sanitaires durables***. Les deux premiers objectifs correspondent à des résultats attendus à moyen terme (horizon 2030). Le troisième objectif relatif aux gains de santé escomptés s'inscrit dans une perspective de plus long terme, en tant qu'impact de l'amélioration des capacités et du fonctionnement du système national de santé.

Pour atteindre ce *triple objectif*, le rapport met en évidence la **nécessité d'adopter une double perspective**. La première, de nature institutionnelle, centrée sur les capacités du système national de santé à garantir, en temps opportun, un accès équitable de l'ensemble de la population à des soins essentiels et de qualité, tout en la protégeant contre les risques financiers liés à leur recours aux soins. La seconde, de nature individuelle, centrée sur les capacités des usagers à comprendre l'organisation des services de santé, à les utiliser, ainsi qu'à en assumer le coût. Le *triple objectif* retenu a ainsi été analysé selon ces deux perspectives complémentaires. Cette approche a permis de construire **un tableau de bord de la réforme de santé**, structuré autour de 12 domaines, auxquels sont associés des marqueurs permettant d'assurer le suivi des progrès accomplis. Au-delà de sa fonction de pilotage, ce tableau de bord constitue un véritable outil d'aide à la décision. Il facilite la lecture des évolutions dans le temps, permet de comparer les résultats obtenus aux cibles définies et contribue à une meilleure coordination entre les différentes parties prenantes.

La seconde partie du rapport est consacrée à l'application de ce cadre d'analyse, à partir des données nationales et internationales les plus récentes disponibles, complétées par un benchmark à visée comparative et éclairante. L'analyse ne cherche pas à situer le Maroc dans un classement par rapport aux pays retenus pour le benchmark. Elle vise plutôt à apprécier dans quelle mesure le système national de santé est en capacité de répondre au *triple objectif* poursuivi par la réforme et de progresser vers la réalisation de la *couverture sanitaire universelle*.

Dans ce sens, l'analyse met en évidence **trois avancées majeures** du Maroc : (i) L'accélération de la formation médicale et paramédicale ; (ii) l'extension et la modernisation de l'offre de soins ainsi que (iii) le renforcement du financement collectif de la santé, notamment à travers la généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et l'augmentation du budget du secteur de la santé. Ces avancées correspondent à des investissements durables dans le secteur de la santé à travers le renforcement de son capital humain, son capital physique et son financement solidaire. Elles contribuent ainsi à réduire certains déficits structurels du secteur et à créer des conditions favorables à la résilience et la soutenabilité du système national de santé.

Toutefois, cette portée reste conditionnée par la capacité du système de santé à faire face à **quatre facteurs majeurs de vulnérabilité** : (i) l'expansion des maladies non transmissibles, (ii) le risque d'un virage hospitalocentrique au détriment des soins de santé primaires, (iii) le poids encore important des paiements directs des ménages (OOP) et (iv) l'insuffisance de la qualité des soins et services. Ces facteurs sont susceptibles d'infléchir la trajectoire de la réforme et d'en limiter les effets et les résultats.

L'enjeu réside donc dans la capacité des pouvoirs publics à préserver la dynamique de transformation du système de santé face aux sources de vulnérabilité tout en veillant à son équilibre, à sa soutenabilité et à son impact effectif sur les résultats de santé. Dans cette perspective, **sept recommandations** prolongent l'analyse, en portant notamment sur la formalisation des résultats attendus, la participation citoyenne, l'information en santé, l'organisations des parcours de soins, l'abordabilité, la valeur des services et la prospective sanitaire. Ces recommandations visent à soutenir l'atteinte du *triple objectif* de la réforme de santé et à accélérer la réalisation de la *couverture sanitaire universelle*, en vue d'améliorer l'équité en santé et de **maximiser les bénéfices de la réforme** pour les patients, les professionnels de santé et les décideurs politiques.

Summary

In many respects, the health reform undertaken by Morocco since 2022 represents the most significant transformation of its healthcare system since independence. It forms part of a political agenda championed at the highest levels of the state; it encompasses all functions of the health system and supported by unprecedented resources. To achieve its goals, this reform requires a robust analytical and monitoring framework to guide implementation, measure progress, and identify the adjustments required. It also calls sustained government attention focused on strategic guidance, with view to providing additional insights to inform the work of the *Interministerial Steering Committee for steering the reform,* established for this purpose. This work aims to support the steering of the implementation of the health reform in Morocco and its progress toward universal health coverage (UHC).

Following an examination of the political and institutional rationale underpinning the reform, which lies at the heart of the global commitment to achieving universal health coverage (UHC) by 2030, the report identifies **three major objectives of Morocco's health reform: improving access to essential health services, ensuring the affordability of health goods and services, and improving population health by generating sustainable health gains**. The first two objectives correspond to expected medium-term outcomes (by 2030). The third objective, relating to anticipated health gains, is situated within a longer-term perspective, as an impact of strengthened capacities and improved performance of the national health system.

To achieve this triple objective, the report highlights the **need to adopt a dual perspective.** The first is institutional in nature and focuses on the capacity of the national health system to ensure timely and equitable access for the entire population to essential, quality health services, while protecting individuals against the financial risks associated with seeking care. The second is individual in nature and focuses on users' capacity to understand how health services are organised, to access and use them, and to bear their associated costs. The triple objective has therefore been analysed through these two complementary perspectives. This approach has made it possible to develop **a health reform dashboard**, structured around 12 domains, each associated with indicators designed to monitor progress achieved. Beyond its monitoring function, the dashboard constitutes a genuine decision-support tool. It facilitates the interpretation of trends over time, enables results to be assessed against defined targets, and contributes to enhanced coordination among the various stakeholders.

The second part of the report focuses on applying this analytical framework, drawing on the most recent national and international data available, complemented by a benchmark designed to provide comparative and analytical insights. The analysis does not seek to rank Morocco against the countries selected for comparison.

Rather, it aims to assess the extent to which the national health system is able to respond to the triple objective pursued by the reform and to advance towards the achievement of universal health coverage.

In this regard, the analysis highlights **three major areas of progress in Morocco**: (i) the acceleration of medical and paramedical training; (ii) the expansion and modernisation of health service provision; and (iii) the strengthening of collective health financing, notably through the universalisation of Compulsory Health Insurance (Assurance Maladie Obligatoire — AMO) and the increase in the health sector budget. These advances represent sustained investments in the health sector through the strengthening of its human capital, physical capital and solidarity-based financing. They therefore contribute to addressing some of the sector's structural deficits and to creating conditions conducive to the resilience and sustainability of the health system.

However, the scope and impact of these advances remain contingent upon the health system's ability to address **four major sources of vulnerability**: (i) the growing burden of non-communicable diseases; (ii) the risk of a hospital-centred model developing at the expense of primary health care; (iii) the still significant share of out-of-pocket payments by households (OOP); and (iv) insufficient quality of care and health services. These factors may alter the trajectory of the reform and constrain its effects and outcomes.

The key challenge therefore lies in the ability of public authorities to sustain the momentum of transformation in the face of these sources of vulnerability, while safeguarding the reform's balance, sustainability and effective impact on health outcomes. Against this backdrop, **seven recommendations** build on the analysis, focusing in particular on the formalization of expected outcomes, citizen engagement, access to health information, care pathways, affordability, the value of health services, and health foresight. These recommendations seek to advance the achievement of the health reform's triple objective and accelerate progress towards universal health coverage, with a view to improving health equity and maximising the benefits of the reform for patients, health professionals and policymakers.

ملخص

يمثل إصلاح المنظومة الصحية الذي شرع المغرب في تنفيذه منذ سنة 2022 أوسع تحول يشهده النظام الصحي الوطني منذ الاستقلال. ويندرج هذا الإصلاح ضمن أجندة سياسية تحظى بأعلى مستويات الالتزام داخل الدولة، كما يشمل مختلف مكونات ووظائف المنظومة الصحية، ويحظى بموارد وإمكانات غير مسبوقة ٠

ولضمان نجاح هذا التحول وتحقيق أهدافه، تبرز الحاجة إلى اعتماد إطار متكامل للتحليل والتوجيه والتتبع، من شأنه مواكبة تنفيذ الإصلاح، وقياس مستوى التقدم المحرز، ورصد التحديات، وتحديد التعديلات اللازمة عند الاقتضاء. كما يقتضي الإصلاح مواكبة حكومية مستمرة تركز على التوجيه الاستراتيجي، بما يوفر دعماً إضافياً لأعمال ومداولات اللجنة الوزارية المشتركة للقيادة والتتبع المحدثة لهذا الغرض. ويهدف هذا العمل إلى الإسهام في تعزيز قيادة تنفيذ إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب ومواكبة مسارها نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة ٠

وانطلاقاً من تحليل الدوافع السياسية والمؤسساتية الكامنة وراء هذا الإصلاح، والتي تندرج ضمن الالتزام العالمي بتحقيق التغطية الصحية الشاملة في أفق سنة 2030، **يحدد التقرير ثلاثة أهداف استراتيجية رئيسية للإصلاح الصحي بالمغرب**:

(i) تحسين الولوج إلى الرعاية الصحية الأساسية؛

(ii) ضمان القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية؛

(iii) تحسين الحالة الصحية للسكان من خلال تحقيق مكاسب صحية مستدامة٠

ويمثل الهدفان الأول والثاني نتائج متوسطة الأجل، يُنتظر تحقيقها في أفق سنة 2030. أما الهدف الثالث، المتعلق بالمكاسب الصحية المنشودة، فيندرج ضمن منظور أطول أجلاً، باعتباره الأثر النهائي لتحسين قدرات النظام الصحي الوطني وفعاليته وأدائه ٠

ولتحقيق هذه الأهداف، يبرز التقرير أهمية **اعتماد منظورين متكاملين**. يتعلق الأول **بالمنظور المؤسساتي**، ويركز على قدرة النظام الصحي الوطني على ضمان حصول جميع السكان، في الوقت المناسب وعلى قدم المساواة، على خدمات صحية أساسية وذات جودة، مع حمايتهم من المخاطر المالية الناجمة عن اللجوء إلى هذه الخدمات ٠

أما المنظور الثاني، فيتعلق **بالبعد الفردي**، ويركز على قدرة الأفراد ومستخدمي الخدمات الصحية على فهم تنظيم الخدمات الصحية، والوصول إليها واستخدامها، فضلاً عن قدرتهم على تحمل تكاليفها٠

وقد أتاح الجمع بين هذين المنظورين المتكاملين تحليل الهدف الثلاثي للإصلاح من زاويتين مترابطتين: قدرة النظام الصحي من جهة، وقدرات المستفيدين من خدماته من جهة أخرى. وعلى هذا الأساس، تم تطوير **لوحة قيادة لإصلاح المنظومة الصحية** تتكون من 12 مجالاً رئيسياً، ترتبط بكل منها مجموعة من المؤشرات التي تتيح تتبع مستوى التقدم المحرز وقياس تطور الإصلاح٠

ويخصص الجزء الثاني من التقرير لتطبيق هذا الإطار التحليلي، بالاستناد إلى أحدث البيانات الوطنية والدولية المتاحة، والتي تم استكمالها بتحليل مقارن مرجعي يهدف إلى توفير عناصر إضافية للفهم والاسترشاد٠

ولا تهدف هذه المقارنة إلى ترتيب المغرب ضمن تصنيف مقارن مع البلدان المعتمدة في التحليل، وإنما ترمي إلى تقييم مدى قدرة النظام الصحي الوطني على الاستجابة للأهداف الثلاثة للإصلاح، ومدى تقدمه في اتجاه تحقيق التغطية الصحية الشاملة٠

وفي هذا السياق، يبرز التحليل **ثلاثة أوجه رئيسية للتقدم الذي أحرزه المغرب**، تتمثل في

أولاً، تسريع وتيرة تكوين مهنيي الصحة؛

ثانياً، توسيع وعصرنة العرض الصحي؛

ثالثاً، تعزيز التمويل الجماعي للصحة، ولا سيما من خلال تعميم التأمين الإجباري عن المرض وزيادة الميزانية المخصصة لقطاع الصحة.

وتعكس هذه التطورات استثمارات طويلة الأمد في القطاع الصحي، من خلال تعزيز رأس المال البشري، وتطوير البنية التحتية والتجهيزات الصحية، وتقوية التمويل التضامني للصحة .

ومن شأن هذه الاستثمارات أن تسهم في معالجة بعض الاختلالات الهيكلية التي يعاني منها القطاع، وفي تهيئة الظروف اللازمة لتعزيز قدرة النظام الصحي على الصمود واستدامته.

غير أن أثر هذه التحولات يظل رهيناً بقدرة النظام الصحي على مواجهة **أربعة عوامل رئيسية للهشاشة**، تتمثل في

أولاً، التوسع المتواصل للأمراض غير السارية؛

ثانياً، خطر التحول نحو نموذج يتمحور حول المستشفى على حساب الرعاية الصحية الأولية؛

ثالثاً، استمرار الأهمية النسبية للمدفوعات المباشرة التي تتحملها الأسر؛

رابعاً، استمرار أوجه القصور في جودة الخدمات الصحية.

وقد تؤثر هذه العوامل في مسار الإصلاح، كما قد تحد من آثاره ونتائجه المتوقعة إذا لم تتم معالجتها في إطار متكامل ومستدام.

ومن ثم، يتمثل التحدي الأساسي في قدرة السلطات العمومية على الحفاظ على دينامية التحول التي أطلقها الإصلاح، مع مواجهة مصادر الهشاشة، وضمان التوازن بين مختلف مكونات المنظومة، والحفاظ على استدامتها، وتعزيز أثرها الفعلي على النتائج الصحية للسكان.

وفي هذا الإطار، يقدم التقرير **سبع توصيات** تهدف إلى مواكبة وتعزيز مسار التحول الذي أطلقه المغرب وترسيخه. وتسعى هذه التوصيات إلى دعم تحقيق الهدف الثلاثي للإصلاح الصحي وتسريع التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة، بما يتيح تحسين الإنصاف في الصحة وتحقيق **أقصى المنافع والآثار الإيجابية للإصلاح** لفائدة المرضى، ومهنيي الصحة، وصانعي السياسات العمومية.

Liste des figures

Figure 1. Théorie de changement de la réforme de la santé au Maroc 24
Figure 2. Cascade de l'accès aux soins selon les types de couverture des services de santé 29
Figure 3. Evolution de l'acception de l'abordabilité en santé : D'une responsabilité individuelle à une capacité systémique 33
Figure 4. Densité en lits d'hôpitaux et en personnel soignant au Maroc en comparaison avec des pays et régions 41
Figure 5. Niveau d'utilisation de la consultation médicale ambulatoire (Généraliste et spécialiste) au Maroc en comparaison avec des pays et des régions 43
Figure 6. Niveau d'admission en hospitalisation au Maroc en comparaison avec des pays et des régions 44
Figure 7. Niveau d'accès aux services de santé essentiels au Maroc en comparaison avec des pays et régions (WHO/WB, 2025) 46
Figure 8. Niveau d'accès aux services de santé essentiels par sous-indice de couverture (WHO/WBG, 2025) 47
Figure 9. Estimations et évolution de l'indice HAQ au Maroc par comparaison à des pays et régions (HAQ Collaborators, 2022) 49
Figure 10. Niveau de la mortalité évitable au Maroc en comparaison avec d'autres pays (Kruk et al. 2018) 50
Figure 11. Evolution de la couverture médicale au Maroc 52
Figure 12. Dépenses courantes de santé per capita au Maroc en comparaison avec des pays et régions 53
Figure 13. Prévisions tendancielles des Dépenses de santé per capita au Maroc 53
Figure 14. Evolution du budget du Ministère de la santé et de la protection sociale 54
Figure 15. Niveau des dépenses de santé OOP en % des dépenses courantes de santé au Maroc en comparaison avec des pays et régions. 57
Figure 16. Evolution des dépenses de santé OOP au Maroc par type de prestation (MSPS, CNS 2022) 58
Figure 17. Niveau des difficultés financières en santé au Maroc en comparaison avec des pays et régions 62
Figure 18. Répartition du niveau des difficultés financières en santé au Maroc (2022) selon le genre, le milieu et le statut socioéconomique 62
Figure 19. Niveau de la sécurité sanitaire au Maroc 66
Figure 20. Evolution et prévision de la part des grandes causes de mortalité prématurée (Décès de moins de 70 ans) au Maroc (GBD 2023, IHME 2025) 68
Figure 21. Evolution et prévision de la mortalité prématurée et du fardeau des maladies au Maroc (IHME, 2025) 69
Figure 22. Niveau de performance globale du Maroc pour les ODD (NU, 2026) 70
Figure 23. Cartographie de la couverture des cibles nationales de l'ODD3 relatif à la santé au Maroc avec des scores normalisés (NU, 2026) 71

Liste des tableaux

Tableau 1. Matrice d'analyse des résultats attendus de la réforme de santé 38
Tableau 2. Illustration des différences entre le RAC et les dépenses OOP à travers une consultation médicale ambulatoire dans le secteur privé 56
Tableau 3. Evolution de l'indice d'abordabilité des soins au Maroc 60
Tableau 4. Projet de tableau de bord de la réforme de santé au Maroc. 75

Liste des abréviations et acronymes

ALC	Affections lourdes et coûteuses
ALD	Affections de longue durée
AMO	Assurance maladie obligatoire
AMO-TNS	Assurance maladie obligatoire des travailleurs non-salariés
AMO-TS	Assurance maladie obligatoire des travailleurs salariés
ANAM	Agence nationale de l'assurance maladie
AVP	Années de vie perdues (YLL en anglais)
AVVI	Années de vie vécues en incapacité (YLD en anglais)
BDD	Base de données
BM	Banque mondiale
CM	Consultation médicale
CMA	Consultation médicale ambulatoire
CNOPS	Caisse nationale des organismes de prévoyance sociales
CNS	Comptes nationaux de la santé
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CSU	Couverture sanitaire universelle
DALY	Disability adjusted life years ou Années de vie ajustées par l'incapacité (AVAI/AVCI)
DCS	Dépenses courantes de santé
DH	Dirhams marocains
DTS	Dépenses totales de santé
DSS	Déterminants sociaux de la santé
EMR	Eastern Mediterranean region (Région de la méditerranée orientale)
GBD	Global burden disease
GST	Groupement sanitaire territorial
HAS	Haute autorité de la santé
HAQ index	Health access and quality index
HCP	Haut-Commissariat au Plan
IAS	Indice d'abordabilité des soins
IHME	Institute for health metrics and evaluation
k	kilo càd x 1000
LDF	Loi des finances
MENA	Middle East & North Africa
MM1	Mortalité des enfants de moins de 1 an
MM5	Mortalité des enfants de moins de 5 ans
MNT	Maladies non transmissibles
MSPS	Ministère de la santé et de la protection sociale
MTMNN ou MTPN	Maladies transmissibles, maternelles, néonatales et nutritionnelles
NA	Non applicable
Nb	Nombre
NHS	National health service
NU	Nations Unies
OCDE	Organisation de coopération et développement économique

ODD	Objectifs de développement durable
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des nations unies
OOP	Out of Pocket (Dépenses directes des ménages)
PIB	Produit intérieur brute
PRFI	Pays à revenu faible ou intermédiaire
PRII	Pays à revenu intermédiaire de la tranche inferieure (LMIC)
PRIS	Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (UMIC)
RAC	Restant à la charge des assurés
RAMED	Régime d'assistance médicale
RDBM	revenu disponible brut des ménages
RMM	Ratio de mortalité maternelle
RSI	Règlement sanitaire international
RSS	Renforcement du système de santé
SDG	Sustainable development goals
SSP	Soins de santé primaires
TA	Taux d'admission
TCAC	Taux de croissance annuelle moyenne composée
TCMA	Taux de consultation médicale ambulatoire
TNR	Tarification nationale de référence
USS	Utilisation des services de santé
WB	World Bank
WHO	World health Organization
YLD	Years lived with disability ou Années de vie vécues en incapacité
YLL	Years of life lost ou Années de vies perdues

Introduction

La réforme du système de santé engagée par le Maroc depuis 2022 traduit une volonté de transformation majeure du secteur de la santé et de l'action publique. Son articulation avec la réforme de la protection sociale, son haut portage politique et l'étendue de ses domaines d'intervention lui confèrent de la singularité. Cette ambition de transformation soulève une question essentielle pour la conduite de la réforme : ***quels résultats les changements intervenus doivent-ils produire, pour qui et à quel horizon ?*** La réponse à cette question permet de relier les efforts consentis par la collectivité à leurs effets sur l'accès aux soins, la protection des ménages et l'état de santé de la population.

Le passage « *de l'obligation de moyens à l'obligation de résultat* », suggéré par ce rapport, désigne l'orientation vers les changements effectivement recherchés au bénéfice de la population. Il s'agit d'une exigence commune de redevabilité et de conduite de l'action publique qui commence par la définition des objectifs et se poursuit par la mesure des progrès. Cette exigence suppose également de reconnaître une différenciation des temporalités de la transformation attendue : certaines améliorations peuvent être observées à moyen terme, tandis que d'autres se déploient sur des horizons plus longs.

Le présent rapport poursuit quatre objectifs : expliciter les résultats attendus de la réforme ; proposer un cadre de suivi utile à son pilotage ; apprécier les écarts entre la situation observée et les résultats recherchés et formuler des recommandations pour accompagner la transformation. Il comporte deux parties. La première expose les motivations de l'étude, formalise les objectifs de la réforme et précise les concepts qui fondent l'analyse. La seconde examine la situation du Maroc en matière d'accès, d'abordabilité et de gains de santé, puis rassemble les principaux enseignements dans un projet de tableau de bord. Des recommandations sont proposées en prolongement de l'analyse.

Ce travail s'adresse aux responsables publics, aux instances de gouvernance de la réforme, aux professionnels, aux organismes de couverture médicale et aux acteurs de la société civile. Il entend proposer une plateforme de dialogue et d'aide à la décision pour consolider les acquis, anticiper les vulnérabilités et orienter les efforts vers une finalité partagée : permettre à la population marocaine d'accéder à des soins de qualité, dans des conditions financièrement supportables, et d'en retirer des bénéfices durables pour sa santé.

PARTIE I

Motivation et Background

Le triple objectif de la réforme de santé : Accès, abordabilité et santé

Accès, abordabilité et gains de santé, les leitmotivs des réformes de santé

Motivation et Background

1. Une opportunité pour repenser le changement

Toutes les définitions des réformes de santé sont centrées sur la notion de « changement ». Ce changement peut être de nature structurelle, organisationnelle ou porter sur les attributs d'un bon système de santé (Résilience, équité, efficacité, qualité, protection financière, etc.) (Encadré 1). Mais dans tous les cas, il est question de transformation du système de santé. Avec l'envergure de la réforme de santé au Maroc et son haut niveau de portage politique, une question naturelle s'impose à tous : **Quels sont les changements escomptés de la réforme de santé marocaine ?** La réponse à cette question ne relève pas uniquement d'un exercice conceptuel ou académique, elle constitue une condition préalable au pilotage, au suivi et à l'évaluation de la réforme. En dehors d'une réponse formelle à cette question, l'évaluation des progrès de la réforme est rendue difficile et les tentatives d'évaluation risquent de se limiter à un comptage des ressources mobilisées, des infrastructures bâties et des dispositifs juridiques et managériaux mis en place.

Selon une citation attribuée à Peter Drucker, un des pères fondateurs du management moderne, **« on ne peut améliorer que ce que l'on mesure »**. Cette citation rappelle un principe fondamental en matière « d'amélioration continue » et en matière de « développement des systèmes de santé ». Elle signifie que la quantification et le monitoring des progrès sont indispensables pour piloter le changement.

Le présent travail vise à soutenir le pilotage de la mise en œuvre de la réforme de santé au Maroc et son cheminement vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Il propose un cadre pour l'analyse et le suivi de ses progrès. Ce cadre met en exergue les domaines d'intérêt prioritaires pour apprécier les changements attendus de la réforme sur le moyen et le long terme. L'analyse de ces domaines repose sur des marqueurs de suivi des résultats dont le choix est soutenu par une théorie de changement spécifique à la réforme marocaine et par le cadre normatif utilisé au niveau international pour l'analyse de la *couverture sanitaire universelle* et la performance des systèmes de santé. L'avantage de ces marqueurs réside dans leur valeur comme preuve des progrès réalisés et dans leur capacité à permettre la comparaison et à faciliter le pilotage.

ENCADRÉ 1

C'est quoi une réforme de santé ?

Des définitions fondatrices

- Une réforme de santé est « un **changement** durable et déterminé pour améliorer l'efficience, l'équité et l'efficacité du secteur de la santé ». P. Berman (1995)
- Une réforme de santé correspond à l'ensemble « des **changements** produits par l'intention explicite du gouvernement ou de groupes politiques de transformer, pour le mieux, le secteur de la santé » J. Frenk (1995)
- Une réforme de santé est « un processus qui intègre un **changement** institutionnel et structurel profond et soutenu par le gouvernement, et visant une série d'objectifs politiques explicites ». Saltman & Figueras (1997).

Ainsi le présent travail vise quatre objectifs :

- Expliciter les résultats attendus de la réforme de santé marocaine et démystifier les concepts qui s'y rattachent ;
- Proposer un cadre probant pour le suivi de ses progrès et la facilitation de son pilotage. A ce titre, cette étude ne constitue nullement une évaluation du degré de mise en œuvre des cinq domaines d'actions de la réforme (encadré 2), mais plutôt de ses résultats.
- Analyser les écarts entre la situation actuelle et les résultats escomptés de la réforme de santé ; avec la mise en évidence des atouts et des facteurs de vulnérabilité ;
- La proposition de recommandations.

2. Une réforme de santé pour quels objectifs

A plusieurs égards, la réforme de santé engagée par le Maroc depuis 2022 constitue la plus grande transformation de son système de santé depuis l'indépendance. Elle s'inscrit dans le cadre d'un agenda politique porté au plus haut niveau de l'Etat ; elle couvre l'ensemble des fonctions du système de santé et bénéficie de moyens sans précédent. Pour arriver à bon port, cette réforme a besoin d'un cadre d'analyse et de pilotage pour accompagner sa mise en œuvre, en mesurer les avancées et identifier, le cas échéant, les ajustements nécessaires. Elle requiert également une attention gouvernementale soutenue, centrée sur sa guidance, en vue d'apporter un éclairage supplémentaire aux travaux et délibérations de sa *Commission interministérielle de pilotage* créée à cet effet.

Malheureusement, ce besoin se trouve confronté à une contrainte majeure : **l'absence de formalisation des résultats attendus de la réforme**. Cette absence ne peut se justifier dans un contexte où même les agendas mondiaux se fixent des objectifs quantifiés pour pouvoir apprécier les progrès. C'était le cas pour les objectifs du millénaire pour le développement (OMD, 2015) et c'est le cas actuellement pour

les objectifs de développement durable (ODD, 2030). En 2025, l'Alliance mondiale pour la CSU2030 a publié un rapport intitulé « *From commitment to action : A global UHC action tracker (ACT for UHC) »*. Cet outil a été mis en place pour fournir les données nécessaires pour évaluer la traduction concrète des engagements nationaux pris en faveur de la CSU. *ACT for UHC* vise à renforcer la responsabilisation en matière de CSU et à encourager le plaidoyer et la concertation pour de meilleurs résultats sanitaires. Dans le cadre de cette initiative, et parmi les premières questions d'analyse politique de l'Alliance UHC2030, une question a porté sur **la disponibilité de définition d'objectifs nationaux mesurables pour la CSU**. Le présent travail vise cet objectif pour le Maroc mais d'une façon centrée sur la réforme de santé.

Les cinq domaines d'actions de la réforme de santé marocaine (Encadré 2) se rapportent essentiellement à la mobilisation de ressources sanitaires, à la mise en place de nouveaux acteurs de gouvernance et de nouveaux mécanismes de financement, à l'introduction de nouveaux outils d'organisation ou de gestion. Les quelques objectifs quantifiés annoncés se rapportent soit aux moyens mobilisés dans le cadre des lois des finances (y compris les postes en personnels mobilisés), soit à la couverture juridique de la population par l'AMO. Certains diront qu'in fine c'est la mobilisation de moyens qui importe. Toutefois, la mobilisation de ressources ne garantit pas les résultats, et sans contextualisation et quantification des résultats, les engagements politiques ressembleraient à des finalités communes pour tous les pays et pour toutes les périodes.

ENCADRÉ 2

Domaines d'action de la réforme de santé

La réforme de santé actuelle est de nature sociosanitaire. Elle est encadrée par deux lois cadres, la Loi-Cadre 09-21 relative à la protection sociale et la Loi-cadre 06-22 relative au système national de santé. Elle comporte cinq grands domaines d'action **:**

1. **La généralisation de l'AMO** : Après sa généralisation, l'AMO se compose actuellement de 4 régimes : AMO-TS destinée aux travailleurs salariés ; AMO-Tadamone qui bénéficie aux pauvres et vulnérables ; AMO-TNS destinée aux travailleurs non-salariés et aux travailleurs informels ; et AMO-Chamil qui concerne les personnes qui ne sont pas pauvres et qui ne sont éligibles à aucun autre régime. La généralisation de l'AMO s'est accompagnée de la convergence de ses régimes autour du même panier de soins et d'une même caisse d'assurance sociale : la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS).
2. **La transformation de la gouvernance du système de santé** : dans le cadre de cette composante de nouveaux acteurs de la gouvernance ont été créés, dont notamment la haute autorité de la santé (HAS) et les groupements sanitaires territoriaux (GST).
3. **Le renforcement et la valorisation des ressources humaines de santé** : Dans le cadre de cette composante, un nouveau statut spécifique au personnel de santé appelé « fonction de santé » a été mis en place visant à améliorer le recrutement, la fidélisation et la motivation du personnel. Il est accompagné par le renforcement de la formation médicale et paramédicale pour pallier le déficit aigu en effectifs de santé que connaît le Maroc.

4. **L'extension et la modernisation de l'offre de soins**, à travers notamment le lancement d'un grand programme d'extension et de modernisation des structures de santé, la mise en place du parcours de soins et d'un système de normalisation de l'offre de soins.
5. **L'intégration et la digitalisation du système d'information sanitaire** : La réforme préconise un système d'information sanitaire unifié et numérisé, incluant le déploiement d'un dossier médical électronique partagé afin d'améliorer la coordination et la continuité des soins.

La réforme en cours au Maroc est à la fois importante et singulière en raison de ses caractéristiques suivantes :

- Elle constitue la principale déclinaison du droit d'accès aux soins consacré dans la constitution marocaine (art 31), en alignement avec les dispositions préconisées par les instruments internationaux relatifs aux droits humains et au droit à la santé, notamment le Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels (Art. 12).
- Les marocains mettent beaucoup d'attentes sur ses apports parce qu'elle correspond à un engagement politique de haut niveau, parce qu'elle concerne tout un chacun et parce qu'elle mobilise beaucoup de moyens. Pour cette réforme le gouvernement a dû augmenter le budget de la santé de plus de 80% en quatre ans. En 2026 le Budget du Ministère de la santé et de la protection sociale (MSPS) s'élève à 42,4 Milliards DH, contre 23,5 Milliards en 2022.
- La généralisation de l'AMO, qui est la principale composante de la réforme de santé, concerne une question récurrente dans les politiques de réforme de santé à travers le monde depuis la mise en en place de la première réforme d'assurance maladie en Allemagne en 1883. Cette réforme est actuellement structurée dans le cadre de l'Agenda mondial des ODD, notamment à travers sa cible relative à la *couverture sanitaire universelle* (ODD3.8) qui confirme l'engagement de l'ensemble des pays du monde à « *Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture santé universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable* ».

La clarification des résultats attendus de la réforme sert à la mettre en valeur et à faciliter son pilotage et la gestion des incertitudes liées à l'allocation des ressources, à fortiori lorsqu'on sait que pour une réforme le gouvernement doit inscrire cette allocation de ressources sur le long terme. Puis, **en posant le cap, la réforme permet une meilleure mobilisation des professionnels de la santé, des gestionnaires, des partenaires techniques et financiers et des acteurs de la société civile autour de ses objectifs.**

Le triple objectif de la réforme de santé : Accès, abordabilité et santé

1. Justifications institutionnelles de la réforme de santé

Dans cette analyse, nous soutenons l'idée que toute réforme repose sur des justifications et sur un processus de délibération politique (*Agenda setting*). Ces justifications constituent ainsi sa raison d'être et par conséquent ses résultats attendus. Ce travail est un effort de mise en exergue de ces justifications pour le Maroc, de façon alignée avec l'évolution de son système national de santé et avec le cadre normatif international à ce sujet.

Dans ce sens, nous considérons que la réforme actuelle est portée par deux motivations politiques majeures qui sont interreliées et soutenues par le cadre institutionnel national :

i. **La déclinaison du droit d'accès aux soins et à la couverture médicale** consacré dans la constitution (art 31) depuis 2011. Cette consécration est l'aboutissement d'un processus de promotion des droits humains au Maroc et représente un trait marquant dans son histoire politique en général et dans l'histoire de son système de santé en particulier. Ce droit vise à « *garantir à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible* », comme l'a précisé le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son Observation générale 14 (2000) relative à l'explication du droit à la santé. Selon ce Comité des Nations Unies, « *le droit à la santé doit être entendu comme le droit de jouir d'une diversité d'installations, de biens, de services et de conditions nécessaires à la réalisation du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* ».
ii. **La correction des dysfonctionnements majeurs du système national de santé** se rapportant notamment à une insuffisance dans le financement de la santé, dans les ressources humaines et dans la gouvernance. Ces insuffisances reviennent systématiquement dans les documents officiels comme limites au bon fonctionnement du système national de santé et ont fait l'objet de plusieurs analyses et débats politiques et académiques. Pour remédier à ces insuffisances le Maroc a engagé un programme d'actions encadré par deux lois cadres : la Loi-cadre 09-21 et la Loi-cadre 06-22. Ces deux lois cadres et leurs textes d'application définissent les contours de l'engagement politique du Maroc pour améliorer son système de santé sur le moyen et le long terme.

Malgré la différenciation de leurs perspectives, ces deux motivations politiques et institutionnelles visent toutes les deux la même finalité : **Garantir à toute la population un accès aux soins essentiels sans discrimination ni difficulté**

financière. Cette finalité se trouve au cœur de l'engagement mondial pour la *couverture sanitaire universelle* (CSU) à l'horizon 2030.

ENCADRÉ 3

Le droit à la santé dans la constitution marocaine

Les principales dispositions constitutionnelles relatives au droit à la santé au Maroc sont contenues dans deux articles de la constitution de 2011 :

Article 31 : réfère à l'accès aux différents dimensions concernées par la jouissance du droit à la santé :

« L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits :

- aux soins de santé,
- à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État,
- à une éducation moderne, accessible et de qualité, à l'éducation sur l'attachement à l'identité marocaine et aux constantes nationales immuables, à la formation professionnelle et à l'éducation physique et artistique,
- à un logement décent,
- au travail et à l'appui des pouvoirs publics en matière de recherche d'emploi ou d'auto-emploi, à l'accès aux fonctions publiques selon le mérite,
- à l'accès à l'eau et à un environnement sain,
- au développement durable ».

L'Article 34 : réfère aux droits à la santé, entre autres droits, des personnes et catégories à besoins spécifiques

« Les pouvoirs publics élaborent et mettent en œuvre des politiques destinées aux personnes et aux catégories à besoins spécifiques. A cet effet, ils veillent notamment à :

- Traiter et prévenir la vulnérabilité de certaines catégories de femmes et de mères, des enfants et des personnes âgées,
- Réhabiliter et intégrer dans la vie sociale et civile les handicapés physiques sensorimoteurs et mentaux et faciliter leur jouissance des droits et libertés reconnus à tous ».

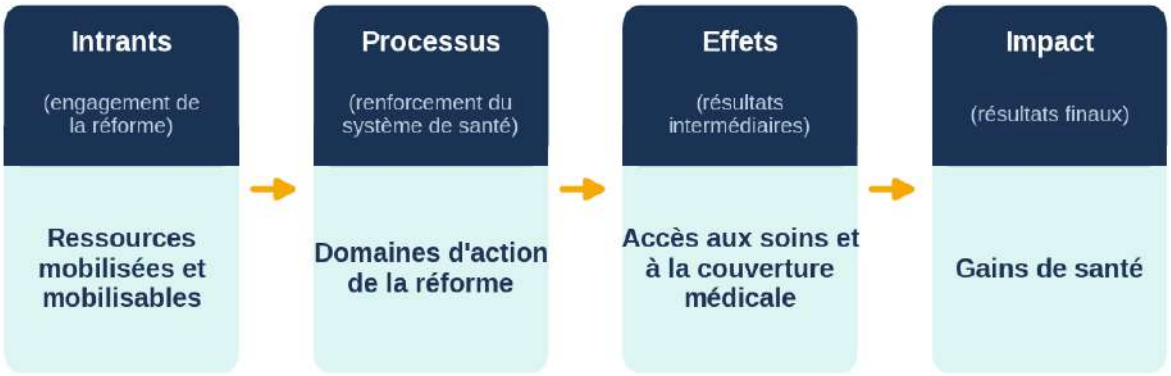
2. Une théorie de changement et de convergence

Sur la base des deux motivations politiques et institutionnelles susmentionnées, et dans un contexte de crise sanitaire mondiale liée à la pandémie de la Covid-19, l'opportunité s'est offerte au Maroc pour engager une réforme de santé d'envergure (Encadré 2). **Pour assurer de la cohérence à l'effort de formalisation des objectifs de cette réforme, elle doit reposer sur une théorie de changement** soutenue par les données probantes et les orientations des organisations internationales spécialisées. Une théorie de changement est un outil courant dans l'élaboration des politiques, des stratégies et des plans de santé et elle est souvent conçue pour une gestion axée sur les résultats. Dans sa construction, une théorie de

changement se présente comme *un cadre permettant de représenter une séquence d'étapes causales décrivant comment une politique, un programme ou une stratégie est censée produire des résultats et un impact* (WHO, 2024a). Elle constitue ainsi une méthode essentielle pour maîtriser la réalisation des objectifs à moyen et long termes.

La théorie de changement proposée pour la réforme marocaine établit des liens simples et admis entre les ressources mobilisées par la réforme comme intrants, ses domaines d'action (composantes) comme processus, ses effets comme résultats intermédiaires et ses gains de santé comme impact (Figure 1).

Figure 1. Théorie de changement de la réforme de la santé au Maroc



Les intrants et les domaines d'action sont actuellement bien définis et encadrés par des textes législatifs et réglementaires explicites, dont notamment la Loi-cadre 09-21 relative à la protection sociale et la Loi-cadre 06-22 relative au système national de santé, ainsi que les lois des finances des cinq dernières années. Mais les textes législatifs et les ressources ne suffisent pas à définir les mécanismes de mise en œuvre. Il faut pour cela opérationnaliser les domaines d'action et les faire évoluer vers les résultats escomptés. Le fait de mettre en place des mécanismes de mesure des résultats permettra de faire un lien opérationnel entre les domaines d'action et les résultats et clarifier ainsi, notamment pour les acteurs du terrain, les mécanismes de mise en œuvre. Dans ce sens, cette analyse cherche à répondre aux questions suivantes :

- « *Quels sont les niveaux d'accès aux soins et à la couverture médicale attendus ?* » comme résultats intermédiaires ;
- Et « *Quels sont les gains de santé escomptés ?* » comme résultats finaux (impact) de cette réforme.

En réponse à ces questions, et eu égard à la théorie de changement sus-décrite, il est possible de considérer que les résultats attendus de la réforme sont de deux ordres :

- **Des résultats attendus à moyens termes (les effets)** qui sont représentés par *une amélioration dans l'accès aux soins et dans la couverture médicale*. Ces deux résultats intermédiaires correspondent à la cible ODD3 relative à la CSU à laquelle le Maroc a souscrit comme moyen de réaliser l'accès universel aux services de santé essentiels à l'horizon 2030. L'accès aux soins est multidimensionnel et a de nombreuses traductions au regard de la diversité des besoins de santé de la population. De même, la couverture médicale n'a pas une signification limitée aux aspects juridiques en rapport avec l'éligibilité et l'ouverture des droits, mais correspond plutôt à une couverture sociale permettant l'accessibilité financière de la population aux soins, c'est-à-dire à l'abordabilité des biens et services de santé. **L'accès aux soins et l'abordabilité des services de santé constituent ainsi les premiers résultats attendus de la réforme de santé à l'horizon 2030,** encore faut-il les quantifier.
- **Des résultats attendus à long terme (l'impact)** qui sont représentés par *les gains de santé en termes d'amélioration de l'état de santé de la population*, considérée comme la raison d'être de tout système national de santé, comme cela est admis dans tous les modèles de référence. L'importance de ces gains de santé dépendra du degré de l'appropriation de la réforme par les différentes parties prenantes et du niveau de soutenabilité de sa gouvernance. Les gains de santé sont généralement appréciés sur la base des réductions des « mortalités évitables » et du « fardeau des maladies ». Par ailleurs, considérant l'opportunité de l'engagement du Maroc pour l'Agenda des ODD et le rôle de la CSU dans l'encadrement de l'ensemble de ses cibles de santé, le degré de réalisation des cibles ODD3 relatif à la santé est analysé comme un gain de santé en lien avec la généralisation de l'AMO et le programme d'actions de la réforme.

En raison de ses motivations politiques et de ses domaines d'action formels, **la réforme de santé vise ainsi trois objectifs ou résultats attendus :** *Améliorer l'accès aux soins essentiels, garantir l'abordabilité aux biens et services de santé et améliorer la santé de la population en générant des gains sanitaires durables*. Les deux premiers résultats sont visés par la constitution (art. 31) et par la CSU (ODD3.8). Le troisième résultat correspond à la raison d'être même du système de santé et des réformes de santé et il est visé par l'ensemble des autres ODD de santé (ODD3). Ces objectifs sont interreliés et chacun réfère à une ou plusieurs dimensions de réalisation du droit d'accès aux soins :

– **L'accès aux services de santé** : réfère à la disponibilité de l'offre de soins et à l'accessibilité de la population à des services de santé complets, appropriés, opportuns et de qualité pour répondre à leurs besoins essentiels. Il s'agit d'une condition nécessaire pour réaliser le droit à la santé, mais elle n'est pas suffisante si les patients n'ont pas un accès financier (abordabilité) aux biens et services de santé, d'où le deuxième objectif.

- **L'abordabilité** qui réfère à une accessibilité financière aux biens et services de santé (Hospitalisation, ALD, ALC, Médicaments, etc.) qui perdure même après l'utilisation des services et la consommation des biens médicaux. L'abordabilité renvoie d'une part à la capacité des personnes à supporter les coûts des biens et services de santé dont elles ont besoin (*abordabilité contingente ou immédiate*), et d'autre part à la capacité du système de santé à protéger durablement la population contre les difficultés financières liées à la mauvaise santé (*abordabilité durable ou protection financière*).
- **Les gains de santé** sont des résultats conditionnés par l'accès aux soins et l'abordabilité aux biens et services de santé. Ils traduisent le droit de posséder « *le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* », comme l'a précisé l'OMS dans sa constitution en 1946 ainsi que le Pacte international des droits économiques sociaux et culturels (PI-DESC) dans son article 12. Considérant que la santé est déterminée par de multiples facteurs, dont certains se situent en dehors du champ sanitaire, et compte tenu de la difficulté à attribuer directement les gains de santé aux seules interventions sanitaires, la mesure de ces gains se limitera dans ce travail à l'appréciation de la réduction de la mortalité prématurée et du fardeau des maladies. Ces deux types de métrique constituent, par ailleurs, des dimensions que les pouvoirs publics doivent nécessairement prendre en compte dans l'analyse de la situation sanitaire et dans la définition des politiques visant à l'améliorer.

3. La double perspective nécessaire à l'effectivité de l'accès aux soins

L'accès aux soins n'est pas le domaine exclusif des décideurs politiques ou des spécialistes. Il traduit une nécessité des soins pour soulager des souffrances individuelles et satisfaire des besoins ressentis par les gens. Ces gens sont donc les plus concernés par la question de l'accès aux soins, et leurs points de vue doivent être considérés aussi bien dans l'élaboration que dans la mise en œuvre des politiques publiques comme cela est disposé par la constitution.

Dans ce travail nous soutenons la nécessité de prendre en considération deux perspectives en vue de garantir le droit et l'effectivité de l'accès aux soins :

- **Une perspective institutionnelle** qui s'intéresse à *la capacité du système de santé à rendre les services de santé disponibles et accessibles* à travers l'extension de l'offre de soins, le renforcement des ressources humaines de santé, le développement de la technologie médicale, le financement de la santé et la couverture médicale. *Dans le cadre de cette perspective, les politiques et les stratégies de santé visent la réduction des barrières structurelles et systémiques à l'accès aux soins.* Ces barrières peuvent inclure une insuffisance ou une mauvaise répartition de l'offre de soins, une couverture médicale limitée, un panier de soins qui ne couvre pas les besoins essentiels de la population, un reste à charge de l'AMO qui est excessif etc. Selon cette perspective la question

de *l'abordabilité est indissociable du maintien de la viabilité financière à long terme pour protéger durablement les ménages contre les difficultés financières et améliorer l'efficience du système de santé*. Veiller à la durabilité financière du système de santé, notamment la durabilité budgétaire (*fiscal sustainability*), est donc également un moyen de protection financière de la population.

- **Une perspective individuelle centrée sur les personnes** qui s'intéresse à *la capacité des usagers à utiliser des services de santé complets, appropriés, opportuns et de qualité lorsqu'ils sont nécessaires*. L'accès aux soins selon cette perspective peut être affecté par plusieurs facteurs liés à la perspective institutionnelle, mais il y est surtout question de *réduire les incapacités individuelles à bénéficier effectivement de soins essentiels de qualité*. Ces incapacités peuvent inclure l'incapacité de percevoir le besoin de santé ou de se rendre aux établissements ; l'incapacité de comprendre le parcours des soins en raison d'une connaissance insuffisante du fonctionnement du système de santé ou encore l'incapacité de payer le montant à la charge du patient. Selon cette perspective, la question de l'abordabilité signifie « *pouvoir recevoir des soins nécessaires en temps opportun, sans avoir à interrompre sa médication, à reporter ses rendez-vous ou à choisir entre sa santé et ses autres besoins fondamentaux* par manque de moyens » (Kazi et al. 2026). Une perspective centrée sur l'usager suppose de promouvoir la littératie en santé et d'aborder le fonctionnement du système de santé comme une organisation centrée sur la relation entre l'usager et le prestataire des services de santé qui constitue le souci quotidien des patients dans leur recours aux soins (Belghiti Alaoui et al. 2020).

Ces deux perspectives, institutionnelle et individuelle, regroupent des déterminants ayant un effet cumulatif sur l'accès aux soins. Il est donc essentiel de les prendre en compte ensemble et à tous les niveaux de l'organisation du système de santé afin d'améliorer l'accessibilité effective aux soins. Ce travail se propose d'analyser l'accès aux soins et l'abordabilité selon ces deux perspectives et les combinaisons qui en découlent (Tableau 1). L'objectif est de mettre en lumière les aspects prioritaires à prendre en compte pour renforcer les conditions de réussite de la réforme de santé et lui permettre de progresser dans la réalisation de son *triple objectif*.

Accès, abordabilité et gains de santé, les leitmotivs des réformes de santé

1. Les dimensions de l'accès aux soins

L'accès aux soins est un terme générique qui englobe un large éventail de préoccupations liées à la capacité des individus et des groupes à obtenir les services de santé requis en réponse à leurs besoins de santé. Il a toujours constitué une composante centrale et récurrente dans les politiques de santé à travers le monde, depuis la réforme allemande de 1883 qui a fondé le modèle de l'assurance maladie obligatoire (AMO), appelé *modèle bismarckien ;* en passant par la réforme britannique du *National health service* de 1948 (NHS), connue sous le nom de *modèle Beveridgien*.

La réforme du NHS est une réforme de référence parce qu'elle est globale et visait l'accès universel aux soins. Elle propose des réponses politiques aussi bien pour la couverture médicale que pour l'organisation de l'offre de soins et des services de santé. Lors de son lancement, elle était fondée sur l'idée selon laquelle la suppression de l'obstacle financier aux soins permettrait de réduire les dépenses de santé à mesure que la population deviendrait en meilleure santé (Culyer, 1976). Or il s'est avéré qu'au fur et à mesure de la réduction des barrières financières, le recours aux soins augmentait et les dépenses également. Il fallait donc chercher des compromis entre un niveau d'accès aux soins universel et un coût acceptable pour les gouvernements.

Ce niveau de soins universel « optimal » recherché a été appelé au début « *soins de santé primaires* » et il a fait l'objet du premier grand engagement mondial des gouvernements pour une *« santé pour tous »,* connu sous le nom de *Déclaration d'Alma-Ata* (OMS, 1978). Quatre décennies après cette déclaration, l'accès aux soins se retrouve encore une fois au cœur d'un nouvel engagement mondial, qui est encore plus solennel puisqu'il concerne les Chefs d'Etat et de gouvernement, et plus large puisqu'il consacre la santé comme objectif de développement durable. Il s'agit de l'engagement pour l'accès universel « à des *services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels »*, connu sous le nom de « *couverture sanitaire universelle* » ou cible ODD3.8.

Les premières tentatives d'évaluation de l'accès aux soins ont été centrées sur ***l'utilisation des services de santé*** comme mesure proxy. Dans son modèle fondateur, Tanahashi (1978), alors collaborateur de l'OMS et défenseur du droit d'accès aux soins, se demandait *jusqu'où une offre de soins parviendrait-elle à atteindre toute la population* ? Pour répondre à cette question, il a décomposé le processus de couverture des services de santé en 5 étapes dont la première

correspond à la disponibilité de l'offre de soins et la cinquième à la couverture effective visée par le droit d'accès aux soins (Figure 2). Ce modèle multidimensionnel de l'accès aux soins continue de servir de cadre de référence en planification de l'offre de soins. Il a été mis à jour et complété récemment par l'OMS (WHO, 2024b).

Figure 2. Cascade de l'accès aux soins selon les types de couverture des services de santé



Pour Penchansky et Thomas (1981), l'accès aux soins signifie l'alignement entre les besoins des usagers et les systèmes de prestations de services de santé. Ils ont introduit au modèle de Tanahashi la notion *d'abordabilité, comme forme d'accessibilité financière aux services*, formant ainsi le modèle connu sous le nom des « 5A » : *Availabiliy, Accessibility, Accommodation, Affordability & Acceptability*. Ces dimensions sont considérées depuis comme les attributs d'un accès aux soins effectif. Elles sont d'ailleurs préconisées par les instruments normatifs des droits humains des Nations Unies (Observation générale 14, 2000), ainsi que par l'Organisation mondiale de la santé (WHOb, 2024).

De leur côté, Shengelia et al. (2005) proposent une définition de l'accès aux soins *qui se prolonge jusqu'à l'impact de l'utilisation de services sur la population.* Pour eux une couverture effective des besoins correspond à ce « *gain de santé qu'une personne ayant un besoin de soins de santé peut espérer recevoir du système de santé »*. *Cette notion de « gain de santé » a ainsi été formellement intégrée dans la définition de la couverture effective par le Groupe de réflexion de l'OMS sur la couverture effective* (*Effective Coverage Think Tank Group*) mis en place en 2019. Sur cette base, *l'accès aux soins correspond à l'utilisation opportune de services de santé collectifs ou personnels pour obtenir des gains de santé.*

Il est important de noter que l'accès aux soins commence par l'utilisation des services de santé dans des conditions acceptables et aboutit à un gain de santé effectif. Ainsi, dans ce travail **les taux d'utilisation des services de santé vont servir comme mesures du niveau d'accès aux soins dans ses dimensions de disponibilité, d'accessibilité et de contact. De même, les indicateurs synthétiques de la santé de la population serviront comme mesures de l'effectivité de l'accès aux soins (Tableau 1).**

2. L'abordabilité et la protection financière, les vrais enjeux

Améliorer l'accès aux soins implique non seulement de développer l'offre de soins et bien la répartir sur le plan territorial, mais également de mettre en œuvre des politiques qui garantissent l'accessibilité financière aux biens et aux services de santé pour tous, c'est-à-dire qui garantissent l'abordabilité. Cela peut comprendre des mesures visant à étendre la couverture d'assurance maladie, à réduire les dépenses à la charge des patients, à améliorer l'accès aux soins préventifs, à promouvoir la transparence des prix et à agir sur les déterminants sociaux de la santé qui influent la capacité des individus à accéder aux services de santé et à les financer.

2.1. Importance de l'abordabilité dans la réalisation de l'accès aux soins

Historiquement, le financement de la santé reposait largement sur les paiements directs des soins par les ménages (*Out Off Pocket payement*). Mais face à l'importance des dépenses de santé pouvant entrainer de l'endettement, la vente des biens ou le renoncement aux soins, le mouvement de protection sociale a vu le jour en Europe avec notamment la mise en place d'une AMO en Allemagne puis dans presque tous les pays qui vivaient la révolution industrielle. En matière d'AMO, le débat était organisé sur la *capacité des ménages à payer* la prime d'assurance. L'option de répartir les contributions d'assurance maladie entre le patronat et les employés a été prise.

Le même débat a eu lieu au milieu du 20^{e} siècle aux USA et au Royaume Uni sur *la capacité des ménages à payer les primes d'assurance pour les biens et les services essentiels*. Le concept d'abordabilité est alors né comme souci de politique publique. Les politiques de renforcement de l'abordabilité ont été d'abord mises à profit dans le domaine du logement (*housing affordability*) au cours des années 1960. Le terme « abordabilité » a été utilisé par la suite comme mesure descriptive dans les analyses des coûts des soins médicaux et dans le contexte de l'assurance maladie. Un « *indice d'abordabilité* » a même été élaboré à la recherche d'un seuil d'abordabilité acceptable qui pourrait servir de référence pour les politiques publiques. Plus récemment l'abordabilité s'est développée comme une notion directement liée à l'assurance maladie aux USA. Elle devient particulièrement visible dans la réforme de l'Obama care soutenue par la Loi sur la protection des patients et des soins abordables (*The Patient Protection and Affordable Care Act, ou ACA* 2010) qui visait à rendre l'assurance maladie plus abordable aux USA. L'indice d'abordabilité aux soins de santé *(Health care affordability index)* a été depuis mis en place pour suivre les progrès de la mise en œuvre de la réforme de l'ACA, aussi bien pour les employeurs, les assureurs que l'Etat.

Par ailleurs, certaines organisations internationales ont utilisé ce concept de façon thématique, comme c'est le cas de la Banque mondiale avec l'indice de l'abordabilité

des soins hospitaliers (*index of inpatient care affordability*) (Wagstaff, 2012)[1] ; ou de l'OMS avec la *chirurgie abordable* (WHO, 2020a) ou l'*abordabilité et prix des médicaments* (WHO)[2]. A ce sujet, l'OMS et *Health Action International* (HAI) ont mis au point une méthode standardisée pour enquêter sur les prix, la disponibilité, l'abordabilité des médicaments dans les pays à revenu faible et intermédiaire en réponse à une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2001 (WHA 54.11). La composante liée à l'abordabilité de cette enquête estimait l'abordabilité aux médicaments en journées de salaires du fonctionnaire le moins rémunéré nécessaires pour payer un traitement donné, selon une sélection de médicaments essentiels et de PRFI. Un traitement nécessitant plus d'une journée de salaire est considéré comme non abordable dans les PRFI (Cameron et al. 2009). Par la suite les méthodes de dépenses catastrophiques et appauvrissantes ont été utilisées pour mesurer l'abordabilité des médicaments (Niëns et al. 2012).

Selon ces différentes acceptions, l'abordabilité traduit le souci politique se rapportant à l'importance des dépenses directes des patients (OOP) qui risquent de constituer une charge excessive (*unreasonable burden*) pour les budgets des ménages (Russel, 1996). D'autant plus qu'il existe une double association liée à l'abordabilité aux soins (Brabers & Jong, 2014) :

- **Une association entre l'abordabilité et le revenu** qui fait que les usagers à faible revenu rencontrent davantage de difficultés financières d'accès aux soins que ceux à revenu moyen ou élevé ;
- Et **une association entre l'abordabilité et l'état de santé** qui fait que les usagers ayant une perception médiocre ou passable de leur état de santé général constatent plus souvent que les soins ne sont pas abordables pour eux.

Malgré le développement des assurances maladies, le souci de l'abordabilité comme capacité à payer les soins est resté problématique surtout avec l'inflation continue des coûts des soins, soutenue par le vieillissement de la population, la transition épidémiologique et le progrès technologique. **L'assurance maladie comme politique de financement de la santé s'est avérée insuffisante pour protéger les personnes contre les conséquences financières de la mauvaise santé. C'est ainsi que le concept de protection financière est né.** La protection financière ne signifie pas « avoir une protection sociale ou une assurance maladie », mais être protégé tout le temps contre les risques financiers liés à la mauvaise santé ou aux dépenses de santé excessives, appelées alors dépenses catastrophiques. « *La protection financière en santé signifie que chacun peut obtenir les services de soins de santé dont il a besoin sans rencontrer de difficultés financières* » (OMS, 2021b).

[1]https://blogs.worldbank.org/en/developmenttalk/where-in-the-world-is-a-hospitalization-least-affordable
[2]https://www.who.int/teams/health-product-and-policy-standards/medicines-selection-ip-and-affordability/affordability-pricing,

En 2000, l'OMS a intégré explicitement la protection financière comme objectif du système de santé dans son rapport sur la santé dans le monde. Cette organisation internationale considère à ce titre que **les systèmes de santé ont trois objectifs fondamentaux** :

- *Améliorer la santé de la population desservie ;*
- *Répondre aux attentes des gens ;*
- *Assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé.*

Deux mesures ont été identifiées par la suite pour évaluer le niveau de la protection financière des systèmes de santé : les *dépenses de santé catastrophiques (Catastrophic health spending*) et les *dépenses de santé appauvrissantes* (*Impoverishing health spending*).

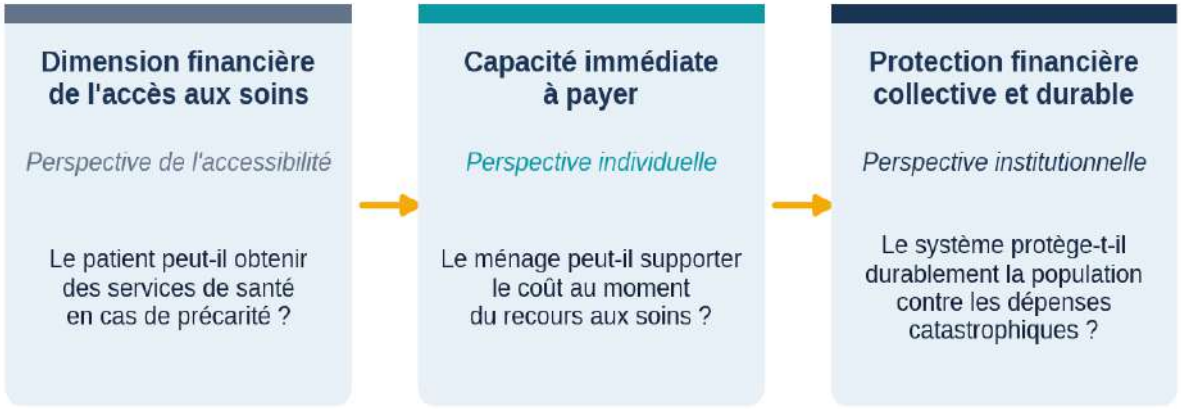
Depuis 2025, ces deux indicateurs ont été révisés et fusionnés dans un seul indice, adopté par les Nations Unies (NU) et la Banque mondiale (BM), appelé *difficultés financières dues aux dépenses directes de santé (Financial hardship due to OOP health spending*). Les difficultés financières en matière de santé surviennent lorsque les dépenses de santé à la charge des patients réduisent leur capacité à satisfaire leurs besoins essentiels ou à se procurer d'autres biens et services. Elles correspondent à la proportion de la population dont les dépenses de santé à la charge des ménages dépassent 40 % de leur budget discrétionnaire. Le budget discrétionnaire d'un ménage est défini comme les dépenses totales de consommation ou son revenu nets du *seuil de pauvreté sociétale*. Ce dernier est interprété comme une mesure du coût des besoins essentiels. L'indicateur révisé peut être considéré comme combinant les dépenses de santé catastrophiques et les dépenses de santé appauvrissantes (OMS, 2025).

Dans le même sens, le thème de la campagne de la *Journée mondiale de la CSU* de 2025 a porté sur l'abordabilité avec un slogan assez évocateur *« Soins trop chers ? On en est malades ! » [Unaffordable health costs? We're sick of it!].* Ce slogan appelle tous les pays à faire de la CSU, y compris la protection financière, une priorité nationale. Il rappelle par la même occasion aux décideurs gouvernementaux que les coûts de santé inabordables appauvrissent, rendent les communautés plus malades et empêchent la réalisation des objectifs de santé.

Ainsi, alors qu'initialement l'abordabilité était conçue comme une capacité individuelle à payer un bien ou un service de santé (*abordabilité immédiate et contingente*), avec l'émergence de la notion de protection financière, elle devient une capacité du système de santé à assurer durablement cette capacité (*Abordabilité collective et durable*) (Figure 3). Dans ce cas c'est toute l'architecture du financement qui est questionnée, dans quelle mesure elle permet de protéger de façon durable les ménages contre des difficultés financières comme les dépenses de santé catastrophiques. **Avec la protection financière, l'abordabilité devient un attribut**

du système de financement et un objectif du système de santé parallèle à l'accès aux soins, devenant ainsi un objectif à part entière, associé et non contenu dans l'accès aux soins. D'où la structure retenue pour la *couverture sanitaire universelle* (CSU) avec 2 piliers interdépendants : un relatif à l'accès aux services de santé essentiels et l'autre relatif à la protection financière.

Figure 3. Évolution de l'acception de l'abordabilité en santé : D'une capacité individuelle à une capacité systémique



Ainsi, au souci politique de l'abordabilité immédiate et contingente (perspective individuelle), s'est ajouté le souci encore plus exigeant de l'abordabilité collective et durable aux soins (perspective institutionnelle). **Nous soutenons l'idée selon laquelle, bien que le mécanisme de l'assurance maladie soit efficace pour améliorer l'abordabilité des usagers aux biens et services de santé, il n'est pas suffisant pour leur assurer la protection contre les difficultés financières.** Pour relever ce défi, d'autres mécanismes de financement doivent être associés à l'assurance maladie. En effet, dans de nombreux pays, les dépenses de santé à la charge des ménages ne font qu'augmenter avec le temps dans toutes les catégories de revenus en raison du faible financement public, de la faible qualité des services et de l'importance des frais restant à la charge des ménages.

Finalement, l'abordabilité aux biens et services de santé correspond à une double capacité : l'une concerne les individus et leur capacité à payer les biens et services de santé essentiels à travers des mécanismes de solidarité contributive et des OOP sans risque financier ; et l'autre concerne le système de santé et sa capacité à éviter à la population les risques financiers liés à la mauvaise santé à travers des stratégies appropriées de financement de la santé et de paiement des soins.

Dans ce travail, *l'abordabilité individuelle* est mesurée par la *part des dépenses OOP dans les dépenses de santé* et par *l'indice d'abordabilité aux soins* ; et *l'abordabilité collective* est mesurée par l'*indice des difficultés financières liées à la santé*. Ceci permet de couvrir les soucis de l'abordabilité aussi bien pour les individus

(perspective usagers) que pour les pouvoirs publics (perspective institutionnelle) (Tableau 1).

Dans le contexte national, Le Maroc a fait le choix de consacrer, à travers sa réforme constitutionnelle, à la fois le droit d'accès aux soins, le droit à la protection sociale ainsi que le droit à la couverture médicale conformément aux dispositions de l'article 31 de la constitution. Cette orientation traduit la volonté des pouvoirs publics de relever le défi de la CSU, laquelle repose sur deux dimensions fondamentales : l'accès effectif aux services de santé et leur abordabilité individuelle et collective. L'enjeu pour le Maroc est ainsi de déterminer dans quelle mesure la généralisation de l'AMO permet de transformer une protection sociale institutionnelle en une protection sanitaire et financière effectivement accessible à l'ensemble de la population.

Toutefois, **la portée de cette réforme ne saurait être appréciée à la seule lumière de son déploiement institutionnel. Elle doit également être évaluée au regard de sa capacité à produire des résultats conformes aux finalités qui lui sont assignées, notamment en matière d'accès effectif aux soins et de protection financière des ménages.** Ainsi, l'évaluation des effets de cette réforme doit s'inscrire dans une perspective plus large, intégrant à la fois les dimensions sanitaires, sociales et financières de la couverture sanitaire. Les résultats attendus de la généralisation de l'AMO devraient, en ce sens, permettre d'apprécier dans quelle mesure la réforme contribue à concrétiser une véritable approche sociosanitaire de la politique de santé au Maroc, fondée à la fois sur l'accès universel aux soins et sur la protection des populations contre les conséquences financières de la maladie.

2.2. L'abordabilité un défi national et mondial

Le financement de la santé au Maroc dépend encore des paiements des ménages, vu le poids encore important des dépenses à la charge du patient. Les dépenses à la charge des ménages (y compris les cotisations AMO) dans les dépenses totales de santé représentent 52,9% et celles payées au point de services (OOP) près de 38%, selon les derniers comptes nationaux de la santé (MSPS, CNS 2022). Cette situation compromet à la fois l'accès aux soins et leur abordabilité. Les analyses montrent que les dépenses à la charge des patients entraînent des difficultés financières et des besoins non satisfaits même dans les pays qui ont une longue tradition de CSU, comme les pays européens, et que ces difficultés touchent systématiquement les ménages à faibles revenus entrainant systématiquement des niveaux plus élevés de besoins non satisfaits et de dépenses de santé catastrophiques que les ménages plus aisés (WHO, 2023).

La 2e Edition (2023) de l'étude européenne relative à l'abordabilité aux soins intitulée « *Can people afford to pay for health care ? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe »,* a révélé que les dépenses à la charge des patients entraînent

des difficultés financières et des besoins non satisfaits dans les 40 pays européens étudiés et touchent systématiquement surtout les ménages appartenant au quintile le plus pauvre de la population. Ces difficultés financières étaient principalement dues aux dépenses à la charge des patients (OOP) pour les médicaments ambulatoires, les dispositifs médicaux et les soins dentaires (WHO, 2023).

De même, les États-Unis, pays qui réserve le plus de sa richesse pour la santé, sont confrontés actuellement à *une crise croissante de l'abordabilité des soins de santé.* Les patients, même assurés, sont fréquemment confrontés à des difficultés financières, à des retards ou des renoncements aux soins, et à un endettement médical en raison de lacunes dans la couverture et d'une protection insuffisante des consommateurs. Cette crise traduit, selon les spécialistes, deux problèmes liés mais distincts : Le niveau élevé et la croissance rapide des dépenses totales de santé et la hausse des dépenses à la charge des patients (OOP). Le premier représente un défi pour l'ensemble du système de santé, car ces coûts élevés et croissants menacent la durabilité du financement de la santé. Le second est un défi pour les patients, car il compromet l'accès aux soins et engendre des difficultés financières (Kazi et al. 2026).

3. Les gains de santé, la raison d'être des politiques de santé

Une réforme de santé réussie ne se mesure pas uniquement à l'importance des ressources mobilisées, des plateformes de soins bâties ou des textes législatifs édictés ; mais également et surtout aux changements qu'elle a pu initier, impulser ou réaliser au profit de la société et des citoyens. L'amélioration de la santé de la population est l'objectif ultime de toute politique de santé et de toute réforme de santé. Dans cette analyse quatre domaines d'évaluation des résultats de santé de la population sont retenus pour l'appréciation des gains de santé : la protection sanitaire, la mortalité prématurée, le fardeau des maladies et les ODD de santé. Pour chacun des trois premiers domaines des indicateurs synthétiques sont retenus comme marqueurs de suivi. Pour les ODD de santé, l'analyse portera sur les progrès enregistrés dans la réalisation des cibles de l'ODD3 selon les dernières données normalisées des NU.

3.1. La protection sanitaire collective

La première fonction d'un système national de santé consiste à assurer à la population une protection sanitaire collective. Cela comprend l'anticipation des menaces de santé publique, la prévention des maladies et des épidémies et la promotion des externalités positives. Cette fonction met en lumière une préoccupation de longue date concernant les risques de maladies émergentes et réémergentes, et les menaces qu'elles représentent pour la sécurité de la population, des économies et de la paix. Son importance a fait de la résilience un attribut majeur des systèmes de santé. Le lien entre le renforcement du système de santé, la

couverture sanitaire et la sécurité sanitaire s'est ainsi imposé comme ossature pour améliorer la santé de la population et l'OMS en a fait la structure de son 13e programme général de travail pour la période 2019-2023.

Parce que l'impact des crises sanitaires va bien au-delà de leurs effets sanitaires immédiats, réduire la vulnérabilité du système de santé face aux menaces de santé publique devient un impératif majeur. Dans ce cadre, le renforcement des capacités du *règlement sanitaire international* (RSI) constitue le principal moyen d'améliorer la résilience du système de santé marocain à côté de la *couverture sanitaire universelle*. Le RSI comprend 35 indicateurs relatifs aux **15 capacités** nécessaires pour détecter, évaluer, notifier, signaler et répondre aux risques pour la santé publique et aux événements aigus d'intérêt national et international. Il est d'ailleurs retenu comme marqueur de progrès et comme cible de l'ODD3 relatif à la santé :

ODD3.d : « Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux »

3.2. La mortalité prématurée

La mortalité prématurée est un meilleur indicateur que la mortalité générale et l'espérance de vie. Son niveau reflète les performances sanitaires d'un pays, étant donné que nombre de ses causes sont évitables. Le système des Nations Unies l'utilise pour fixer les cibles mondiales de l'objectif de développement durable relatif à la santé (ODD3). C'est le cas de la cible ODD3.1 relative à la lutte contre la mortalité maternelle, de la cible ODD3.2 relative à la lutte contre la mortalité infanto-juvénile, des cibles ODD3.3 relatives au sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et de la cible ODD3.4 relative à la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles (MNT) chez les adultes.

La mortalité prématurée désigne l'ensemble des décès survenus avant l'âge de l'espérance de vie à la naissance. Vu la différenciation enregistrée entre les pays dans cette espérance de vie, la mortalité prématurée est définie et actualisée par convention. Dans ce travail, nous adoptons la définition de l'Organisation des NU et ses Agences (OMS) qui considèrent comme prématurés les décès survenant avant l'âge de 70 ans. En dehors de toute conjoncture spécifique, **un gain de santé de la réforme devrait ainsi se traduire par une réduction de la mortalité prématurée (< 70 ans).**

3.3. Le fardeau des maladies

Depuis 1990, l'indicateur de l'année de vie ajustée par l'incapacité ou DALY (*Disability-adjusted life years*) a été mis en place pour quantifier le fardeau des maladies. Mesurer ce fardeau a l'avantage de combiner une mesure de mortalité (années de vie perdues) et une mesure de morbidité et d'incapacité (années de vie

vécues avec incapacité). **Les DALYs traduisent ainsi les années de mauvaise santé**. Cet indicateur a été utilisé par l'OMS en 2000 pour évaluer la performance des systèmes de santé. C'est actuellement la mesure la plus synthétique de l'état de santé de la population. En dehors de toute conjoncture spécifique, **un gain de santé de la réforme devrait éventuellement se traduire par une réduction du fardeau des maladies.**

3.4. Les cibles ODD liées à la santé

Dans l'agenda de l'ODD, l'objectif 3 (ODD3) est entièrement dédié à la santé. Il vise à « *Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être à tous les âges* ». Les progrès dans cet objectif sont mesurés à travers 13 cibles et plusieurs indicateurs. Les cibles de l'ODD3 suivent les résultats de santé de la population dans un large éventail de domaines. Parmi les indicateurs de suivi de l'ODD3, quatre sont des indicateurs d'intrants, 15 sont des indicateurs d'effet (ou résultats intermédiaires) et 18 sont des indicateurs d'impact (Seidman, 2017). D'où leur intérêt comme domaines d'appréciation des gains de santé. Le monitoring des ODD par le système des Nations Unis se fait à travers un rapport biennal de suivi de la CSU et la mise à jour d'une base de données qui comprend les dernières données disponibles pour le suivi de l'ensemble des cibles de l'ODD3. En dehors de toute conjoncture spécifique, **un gain de santé de la réforme devrait pouvoir se traduire également par une progression significative dans la réalisation des cibles nationales de l'ODD3 relatif à la santé.**

Le tableau ci-dessous décline de façon synthétique le cadre d'analyse proposé à travers une matrice à double entrée : une entrée qui représente le *triple objectif* de la réforme de santé (Accès, abordabilité et gains de santé) ; et une entrée qui traduit la double perspective préconisée dans l'analyse (perspective institutionnelle et perspective individuelle et leur combinaison). Douze domaines d'analyse sont ainsi identifiés. Dans la deuxième partie de ce travail, dédiée à l'application de ce cadre d'analyse à la situation du Maroc, les indicateurs de mesure seront précisés pour chacun des domaines pour lesquels les données sont disponibles.

Tableau 1. Matrice d'analyse des résultats attendus de la réforme de santé

Triple objectif de la réforme	Double perspective d'analyse		
	Perspective institutionnelle	**Perspective individuelle**	**Perspective combinée ou mixte**
Accès aux services de santé	Offre de soins	Utilisation des services de santé et Qualité des soins	Accès aux services de santé essentiels (ODD3.8.1)
Abordabilité	Couverture médicale et Financement de la santé	Capacité à payer les biens et les services de santé	Protection financière (ODD3.8.2)
Gains de santé	Protection sanitaire collective (ODD3d) et Réduction de la mortalité prématurée (<70 ans)	Réduction du fardeau des maladies (DALYs)	ODD3 relatif à la santé

PARTIE II

Niveau de l’accès aux services de santé au Maroc

Abordabilité et protection financière

Les gains sanitaires escomptés de la réforme

La voie vers la couverture sanitaire universelle

Niveau de l'accès aux services de santé au Maroc

L'accès aux services de santé essentiels est analysé selon les deux perspectives développées dans ce travail (Institutionnelle et individuelle) et selon les quatre domaines figurant dans la matrice du tableau 1 : offre de soins, utilisation des services de santé (USS), couverture des services de santé essentiels et qualité des soins. Les marqueurs de l'offre de soins sont représentés par la densité en lits d'hôpitaux et la densité du personnel soignant, c'est-à-dire les mêmes traceurs utilisés par le système des NU dans les cibles ODD 3b et 3c relatives à la capacité du système de santé. Pour l'USS, les marqueurs retenus pour le suivi sont le taux de consultation médicale ambulatoire et le taux d'admission en hospitalisation complète. La couverture des services de santé essentiels est suivi par le même indice ODD3.8.1 adopté par les Agences des Nations Unies et la Banque Mondiale. Quant à l'analyse de la qualité des soins, elle souffre de l'absence de données nationales représentatives et régulièrement produites. Nous nous limiterons à en rapporter le positionnement international du Maroc sur la base de deux indicateurs synthétiques, le *Healthcare Access and Quality index* (HAQ index) et la mortalité évitable liée à la non-qualité. Au total 7 marqueurs sont utilisés pour analyser le niveau de l'accès aux services de santé essentiels au Maroc.

1. L'offre de soins, un prérequis pour l'accès aux services de santé

L'offre de soins fait souvent l'objet de débats politiques, d'arbitrages budgétaires et de compromis sociaux. C'est la traduction la plus tangible du progrès sanitaire dans un pays après l'amélioration de l'État de santé de la population. Son développement conditionne l'accès aux soins, la paix sociale et la confiance de la population dans le système de santé.

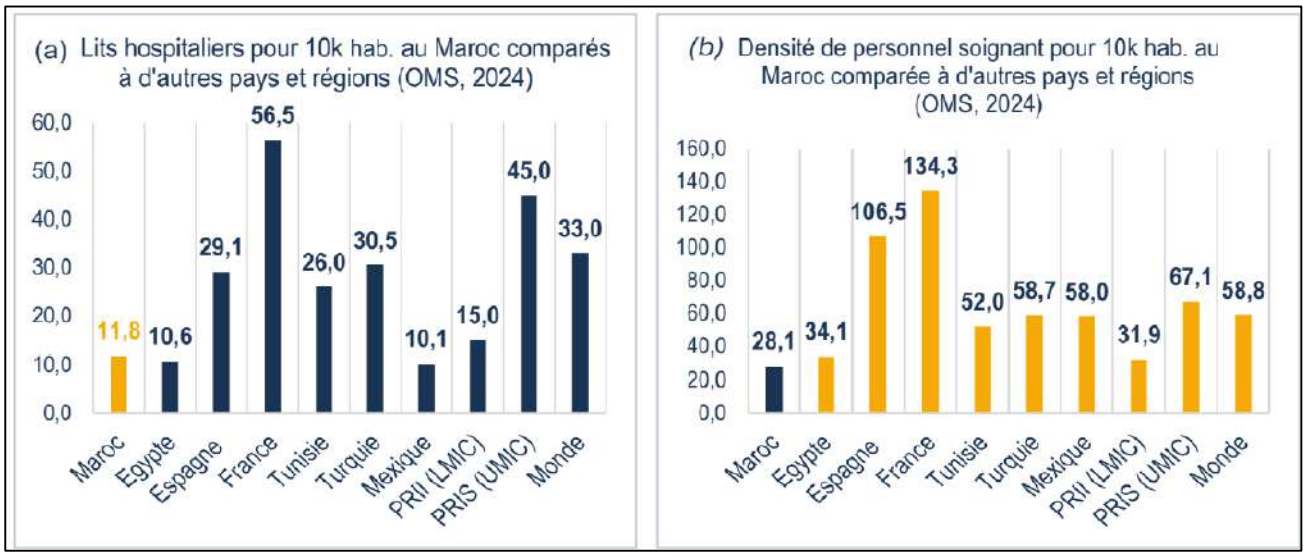
Dans ce travail, l'offre de soins est considérée comme « **une combinaison de ressources durables organisées pour garantir la prestation de soins et services en vue de réaliser les objectifs nationaux de santé** ». Les ressources durables dont il est question dans cette définition sont celles identifiées par l'OMS comme ressources en capital ou ressources d'investissement, à savoir les ressources physiques (ou capital physique) qui comprennent les infrastructures sanitaires et les équipements médicaux, et les ressources humaines (ou capital humain) qui regroupent l'ensemble des catégories de personnel de santé. **L'analyse de l'offre de soins correspond à ce que les spécialistes appellent « la couverture de disponibilité et d'accessibilité des services de santé ».**

Pour des raisons de commodité, nous nous limiterons dans ce travail à l'analyse de l'offre qui est la plus difficile à mobiliser (perspective institutionnelle) et qui constitue

une contrainte pour le recours aux soins (perspective de l'usager). Il s'agit de l'offre en soins hospitaliers et en personnel soignant. Ces deux types de ressources durables sont retenus dans l'analyse de l'accès aux soins par les Nations Unies et la Banque mondiale.

Les données de l'OMS de 2024 sur le niveau de ces deux types de ressources sanitaires montrent que le Maroc dispose d'une densité en lits d'hôpitaux de 11,8 pour 10 000 hab. (Figure 4a)[3] et d'une densité de personnel soignant de 28,1 pour 10 000 hab. (Figure 4b)[4]. Selon les données nationales de la carte sanitaire, le Maroc dispose en 2025 de 112 358 personnels soignants (médecins, infirmiers et sages-femmes)[5] et 46 093 lits fonctionnels dans les deux secteurs ; soit des densités respectives de 30,3 et 12,8 pour 10k hab.

Figure 4. Densité en lits d'hôpitaux et en personnel soignant au Maroc en comparaison avec des pays et régions



Au-delà des conclusions que l'on peut tirer de la comparaison internationale pour ces deux ressources sanitaires clés en termes de gaps à combler, la question d'intérêt pour cette analyse n'est pas seulement de combler un retard par rapport aux pays comparables, mais de savoir **dans quelle mesure le niveau de disponibilité de ces ressources est suffisant pour garantir l'accès aux soins.**

A ce sujet, la littérature internationale, notamment celle encadrée par l'OMS, permet de disposer de seuils de référence pour atteindre une *couverture sanitaire universelle*. Ces références situent les besoins en lits d'hôpitaux requis pour atteindre la CSU à près de 18 lits pour 10k hab. (WHO, 2020b) et le seuil minimal de personnel

[3]https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)
[4]https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce
[5]Pour le personnel soignant, les données de la carte sanitaire sont complétées par une estimation du personnel paramédical en exercice dans le secteur privé.

soignant (médecins, infirmiers et sages-femmes) requis pour atteindre la CSU à 44,5 pour 10k hab. (WHO, 2016).

Nous considérons qu'avec l'avènement de la réforme de santé, la dynamique soutenue d'extension de l'offre hospitalière ces dernières années et les engagements politiques pris pour l'augmentation des effectifs de formation médicale et paramédicale, ces deux seuils pourront être atteints entre 2030 et 2035 comme cela a été estimé dans le cadre du rapport du nouveau modèle de développement.

À RETENIR

En 2025 le Maroc disposait d'une densité en lits d'hôpitaux de 12,8 pour 10k hab. et d'une densité en personnel soignant de 30,3 pour 10k hab. Les seuils requis pour assurer l'accès aux services de santé essentiels au Maroc en 2030 sont respectivement de 18 lits pour 10k hab. et 44,5 personnel soignant pour 10k hab. Le gap est important, mais il est possible de le combler avec l'impulsion enregistrée dans l'extension de l'offre de soins.

2. Les niveaux de recours et d'utilisation des services de santé

En dehors des activités de santé publique, l'utilisation des services de santé personnels concerne classiquement 4 types de prestations : les prestations de soins de santé primaires (services de première ligne), les prestations de soins d'urgence, les prestations hospitalières et les prestations de soins de longue durée. Ces types de prestations sont articulés entre eux et dispensés dans des plateformes de soins variées, fixes (établissements de santé), mobiles (SAMU ou caravanes) ou à distance (télémédecine).

En raison de l'absence de données pour apprécier le niveau de couverture pour l'ensemble de ces prestations, l'analyse du niveau d'utilisation des services s'est limitée à la mesure de **deux marqueurs liés aux soins curatifs** :

- L'utilisation de la consultation médicale ambulatoire qui traduit l'accès à l'un des principaux prestataires de soins qui est le médecin ;
- L'utilisation de l'hospitalisation qui traduit l'accès aux soins spécialisés et au plateau technique des hôpitaux.

2.1. Utilisation de la consultation médicale ambulatoire

Le taux d'utilisation de la consultation médicale ambulatoire (TCMA) est le principal indicateur d'évaluation de l'accès aux soins. Il est souvent utilisé comme traceur pour apprécier la déclinaison du droit d'accès aux soins. Il est également utilisé comme clef de planification de la carte sanitaire ou des activités des soins de santé primaires ou de la médecine de famille.

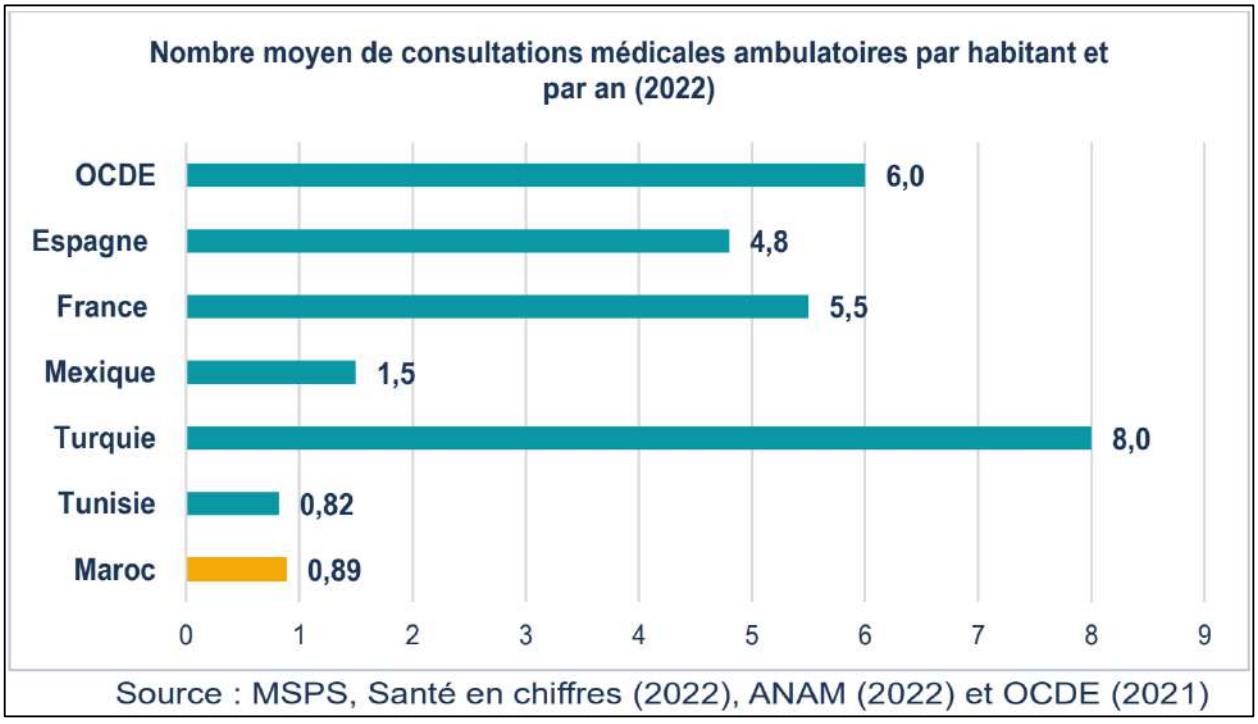
Le TCMA est défini comme le nombre annuel de consultations médicales généralistes et spécialistes par habitant réalisées dans un établissement de santé et n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation.

Au Maroc, selon les données du Ministère de la santé et de la protection sociale (MSPS) et de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM), près de 32 millions de personnes ont consulté un médecin généraliste ou spécialiste en ambulatoire au cours de l'année 2022 dans les deux secteurs, soit un TCMA de 0.89 contact par habitant par an, contre 0.82 en Tunisie, 4,8 en Espagne, 8.0 en Turquie et 6.0 comme moyenne des pays de l'OCDE en 2022 (Figure 5).

Au-delà des comparaisons internationales et de ce que l'on peut en tirer comme conclusions, la question à laquelle s'intéresse cette analyse est de savoir **dans quelle mesure ce taux de consultation facilite l'accès aux soins au Maroc ?**

Si on se réfère au modèle de la médecine de famille qui est centré sur les usagers, le seuil de référence de recours au médecin est de 2.5 CM/hab. (avec bien sûr des variations par milieu et par tranche d'âge). Ce seuil parait difficile à réaliser à moyen terme au Maroc. Eu égard au rythme lent de progression de cet indicateur au Maroc, et à la tendance à la réduction du nombre de médecins généralistes qui représentent les ¾ de ces consultations, atteindre une cible analytique de 1,5 contact par habitant par an à l'horizon 2030 serait déjà un record. Pour réaliser cet objectif, la réforme de santé actuelle doit impulser la dynamique de recours aux consultations ambulatoires, notamment en milieu rural.

Figure 5. Niveau d'utilisation de la consultation médicale ambulatoire (Généraliste et spécialiste) au Maroc en comparaison avec des pays et des régions



À RETENIR

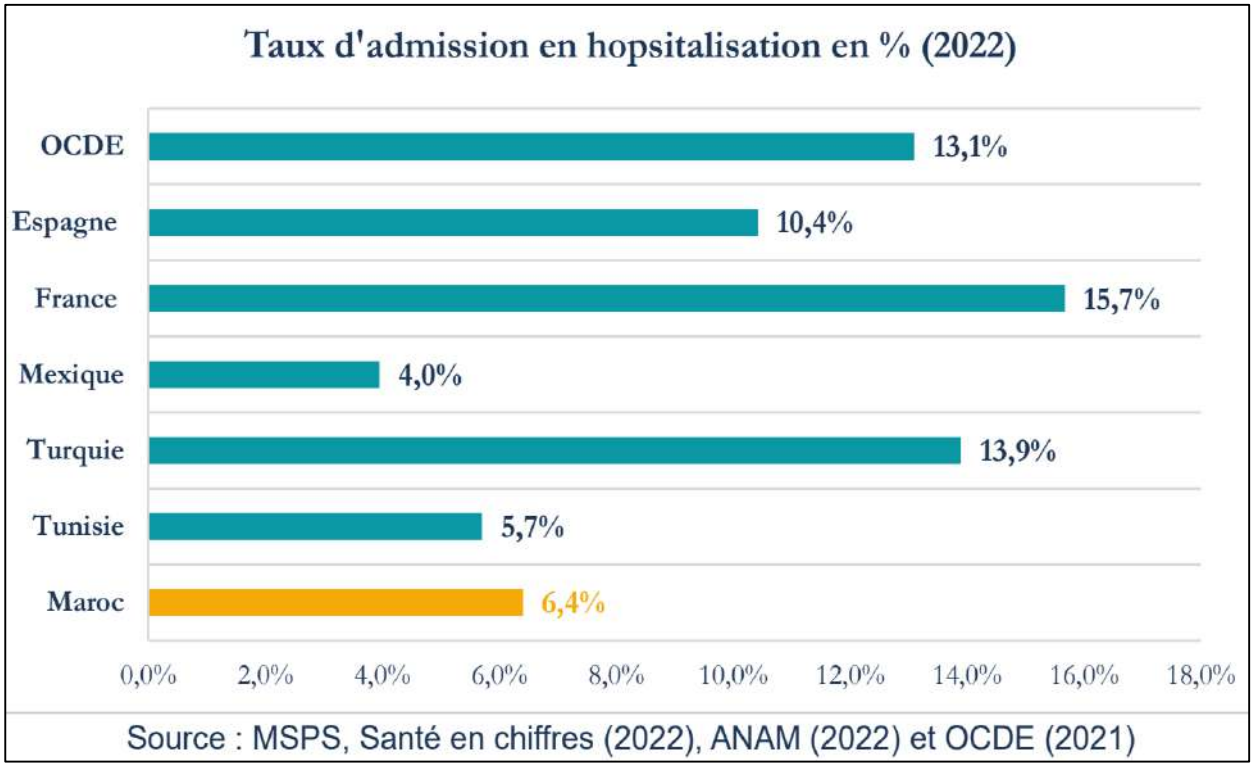
Au Maroc, le recours à médecin généraliste ou spécialiste en ambulatoire est estimé à 0,89 consultation par habitant et par an dans les deux secteurs (2022). Ce niveau de recours est insuffisant pour réaliser l'accès aux soins. Un objectif cible réaliste de 1,5 visites médicales par habitant par an en moyenne est réalisable à l'horizon 2030.

2.2. Recours à l'hospitalisation

Le taux d'admission en hospitalisation complète (TAH) est le principal indicateur de l'utilisation des services hospitaliers. Il est défini comme le nombre annuel d'hospitalisations d'une nuit ou plus par habitant dans un établissement de santé. Au Maroc, le TAH est estimé dans les deux secteurs à 6,4 **%** admissions en hospitalisation en 2022 contre 5.7 % en Tunisie, 10,4 % en Espagne, 13.9 % en Turquie, et 13.1 % comme moyenne des pays de l'OCDE en 2022 (Figure 6).

Le seuil de référence d'admission en hospitalisation pour assurer la CSU est de 10% pour les pays à revenu faible et intermédiaire (Moses et al. 2019). Considérant le contexte de la généralisation de l'AMO et d'expansion des maladies non transmissibles (MNT), ainsi que la dynamique d'extension de l'offre hospitalière que connaît le Maroc, notamment dans le secteur privé, atteindre un taux d'admission cible en hospitalisation de 10% est réalisable à l'horizon 2030-2035.

Figure 6. Niveau d'admission en hospitalisation au Maroc en comparaison avec des pays et des régions



À RETENIR

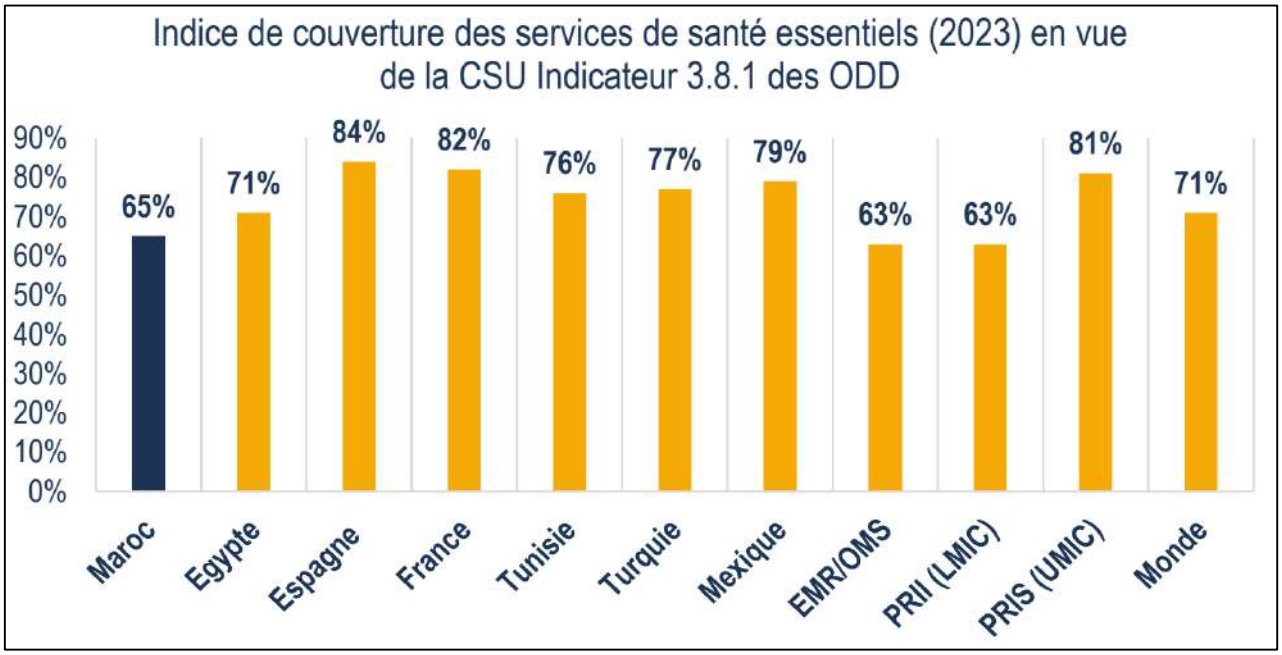
La dynamique des activités hospitalières que connaît le Maroc ces dernières années est en mesure de lui permettre d'augmenter l'accès à l'hospitalisation à 10% à l'horizon 2030 contre 6,4% en 2022

3. La couverture des services de santé essentiels

L'indice de la couverture des soins essentiels (*Service coverage index* ou ODD3.8.1) est le principal indicateur utilisé sur le plan international pour apprécier l'accès universel aux services de santé essentiels. Cet indice synthétique a été développé par l'OMS et la Banque mondiale depuis 2014. Il a été adopté par les NU comme mesure internationale pour suivre les progrès dans la réalisation de la cible ODD3.8 relative à la CSU. L'indice est basé sur des interventions de traçage qui couvrent quatre domaines : (i) la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, (ii) les maladies infectieuses, (iii) les maladies non transmissibles et (iv) la capacité et l'accès aux services, parmi la population générale et la population la plus défavorisée. C'est un indice rapporté sur une échelle sans unité de 0 à 100, qui est calculé comme la moyenne géométrique de 14 indicateurs. Rappelons que parmi ces indicateurs la santé mentale n'est pas visée malgré son poids relatif important dans le fardeau des maladies et des incapacités.

Les données du dernier rapport de suivi biennal de l'OMS et la BM (WHO/WB, 2025) montrent que le Maroc a un taux de couverture de la population par les soins de santé essentiels de 65% en 2023 contre 55% en 2000. Malgré les progrès réalisés dans cette couverture, elle reste en deçà des performances de pays du benchmark (Figure 7). A ce rythme, la cible mondiale de 100% attendue en 2030 ne sera pas atteinte par le Maroc. **La réforme actuelle devrait donner une impulsion significative pour l'amélioration de cette performance d'autant plus qu'il s'agit de soins de base et non des soins spécialisés.** Moyennant un renforcement des soins de santé primaires complets, un score cible de 80% est réalisable par le Maroc à l'horizon 2030 pour cet indice.

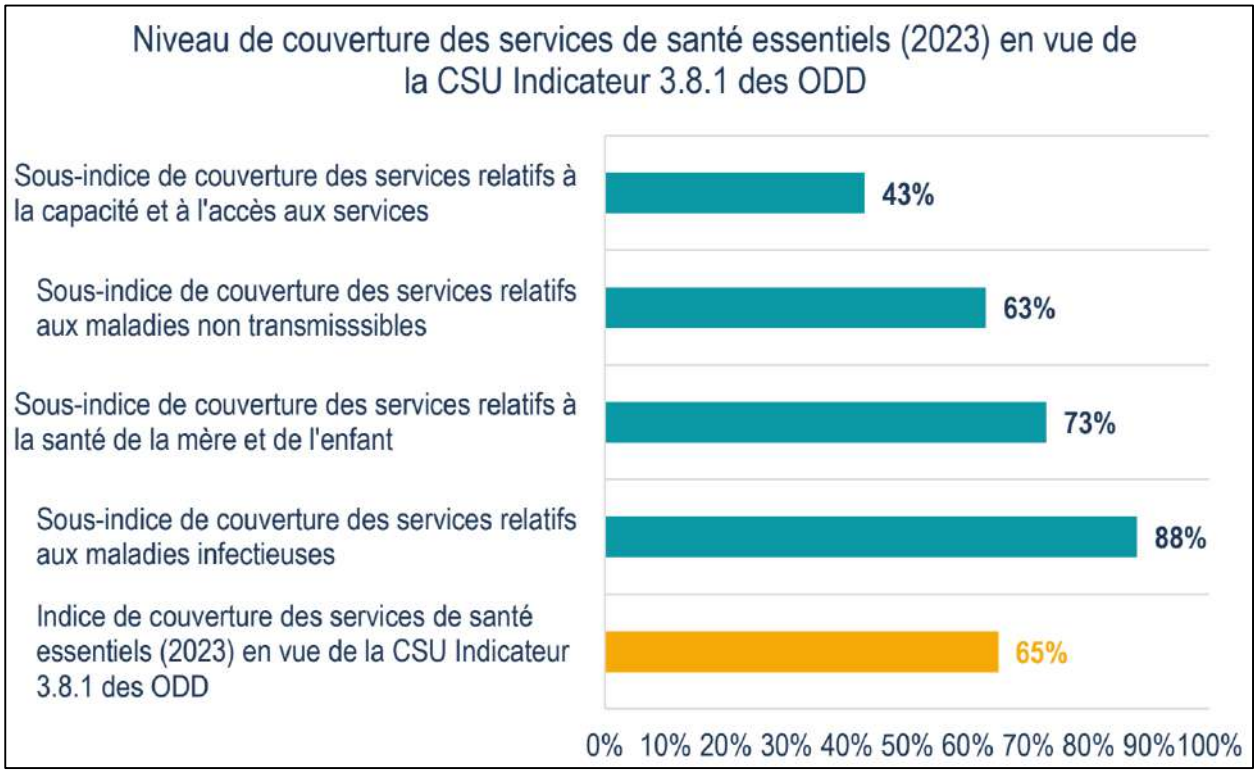
Figure 7. Niveau d'accès aux services de santé essentiels au Maroc en comparaison avec des pays et régions (WHO/WB, 2025)



Une analyse plus poussée de cette couverture montre :

- D'une part que les sous-domaines des Maladies transmissibles et de la Santé de la mère et de l'enfant sont assez performants avec des taux de couverture de service respectivement de 88% et 73% ;
- Et d'autre part que les sous-domaines relatifs aux capacités et accès aux soins (offre de soins) et des services des maladies non transmissibles handicapent la performance du Maroc puisque leurs couvertures respectives ne sont que de 43% et 63% (Figure 8).

Figure 8. Niveau d'accès aux services de santé essentiels par sous-indice de couverture (WHO/WBG, 2025)



La sous-performance du sous-indice des « capacités et accès aux soins » est due à l'insuffisance notée au niveau des marqueurs liés à l'offre hospitalière et aux ressources humaines. Ce constat est corroboré par les résultats de l'analyse de l'offre de soins ci-dessus. L'amélioration de la performance du Maroc par rapport à cette indice international d'accès aux soins passe par le renforcement de l'accès à l'hospitalisation et par l'amélioration de la prise en charge des MNT.

L'écart constaté entre un sous-indice de couverture des services relatifs à « la capacité et à l'accès aux soins » (43%) et une couverture relativement élevée sur les sous-indices relatifs à la couverture des « services de la santé de la mère et de l'enfant » (73%) et des « services relatifs aux maladies infectieuses » (88%) ne doit pas être interprété comme signe d'une efficience structurelle du système de santé. Il illustre en réalité l'efficacité historique des programmes verticaux et des interventions ciblées à fort impact, capables de délivrer des résultats probants sur des problèmes de santé standardisés malgré la rareté des ressources. Néanmoins, cette dissociation traduit un système sous tension et en surrégime : la faiblesse des infrastructures et de la densité en ressources humaines constitue un plafond de verre qui menace la qualité des soins et limite drastiquement la capacité du pays à répondre au fardeau croissant des maladies non transmissibles et des soins complexes. Si la santé de la mère et de l'enfant ainsi que la lutte contre les maladies infectieuses s'accommodent avec des interventions ciblées, la prise en charge des maladies non transmissibles exige un plateau technique lourd, des spécialistes, un

réseau d'infrastructure dense et un suivi tout le long de la vie. Un sous-indice de capacité à 43% bloque inévitablement la réponse aux MNT.

> **À RETENIR**
> Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale (2025) **35 %** de la population marocaine, en moyenne, n'ont pas accès aux soins de santé essentiels. La réforme de santé devrait servir à combler ce déficit en le réduisant à moins de 20 % à l'horizon 2030.

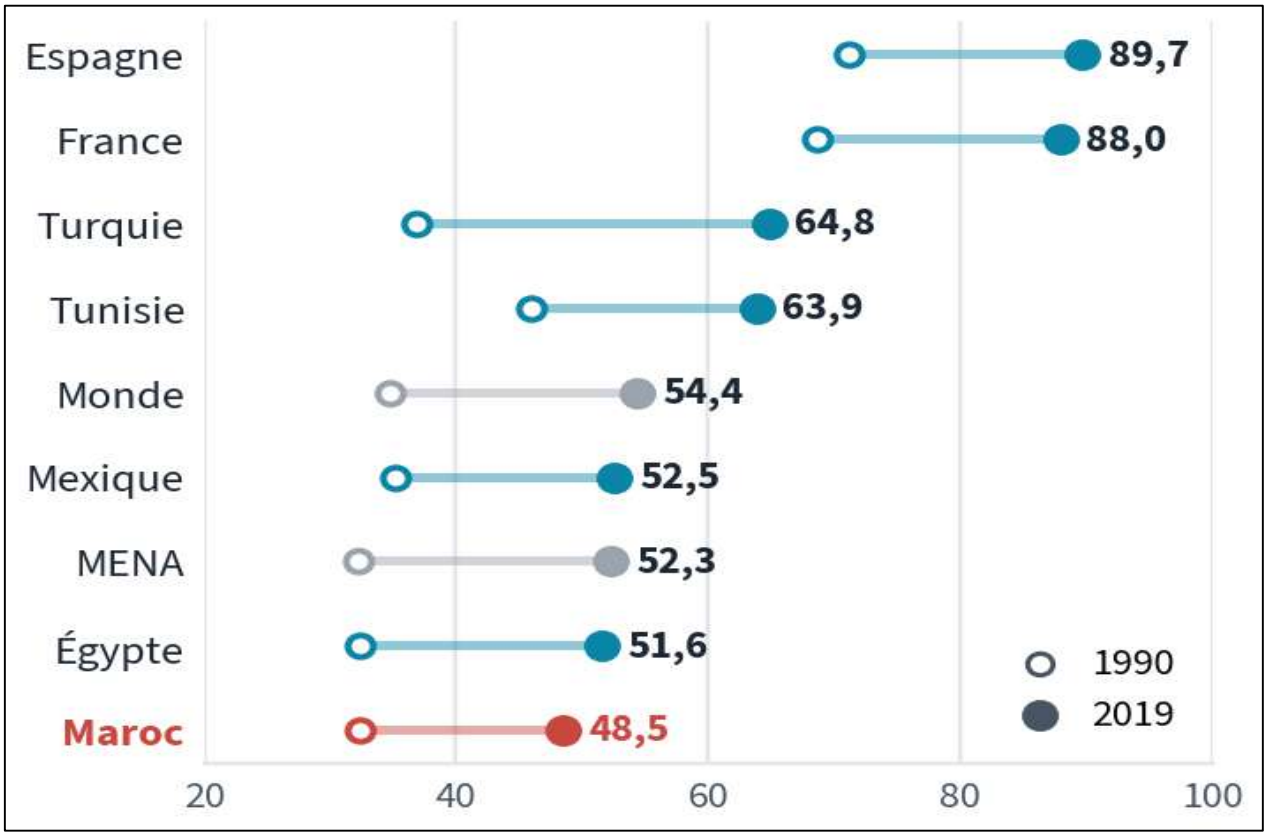
4. La qualité des services de santé, un nouveau défi à relever

4.1. Indice d'accès et de qualité des soins de santé (HAQ index)

Le *Healthcare Access and Quality Index* (HAQ index) a été développé par *l'Institute for health metrics and evaluation* (IHME) en 2016 pour pallier la limite de l'indice ODD3.8.1 qui ne couvre pas les aspects liés à la qualité des soins. L'IHME définit le HAQ index comme une mesure récapitulative de l'accès et de la qualité des soins de santé personnels pour un pays donné. L'indice HAQ est basé sur des taux de mortalité standardisés selon le risque, pour des causes qui, en présence de soins de santé de qualité, ne devraient pas entraîner la mort, également appelée « *amenable mortality* » ou « *mortalité évitable grâce au système de soins* ».

Au cours des dernières décennies, diverses études ont utilisé des mesures de mortalité pouvant raisonnablement être évités en présence de soins de santé personnels de qualité, pour recueillir des signaux sur la prestation, l'efficacité et la performance du système de soins de santé. La liste de causes la plus largement utilisée, composée de 33 affections, a été développée initialement par Nolte et McKee (2004). La dernière étude sur le HAQ index date de 2022 et utilise les données de GBD 2019 (HAQ Collaborators, 2022). Dans cette étude le HAQ index global (0–74 ans) de 2019 était estimé à 48,5 % au Maroc, contre 52,3% dans les pays MENA et 54,4% au niveau mondial (Figure 9).

Figure 9. Estimations et évolution de l'indice HAQ au Maroc par comparaison à des pays et régions (HAQ Collaborators, 2022)



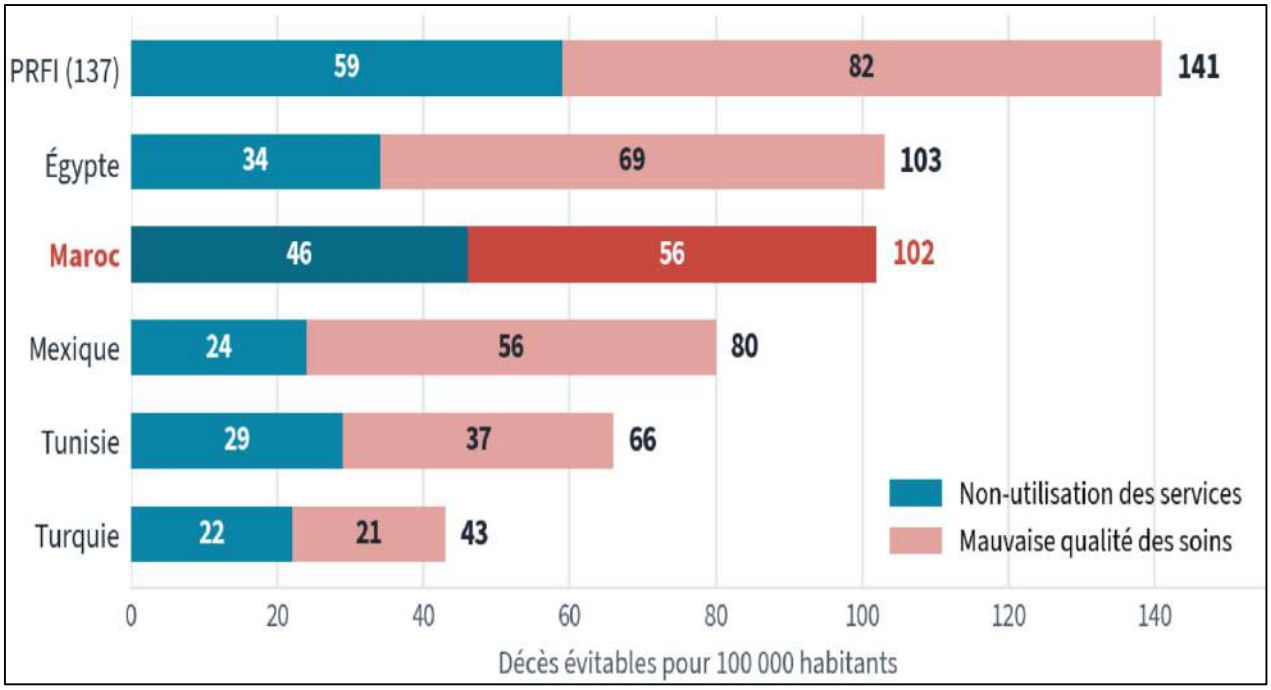
4.2. Mortalité évitable grâce aux soins de santé

Une étude, la première du genre, menée dans 137 pays à revenu faible ou intermédiaire en 2017 (Kruk et al. 2018) a fait état du nombre de décès pouvant être évités dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Elle a révélé que 45 % des décès évitables le sont par les actions de santé publique (interventions collectives) et 55% sont évitables par les soins personnels. Parmi ces derniers, 32 % sont dus à la mauvaise qualité des soins et 23% à la non-utilisation des soins de santé (ou non accès aux soins). **Ces résultats montrent d'une part l'importance de la prévention comme stratégie de santé publique et d'autre part que l'accès aux soins n'est plus la seule contrainte à l'amélioration de la survie dans les PRFI : la qualité des soins de santé doit être améliorée simultanément.**

Selon cette étude, le Maroc avait en 2017 un taux mortalité évitable due à la mauvaise qualité des soins de 56 p100k hab. Si on applique ce taux à l'année 2025, cela donnerait un nombre de décès évitables de 20 770. Cette extrapolation est fragile parce qu'elle suppose que le taux de 2017 est resté stable. Elle ne se justifie que pour servir de levier de sensibilisation en mettant en évidence le fardeau fatal potentiel de la non qualité. La Figure 10 montre que désormais au Maroc, au même titre que dans les autres pays, la non-qualité tue davantage que le non-accès aux

soins. Elle montre également que l'effort consenti par les PRFI pour améliorer l'accès aux soins ne s'est pas accompagné proportionnellement par une amélioration de la qualité. **Il est, à ce titre, regrettable de constater l'absence remarquée de stratégies nationales soutenues d'amélioration de la qualité au Maroc en soutien à l'effort d'investissement consenti dans la réforme de santé.** Espérons qu'avec la mise en place de la haute autorité de la santé (HAS) et des groupements sanitaires territoriaux (GST), dont relève cette mission, cette lacune pourra être rattrapée.

Figure 10. Niveau de la mortalité évitable au Maroc en comparaison avec d'autres pays (Kruk et al. 2018)



Abordabilité et protection financière

L'analyse de l'abordabilité des soins a été réalisée selon les perspectives institutionnelle et individuelle et au regard de sa double dimension contingente (immédiate) et durable (protection financière). Ainsi quatre domaines d'analyse sont identifiés : la couverture médicale, le financement de la santé, la capacité de paiement des services de santé et la protection financière.

1. La généralisation de l'AMO, une transition vers la couverture sanitaire universelle

Depuis la mise en place de l'AMO au profit des travailleurs salariés (AMO-TS), la couverture par l'AMO n'a fait que progresser. La particularité de la réforme actuelle, à ce sujet, c'est qu'elle a visé *l'universalité* à travers la décision de généraliser l'AMO à toute la population et *l'unification* aussi bien du panier de soins que des organismes gestionnaires[6]. Dans la réforme du NHS britannique on avait appelé cette orientation « ***le principe des 3U*** **» : Universalité, Unicité du panier de soins et Unicité des caisses**. Aussi avec le basculement du RAMED (régime d'assistance médicale) vers l'AMO Tadamone, le Maroc consolide son choix d'un système de financement mixte.

Les derniers chiffres du gouvernement sur la couverture médicale de la population (LDF, 2026) montrent qu'elle est actuellement de l'ordre de 88% (Figure 11). Nous pouvons ainsi considérer que le pari de l'universalité est en voie d'être réalisé, sachant que, bien qu'elle soit nécessaire, l'universalité à elle seule ne suffit pas pour assurer la protection financière. La couverture de la population ne mesure que l'affiliation ou l'ouverture des droits, et non l'expérience effective d'accès aux soins (OMS, 2025). Pour cela, il faut que le financement de la santé soit relativement suffisant et que les dépenses OOP soient à un niveau acceptable. La couverture effective de la population est appréciée dans ce travail à travers la mesure du niveau d'utilisation des services de santé et du score de l'indice de la couverture des soins essentiels (ODD3.8.1) adopté par les Nations Unies et par la Banque Mondiale.

[6]La loi des finances de 2026 annonce le transfert de la gestion de l'AMO du secteur public de la CNOPS vers la CNSS en 2026

Figure 11. Évolution de la couverture médicale au Maroc

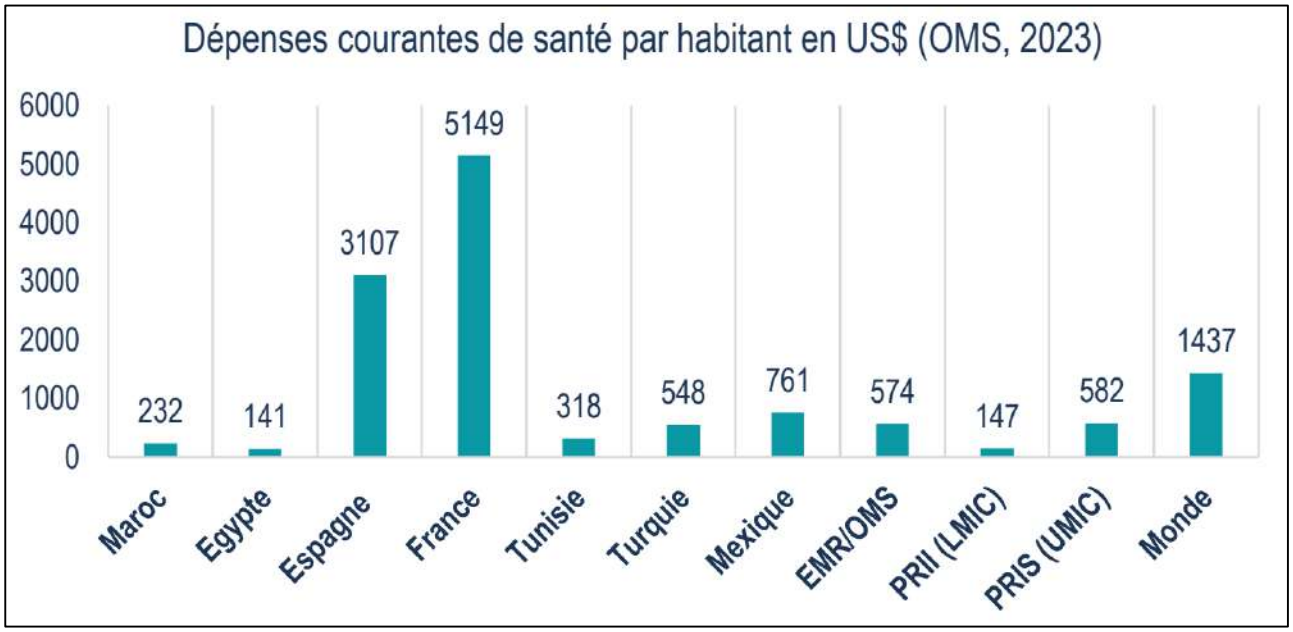


2. Le financement de la santé est-il suffisant ?

Il existe une corrélation entre l'indice de la *couverture sanitaire universelle* effective et les dépenses de santé par habitant (UHC collaborators, 2020). En 2022, les dépenses totales de santé per capita au Maroc ont été estimées par les Comptes nationaux de la santé (MSPS, CNS 2022) à 2227 DH (218 $), contre 1730 DH en 2018 et 1578 DH en 2013. Les données OMS de 2023 montrent que le système de santé marocain n'est pas suffisamment financé au regard des groupes de pays auxquels il aspire appartenir (Figure 12).

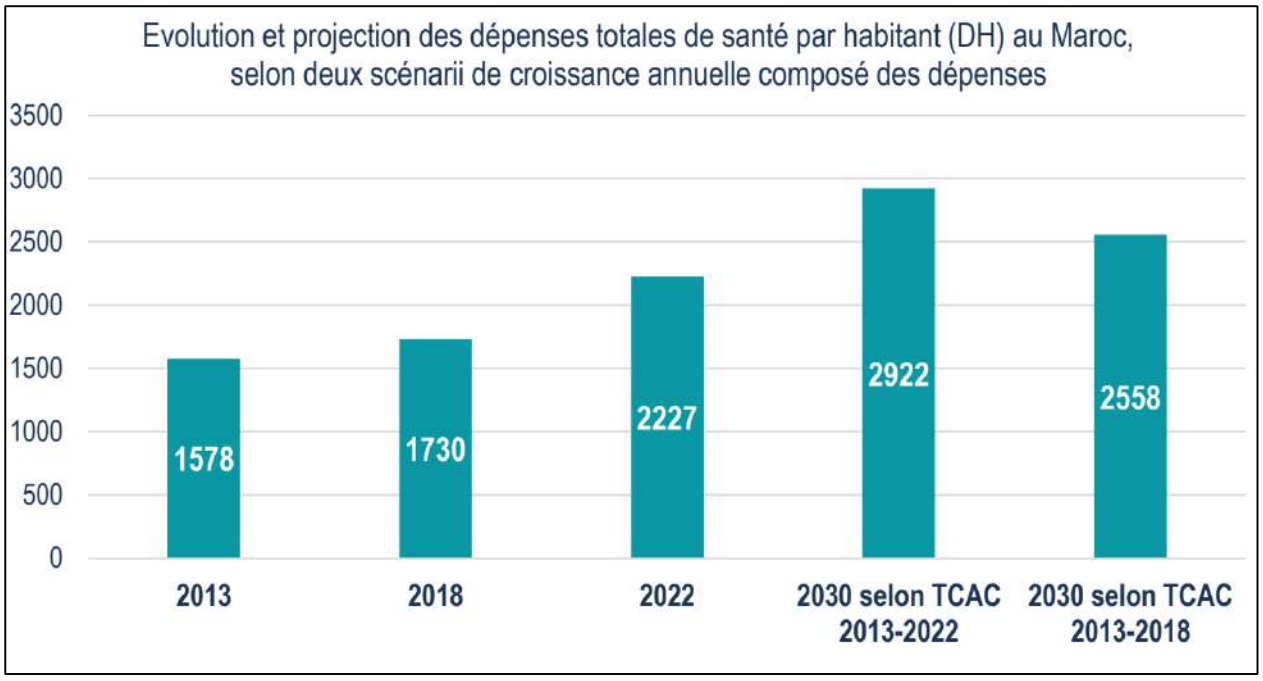
Selon une étude récente réalisée dans 122 pays et utilisant le *UHC Compendium* de l'OMS (Nederpelt et al. 2026), les dépenses de santé par habitant requises pour la réalisation de la CSU pour les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI), comme le Maroc, sont estimées dans le scenario de base à **294$** (Arrondies à 3000 DH). Pour une population prévue en 2030 de 38,21 millions (HCP), les dépenses totales de santé requises au Maroc, comme ordre de grandeur, pour réaliser la CSU seraient de près de **114,6 Milliards de DH**, contre 81,7 Milliards en 2022.

Figure 12. Dépenses courantes de santé per capita au Maroc en comparaison avec des pays et régions



Au rythme de la croissance annuelle moyenne composée (TCAC) des dépenses totales de santé (DTS) par habitant au cours de cette dernière décennie (2013-2022), le montant des dépenses totales de santé par habitant atteindrait en 2030 près de **2922 DH**. Toutefois, si on tient compte d'un TCAC qui ne prend pas en considération l'effort exceptionnel de financement de la santé lors de la pandémie de la Covid-19, ce montant ne serait que de près de **2558 DH** par habitant de (Figure 13).

Figure 13. Prévisions tendancielles des Dépenses de santé per capita au Maroc



De cette analyse, il ressort que la mobilisation du financement de la santé pour arriver au seuil de référence des PRFI pour réaliser la CSU au Maroc n'est possible que moyennant la consolidation de l'effort de renforcement du financement consenti lors de la pandémie de la Covid-19. Cet effort financier a été consolidé sur le plan budgétaire comme financement gouvernemental (Figure 14), mais non encore sur le plan de l'AMO dont les ressources n'ont augmenté que grâce à l'extension de la couverture et non à l'augmentation des cotisations.

Figure 14. Évolution du budget du Ministère de la santé et de la protection sociale



Notons par ailleurs que des études réalisées par la Banque mondiale ont révélé des tendances à la baisse de la croissance des investissements publics dans le secteur de la santé qui a commencé après la pandémie de la Covid-19 et qui se poursuivra jusqu'à 2029. Ces études sont basées sur les implications des mises à jour des prévisions macro-budgétaires du FMI d'avril 2024 sur les dépenses publiques de santé dans 170 économies jusqu'en 2029. Elles ont mis en évidence de fortes disparités dans les capacités des gouvernements à accroître leurs dépenses et investissements publics dans le secteur de la santé. Dans cette analyse rétrospective et prospective, la Banque mondiale attire l'attention des gouvernements sur le risque que fait peser cette décélération des dépenses de santé sur les capacités des gouvernements à financer la prévention, à consolider la résilience des systèmes de santé et à protéger la population contre les dépenses de santé catastrophiques (Kurowski, 2024).

Si cette conjoncture invite légitimement à la prudence, la trajectoire stratégique du Maroc conduit à relativiser cette menace. En effet, le Maroc s'est engagé dans une transformation profonde de son système de santé d'abord en augmentant son

investissement dans les ressources sanitaires durables (capital humain et infrastructure sanitaire) et puis en renforçant le financement solidaire de la santé (Généralisation de l'AMO et augmentation significative du financement public). Le Maroc reste toutefois concerné par au moins une des recommandations principales de ces études qui se rapporte à l'amélioration de l'efficience des dépenses publiques de santé.

À RETENIR

Avec une couverture de 88% de la population marocaine par l'AMO en 2025, le Maroc se trouve en bonne voie pour assurer l'universalité de l'accès à la couverture médicale avant 2030. Toutefois, la généralisation de l'AMO ne suffit pas pour assurer une couverture sanitaire universelle (CSU), telle que préconisée par les Nations Unies et à laquelle le Maroc a souscrit en 2015. Les dépenses totales de santé par habitant sont de 2227 DH (2022) contre près de 3000 DH/hab. comme ordre de grandeur requis à l'horizon 2030 pour assurer la CSU. Le Financement de la santé doit donc être renforcé en accompagnement de la généralisation de l'AMO.

3. Les dépenses de santé à la charge des ménages, une amélioration insuffisante pour la protection financière

Ce domaine d'analyse est apprécié dans ce travail sur la base de deux marqueurs : la *part des dépenses OOP dans les dépenses de santé* et *l'indice d'abordabilité aux soins*.

3.1. La part des dépenses OOP dans les dépenses de santé

La part des dépenses de santé OOP est définie comme le rapport entre les dépenses directes des ménages (OOP) et les dépenses courantes de santé (DCS)[7]. Les dépenses de santé OOP comprennent les dépenses restant à la charge des ménages (RAC) de l'AMO et d'autres dépenses directes et indirectes des ménages (frais de soins non couverts par la TNR, frais de transport, de séjour pour ceux qui voyagent pour bénéficier de la consultation d'un spécialiste etc.). Leur estimation se fait dans le cadre des comptes nationaux de la santé (CNS), produits périodiquement par le MSPS. Les exemples pratiques du tableau 2 illustrent la différence entre les dépenses OOP et les dépenses RAC de l'AMO.

[7]A ne pas confondre avec les dépenses totales de santé qui comprennent en plus les dépenses d'investissement et de l'enseignement en santé.

Tableau 2. Illustration des différences entre le RAC et les dépenses OOP à travers une consultation médicale ambulatoire dans le secteur privé

Répartition des dépenses réelles d'une consultation chez un médecin spécialiste avec une ordonnance (sans examens complémentaires)	
Frais de consultation • Dépense = 300 DH • Remboursement de l'AMO = 120 DH (80% TNR qui est de 150 DH) • RAC = 150-120 = 30 DH • Dépenses directes des ménages (OOP) = 300-120= 180 (soit 60% de la dépense)	Médicaments sur ordonnance • Une ordonnance comprend : − 2 médicaments coûtant 400 DH ; compris dans la liste des médicaments admis au remboursement de l'AMO − 2 médicaments coûtant 300 DH ; non compris dans la liste des médicaments remboursables • Dépense en médicaments sur ordonnance = 700 DH • Remboursement de l'AMO = 400 DH * 80% = 320 DH (46% de la dépense) • RAC = 400-320 = 80 DH • Dépenses directes des ménages (OOP) = 300 + 80 = 380 (soit 54 % de la dépense)
Consultation et ordonnance **• Dépense = 1000 DH** **• Remboursement de l'AMO = 120 + 320 = 440 DH (44 % des dépenses réelles)** **• RAC = 30 + 80 = 110 (soit 20 % de la TNR)** **• Dépenses OOP = 180 + 380 = 560 DH (56% des dépenses réelles)**	

Selon les derniers comptes nationaux de la santé (2022), les dépenses de santé à la charge des ménages au Maroc sont de l'ordre 43,2 Milliards DH, soit 52,9 % des dépenses totales de santé (DTS). Ce montant comprend 31,0 milliards DH comme dépenses OOP, soit un taux de **38% des DTS**. Pour apprécier les dépenses OOP, les organisations internationales (OMS/BM) utilisent plutôt un ratio de dépenses OOP rapportées aux dépenses courantes de santé (DCS) plutôt qu'aux DTS. Selon ce mode de calcul, le ratio des OOP devient au Maroc de l'ordre de 40,5 % des DCS**.** Les dernières données de l'OMS de 2023 (WHO, 2023)[8] rapportent une part d'OOP dans les DCS de **37%** (Figure 15).

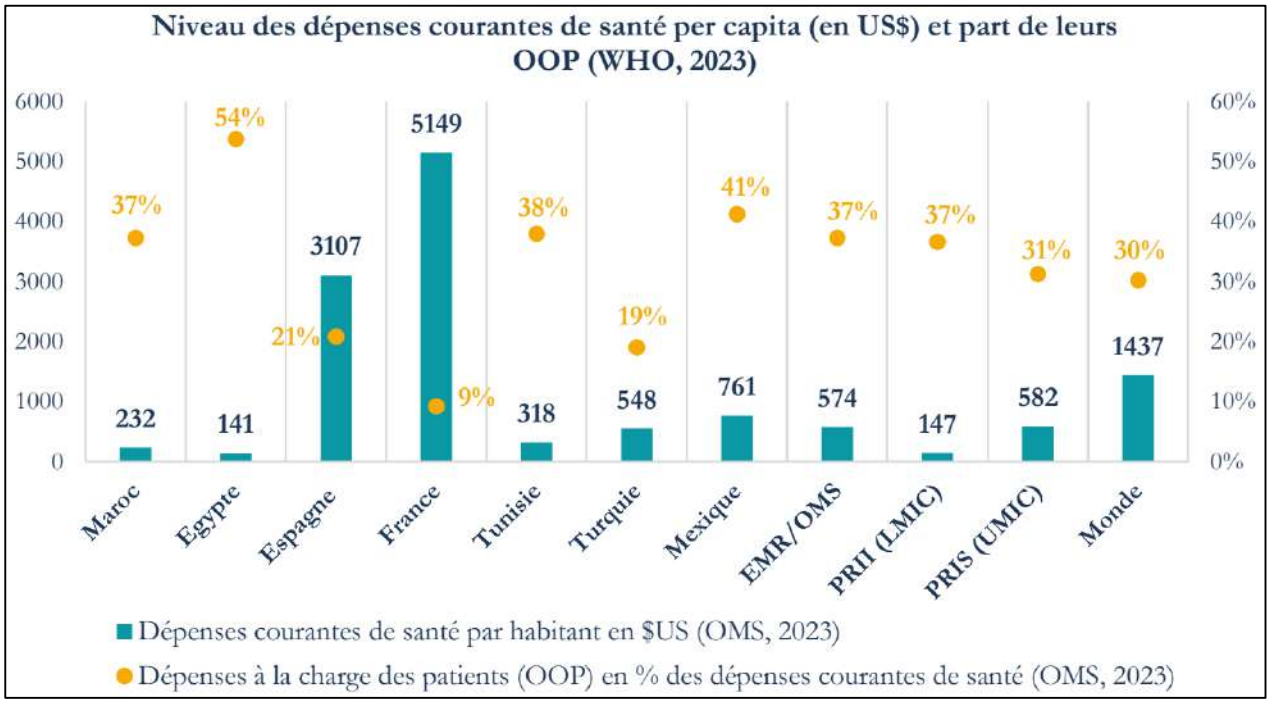
Même avec cette amélioration significative, les dépenses de santé OOP représentent toujours la première source de financement de la santé et de la consommation médicale au Maroc. Les données scientifiques montrent qu'au-delà d'un seuil de 25% comme niveau de dépenses, les OOP exposent les personnes à des dépenses catastrophiques ou à des dépenses d'appauvrissement. Cette situation est corroborée par le niveau de la part du reste à la charge (RAC) des assurés dans l'AMO qui dépasse 30%, quel que soit le régime d'AMO et quel que soit l'organisme gestionnaire de l'AMO. Ce niveau de dépenses OOP montre que l'abordabilité

[8]https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-(oop)-per-capita-in-us

collective aux soins au Maroc pourrait être compromise. D'abord parce que la part des dépenses OOP dans les DCS est élevée (quelle que soit la définition adoptée) et puis en raison même de l'insuffisance des DCS per capita estimées à 232 US$ habitant (Figure 15). Ainsi, malgré l'importance de leur part dans les DCS (37% en 2023), les dépenses de santé OOP nominales per capita restent faibles (87 US$). C'est pour cela qu'elles n'influencent pas l'abordabilité individuelle ou immédiate (ci-dessous analysée).

Trois conditions doivent être réunies pour que l'abordabilité soit compromise : des OOP excessifs, une faible capacité financière des ménages et l'absence de mécanismes de prépaiement permettant de répartir suffisamment les risques.

Figure 15. Niveau des dépenses de santé OOP en % des dépenses courantes de santé au Maroc en comparaison avec des pays et régions.

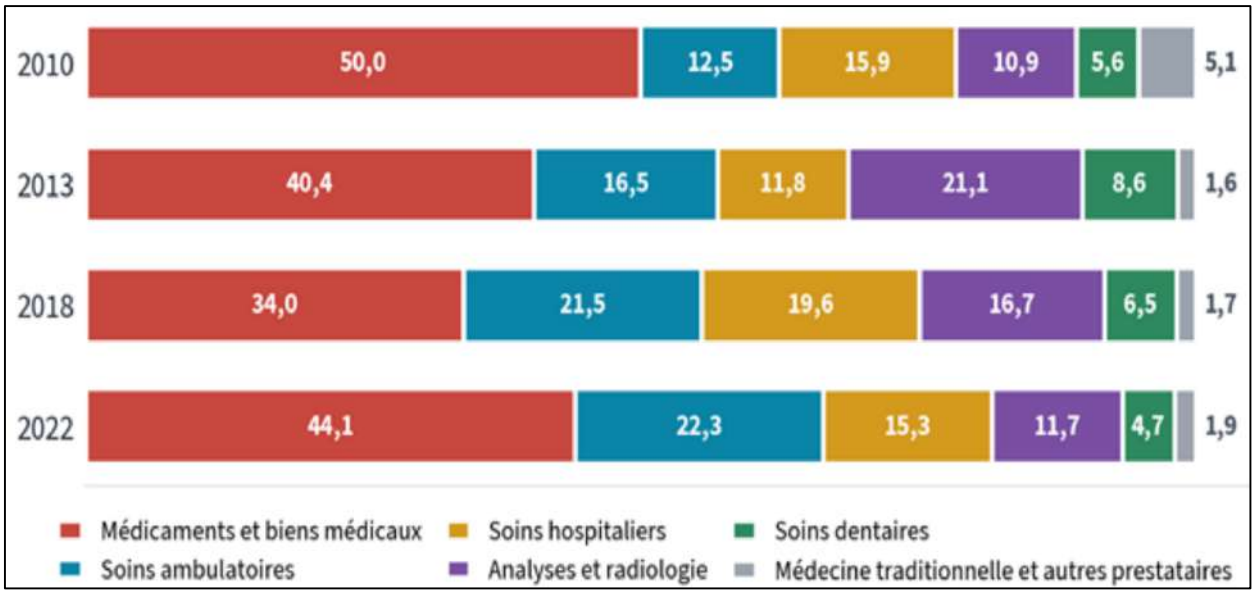


Au rythme actuel d'évolution des sources de financement, le Maroc ne pourra espérer ramener ses dépenses OOP en dessous du seuil de 25% à l'horizon de 2030. Une cible nationale réaliste à cet horizon ne devrait pas dépasser 30% pour cet indicateur. Dans tous les cas, le niveau des dépenses OOP devrait être monitoré comme enjeu de politique publique dans le cadre de la *Commission interministérielle de pilotage de la réforme de la protection sociale*.

Par ailleurs, l'analyse des causes des dépenses directes des ménages (OOP) au Maroc révèle une forte concentration autour de trois postes principaux : les médicaments et les biens médicaux qui représentent la part la plus importante avec **44,1%** du total des dépenses OOP, suivis par les soins ambulatoires avec 22,3% et les soins hospitaliers avec 15,3% (Figure 16). La nouvelle augmentation du poids des médicaments dans les OOP en 2022 ne peut être le fait de l'avènement de la

Covid-19 dont les dépenses ont été entièrement prises en charge par l'Etat. Elle constitue un signal en faveur d'un problème d'abordabilité aux médicaments au Maroc.

Figure 16. Evolution des dépenses de santé OOP au Maroc par type de prestation (MSPS, CNS 2022)



Les prix des médicaments sont élevés dans toutes les régions de l'OMS, obligeant les patients à payer de 3 à 11,5 fois le prix de référence international pour les médicaments génériques les moins chers et plus de 25 fois ce prix pour les médicaments de marque. Le traitement des maladies aiguës et chroniques demeure inabordable dans de nombreuses régions, contraignant les patients à débourser l'équivalent de 0,2 à 37 jours de salaire pour un seul traitement (Oldfield et al. 2025).

Rappelons que les médicaments essentiels sont considérés comme faisant partie intégrante de la couverture sanitaire universelle. L'agenda des ODD a souligné l'importance de « l'accès pour tous à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et abordables » et il lui réservé deux cibles des objectifs de développement durable (ODD 3.8 et ODD3b).

Au Maroc, les médicaments génériques représentent actuellement à peine 41,4 % de la valeur du marché et 50 % de son volume, une part qui devrait atteindre 44 % d'ici 2027 et 46,9 % en 2032 (BMI, 2024). Le niveau de pénétration des génériques dans le marché marocain reste insuffisant et ne facilite pas l'abordabilité des médicaments.

Pour faciliter l'accès aux médicaments, la réforme de santé devrait permettre en priorité de soulager les ménages de leurs dépenses OOP liées aux médicaments estimées par les CNS à 13,68 Milliards DH en 2022. Nous considérons qu'en raison de l'importance du marché pharmaceutique national et sa tendance actuelle, **l'objectif pour 2030 devrait être de dépasser le seuil 1000 DH par hab. comme**

dépense en médicaments contre 557 DH en 2022 (CNS) sur la base d'un financement solidaire (AMO ou financement gouvernemental) ; ce qui devrait être réalisé moyennant une croissance annuelle de près de 10%. Ce niveau de croissance a déjà été enregistré durant les deux décennies précédentes (CNS 2001-2022), au moment où il était de 12% entre 2018 et 2022. L'effet de la généralisation de l'AMO est susceptible d'accroitre la demande et la consommation des médicaments.

Toutefois, pour promouvoir un accès durable aux médicaments, il faut orienter cet effort financier vers cinq domaines cruciaux en matière de politique pharmaceutique: le financement d'un panier de médicaments essentiels, l'abordabilité des médicaments essentiels notamment à travers la promotion des génériques, la garantie de leur qualité et de leur sécurité, la promotion de leur utilisation optimale et le développement des médicaments essentiels manquants, notamment ceux liés à la prise en charge des MNT (Wirtz et al. 2017).

3.2. L'indice d'abordabilité aux soins

Dans ce travail, *l'indice d'abordabilité aux soins (IAS)* est défini comme le rapport entre les *dépenses de santé OOP par habitant* et le *revenu disponible brut des ménages* (RDBM) par habitant (ou tout simplement OOP/RDBM).

Le RDBM (*Gross disposable household income*) correspond à la somme que peut dépenser ou épargner un ménage ou une personne après le paiement des impôts et des cotisations sociales (y compris l'AMO). C'est un concept proche de celui de revenu tel qu'il est généralement compris en économie. Ses valeurs sont produites annuellement par le Haut-Commissariat au Plan (HCP) dans le cadre des *Comptes nationaux des secteurs institutionnels*.

L'indice d'abordabilité aux soins se présente ainsi comme un indicateur de l'impact des dépenses de santé OOP sur la capacité des ménages à payer les biens et services de santé eu égard à leur capacité globale de dépense.

$$\textbf{IAS} = \frac{\textit{Dépenses de santé OOP par habitant}}{\textit{Revenu disponible brut des ménages par habitant}} \times \mathbf{100}$$

Au Maroc l'IAS est estimé à 3,4% en 2022 contre 3,9% en 2018, ce qui constitue une amélioration en matière d'abordabilité aux soins. Au cours de cette période, le RDBM a connu une augmentation nominale (24,2%) beaucoup plus importante que celle des dépenses de santé OOP (7,5%), d'où la réduction de l'IAS (Tableau 3). Rappelons que cette période a connu la crise de la pandémie de la Covid-19 et l'Etat s'est beaucoup investi financièrement dans le secteur de la santé. De même la consommation a été réduite du fait de la longue période de confinement.

Tableau 3. Evolution de l'indice d'abordabilité des soins au Maroc

	2018	2022	Variation en %
Dépenses de santé OOP par habitant en DH	**789**	**848**	**7,5%**
Revenu disponible brut des ménages par habitant en DH	**20279**	**25184**	**24,2%**
Indice d'abordabilité aux soins en %	**3,9%**	**3,4%**	**-13,4%**

Sources des données : HCP (2025) et MSPS (CNS, 2022)

Bien que l'indice d'abordabilité des soins (IAS) ne soit pas un indicateur d'usage courant (ce qui explique l'absence de normes internationales), sa lecture fournit un repère analytique essentiel. Un IAS de moins de 5% indique un niveau d'abordabilité acceptable, un IAS entre 5 et 10% est compromettant pour l'abordabilité et un IAS de plus de 10% traduit une menace à l'abordabilité des soins. Ces valeurs sont présentées comme des seuils exploratoires proposés sur la base d'expériences en dehors du secteur de la santé. Dans tous les cas, l'IAS doit impérativement être croisé avec d'autres marqueurs de l'abordabilité des soins, en particulier les dépenses totales de santé par habitant, et la part des dépenses directes des ménages dans les dépenses courantes de santé (OOP/DCS).

Dans le contexte de la généralisation de l'AMO, de développement de l'offre de soins et de manque de révision de la TNR, il faut veiller à ce que l'abordabilité des soins pour les ménages soit préservée (< ou = 5%) pour leur éviter de puiser sur leur épargne ou sur la consommation d'autres besoins essentiels. Les résultats d'une étude récente réalisée par Bank al Maghrib (Loukili, 2025), portant sur la relation entre la couverture d'assurance maladie et le comportement d'épargne des ménages au Maroc, ont révélé que l'accès à une assurance maladie est associé à une diminution de l'épargne des ménages, en particulier parmi les groupes vulnérables tels que les familles à faible revenu, les ménages ruraux et les ménages dirigés par des femmes. Ces résultats suggèrent que *la couverture d'assurance maladie pourrait influencer l'épargne de précaution*, ce qui présente un intérêt dans le cadre des réflexions sur l'abordabilité aux soins et la protection financière.

Il ressort de cette analyse qu'au niveau agrégé, l'IAS ne met pas en évidence une dégradation de l'abordabilité immédiate entre 2018 et 2022, même si l'importance des dépenses OOP réduit l'épargne de précaution des ménages. Cette lecture doit toutefois être interprétée avec prudence et croisée avec les indicateurs de protection financière et leur distribution selon le niveau socio-économique.

À RETENIR

Malgré l'augmentation rapide du volume de financement de la santé au Maroc, les ménages continuent à constituer le premier financeur des soins avec 38% de part dans les dépenses totales de santé en 2022. Ce niveau excessif de dépenses OOP compromet l'abordabilité collective et durable aux soins (protection financière). La généralisation de l'AMO est le mécanisme le plus efficace pour réduire les dépenses de santé des ménages. Toutefois, pour réduire les dépenses à la charge des ménages et protéger leur capacité durable à payer les biens et les services de santé, elle doit être accompagnée par un renforcement du financement collectif et par la mise à jour du panier de soins et de la liste des médicaments remboursables sur la base de mécanismes d'achat stratégique des prestations fondés sur des données probantes et respectant l'espace fiscal national.

4. Quel horizon pour la protection financière en santé au Maroc ?

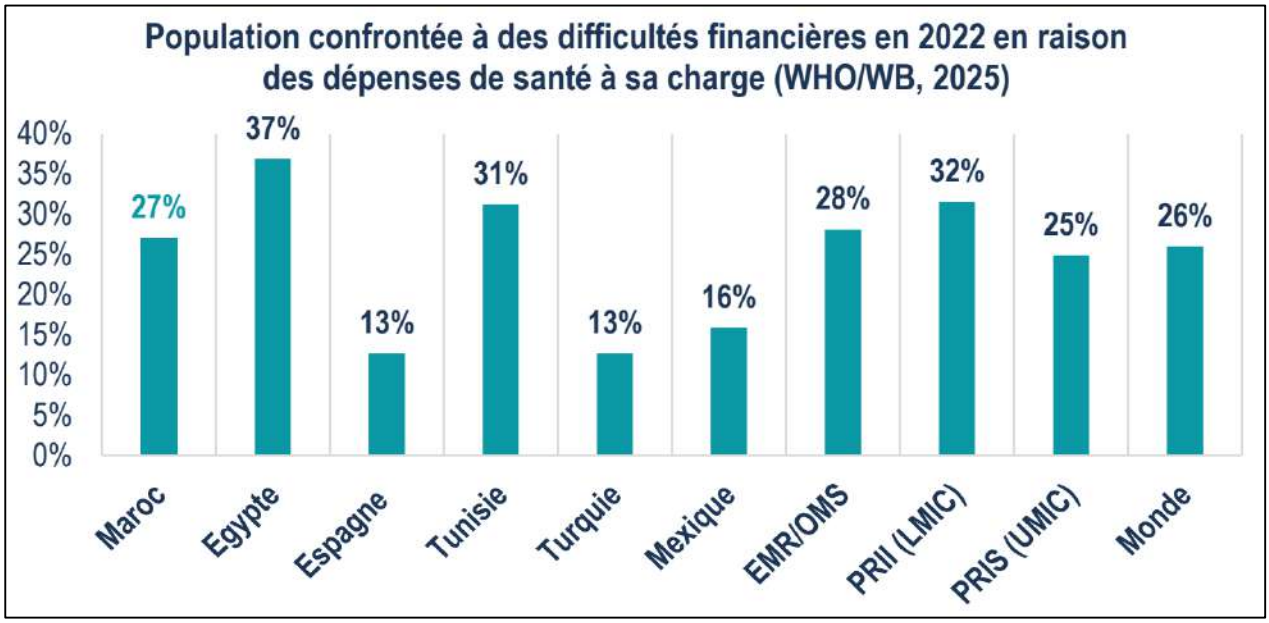
Les systèmes de santé offrent une protection financière appropriée lorsque les dépenses de santé n'entraînent pas de difficultés financières pour les personnes. Toutes les dépenses de santé OOP n'engendrent pas nécessairement des difficultés financières parce que l'incapacité à payer les soins est parfois marginale. Il faut pour cela que les dépenses des ménages soient assez excessives pour créer une difficulté financière pour le patient ou le dissuader de recourir aux soins. Les ménages les plus modestes et ceux qui doivent financer des traitements de longue durée, comme les médicaments pour les maladies chroniques, sont particulièrement vulnérables. Un manque de protection financière peut réduire l'accès aux soins, détériorer l'état de santé, aggraver la pauvreté et exacerber les inégalités socio-économiques et sanitaires. La protection financière est compromise lorsque le financement de la santé dépend trop des dépenses de santé OOP (OCDE, 2025).

Comme il a été précisé ci-dessus, le suivi mondial des difficultés financières dans le cadre des ODD se faisait depuis 2017 sur la base de deux indicateurs proposées par l'OMS et la Banque mondiale : les *dépenses de santé catastrophiques et appauvrissantes*. Depuis 2025, ces deux indicateurs ont fusionné dans un indicateur unique : *La proportion de la population confrontée aux difficultés financières* (*Financial hardship*).

4.1. Niveau des difficultés financières en santé au Maroc

La part de la population confrontée aux difficultés financières au Maroc a été estimée en 2022 à 27%, contre 37% en Egypte, 31% en Tunisie et 13% en Turquie (Figure 17). Au-delà des comparaisons internationales et ce que l'on peut en tirer, cette proportion signifie que près de 10 millions de marocains vivent des difficultés financières liées à la mauvaise santé (WHO/WB, 2025).

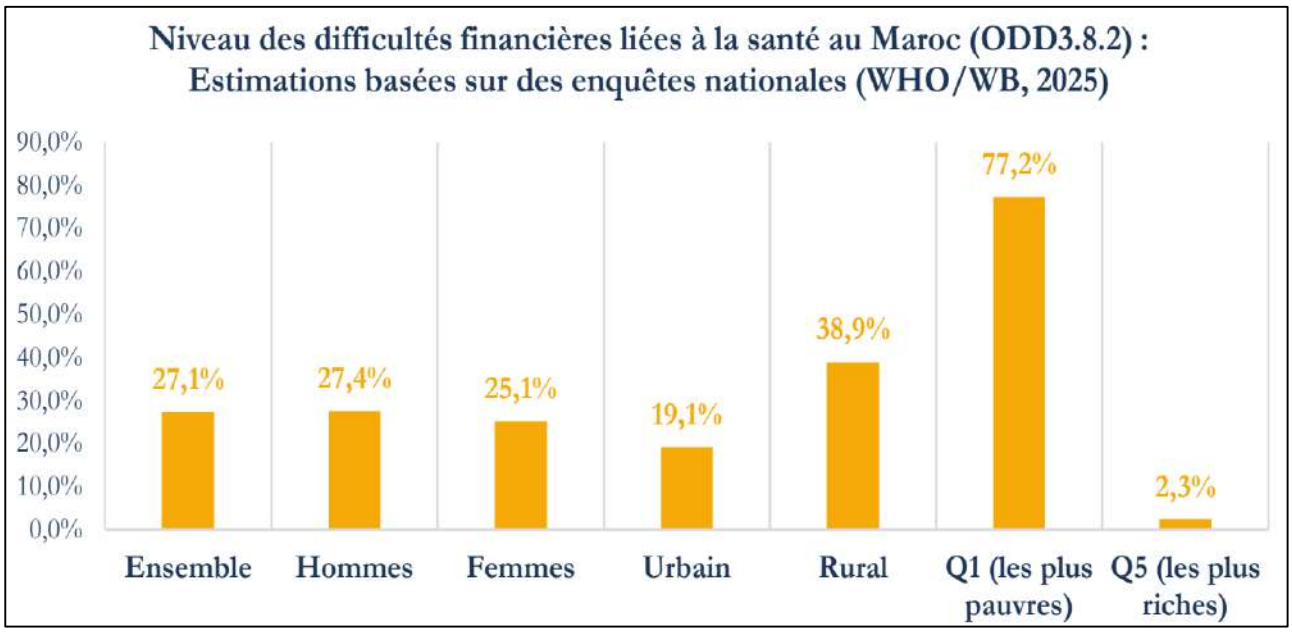
Figure 17. Niveau des difficultés financières en santé au Maroc en comparaison avec des pays et régions



4.2. Répartition du niveau des difficultés financières

L'analyse des données de l'OMS et la BM relatives aux difficultés financières au Maroc (2022) montre qu'elles sont légèrement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Elles sont également deux fois plus fréquentes en milieu rural (38,9%) qu'en milieu urbain (19,1%) ; et 34 fois plus fréquentes chez les plus pauvres (Q1) que chez les plus riches (Q5) (Figure 18).

Figure 18. Répartition du niveau des difficultés financières en santé au Maroc (2022) selon le genre, le milieu et le statut socioéconomique



Ces données sont corroborées par trois faits nationaux :

i. Le poids des dépenses de santé OOP dans les dépenses totales de santé qui est de 38% (MSPS, CNS 2022). Rappelons que ce type de dépenses constitue la principale cause des difficultés financières ; et que quand il dépasse 25% il peut causer des dépenses de santé catastrophiques ou appauvrissantes.
ii. Le niveau de la pauvreté qui s'établit au Maroc à 3,9 % et 12,7 % respectivement pour la pauvreté absolue et la pauvreté relative ; associé à un indice de Gini de 0,41 qui indique une inégalité de niveau de vie (HCP, 2022)[9].
iii. La forte prévalence des maladies non transmissibles (MNT) dont la mortalité et le fardeau des maladies représentent respectivement 87% et 79% (GBD, 2023)[10]. Dans les PRFI, comme le Maroc, des dépenses de santé catastrophiques ont été constatées chez plus de 60 % des patients atteints de MNT. Chez les patients atteints de MNT, l'absence d'assurance maladie multiplie par 2 à 7 le risque de dépenses de santé catastrophiques à leur charge (Jan et al. 2018).

Bien que ces difficultés financières liées à la santé se rapportent à des causes structurelles et multidimensionnelles, la réforme de santé actuelle peut contribuer à y remédier à travers deux grandes actions :

i. **Réduire la part des dépenses OOP dans les dépenses totales de santé à moins de 30% en 2030 contre 38% actuellement.** Ceci passera nécessairement par une révision du panier de soins pour l'aligner avec le fardeau actuel des maladies en donnant la priorité au recouvrement des prestations des soins de santé primaires qui sont accessibles à tous, la prise en charge des MNT prévalentes, l'extension de la liste des médicaments remboursables et la révision de la TNR pour réduire le RAC. Pour s'assurer que l'achat des prestations est soutenu par des données probantes, la mise en place d'un mécanisme d'évaluation des technologies de la santé (*Health technology assessment*) à la Haute autorité de la santé (HAS) peut s'avérer très utile, comme cela est recommandé par l'OMS et est d'usage dans la majorité des pays ayant une tradition d'assurance maladie généralisée.
ii. **Augmenter le financement de la santé pour atteindre un niveau de dépenses totales par habitant de près de 3000 DH à l'horizon 2030 contre 2227 en 2022.** Ce niveau de financement peut être atteint en augmentant les ressources de l'AMO (augmentation des cotisations ou leur déplafonnement par exemple), ou en diversifiant les sources de financement public.

[9]https://www.hcp.ma/Pauvrete-vulnerabilite_r493.html
[10]https://ghdx.healthdata.org/gbd-2023

Pour cela le monitoring de ces deux indicateurs reste indispensable pour apprécier les progrès réalisés et corriger les écueils éventuels.

À RETENIR

Selon les données de l'OMS et de la Banque mondiale, 27% des marocains vivent des difficultés financières liées à la mauvaise santé. 6,6% sont poussés à la pauvreté. Cette situation est prépondérante en milieu rural et chez les plus pauvres. La réforme de santé est le principal espoir pour ces personnes pour ne pas aggraver leur situation de précarité ou les faire renoncer aux soins.

Les gains sanitaires escomptés de la réforme

Parmi les indicateurs admis comme mesures des résultats de santé de la population, nous avons opté pour une analyse basée sur deux indicateurs synthétiques directement liés à la santé de la population : la mortalité prématurée et le fardeau des maladies évité (DALYs). Nous avons également évalué les progrès nationaux enregistrés dans la réalisation des cibles sanitaires de l'ODD3 relatif à la santé, d'abord parce qu'elles sont conditionnées par l'accès aux soins et l'abordabilité des services de santé, parce qu'elles sont associées au développement et puis parce qu'elles obligent le Maroc au même titre que tous les pays du monde ayant souscrit à l'Agenda des ODD.

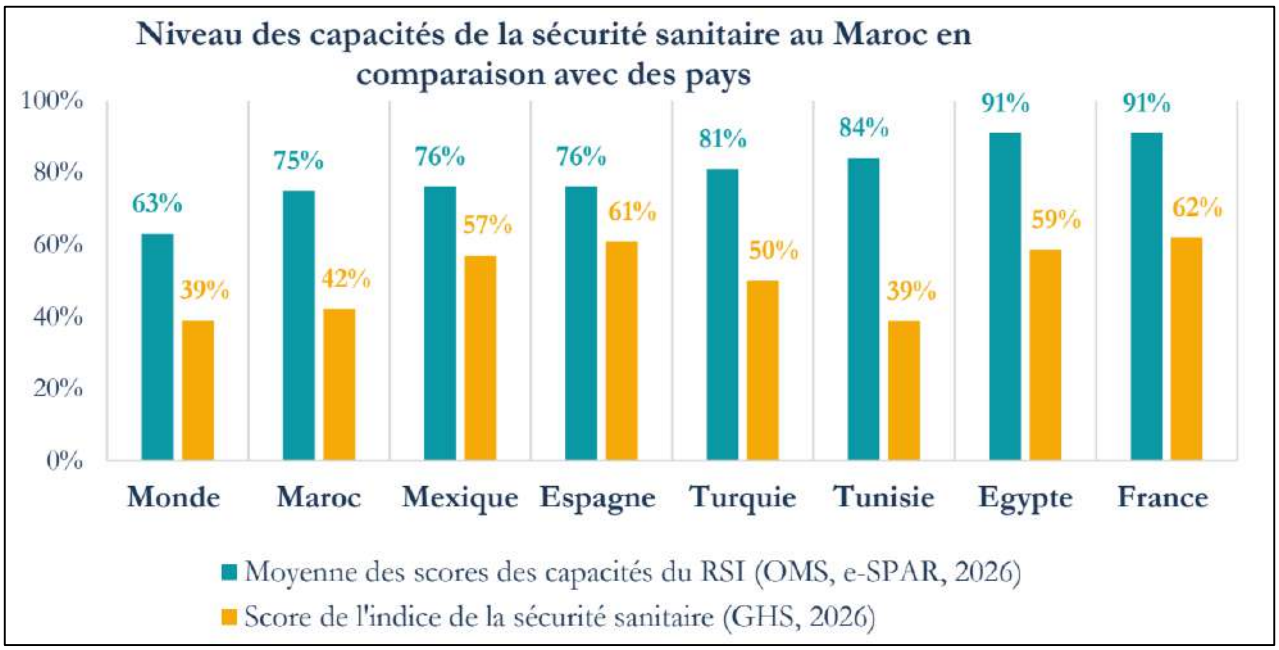
1. Gains en termes de sécurité sanitaire

Selon les évaluations de l'OMS, la moyenne des scores des 15 capacités requises du Règlement Sanitaire International (RSI) au Maroc est estimée par l'OMS (2026)[11] à 75% contre 65% à la région EMR/WHO et 63% au niveau mondial. Toutefois, la comparaison de cette performance à d'autres pays montre qu'une marge de progression existe (Figure 17).

Le même constat s'impose lorsqu'on croise ces données avec celles de *l'Indice de sécurité sanitaire mondiale*, qui constitue une autre évaluation comparative de la sécurité sanitaire et de ses capacités connexes. En effet, dans leurs dernières éditions (2022 et 2026 Afrique)[12], les rapports relatifs à cet indice affichent un score pour le Maroc de 42 % contre 39% au niveau mondial. Les pays qui ont les meilleures performances dans les *scores des capacités du RSI* se positionnent de la même manière dans les scores de *l'indice de la sécurité sanitaire* sauf pour le cas de la Tunisie (Figure 19).

[11] https://extranet.who.int/e-spar/
[12] https://ghsindex.org/

Figure 19. Niveau de la sécurité sanitaire au Maroc



Par ailleurs, les enseignements tirés de la pandémie de la Covid-19 mettent en évidence la vulnérabilité des systèmes de santé face aux crises majeures, même dans les pays à revenu élevé. Entre 2019 et 2021, le Maroc a enregistré une surmortalité de 12,6 %, contre 17,2 % à l'échelle mondiale (GBD, 2023). La pandémie a également entraîné d'importantes perturbations dans l'accès aux soins et la continuité de plusieurs services de santé. La crise de la Covid-19 ne constitue pas toutefois un événement isolé. Depuis 2007, année d'entrée en vigueur du RSI actuel, elle représente la sixième urgence de santé publique de portée internationale déclarée par l'OMS. Les systèmes de santé sont ainsi appelés à faire face à des situations d'urgence de plus en plus diverses et récurrentes. En 2022, l'OMS a répondu à 54 urgences sanitaires, dont 13 urgences de grade 3, et a déclaré une nouvelle urgence de santé publique de portée internationale liée à la variole du singe (*Monkeypox*). Selon l'OMS (WHO, 2021a), la plupart des pays sont susceptibles de connaître une situation d'urgence de grande ampleur environ tous les cinq ans.

Cette exposition aux risques ne se limite pas aux flambées épidémiques. Au cours des deux dernières décennies, le monde a également connu une augmentation importante des catastrophes naturelles majeures, dont les conséquences humaines, sociales et économiques ont été considérables. À l'échelle mondiale, les pertes annuelles associées au risque de pandémie sont estimées à environ 6 % des revenus annuels mondiaux (UNDRR, 2021). Une crise sanitaire majeure peut ainsi entraîner, à elle seule, un recul de plusieurs années en matière de développement.

Face à cette évolution des menaces, le RSI fait l'objet d'un processus d'actualisation continue, afin de renforcer son adaptation aux nouveaux risques et aux évolutions de l'environnement sanitaire mondial. Parallèlement, l'OMS a développé de

nouvelles approches et de nouveaux outils destinés à renforcer la sécurité sanitaire et à accompagner les pays dans leurs efforts d'anticipation, de prévention et de gestion des situations d'urgence. Parmi ces dispositifs figurent notamment l'approche multirisque STAR, l'approche multisectorielle One Health, ainsi que la cartographie des ressources et l'analyse de l'impact des investissements dans la sécurité sanitaire (REMAP).

Dans ce contexte, et compte tenu du fait que les conséquences des crises dépassent largement leurs seuls effets sanitaires immédiats, **le renforcement de la résilience du système national de santé face aux situations d'urgence s'impose comme un enjeu stratégique majeur.** Il ne s'agit plus uniquement de répondre aux crises lorsqu'elles surviennent, mais de disposer, en permanence, d'un système capable d'anticiper les menaces, d'absorber leurs impacts, d'assurer une réponse efficace et de maintenir la continuité des services essentiels. À cet égard, le renforcement et le maintien dans la durée des capacités nationales évaluées dans le cadre du RSI constituent un levier essentiel de préparation et de sécurité sanitaire, avec l'ambition de le maintenir durablement un niveau de capacités supérieur à 80 %.

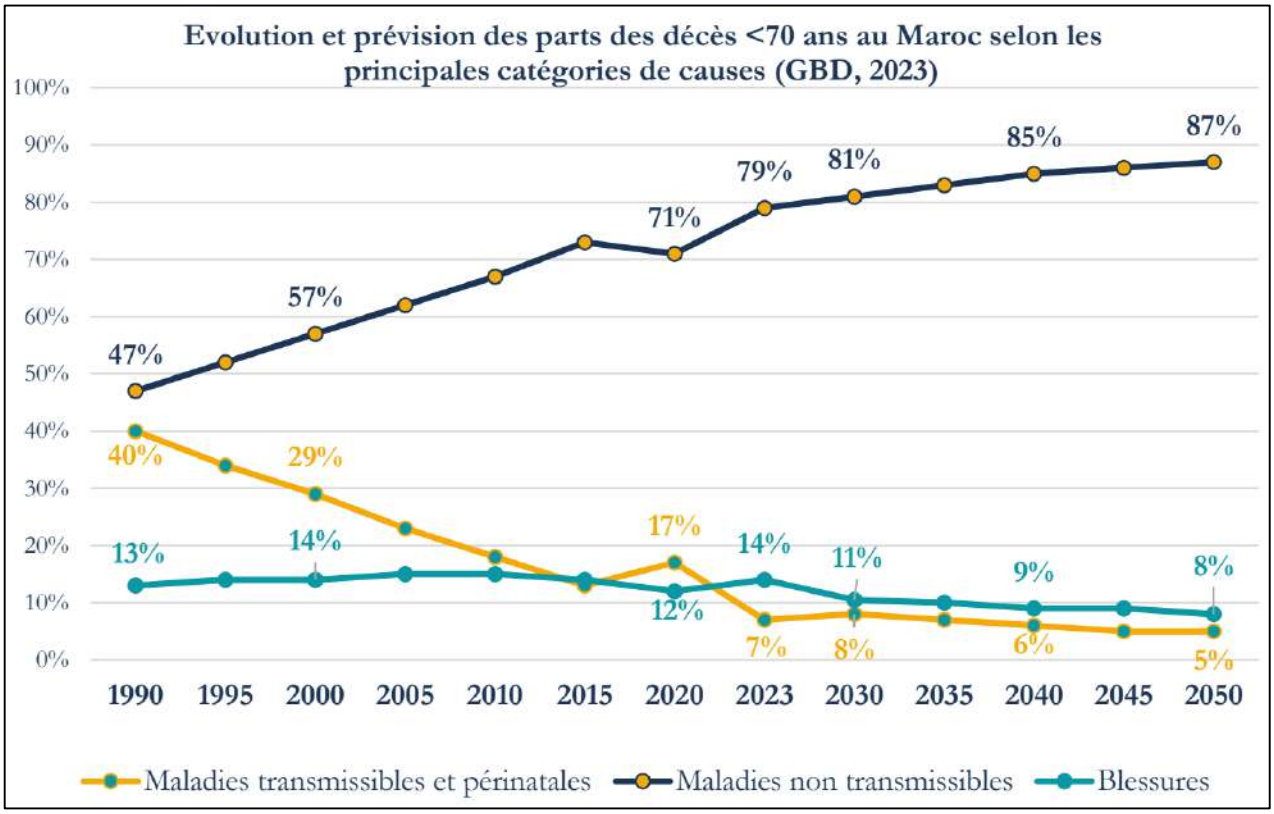
2. Gains en termes de réduction des mortalités et des morbidités

2.1. Évolution de la mortalité prématurée

La mortalité des moins de 70 ans est passée au Maroc de 421 décès pour 100k hab. en 2000 à 377 en 2023, enregistrant ainsi une régression de 10,5%. Elle a connu toutefois une augmentation conjoncturelle durant les années 2020 et 2021 en rapport avec l'avènement de la pandémie de la Covid-19. Cette tendance va se poursuivre selon les données de *l'Institute for health metrics and evaluation* (IHME) qui rapportent un taux de 323 décès de moins de 70 ans prévu pour 2030 (Figure 20).

Cette régression est concomitante des progrès importants enregistrés dans la lutte contre les maladies infectieuses et en santé maternelle et infantile, qui ont fortement contribué à la transformation du profil de mortalité. La figure 20 illustre cette évolution et montre bien que le Maroc vit une transition épidémiologique accélérée. Notons que pour la première fois au Maroc, la part des maladies transmissibles et périnatales dans la mortalité prématurée (<70ans) est en dessous de celle des blessures et les MNT représentent déjà 79% des causes de décès de moins de 70ans contre 57% en 2000. Cette situation devrait perdurer en dehors de toute menace de santé publique qui risquerait de modifier cette structure de mortalité comme ce fut le cas lors de la pandémie de la Covid-19 durant les années 2020 et 2021.

Figure 20. Evolution et prévision de la part des grandes causes de mortalité prématurée (Décès de moins de 70 ans) au Maroc (GBD 2023, IHME 2025)



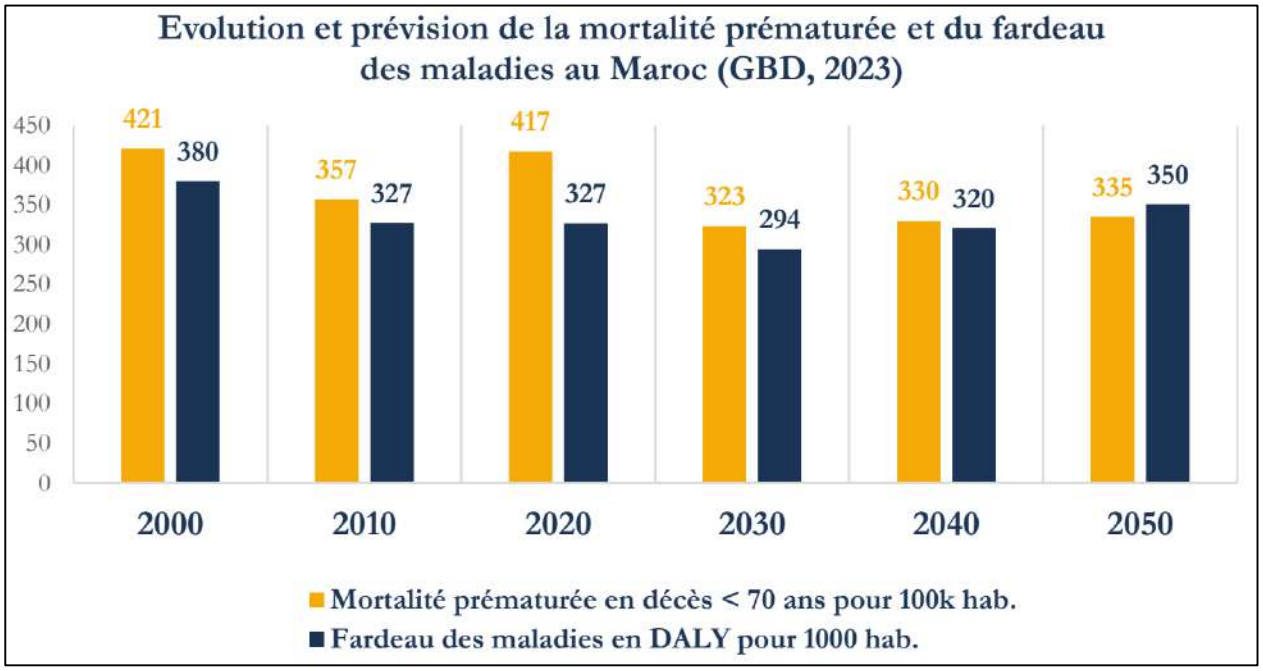
Par ailleurs, l'amélioration enregistrée dans la réduction de la mortalité prématurée (<70 ans) au Maroc reste menacée par l'expansion des MNT et leurs conséquences fatales. Les prévisions de l'IHME enregistrent une recrudescence de la mortalité prématurée à partir de 2030 pour atteindre 335 décès <70 ans à l'horizon de 2050 contre 323 en 2030. Ce qui traduit une stagnation de l'évolution de cet indicateur sanitaire sur une longue période (Figure 21).

2.2. Évolution du fardeau des maladies

Au Maroc, le fardeau des maladies est estimé à 324 DALYs (Années de vie ajustées par l'incapacité) pour 1000 habitants en 2023 contre 380 en 2000, soit une réduction de 15%. Une tendance à la recrudescence de ce fardeau est prévue après 2030 selon les dernières données des études *Global burden of disease* (GBD, 2023)[13], à cause de l'expansion des maladies non transmissibles (Figure 21)

[13]https://ghdx.healthdata.org/gbd-2023

Figure 21. Evolution et prévision de la mortalité prématurée et du fardeau des maladies au Maroc (IHME, 2025)



Ainsi, l'amélioration durable de la santé de la population marocaine, en termes de réduction des mortalités prématurées ou de la charge des maladies, dépendra de la capacité des autorités sanitaires à contrer deux obstacles majeurs à la réussite de la réforme de santé : l'expansion des MNT et les menaces de santé publique. Outre le renforcement des capacités nationales de sécurité sanitaire, la concrétisation du *triple objectif* de la réforme de santé exigera des mesures ciblées. Pour le contrôle des MNT, deux leviers internationaux se distinguent par leur bon rapport coût/efficacité : *l'approche NCD Best buys et le renforcement des WHO PEN (WHO's Package of Essential Non communicable Disease) en première ligne de soins*. Ces deux leviers devraient être priorisés par la HAS dans sa mise à jour du panier de soins de l'AMO.

À RETENIR

Au Maroc, il y a une tendance à l'amélioration des résultats de santé qui se poursuit depuis plusieurs années. Cette tendance se trouve menacée par l'expansion des MNT et des menaces potentielles de santé publique. Le renforcement des capacités du Maroc dans ces deux domaines est nécessaire pour pouvoir faire profiter les marocains des bienfaits de la réforme de santé.

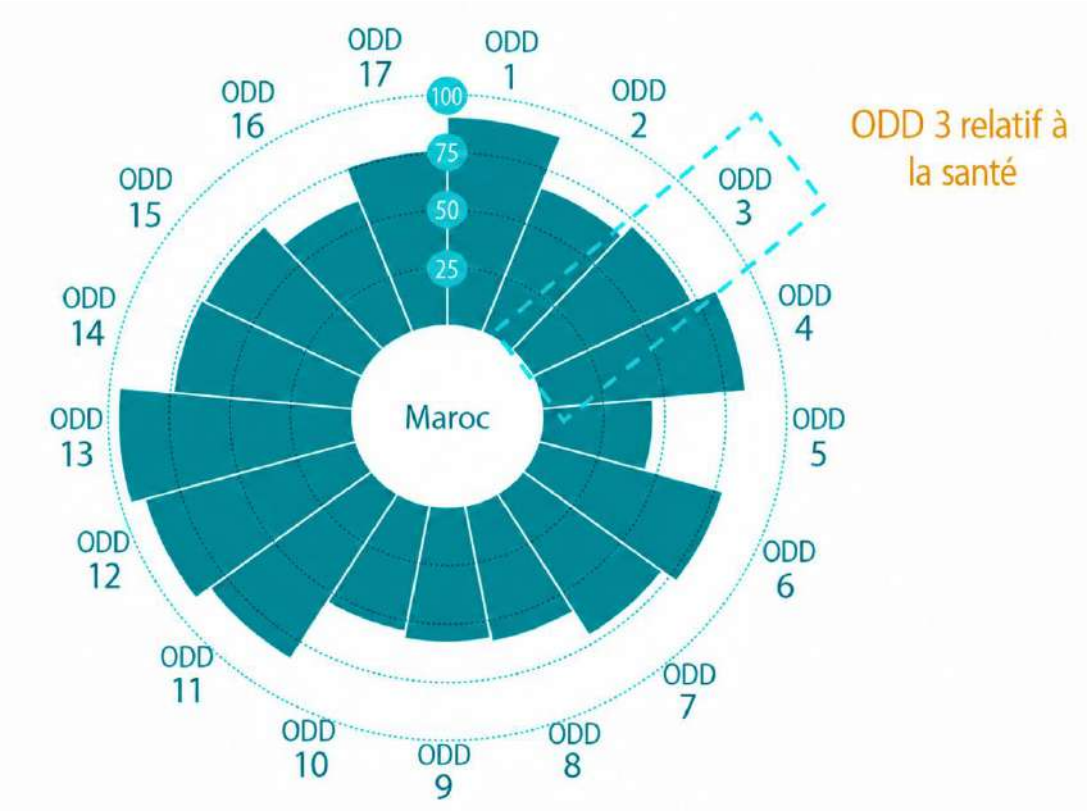
3. Où en sommes-nous dans nos engagements pour les ODD de santé ?

Dans ce cadre, il faut saluer l'effort du MSPS dans la formalisation du suivi des progrès nationaux en matière d'ODD à travers la publication de deux rapports nationaux sur la mise en œuvre de l'ODD3. Ces deux rapports encadrent l'avènement de la pandémie et font le lien entre les cibles ODD3 et les programmes d'action nationaux.

Pour ne pas reprendre la même analyse, nous avons veillé à apporter un éclairage différent et synthétique sur le progrès du Maroc en matière de réalisation des cibles de l'ODD3. Nous avons également utilisé les valeurs normalisées des indicateurs (en les rapportant à 100%) pour faciliter leur interprétation pour les non spécialistes de la santé.

Notons tout d'abord que le Maroc enregistre de façon globale des progrès significatifs dans le cadre de l'agenda des ODD. Son indice global ODD pour 2025 est de 72% contre 65,7% dans la région MENA et 69% au niveau mondial. Avec ce score le Maroc occupe le rang 68 sur 169 pays contre un rang de 77 lors du lancement de l'Agenda en 2015 (NU, 2026). La figure 22 montre les performances nationales pour chacun des ODD.

Figure 22. Niveau de performance globale du Maroc par ODD (NU, 2026)

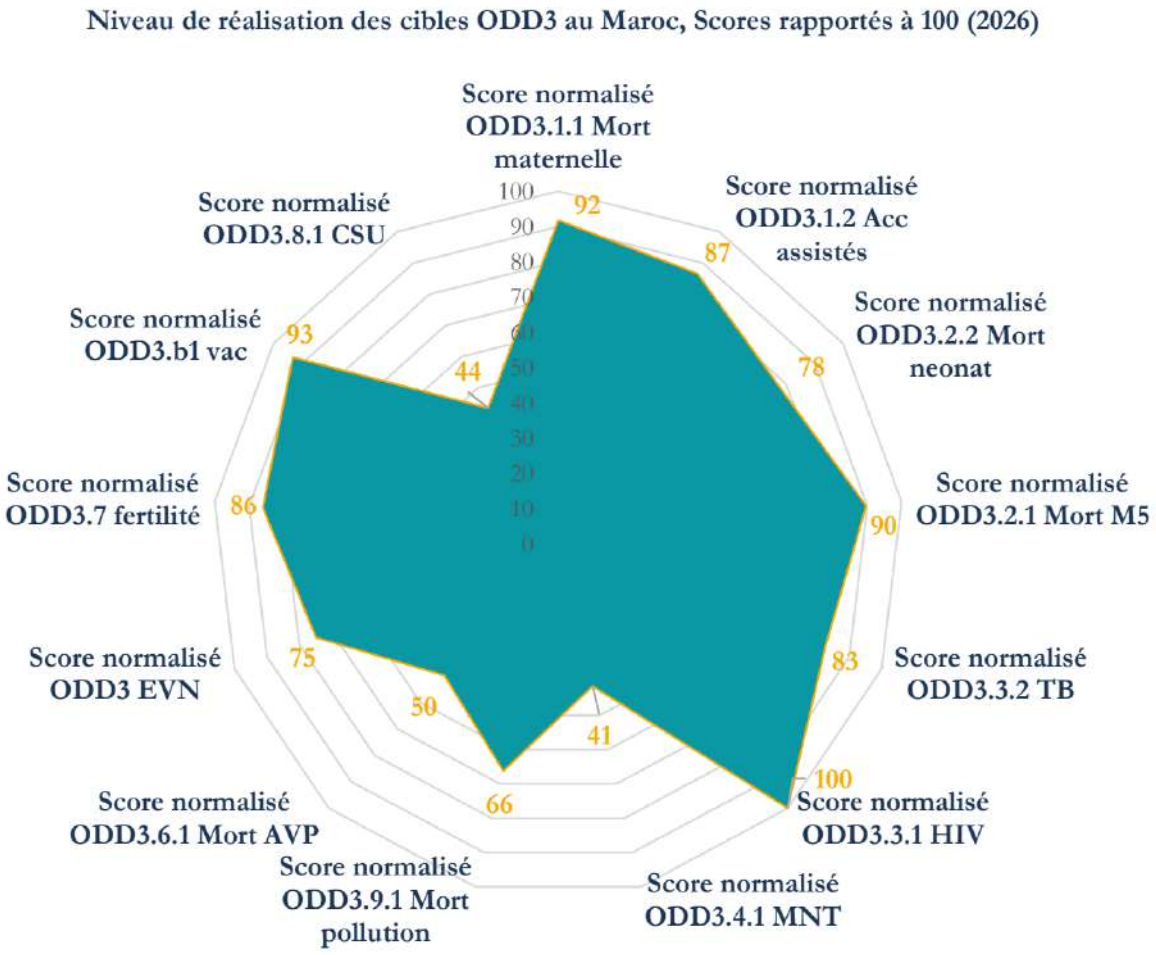


Pour le score de l'ODD3 relatif à la santé, il est estimé à 72,2 % contre 69% en 2015. La figure 23 montre la couverture réalisée par le Maroc pour l'ensemble de ses différentes cibles. Ces données montrent des résultats positifs pour la majorité des indicateurs sauf trois :

- L'indicateur ODD3.8.1 relatif à la *couverture sanitaire universelle* par les soins essentiels de qualité (44% de réalisation de la cible). L'analyse de cet indicateur a fait l'objet du chapitre relatif à l'analyse de l'accès aux soins.
- L'indicateur ODD3.4.1 relatif à la lutte contre la mortalité prématurée liée aux MNT chez les adultes (41% de réalisation de la cible). Ce constat confirme le souci ci-dessus annoncé relatif à la menace des MNT au Maroc.
- L'indicateur ODD3.6.1 relatif à la lutte contre la mortalité prématurée liée aux accidents de la route (50% de réalisation de la cible).

Ces domaines de sous-performance devraient interpeller les décideurs politiques pour envisager de nouvelles stratégies d'actions en lien avec la réforme de santé et l'AMO telle que généralisée.

Figure 23. Cartographie de la couverture des cibles nationales de l'ODD3 relatif à la santé au Maroc avec des scores normalisés (NU, 2026)



La voie vers la couverture sanitaire universelle

1. Les avancées et les facteurs de vulnérabilité

L'analyse développée dans ce travail permet de mettre en évidence **trois avancées majeures** du Maroc vers la réalisation du *triple objectif* et la *couverture sanitaire universelle* :

(i) **Une politique assumée d'accélération de la formation médicale et paramédicale** aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Cette politique commence à produire ses effets sur les flux de professionnels entrant sur le marché des soins ; ce qui permet de réduire progressivement la pénurie patente des ressources humaines de santé que connaissait le Maroc.

(ii) **L'extension et la modernisation de l'offre de soins** soutenue par un programme d'investissement ambitieux du MSPS, par le développement des CHU et par la croissance des hôpitaux privés.

(iii) **Le renforcement du financement collectif de la santé**, notamment à travers la généralisation de l'AMO et l'augmentation du budget du secteur de la santé.

Ces trois avancées correspondent à des investissements durables dans le secteur de la santé à travers le renforcement de son capital humain, son capital physique et son financement solidaire. Elles contribuent ainsi à réduire certains déficits structurels du secteur et à créer des conditions favorables à la résilience et la soutenabilité du système de santé.

Toutefois, l'aboutissement de cet élan reste conditionné par la capacité du système de santé à faire face à quatre **facteurs majeurs et interdépendants de vulnérabilité** :

(i) **L'expansion des maladies non transmissibles** (MNT) qui est soutenue par une transition démographique accélérée. Actuellement les MNT sont responsables de 87% de la mortalité générale au Maroc contre 72% en 2000. Elles représentent également près de 79% du fardeau national des maladies contre 58% en 2000 (GBD, 2023). Cette évolution correspond à une tendance lourde aussi bien au niveau national que mondial.

(ii) **Le risque d'un virage hospitalocentrique de l'organisation des soins** qui se traduit par le développement des CHU et l'émergence d'une industrie hospitalière soutenue par un financement de plus en plus important par des fonds d'investissement privés. En raison de sa double transition démographique et épidémiologique, le Maroc a besoin de développer ses plateformes hospitalières pour accompagner la croissance rapide de la demande de soins

spécialisés. Mais quand cela se fait au détriment du socle des soins de santé primaires, il risque de compromettre l'universalité de l'accès aux soins et de créer une inflation dans les dépenses de santé. Les SSP se trouvent actuellement en perte de vitesse dans un contexte d'attrition de la médecine générale. Il s'avère opportun d'activer les dispositions de l'article 12 de la Loi-cadre 06-22 relatif au parcours soins pour mieux réguler le recours aux soins et promouvoir le généralisme médical. Parallèlement, des mécanismes de maîtrise des dépenses hospitalières doivent être mis en place pour préserver les équilibres financiers de l'AMO.

(iii) **Le poids encore important des paiements directs des ménages** (OOP), dont la part dans les dépenses totales de santé (DTS) est à 38,0 % contre 45,6% en 2018, soit avec une diminution de 7,6 points au cours d'une période qui a connu un effort exceptionnel de financement public en raison de l'avènement de la pandémie de la Covid-19. Même si cet effort financier est consolidé, la part des OOP dans les DTS ne pourra pas passer avant 2030 en dessous du seuil de 25% exigé pour éviter les dépenses de santé catastrophiques ou appauvrissantes, surtout dans un contexte sanitaire et organisationnel caractérisé notamment par la croissance des MNT et un virage hospitalocentrique. Un premier cap de 30% d'OOP devrait être fixé à l'horizon 2030, avant d'envisager son amélioration par la suite.

(iv) **L'insuffisance de la qualité de soins** dont l'importance a été relativisée de par le passé en raison de la primauté accordée alors au droit d'accès aux soins. L'amélioration dans l'accessibilité géographique et financière aux soins qu'a connue le Maroc au cours des deux dernières décennies doit amener les autorités sanitaires à repositionner la qualité des soins comme priorité de santé publique. Son insuffisance risque en effet de ralentir la réalisation de la couverture sanitaire effective et de freiner l'amélioration de la performance du système de santé, notamment ses aspects relatifs à l'efficacité et l'efficience des soins et des services de santé.

Ces quatre facteurs de vulnérabilité sont susceptibles d'infléchir la trajectoire de la réforme et d'en limiter les effets et les résultats.

2. Poser le cap : Un tableau de bord pour la réforme de santé

Les planificateurs et les décideurs politiques marocains sont responsables de faire aboutir la réforme de santé et d'améliorer la performance du système national de santé. Pour cela, ils ont besoin de disposer d'un cadre d'analyse contextualisé et d'indicateurs synthétiques de suivi stratégique.

Le cadre de référence préconisé dans ce travail permet de mettre en exergue trois objectifs majeurs de la réforme de santé au Maroc (*Accès, abordabilité et gains de santé*). Il propose 12 domaines d'évaluation et 15 marqueurs de suivi, constituant ainsi un **tableau de bord stratégique adapté pour le suivi des résultats de la**

réforme. Synthétisé dans le tableau 4, ce dispositif intègre le cadre du *triple objectif* et ses domaines d'évaluation, les valeurs de référence de l'année de lancement de la réforme (2022-2023) ainsi que les cibles proposées à l'horizon 2030 et au-delà, dont les justifications sont développées dans les chapitres dédiés de ce rapport. Malgré leur importance, les marqueurs de suivi de l'efficience ou du costing ne figurent pas dans ce tableau de bord en raison de l'absence de données pour les mesurer. La qualité des soins est illustrée par un indicateur mondial (HAQ index) produit par l'IHME et qui souffre également d'une irrégularité de mise à jour. Ce sont deux limites de ce tableau de bord qui pourront être surmontées dans l'avenir.

Ce tableau de bord peut éventuellement servir de support aux instances de gouvernance de la réforme de santé pour un pilotage stratégique en vue d'orienter les actions correctives, prioriser les interventions et ajuster, lorsque cela est nécessaire, les modalités de mise en œuvre.

A notre connaissance, il s'agit du premier tableau de bord conçu pour la réforme de santé actuelle. Il s'appuie sur une théorie de changement spécifique contextualisée ainsi que sur le cadre normatif de l'OMS et des Nations Unies relatif à la *couverture sanitaire universelle* (CSU).

Tableau 4. Projet de tableau de bord de la réforme de santé au Maroc.

Triple objectif de la réforme	Domaines d'analyse	Marqueurs de suivi des progrès	Situation de référence	Année	Cibles* proposées à l'horizon 2030
Accès aux services de santé essentiels de qualité	Offre de soins	Densité du personnel soignant pour 10k hab.	**28**	2024	**44,5**
		Densité en lits d'hôpitaux pour 10k hab.	**12**	2024	**18**
	Utilisation des services de santé	Nombre de consultations médicales ambulatoires par habitant et par an	**0,89**	2022	**1,5**
		Taux d'admission en hospitalisation en %	**6,4**	2022	**10,0**
	Accès aux services de santé essentiels	ODD3.8.1 en %	**65**	2023	**80**
	Qualité des soins	HAQ index en %	**49**	2019	**60**
Abordabilité	Couverture médicale	Taux de couverture par l'AMO en %	**71**	2022	**95**
	Financement de la santé	Dépenses totales de santé par habitant en DH	**2227**	2022	**3000**
	Capacité à payer les biens et services de santé	Part des OOP par rapport aux dépenses totales de santé en %	**38**	2022	**<30**
		Indice d'abordabilité aux soins en %	**3,4**	2022	**<5**
	Protection financière	ODD3.8.2 en %	**27**	2022	**<15**
Gains de santé	Protection sanitaire collective	Score moyen des capacités du RSI en %	**73**	2022	**80**
	Réduction des mortalités prématurées	Taux des décès de moins de 70 ans pour 100k hab.	**377**	2023	**300**
	Réduction du fardeau des Maladies	Taux des DALY pour 1000 hab.	**324**	2023	**290**
	ODD3	Score de l'indice ODD3 relatif à la santé en %	**72**	2025	**85**

*****Les cibles associent, selon les indicateurs, des seuils de référence internationaux et des cibles analytiques proposées par les auteurs au regard de la situation nationale et des trajectoires observées.*

RECOMMANDATIONS

1. Formaliser politiquement les résultats attendus de la réforme
2. Renforcer la participation citoyenne et le dialogue autour de la réforme de santé
3. Mettre en place un baromètre de la santé pour générer de l'information sur l'expérience des usagers des services de santé
4. Transformer les processus de prise en charge pour réaliser la couverture effective
5. Faire de l'abordabilité aux soins un objectif central de la généralisation de l'AMO
6. Orienter la conception du panier de soins sur la valeur des services de santé
7. Faire de la prospective un outil d'aide à la décision et d'ajustement des réformes sanitaires

L'analyse développée dans ce travail met en évidence des acquis stratégiques à consolider et certaines difficultés à surmonter pour faire aboutir la réforme de santé vers son *triple objectif* et pour progresser plus rapidement vers la *couverture sanitaire universelle* (CSU).

Les recommandations qui suivent revêtent une portée à la fois politique et stratégique**.** Elles visent à renforcer les conditions institutionnelles, organisationnelles et opérationnelles nécessaires à la réussite de la réforme du système de santé en lui permettant d'atteindre le *triple objectif* et de réaliser la CSU. Ces recommandations s'inscrivent ainsi dans une démarche de consolidation des progrès accomplis et d'anticipation des facteurs de vulnérabilité, en veillant à renforcer la cohérence, la soutenabilité et l'impact des politiques engagées. Elles ne constituent pas des mesures isolées, mais un ensemble de leviers complémentaires destinés à soutenir la trajectoire de transformation du système national de santé.

1 RECOMMANDATION 1
Formaliser politiquement les résultats attendus de la réforme

Cette formalisation permettrait de donner à la réforme un référentiel explicite de résultats, de clarifier les ambitions poursuivies et de définir un cap commun pour l'ensemble des acteurs impliqués dans sa mise en œuvre. Le *triple objectif (Accès, abordabilité, gains de santé)* offre à cet égard un cadre structurant pour traduire les ambitions générales de la réforme en résultats observables et mesurables. Son utilisation dans le présent travail a mis en évidence des écarts par rapport aux résultats attendus tout en identifiant les domaines de progrès et de vigilance. Ce qui montre son intérêt pratique en tant qu'outil de pilotage stratégique. **Une telle formalisation contribuerait à passer d'une logique principalement centrée sur les moyens et les activités engagées à une logique davantage orientée vers les résultats et les effets produits au bénéfice de la population**.

Dans cette perspective, le **tableau de bord stratégique** proposé dans le cadre de ce travail pourrait servir de point de départ pour une démarche de construction d'un *tableau de bord institutionnel* de suivi des résultats de la réforme. Il pourrait également constituer un support de dialogue entre les différents niveaux de gouvernance et contribuer à renforcer la redevabilité des acteurs engagés dans la mise en œuvre de la réforme.

Cette démarche pourrait, en outre, être déclinée dans un **cadre de contractualisation** entre l'État et les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST). Le *Triple objectif* pourrait ainsi servir de référentiel commun pour définir les engagements respectifs des parties et inscrire les GST dans une dynamique territorialisée de mise en œuvre de la réforme éclairée par des cibles régionales. La

contractualisation ne porterait alors pas uniquement sur les ressources mobilisées ou les activités réalisées, mais également sur les progrès attendus en matière du *triple objectif* (*accès aux soins, abordabilité aux biens et services de santé et amélioration de l'état de santé)*.

2 RECOMMANDATION 2
Renforcer la participation citoyenne et le dialogue autour de la réforme de santé

Le système de santé ne peut être réformé durablement sans associer ceux qui en vivent quotidiennement les forces et les insuffisances : les professionnels de la santé et les usagers. Pour cela il faut **mettre en place des espaces de dialogue** associant patients, professionnels de la santé, partenaires sociaux, experts et décideurs. Ce cadre de dialogue pourrait s'appuyer sur des mécanismes réguliers de consultation, des conférences citoyennes, des forums régionaux de santé, des conseils d'usagers et des plateformes de recueil des propositions et des réclamations de la population.

Par ailleurs, ces espaces de dialogue doivent être éclairés par la mise à disposition de données probantes sur le système de santé et ses chantiers de transformation. Cet éclairage devrait être également régulier et prendre la forme d'un **reporting annuel**, institutionnel ou non institutionnel, de suivi de la mise en œuvre de la réforme, à côté des indicateurs de suivi de ses cinq domaines d'action. A ce titre, le présent rapport peut servir de premier effort à cet effet.

L'objectif du dialogue à promouvoir n'est pas de rechercher systématiquement le consensus, mais de construire progressivement une compréhension partagée des enjeux et un socle suffisamment large d'adhésion à la réforme de santé. La participation des citoyens et des organisations professionnelles à ce dialogue doit ainsi devenir une composante à part entière de la gouvernance du système de santé. Il s'agit de passer d'une conception de la population comme destinataire de cette réforme à une conception selon laquelle elle devient un partenaire pouvant contribuer à l'amélioration des conditions de sa mise en œuvre. **La réussite d'une réforme de santé ne dépend pas uniquement de la pertinence de sa conception politique et technique ; elle dépend également de la capacité des pouvoirs publics à créer la confiance, à organiser le dialogue et à construire les conditions de son appropriation collective**.

3

RECOMMANDATION 3

Mettre en place un baromètre de la santé pour générer de l'information sur l'expérience des usagers des services de santé

La réussite de la réforme du système de santé suppose de disposer d'informations régulières et fiables sur le fonctionnement du système de santé et sa relation avec les usagers. Il est donc proposé de mettre en place, au sein du Haut-Commissariat au Plan (HCP) ou de la Haute Autorité de Santé (HAS), **un baromètre de la santé** *sous la forme d'une enquête nationale triennale sur la santé***,** qui pourrait s'inspirer des National Health Interview Surveys conduites aux États-Unis par le National Center for Health Statistics.

Ce baromètre de la santé aurait vocation à devenir un instrument permanent d'observation de la santé et du recours aux soins au Maroc. Il permettrait de recueillir, à intervalles réguliers, des données représentatives de la population sur l'état de santé déclaré, le recours aux services de santé, les besoins non satisfaits, les conditions d'accès aux soins, les délais d'attente, les renoncements aux soins, les dépenses supportées par les ménages ainsi que leur perception de la qualité et de l'organisation des services de santé.

Dans ce cadre, une attention particulière devrait être accordée aux deux dimensions déterminantes consacrées par la constitution : *l'accès aux soins et leur abordabilité*. Il faut par ailleurs également prendre en considération les deux perspectives du cadre du *triple objectif* (*perspective institutionnelle et individuelle*). En effet, la santé touche directement la vie quotidienne de l'ensemble de la population. La performance d'un système de santé ne peut pas être appréciée uniquement à partir d'indicateurs d'offre et d'activités.

Le baromètre de la santé devrait ainsi permettre de passer d'un système d'information principalement centré sur l'offre de soins et l'activité sanitaire à un dispositif intégrant davantage le point de vue de la population et des usagers. Il constituerait ainsi un complément aux données administratives, d'utilisation des services de santé, d'assurance maladie et de financement de la santé.

Sur le plan de la gouvernance, la mise en place d'un tel baromètre permettrait également de disposer d'informations régulières qui profiterait à la régulation du système de santé et au pilotage de la réforme actuelle où à d'autres réformes qui s'avèreraient nécessaires. Les pouvoirs publics pourraient ainsi apprécier dans quelle mesure les réformes engagées améliorent effectivement l'accès et l'abordabilité aux soins, ainsi que la confiance de la population dans le système de santé.

4 RECOMMANDATION 4
Transformer les processus de prise en charge pour réaliser la couverture effective

Comme il a été précisé dans ce travail, l'accès aux soins commence par la perception des besoins, se poursuit par l'utilisation appropriée des services de santé et se prolonge par l'effectivité du bénéfice pour les patients. Dans ce sens, l'opérationnalisation du *triple objectif* - améliorer l'accès, garantir abordabilité et produire des gains effectifs et durables de santé - suppose de **porter une attention particulière à ce qui se joue entre les ressources mobilisées et les résultats attendus pour les patients.** La construction d'établissements, le recrutement de professionnels de santé ou la mise en place de nouveaux dispositifs ne garantissent pas, à eux seuls, que les citoyens puissent effectivement accéder, au moment opportun, à un diagnostic pertinent, à des soins de qualité et à une prise en charge continue. Il convient dès lors d'**engager une réorganisation des parcours des patients et une réingénierie des processus de soins** afin de réduire la fragmentation organisationnelle des services de santé, les délais de recours, les obstacles administratifs et les pertes d'efficacité qui peuvent subsister entre l'offre disponible et son utilisation effective.

Cette restructuration des parcours et des processus de soins doit également s'appuyer sur le **développement de la littératie en santé**, afin de permettre aux citoyens de mieux comprendre leurs besoins de santé, de bien s'orienter dans le système de soins et d'utiliser de manière appropriée les services disponibles.

Elle doit enfin intégrer pleinement le **développement du système de santé numérique**, non comme une finalité en soi, mais comme un levier d'équité et d'efficacité permettant d'améliorer l'accès au diagnostic, la coordination entre professionnels, la continuité des soins, le partage de l'information et le suivi des patients.

5 RECOMMANDATION 5
Faire de l'abordabilité aux soins un objectif central de la généralisation de l'AMO

La réussite de la couverture sanitaire ne peut être appréciée uniquement à partir du nombre de personnes affiliées et leurs ayants droit, elle doit également être jugée sur sa capacité à permettre aux ménages d'accéder aux soins sans subir une charge financière excessive ni renoncer aux soins pour des raisons économiques. Pour cela **l'abordabilité des soins doit être un objectif explicite et régulièrement évalué**

de la généralisation de l'AMO, au même titre que l'extension de la couverture de la population.

Dans ce cadre l'abordabilité devrait être appréhendée selon ses deux dimensions complémentaires défendues dans ce travail : *l'abordabilité immédiate et contingente*, qui renvoie à la capacité du ménage, au moment où survient le besoin de soins, à supporter le coût résiduel de la prise en charge sans difficulté financière ni renoncement aux soins ; et *l'abordabilité collective et durable*, qui renvoie à la protection contre les risques de dépenses de santé catastrophiques ou appauvrissantes.

Une attention particulière devrait être portée aux dépenses pharmaceutiques, qui constituent une composante importante des dépenses de santé OOP, à travers l'actualisation régulière et appropriée des listes de médicaments remboursables par l'AMO, la promotion des génériques et des biosimilaires et la mise en place progressive du tiers payant pour les médicaments essentiels et ceux nécessaires à la prise en charge des maladies chroniques prévalentes. Pour les ménages exposés aux risques financiers les plus importants, un plafonnement annuel du reste à charge pourrait être envisagé afin de prévenir les dépenses catastrophiques et le renoncement aux soins.

Parallèlement, la soutenabilité de l'abordabilité des soins doit conduire à **rechercher également une meilleure efficience des dépenses de santé**, afin que l'amélioration de la protection financière des ménages ne puisse pas subir les menaces à la durabilité du financement de la santé. L'évaluation de la réforme devrait ainsi mesurer simultanément le coût effectivement supporté par les ménages et la soutenabilité collective du financement de la santé**.** L'objectif ultime est de **faire de l'AMO non seulement un instrument d'extension de la couverture médicale, mais un véritable mécanisme social garantissant l'accès aux soins et la protection contre les risques financiers de la mauvaise santé**.

6

RECOMMANDATION 6

Orienter la conception du panier de soins sur la valeur des services de santé

La généralisation de l'AMO constitue une opportunité majeure pour repenser simultanément le panier de soins, la tarification nationale de référence (TNR) et les modalités de paiement des prestations, afin de les inscrire dans une logique de création de valeur en santé. Les *services de santé fondés sur la valeur* (*Value-based health services*) constituent un modèle de rémunération des soins alternatif au paiement à l'acte qui prédomine de nos jours (WHO, 2021b). Le paiement exclusivement fondé sur le volume des actes peut favoriser une augmentation de

l'activité sans garantir une amélioration proportionnelle des résultats de santé. D'autres modalités peuvent être progressivement introduites ou expérimentées selon les types de soins et les modalités d'organisation des services. **La combinaison qui bénéficie aujourd'hui des meilleurs retours d'expériences correspond à l'association de la capitation pour les soins primaires, avec des mécanismes de groupements homogènes de diagnostic (DRG) pour les activités hospitalières et des incitations ciblées pour promouvoir la prévention et la qualité des soins.**

L'enjeu dans cette approche n'est pas uniquement de définir ce qui doit être couvert par l'AMO, mais de faire en sorte que la définition et la mise à jour du panier de soins ainsi que les mécanismes de son paiement soient orientés vers des interventions qui répondent le mieux aux besoins de santé de la population et produisent les meilleurs résultats sanitaires dans des conditions d'équité. **La réforme de la généralisation de l'AMO devrait ainsi progressivement passer d'une logique de paiement des volumes et des forfaits d'activités à une logique de paiement des prestations de soins selon leur pertinence, leur qualité et le bénéfice sanitaire qu'elles procurent pour les patients**.

Dans ce sens, les critères de priorisation proposés dans les travaux internationaux sur la CSU incluent comme principaux critères de priorisation notamment le fardeau des maladies, l'équité, la rentabilité (rapport coût-efficacité) et la protection contre le risque financier. Pour encadrer ce processus, la HAS, dont relève cette fonction, devrait mettre en place un cadre explicite de priorisation et d'évaluation des interventions de santé qui repose sur des mécanismes avérés de régulation des dépenses de santé comme les *Commissions nationales de priorisation en santé,* le *système d'évaluation des technologies de la santé* ou les *mécanismes d'achat stratégique dont notamment les services de santé fondés sur la valeur***.**

Par ailleurs, la mise en place de tels mécanismes de changement suppose une infrastructure robuste de données et d'information en santé. **Il est notamment indispensable de disposer d'un dossier médical électronique partagé** et interopérable, permettant de documenter de manière sécurisée et continue le parcours du patient, les diagnostics, les actes réalisés, les prescriptions, les résultats cliniques et les épisodes de soins. Ce dispositif est prévu comme domaine d'action de la réforme actuelle. Accélérer son déploiement en ferait un des piliers de la transformation du système de santé engagée**.**

7

RECOMMANDATION 7

Faire de la prospective un outil d'aide à la décision et d'ajustement des réformes sanitaires

Les changements visés par les réformes de santé s'inscrivent sur des horizons qui dépassent largement les cycles habituels de planification quinquennale et décennale. Ils se trouvent ainsi exposés aux aléas liés aux transformations économiques, sociales, démographiques et politiques, ainsi qu'aux évolutions de la conjoncture internationale, aux changements environnementaux et à l'accélération des innovations scientifiques et technologiques.

Aussi, les résultats de santé ne dépendent pas uniquement de l'accès aux soins. Ils sont également fortement influencés par l'exposition aux facteurs de risque et aux déterminants sociaux de la santé. Les enfants et les adolescents, qui constituent le capital sanitaire de l'avenir, souffrent de plus en plus de troubles qui impactent leur santé (surpoids, usage excessif des écrans, les troubles liés aux jeux vidéo etc.). A ce titre, la santé mentale, en particulier celle des enfants et des adolescents, appelle une attention spécifique. Il est donc souhaitable de **développer des études permettant d'estimer, sur des horizons de vingt à trente ans, le coût de l'inaction, les coûts évités grâce à la prévention et la promotion de la santé et le retour sur investissement des interventions sanitaires**.

Pour toutes ces considérations, il est proposé d'institutionnaliser une démarche de **prospective sanitaire** permettant d'anticiper les évolutions susceptibles d'influencer durablement l'état de santé de la population et la performance du système de santé marocain. Cette démarche reposerait sur **une veille prospective spécifique** et sur les tendances lourdes susceptibles d'avoir des répercussions sur le système national de santé. Cette capacité de veille stratégique pourrait produire périodiquement des **rapports prospectifs**. La prospective devrait ainsi constituer un instrument d'aide à la décision et d'éclairage des choix politiques requis pour le renforcement du système national de santé.

CONCLUSION

Ce travail permet de **retenir un triple objectif pour la réforme de santé au Maroc** : *Améliorer l'accès aux soins essentiels, garantir l'abordabilité aux biens et services de santé et améliorer la santé de la population en générant des gains sanitaires durables*. Ce *triple objectif* confère à la réforme une finalité à la fois explicite et mesurable. Il constitue un cadre structurant d'analyse qui repose sur un **tableau de bord stratégique** qui peut servir au pilotage de la mise en œuvre. Le *triple objectif* permet ainsi d'établir des liens opérationnels entre les domaines d'intervention, les ressources mobilisées et les résultats attendus de la réforme. Cette approche contribue ainsi à clarifier et préciser les modalités de mise en œuvre de la réforme et à favoriser l'adhésion ainsi que la mobilisation des acteurs socioprofessionnels autour de ses orientations et de ses objectifs.

L'application de ce cadre d'analyse a mis en évidence **trois avancées majeures** du Maroc sur la voie de la réalisation de la *couverture sanitaire universelle* (CSU) et du renforcement de la résilience du système de santé. La première concerne le capital humain, avec une accélération de la formation et du déploiement des professionnels de santé sur le marché des soins. La deuxième avancée concerne le développement des plateformes de soins, à travers l'extension et la modernisation de l'offre de soins. Quant à la troisième avancée, elle correspond au renforcement du financement solidaire de la santé, marqué notamment par la généralisation de l'AMO et par une augmentation significative du budget alloué au secteur de la santé.

Ces trois avancées présentent la particularité de correspondre à des investissements durables qui contribuent à réduire les déficits structurels du Maroc en matière de ressources sanitaires et à améliorer les capacités du système à répondre de manière durable aux besoins de la population. Elles sont ainsi susceptibles de renforcer aussi bien la résilience que la durabilité du système de santé.

Malgré ces avancées significatives, la réforme du système de santé demeure confrontée à **quatre contraintes principales** qui sont susceptibles d'affecter durablement la trajectoire de la réforme et de compromettre l'atteinte du *triple objectif* poursuivi : (i) l'expansion des maladies non transmissibles, (ii) le risque de virage hospitalocentrique, (iii) le poids persistant des paiements directs des ménages (OOP), et (iv) l'insuffisance de la qualité des soins et services.

La consolidation des acquis de la réforme dépendra ainsi de la capacité du système national de santé à anticiper et à maîtriser ces quatre facteurs de vulnérabilité, tout en poursuivant les efforts engagés en matière de ressources humaines, d'infrastructures, de financement et de gouvernance du système de santé.

Afin d'accompagner cette dynamique de transformation du système national de santé, **sept recommandations** sont formulées. Elles visent à favoriser une conduite du changement cohérente et durable, à soutenir l'atteinte du *triple objectif* et la réalisation de la *couverture sanitaire universelle* (CSU) en vue d'améliorer l'équité et de maximiser les bénéfices de la réforme pour les patients, pour les professionnels de santé et, plus largement, pour l'ensemble du système de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Belghiti Alaoui A, De Brouwere V, Meessen B, Bigdeli M. Decision-making and health system strengthening: bringing time frames into perspective. Health Policy Plan. 2020 Nov 20;35(9):1254-1261. doi: 10.1093/heapol/czaa086.

BMI (2024). Morocco pharmaceuticals report. Q1 2024, includes 10-years forcasts to 2032. Fitch Solutions Group Limited.

Brabers & Jong. Perceptions about affordability of care in the Netherlands. Eurohealth systems and policies. Eurohealth incorporating Euro Observer, Vol.20, No.4, 2014

Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. Lancet. 2009; 373:240–9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61762-6.

Culyer A. J., Need and the National Health Service: Economics and Social Choice, Martin Robertson, London, 1976, York Studies in Economics.

HCP. Comptes nationaux des secteurs institutionnels 2024 (Base 2014). Haut-Commissariat au Plan, Décembre 2025.

Healthcare Access and Quality Collaborators (2022). Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Global Health.* 6 October 2022.

Jan, Laba, Essue et al. Action to address the household economic burden of non-communicable diseases. The Lancet, 2018; 391, 2047-2058.

Kazi et al. Health Care Affordability in the United States, From Crisis to Action: A Presidential Advisory from the American Heart Association. Circulation. 2026 Jun 2;153(22): e1369-e1389. doi: 10.1161/CIR.0000000000001442.

Kruk et al. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. Lancet. 2018 Nov 17;392(10160):2203-2212.

Kurowski et al. Government Health Spending Outlook - Projections Through 2029 - Diverging Fiscal Pressures, Uneven Constraints. Double Shock, Double Recovery Paper Series Washington, D.C. : World Bank Group. 2024

Loi des finances 2026. Ministère de l'économie et des finances. Royaume du Maroc. https://www.finances.gov.ma/fr/vous-orientez/Pages/plf2026.aspx

Loukili S. & Fisher P. Health Insurance and Household Savings. Working paper. Bank Al Maghrib, Oct. 2025.

Moses et al. Funding and services needed to achieve universal health coverage: applications of global, regional, and national estimates of utilisation of outpatient visits and inpatient admissions from 1990 to 2016, and unit costs from 1995 to 2016. Lancet Public Health. 2019 Jan;4(1): e49-e73. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30213-5.

MSPS. Comptes nationaux de la santé 2022. Direction de la planification et des ressources financières. Ministère de la santé et de la protection sociale, Rabat.

Nederpelt et al. Resource need and cost estimates for universal health coverage across 122 countries using the WHO UHC Compendium. In preprint. doi: https://doi.org/10.64898/2026.03.12.26347243

Niëns LM, Van de Poel E, Cameron A, Ewen M, Laing R, Brouwer WB. Practical measurement of affordability: an application to medicines. Bull World Health Organ. 2012 Mar 1;90(3):219-27. doi: 10.2471/BLT.10.084087.

Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust, 2004.

NU (2026). Database prepared by Grayson Fuller to accompany Part 2 of the Sustainable Development Report 2026: Fuller, Grayson, G. Iablonovski, G. Lafortune and J. D. Sachs. (2026). "The SDG Index and Dashboards". In Part 2 Sustainable Development Report 2026. Paris: SDSN, Dublin: Dublin University Press DOI:10.82163/225

OCDE (2025), Panorama de la santé 2025 : Indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris,

Oldfield et al. Prices, availability, and affordability of adult medicines in 54 low-income and middle-income countries: evidence based on a secondary analysis, The Lancet Global Health, Volume 13, Issue 1, 2025, Pages e50-e58,

OMS (1978). Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Série « Santé pour tous n°1 ». Organisation mondiale de la santé, Genève 978.

OMS (2021a). Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 – 1er février 2021

OMS (2021b). Rapport mondial de suivi sur la protection financière en santé, 2019 [Global monitoring report on financial protection in health 2019]. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 2021.

OMS (2025). Comprendre les changements apportés au suivi de la couverture sanitaire universelle (cible 3.8 des objectifs de développement durable). Informations sur la révision de l'indicateur 3.8.2 des ODD consacré à la CSU. Département Financement et économie de la santé de l'OMS. Organisation Mondiale de la Santé, Avril 2025.

Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981 Feb;19(2):127-40. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001

Russell S. Ability to pay for health care: concepts and evidence. Health Policy Plan. 1996 Sep;11(3):219-37. doi: 10.1093/heapol/11.3.219.

Seidman G. Does SDG 3 have an adequate theory of change for improving health systems performance? J Glob Health. 2017 Jun;7(1):010302. doi: 10.7189/jogh.07.010302.

Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. Soc Sci Med. 2005 Jul;61(1):97-109. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.055. PMID: 15847965.

Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303.

UNDRR, (2021). Annual report 2020. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Geneva.

Universal Health Coverage Collaborators (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage for health services in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020 Oct 17;396(10258):1250-1284. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30750-9.

WHO (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. World Health Organization.

WHO (2020a). Regional Committee for the Western Pacific, 071 (2020). Safe and affordable surgery (Resolution). WHO Regional Office for the Western Pacific.

WHO (2020b). Metadata for SDG indicator 3.8.1: Coverage of essential health services (UHC service coverage index). United Nations/WHO, metadata version 2020. Section « Service capacity and access – Hospital access ». World Health Organization

WHO (2021a). Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper. Geneva, World Health Organization, 2021 (WHO/UHL/PHC-SP/2021.01).

WHO (2021b). From value for money to value-based health services: a twenty-first century shift: WHO policy brief. World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2023). Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023.

WHO (2024a). How to develop an evidence-informed theory of change for health: WHO technical guidance. Geneva: World Health Organization; 2024.

WHO (2024b) Handbook for conducting assessments of barriers to effective cove .rage with health services: in support of equity-oriented reforms towards universal health coverage. World Health Organization.

WHO/WB (2025). Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2025.

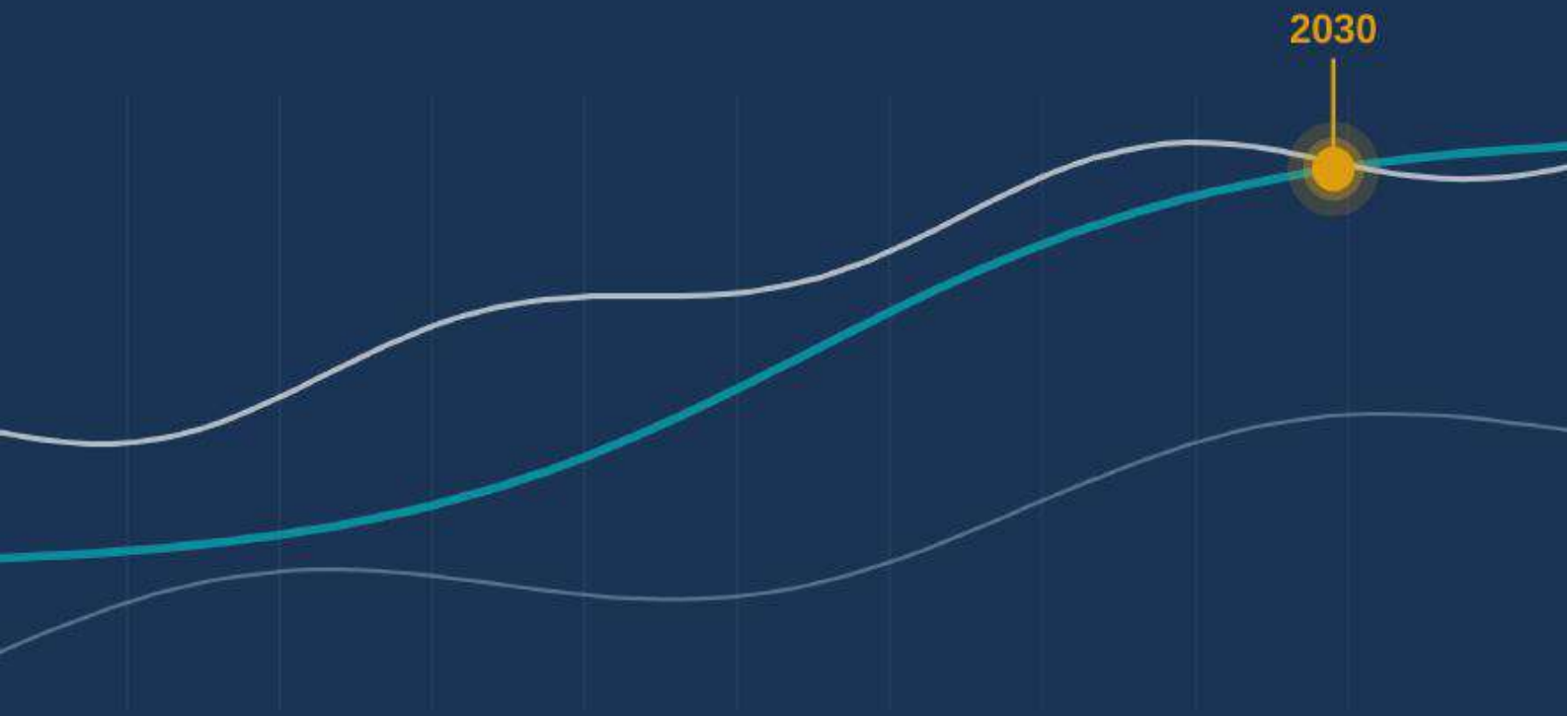
Wirtz VJ, Hogerzeil HV, Gray AL, Bigdeli M, de Joncheere CP, Ewen MA, et al. Essential medicines for universal health coverage. Lancet. 2017;389(10067):403–476. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31599-9.

RAPPORT D'ANALYSE · NOVEMBRE 2026

Le triple objectif de la réforme de santé au Maroc

De l'obligation de moyens à l'obligation de résultat

Engagée depuis 2022, la réforme de santé est la plus grande transformation du système de santé marocain depuis l'indépendance. Ce rapport propose de la piloter par ses résultats pour la population. Il définit un triple objectif : améliorer l'accès aux soins essentiels, garantir leur abordabilité et générer des gains de santé durables. À partir des données nationales et internationales les plus récentes, il mesure les progrès accomplis, identifie quatre facteurs de vulnérabilité et propose un tableau de bord de 15 indicateurs ainsi que sept recommandations pour atteindre la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030.



THINK FOR HEALTH

Analyser, Anticiper, Éclairer

Think for Health (T4H) est un think tank indépendant, à but non lucratif, spécialisé dans le domaine de la santé. Il promeut les bonnes pratiques en matière d'analyse et de développement des systèmes de santé.