

Assurance Maladie Obligatoire au Maroc : généralisation, soutenabilité financière et confrontation internationale

Mandatory Health Insurance in Morocco: Expansion, Financial Sustainability and International Benchmarking

Aida SOULAYMANI, (Maitre de conférences)

Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS), Rabat, Maroc

Maroua BARHA, (Docteure)

Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc

Soumaia HMIMOU, (Docteure)

Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc

Ayoub EL ASSALI, (Docteur)

Université Ibn Tofail, Kénitra, Maroc

Adresse de correspondance :	Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS), Rabat, Maroc
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude. Ils assument l'entière responsabilité de tout éventuel plagiat, de l'usage de l'intelligence artificielle dans la rédaction, ainsi que des résultats présentés dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	SOULAYMANI, A., BARHA, M., HMIMOU, S., & EL ASSALI, A. (2026). Assurance Maladie Obligatoire au Maroc : généralisation, soutenabilité financière et confrontation internationale. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 7(11), 846–862. https://doi.org/10.5281/zenodo.22874480
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 7, Issue 11 (2026)

Assurance Maladie Obligatoire au Maroc : généralisation, soutenabilité financière et confrontation internationale

Résumé :

La généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) constitue l'une des transformations majeures du système marocain de protection sociale. Après l'instauration de la couverture médicale de base en 2005, la loi-cadre n° 09-21 a accéléré l'extension de l'assurance maladie à des populations jusque-là insuffisamment couvertes. Cette transition modifie simultanément l'accès aux soins, les flux de financement et les relations entre offre publique et privée. Analyser les performances économiques de l'AMO marocaine, distinguer couverture administrative et couverture effective, apprécier la dynamique des dépenses et des ressources, et confronter les résultats marocains à ceux de la Tunisie, de la Turquie, de la France et du Rwanda afin d'identifier des enseignements de politique publique. Étude documentaire rétrospective, longitudinale et comparative portant sur 2005–2026, complétée par une revue narrative structurée de PubMed/MEDLINE conduite le 4 septembre 2026. La recherche a été développée séquentiellement jusqu'à MED49 autour de la couverture, du financement, de la protection financière, des paiements aux prestataires, de l'efficacité hospitalière, des médicaments, de l'HTA, des soins primaires, des ressources humaines, de l'accès, de la qualité et des systèmes d'information. Les stratégies retenues totalisent 991 occurrences bibliographiques avant déduplication. À partir des données individuellement consignées, 150 PMID uniques ont pu être reconstruits avec certitude et soumis à un screening initial titre/résumé : 136 ont été retenus et 14 exclus ; aucune référence ne reste incertaine après vérification ciblée. Ce sous-corpus ne constitue pas la déduplication exhaustive des 991 occurrences. En 2025, plus de 32 millions de personnes étaient administrativement couvertes par l'AMO, soit environ 88 % de la population, contre près de 42 % avant la généralisation. Fin 2024, la Cour des comptes distinguait 31,94 millions d'immatriculés et 25,6 millions de bénéficiaires effectifs. En valeur nominale, les dépenses AMO ont progressé de 83,2 % entre 2022 et 2024, contre environ 36 % pour les ressources ; ces taux ne sont pas déflatés de l'inflation et ne doivent donc pas être interprétés comme des croissances réelles. Les paiements directs représentaient 37,25 % des dépenses courantes de santé en 2023. La littérature hospitalière marocaine met en évidence d'importantes variations de coûts unitaires entre établissements et estime à environ 1,19 milliard USD le financement nécessaire aux hôpitaux publics en 2023, soutenant l'intérêt d'une tarification fondée sur les coûts et de l'achat stratégique.

Mots clés : AMO, Maroc, couverture sanitaire universelle, économie de la santé, soutenabilité, paiements directs, protection financière, achat stratégique.

JEL Classification : I13, I18, H51.

Type du papier : recherche documentaire et revue narrative structurée

Abstract :

Morocco has undertaken a rapid expansion of Mandatory Health Insurance as part of its social protection reform. This transition creates major opportunities for financial protection but also raises questions regarding effective coverage, expenditure growth, provider mix and long-term sustainability. A retrospective documentary and comparative analysis (2005–2026) was complemented by a structured narrative PubMed/MEDLINE search conducted on 4 September 2026. Sequential thematic searches through MED49 covered insurance expansion, financing, financial protection, provider payment, hospital efficiency, medicines, HTA, primary care, workforce, access, quality and health information systems. Retained searches account for 991 cumulative bibliographic occurrences before deduplication. From individually documented data, 150 unique PMIDs could be reconstructed with certainty and underwent initial title/abstract screening: 136 were retained and 14 excluded; no record remained uncertain after targeted verification. This reconstructed subset is not the exhaustive deduplicated corpus of the 991 occurrences. Administrative AMO coverage exceeded 32 million people in 2025 (about 88% of the population), while effective coverage was estimated at about 70% at end-2024 under the Court of Accounts perimeter. In nominal terms, AMO expenditure increased by 83.2% between 2022 and 2024 versus about 36% for resources; these rates are not adjusted for inflation and should not be interpreted as real growth rates. Out-of-pocket spending represented 37.25% of current health expenditure in 2023. A national costing study in 39 public hospitals documented large inter-hospital variations in unit costs and estimated required public-hospital financing at approximately USD 1.19 billion for 2023, supporting cost-based tariffs and strategic purchasing. Morocco has largely achieved the administrative expansion phase, but financial protection and purchasing efficiency remain the core challenges. International experience supports stronger prepayment, strategic purchasing, primary care, health technology assessment and systematic monitoring of effective coverage and household financial hardship.

Keywords : mandatory health insurance, Morocco, universal health coverage, health economics, sustainability, out-of-pocket payments, financial protection, strategic purchasing.

Classification JEL : I13, I18, H51.

Paper type : documentary research and structured narrative review

1. Introduction

La couverture sanitaire universelle ne se résume pas à l'existence d'un droit juridique à l'assurance maladie. Elle suppose que la population puisse utiliser les services dont elle a besoin sans renoncer aux soins ni s'exposer à une difficulté financière. Cette conception articule trois dimensions : la population effectivement couverte, l'étendue et la qualité des services accessibles et la part du coût supportée par des mécanismes de prépaiement plutôt que directement par les ménages (World Health Organization & World Bank, 2023; OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

Au Maroc, l'Assurance Maladie Obligatoire a été introduite dans le cadre de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base. La réforme engagée à partir de 2020, puis structurée par la loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale a changé l'échelle du dispositif. L'objectif n'était plus de couvrir seulement les salariés et catégories traditionnellement contributives, mais de tendre vers une couverture de l'ensemble de la population (Royaume du Maroc, 2002, 2021).

Cette généralisation a une double portée économique. D'une part, elle réduit le prix directement supporté au moment du recours et transforme une demande médicale jusque-là contrainte en demande solvable. D'autre part, elle augmente mécaniquement les engagements des organismes payeurs. Ainsi, une hausse des prestations dans les premières années d'une extension de couverture ne peut être interprétée automatiquement comme une dérive : elle peut correspondre à la révélation de besoins auparavant non satisfaits.

La soutenabilité dépend néanmoins de la capacité du système à financer durablement cette demande. Le cœur du problème peut être résumé par l'identité suivante : ressources de l'assurance = cotisations + transferts publics + autres ressources ; dépenses = remboursements de soins + médicaments + hospitalisations + gestion et autres charges. Si les dépenses progressent durablement plus vite que les ressources, l'équilibre impose soit de mobiliser de nouvelles recettes, soit d'améliorer l'efficacité, soit de modifier les conditions de prise en charge.

La comparaison internationale permet de dépasser une lecture strictement nationale. La Tunisie constitue un comparateur maghrébin proche par le niveau de revenu et la structure mixte public-privé. La Türkiye est instructive en raison de l'introduction d'un régime général d'assurance maladie à payeur largement unifié et de la progression de la couverture depuis les réformes des années 2000. La France représente un système mature d'assurance sociale dans lequel presque toute la population est couverte et où les paiements directs sont faibles. Le Rwanda offre enfin un exemple africain de forte mutualisation communautaire et de subvention ciblée des populations vulnérables (World Bank, 2023; European Observatory on Health Systems and Policies, 2022; OECD, 2025a; OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2025).

L'objectif de cette étude est donc d'analyser la trajectoire économique de l'AMO marocaine et de confronter ses résultats à ces expériences internationales afin d'identifier les leviers susceptibles d'améliorer l'effectivité de la couverture, la protection financière, l'efficacité et la soutenabilité.

2. Cadre conceptuel et positionnement épistémologique

2.1. Cadre économique de l'assurance maladie

L'analyse est structurée autour de quatre fonctions économiques complémentaires : mutualiser le risque par le prépaiement, convertir l'affiliation en accès effectif, protéger les ménages contre les paiements directs excessifs et orienter les ressources vers les services produisant le plus de valeur. Cette lecture est cohérente avec la conception de la couverture sanitaire universelle qui

article population couverte, panier et qualité des services, et part du coût financée collectivement (World Health Organization & World Bank, 2023; OECD, Eurostat, & World Health Organization, 2017).

La soutenabilité est ainsi appréhendée non comme une simple compression des dépenses, mais comme la capacité à financer durablement des prestations pertinentes. L'achat stratégique, la tarification, les soins primaires, l'évaluation des technologies de santé et la régulation du reste à charge sont considérés comme des mécanismes reliant financement, efficience et protection financière.

2.2. Positionnement épistémologique et logique d'analyse

Le travail adopte un positionnement pragmatique à dominante post-positiviste : les indicateurs administratifs et économiques sont traités comme des mesures observables, mais dépendantes de définitions, de périmètres et de systèmes d'information institutionnels. La stratégie repose donc sur la triangulation de sources, la confrontation des définitions et une interprétation comparative prudente. Les écarts observés entre pays ou périodes sont analysés de manière descriptive et mécanistique, sans leur attribuer un effet causal en l'absence de plan d'identification approprié.

3. Méthodologie

3.1. Type d'étude, période et sources

Il s'agit d'une étude documentaire rétrospective, longitudinale, analytique et comparative. La période générale d'observation s'étend de 2005 à 2026, avec un approfondissement de la phase 2022–2025 correspondants à la généralisation accélérée de l'AMO. Les données 2026 sont utilisées uniquement lorsqu'elles sont publiées ou consolidées ; les projections ou annonces institutionnelles sont identifiées comme telles.

Les sources nationales comprenaient les rapports de la Cour des comptes, les documents du ministère de l'Économie et des Finances, du ministère de la Santé et de la Protection sociale, de la CNSS, de l'ACAPS, du Haut-Commissariat au Plan, du CESE et les textes législatifs et réglementaires relatifs à la couverture médicale de base et à la protection sociale. Les sources internationales comprenaient l'OMS/Global Health Expenditure Database, la Banque mondiale, l'OCDE et l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé. La littérature scientifique a été recherchée dans PubMed/MEDLINE.

3.2. Recherche bibliographique PubMed/MEDLINE

La composante bibliographique correspond à une revue narrative structurée et non à une revue systématique PRISMA au sens strict. PubMed/MEDLINE constitue la seule base bibliographique interrogée à ce stade. La stratégie a été conduite le 4 septembre 2026 et prolongée de façon séquentielle par des requêtes thématiques numérotées MED1 à MED49. L'objectif était d'identifier les travaux directement consacrés à l'AMO marocaine, mais aussi les études nécessaires à l'interprétation économique de la généralisation : financement, dépenses, reste à charge, remboursement, tarification, achat stratégique, efficience hospitalière, coût des maladies chroniques, médicaments, HTA, offre de soins, ressources humaines, accessibilité territoriale et temporelle, besoins non satisfaits, qualité, expérience des patients, digitalisation et pilotage.

Chaque requête associait un bloc géographique (Morocco/Moroccan, et pour le benchmark Tunisia, Türkiye/Turkey, France ou Rwanda) à un ou plusieurs blocs conceptuels. Les recherches ont été effectuées principalement dans les champs Title/Abstract, complétés par les termes MeSH lorsque cela améliorait la sensibilité. Les rendements ont été consignés

immédiatement après chaque interrogation afin de distinguer les occurrences brutes des références uniques et de documenter les reformulations successives.

Les requêtes ont été élaborées de manière itérative. Une stratégie produisant un volume excessif de résultats non pertinents, une recherche nulle ou une ambiguïté syntaxique était classée comme pilote puis remplacée par une version affinée. Cette règle a notamment concerné MED4, MED6, MED9 initiale, MED13 initiale, MED23 large, MED26 initiale, MED31 initiale, MED32/32bis et MED37 initiale. Les occurrences issues de ces requêtes supersédées ne sont pas additionnées au cumul principal. Les recherches MED42, MED42bis et MED42ter sur la fraude, l'audit et les réclamations ont été considérées comme pilotes et non intégrées au cumul retenu.

3.3. Extension séquentielle et rendement

Le noyau initial MED1–MED16 comprenait 14 requêtes retenues et totalisait 501 occurrences. Ce premier ensemble est présenté dans le tableau ci-dessous. Il a ensuite été étendu par des recherches ciblées sur le secteur informel, RAMED/AMO-Tadamon, protection financière, paiement des prestataires, coûts hospitaliers, maladies chroniques, médicaments et HTA, soins primaires, inégalités territoriales, ressources humaines, capacité hospitalière, relations public–privé, tarification et maîtrise des dépenses.

Après le noyau initial, la recherche a été poursuivie requête par requête afin de tester les dimensions économiques susceptibles d'expliquer la soutenabilité et l'effectivité de l'AMO. Les recherches MED17–MED41 ont approfondi le secteur informel, les contributions et subventions, RAMED, remboursement et ticket modérateur, achat stratégique, efficience hospitalière, utilisation, maladies chroniques, médicaments, HTA, soins primaires, hospitalisation, protection financière, inégalités, ressources humaines, capacités hospitalières, relations public–privé, tarification et maîtrise des dépenses. Après les recherches pilotes MED42–MED42ter, MED43–MED49 ont ciblé le reste à charge et le partage des coûts, les besoins non satisfaits, les délais d'accès, la qualité et la sécurité des soins, l'expérience des patients, les disparités territoriales et le renoncement ou retard de recours aux soins.

À l'issue de MED49, le cumul des seules stratégies retenues atteint 991 occurrences bibliographiques brutes avant déduplication. Ce nombre ne représente pas 991 articles uniques : de nombreuses références structurantes réapparaissent dans plusieurs requêtes. À partir des PMID explicitement consignés au cours de la recherche, 150 références uniques ont pu être reconstruites avec certitude. Ce sous-corpus permet un screening vérifiable, mais ne peut être assimilé au corpus déduplicé exhaustif des 991 occurrences, les listes individuelles complètes de certaines requêtes n'étant pas disponibles.

Les recherches MED42, MED42bis et MED42ter sur la fraude, l'audit, la facturation et la gestion des réclamations ont eu un rendement faible ou non pertinent et ont été traitées comme pilotes, sans contribution au cumul principal. Elles suggèrent que les données sur les indus, la fraude, la surfacturation et le contrôle médico-administratif sont probablement davantage documentées dans les sources administratives que dans PubMed.

3.4. Critères d'éligibilité et screening

Ont été considérées comme potentiellement éligibles les publications portant directement sur le Maroc ou apportant un comparateur explicitement retenu, et documentant au moins un des domaines suivants : architecture et couverture de l'assurance maladie ; financement et soutenabilité ; dépenses médicales ; paiements directs et protection financière ; remboursement, tarification et paiement des prestataires ; efficience et gouvernance ; accès aux médicaments et HTA ; soins primaires et maladies chroniques ; systèmes d'information ou instruments de pilotage. Les études devaient fournir des données quantitatives, une analyse de politique

publique, une évaluation économique, une revue structurée ou des éléments de gouvernance transférables à la question de recherche.

Ont été exclues les publications sans lien substantiel avec le financement ou l'organisation des soins, les études purement cliniques ou biologiques ne comportant aucune dimension économique ou assurantielle, les résultats où « Morocco/Moroccan » ne concernait que l'origine ethnique d'une population vivant à l'étranger, les travaux vétérinaires/agricoles et les doublons. Les recherches exploratoires remplacées n'ont pas été ajoutées au décompte principal.

Le dépistage bibliographique est organisé en deux niveaux : (1) titre/résumé ; (2) texte intégral pour les références potentiellement pertinentes. Une référence peut être mobilisée comme étude centrale lorsqu'elle mesure directement une dimension de l'AMO ou du financement marocain, ou comme étude contextuelle lorsqu'elle éclaire un mécanisme de soutenabilité, d'accès, d'efficience, de qualité ou de comparaison internationale. Sur les 150 PMID uniques explicitement reconstituables à partir des données consignées, le screening initial a retenu 136 références et en a exclu 14. La seule référence initialement classée incertaine, Darif et al. (PMID 41959960), porte sur la préservation de la fertilité en oncologie au Maroc ; malgré la mention de contraintes financières, son objet principal est clinique et organisationnel et elle a donc été exclue selon les critères prédéfinis. La déduplication exhaustive des 991 occurrences et l'évaluation en texte intégral du corpus potentiellement éligible restent à achever ; aucun effectif final de type PRISMA n'est donc revendiqué.

3.5. Extraction, indicateurs et analyse

Pour chaque source retenue, les informations suivantes étaient extraites : année et pays, population ou régime concerné, type de source et plan d'étude, définition de la couverture, indicateur économique, période d'observation, unité monétaire ou pourcentage, source de financement, type de prestataire, méthodologie de coût, résultats principaux, implications pour l'AMO et limites. Pour les études de coûts, l'extraction distinguait coûts unitaires, coûts totaux, année monétaire, perspective, ressources incluses, activité de référence et éventuelle extrapolation nationale. Pour les études comparatives, les différences de panier, de niveau de revenu, de prix et d'offre étaient explicitement considérées afin d'éviter une interprétation causale des écarts observés.

La hiérarchisation privilégiait les sources institutionnelles primaires pour les chiffres nationaux récents et les articles évalués par les pairs pour l'analyse des mécanismes. Les résultats étaient confrontés lorsqu'une même dimension était documentée par plusieurs sources. Les incohérences internes d'un article étaient signalées lors de l'extraction ; par exemple, pour l'étude nationale de coûts hospitaliers d'Akhniif et al., la proportion pharmaceutique de l'oncologie est retenue à 56 % conformément au tableau 5, malgré une formulation narrative discordante dans le texte intégral.

Les principaux indicateurs étaient : couverture administrative ; couverture effective ; écart entre immatriculation et droits effectifs ; dépenses et ressources de l'AMO ; taux de croissance des dépenses et des ressources ; transferts publics ; répartition des prestations entre secteurs public et privé ; paiements directs des ménages en pourcentage des dépenses courantes de santé ; dépense courante de santé en pourcentage du PIB ; et, lorsque disponible, indicateurs d'accès, de remboursement, d'efficience et de protection financière.

Les taux de croissance ont été calculés selon $TC = [(V_f - V_i)/V_i] \times 100$. Le différentiel dépenses–ressources correspond à la différence entre les taux de croissance sur une même période. Les comparaisons internationales sont descriptives. L'analyse économique a combiné : (i) une lecture de la couverture administrative et effective ; (ii) une analyse de la dynamique ressources–dépenses ; (iii) la protection financière par les paiements directs ; (iv) l'orientation public–privé des prestations ; et (v) une lecture de l'efficience à partir des coûts hospitaliers, de la tarification et de l'achat stratégique. Les résultats bibliographiques ont été synthétisés par

thèmes, sans méta-analyse, compte tenu de l'hétérogénéité des plans d'étude, indicateurs et périodes.

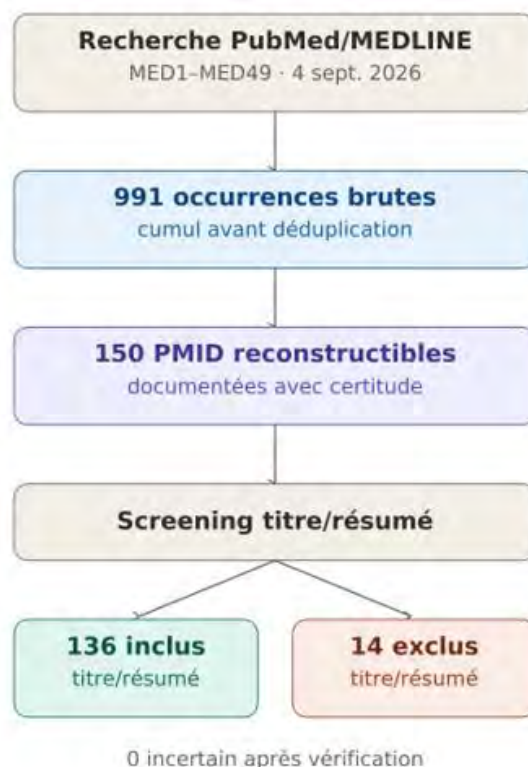
Une attention particulière a été portée aux études susceptibles de renseigner la maîtrise des coûts sans transfert excessif vers les ménages. Dans cette perspective, la soutenabilité n'a pas été assimilée à une réduction mécanique des dépenses : elle a été définie comme la capacité à financer durablement un panier pertinent, en améliorant l'efficacité, la qualité, la protection financière et l'allocation des ressources.

Les chaînes détaillées MED1–MED49 sont conservées comme matériel supplémentaire afin de respecter la contrainte éditoriale de longueur tout en garantissant la reproductibilité de la recherche.

3.6. Schéma de sélection bibliographique

La Figure 1 synthétise ce processus de sélection, depuis les 991 occurrences cumulées jusqu'au screening initial des 150 PMID restructurables.

Figure 1. Schéma de sélection bibliographique intermédiaire après MED49.



NB : Les 991 occurrences correspondent au cumul des requêtes retenues avant déduplication ; 150 PMID uniques sont individuellement restructurables, dont 136 retenus au screening initial et 14 exclus. Il ne s'agit pas d'un flux PRISMA final.

4. Résultats

4.1. Généralisation et effectivité de la couverture

La couverture administrative de l'AMO est passée d'environ 42 % de la population avant la généralisation à plus de 32 millions de bénéficiaires annoncés en 2025, soit près de 88 % de la population (Ministère de l'Économie et des Finances, 2025). Cette progression de 46 points correspond à un quasi-doublement de la proportion couverte administrativement.

La Cour des comptes met cependant en évidence une différence entre affiliation et effectivité : fin 2024, environ 31,94 millions de personnes étaient immatriculées, mais 25,6 millions étaient

considérées comme bénéficiaires effectifs, soit environ 70 % de la population dans le périmètre retenu (Cour des comptes, 2026). L'écart numérique entre les deux décomptes est d'environ 6,34 millions de personnes. Ce résultat justifie de considérer l'effectivité des droits comme un indicateur autonome. Le Tableau 1 résume ces deux niveaux de couverture.

Tableau 1. Couverture administrative et couverture effective de l'AMO au Maroc.

Indicateur	Valeur	Période / lecture
Couverture avant généralisation	≈42 %	Avant extension généralisée
Couverture administrative	≈88 % (>32 millions)	2025
Bénéficiaires effectifs	≈70 % (25,6 millions)	Fin 2024, périmètre Cour des comptes

Les périodes et périmètres ne sont pas strictement identiques.

Source : Auteurs

4.2. Dynamique des dépenses, ressources et solidarité budgétaire

Les dépenses des régimes AMO sont passées de 13,62 milliards de dirhams en 2022 à 24,95 milliards en 2024, soit une augmentation absolue de 11,33 milliards et une progression nominale de 83,2 %. Sur la même période, les ressources ont augmenté d'environ 36 % en valeur nominale. L'écart arithmétique entre ces deux taux est de 47,2 points de pourcentage, et le taux de croissance nominal des dépenses est environ 2,3 fois celui des ressources (Cour des comptes, 2026). Ces évolutions n'ont pas été déflatées de l'inflation ; le différentiel de 47,2 points décrit donc un écart entre taux nominaux et ne constitue pas une estimation de l'écart de croissance réelle.

AMO-Tadamon couvre près de 11 millions de bénéficiaires. Les versements de l'État à la CNSS au titre des cotisations correspondantes ont atteint 0,67 MMDH pour décembre 2022, 8,14 MMDH en 2023, 9,17 MMDH en 2024 et 7,53 MMDH au cours des trois premiers trimestres de 2025, soit 25,51 MMDH cumulés. À ces montants s'ajoute environ 1,25 MMDH de ticket modérateur pris en charge par l'État pour des prestations dans les structures publiques entre février 2023 et avril 2025 (Ministère de l'Économie et des Finances, 2025). Le Tableau 2 détaille la montée en charge de cette contribution budgétaire.

Tableau 2. Contributions de l'État à AMO-Tadamon sur la période documentée.

Période	Contribution État à AMO-Tadamon
Décembre 2022	0,67 MMDH
2023	8,14 MMDH
2024	9,17 MMDH
Jan.-sept. 2025	7,53 MMDH
Total	25,51 MMDH

Source : Auteurs

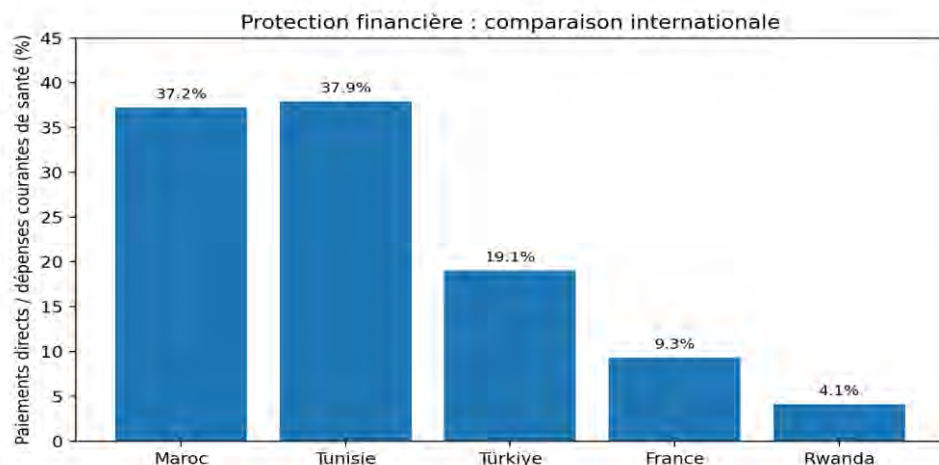
4.3. Orientation public-privé et protection financière

En 2024, près de 91 % des dépenses de prestations AMO étaient orientées vers le secteur privé, contre environ 9 % vers le secteur public (Cour des comptes, 2026). Le rapport privé/public est ainsi proche de 10. Ce résultat ne constitue pas en soi une mesure d'inefficience, mais montre que l'extension de la solvabilité par l'assurance se traduit principalement par un financement de prestations privées. La capacité du secteur public à capter une part plus importante des ressources dépend de sa disponibilité, de ses délais, de ses équipements, de son organisation et des règles de facturation.

La comparaison internationale de la protection financière montre que le Maroc reste caractérisé par une forte participation directe des ménages. Selon la base OMS/Banque mondiale mise à jour en décembre 2025, les paiements directs représentaient 37,25 % des dépenses courantes de santé au Maroc en 2023. Le niveau était très proche en Tunisie (37,94 %), contre 19,05 % en Türkiye, environ 9,3 % en France et 4,10 % au Rwanda (World Bank, 2023; European

Observatory on Health Systems and Policies, 2022; OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2025; World Bank & WHO, 2023). La Figure 2 illustre ces écarts entre les cinq pays.

Figure 2. Paiements directs des ménages en proportion des dépenses courantes de santé. Sources : OMS/Global Health Expenditure Database, Banque mondiale et OCDE, données 2023.



Source : Auteurs

Le Tableau 3 replace ces résultats dans l'architecture institutionnelle de chaque pays comparé.

Pays	Architecture dominante	Couverture / organisation	Paiements directs (% DCS)	Lecture pour le Maroc
Maroc	AMO contributive + solidarité budgétaire	Généralisation rapide ; 88 % administratif en 2025, effectif ≈70 % fin 2024 selon périmètre CdC	37,25 % (2023)	Extension réussie, mais protection financière encore élevée
Tunisie	Assurance sociale CNAM + offre publique	Système ancien, mixte public-privé	37,94 % (2023)	Proximité régionale : l'assurance formelle ne suffit pas à réduire le reste à charge
Türkiye	General Health Insurance ; SSI payeur central	Couverture universelle des résidents enregistrés avec panier large et partage de coûts	19,05 % (2023)	Intérêt d'un payeur intégré, d'achats stratégiques et d'une forte offre publique

Source : Auteurs

Tableau 3. Benchmark international de l'architecture de couverture et des paiements directs.

France	Assurance maladie obligatoire + complémentaires	99,9 % de couverture pour les services de base ; forte mutualisation	≈9,3 % (2023)	Faible OOP grâce au prépaiement obligatoire, aux complémentaires et à la protection des maladies chroniques
Rwanda	Assurance communautaire + subventions publiques	Forte mutualisation ; subvention ciblée des plus pauvres	4,10 % (2023)	Exemple africain d'architecture visant à limiter le paiement au point de service

Source : Auteurs

4.4. Dépenses de santé et contraintes macroéconomiques

Les pays comparés n'allouent pas la même part de leur richesse à la santé. Les données OMS indiquaient en 2021 une dépense courante de santé équivalente à 5,74 % du PIB au Maroc, 6,97 % en Tunisie et 4,57 % en Türkiye (World Health Organization, n.d.-b, n.d.-c, n.d.-d). Les différences de niveaux de prix, de revenu par habitant et de structure démographique interdisent

une comparaison directe des montants, mais montrent qu'un niveau relativement modéré de dépense globale peut coexister avec des paiements directs importants. La question centrale est donc moins le niveau brut de dépense que sa composition entre prépaiement collectif et paiement au point de service.

4.5. Rendement bibliographique et noyaux de preuve

L'extension de la recherche jusqu'à MED49 porte le rendement cumulé des stratégies retenues à 991 occurrences bibliographiques avant déduplication. Les requêtes MED43–MED49 ont particulièrement renforcé l'analyse de l'effectivité de la couverture en documentant le reste à charge et le partage des coûts, les besoins non satisfaits et le renoncement aux soins, les délais et barrières géographiques, la qualité/sécurité, l'expérience des patients et les disparités territoriales. Parmi les données individuellement consignées, 150 PMID uniques ont pu être reconstruits et soumis à un screening initial : 136 ont été retenus et 14 exclus. Ce résultat constitue un sous-corpus vérifiable et non le dénominateur bibliographique final des 991 occurrences.

Les recherches portant explicitement sur la fraude, la gestion des réclamations ou l'utilisation inappropriée ont eu un rendement très faible ou non pertinent, confirmant un déficit de littérature PubMed sur le contrôle médico-administratif de l'AMO. Le screening ciblé a également montré que des articles mentionnant des barrières financières peuvent rester hors périmètre lorsque leur objet principal est clinique ou organisationnel sans analyse substantielle du financement de l'AMO ; c'est le cas de l'étude nationale d'oncofertilité de Darif et al. (PMID 41959960), exclue du corpus analytique.

4.6. Coûts hospitaliers, besoins de financement et efficience

L'étude nationale d'Akhnif et al. (Akhnif et al., 2024), menée dans 39 hôpitaux répartis dans les 12 régions (10 provinciaux, 11 régionaux et 18 CHU), constitue l'un des résultats les plus structurants pour l'analyse de la soutenabilité. À partir de données hospitalières 2019, les auteurs ont construit une base de coûts unitaires puis extrapolé les besoins de financement pour 2023. Le besoin total de financement des hôpitaux publics est estimé à 1,193 milliard USD, dont 814,27 millions pour les CHU, 97,99 millions pour les hôpitaux régionaux, 199,95 millions pour les hôpitaux provinciaux et 81,16 millions pour les consultations externes.

Les variations inter-hospitalières sont importantes pour une même activité : la journée de chirurgie varie de 29 à 154 USD dans les hôpitaux provinciaux, de 28 à 210 USD dans les régionaux et de 49 à 185 USD dans les CHU ; pour la médecine, les fourchettes sont respectivement 32–157, 43–324 et 45–152 USD ; pour la réanimation, 90–284, 246–732 et 175–606 USD. Ces écarts ne traduisent pas automatiquement une inefficience, car le volume, le case-mix, l'équipement et la qualité diffèrent, mais ils identifient des marges potentielles d'amélioration de la productivité et justifient des analyses régulières de coûts.

La structure des coûts souligne aussi le poids des produits pharmaceutiques : 31 % en médecine, 15 % en chirurgie, 26 % en réanimation, 22 % en hémodialyse, 56 % en oncologie et 60 % au laboratoire selon le tableau 5 de la publication source (Akhnif et al., 2024 ; à ne pas confondre avec le Tableau 5 du présent article). Les auteurs concluent que la généralisation de l'assurance exige une stratégie explicite de maîtrise des coûts, des normes de coûts hospitaliers et un mécanisme d'achat stratégique fondé sur des données de coût actualisées. Le Tableau 4 reprend les principales variations de coûts unitaires observées.

Tableau 4. Variabilité des coûts unitaires et estimation du besoin de financement hospitalier au Maroc d'après Akhnif et al. (Akhnif et al., 2024).

Indicateur	Hôpital provincial	Hôpital régional	CHU / tertiaire
Journée de chirurgie, USD (fourchette)	29–154	28–210	49–185
Journée de médecine, USD (fourchette)	32–157	43–324	45–152
Journée de réanimation, USD (fourchette)	90–284	246–732	175–606
Unité K de chirurgie, USD (fourchette)	2,31–21,5	2,75–14	2,57–13
Besoin de financement 2023, M USD	199,95	97,99	814,27

NB : Les coûts reposent sur des données 2019 ; les besoins de financement sont extrapolés pour 2023. Les consultations externes, tous niveaux confondus, représentent 81,16 M USD et portent le total à 1,193 milliard USD.

5. Discussion

5.1. Effectivité de la couverture et protection financière

La généralisation de l'AMO a déplacé le centre de gravité de la réforme : l'enjeu n'est plus seulement l'affiliation, mais la continuité des droits et la capacité de la couverture à se traduire en accès effectif aux soins sans difficulté financière. L'écart observé entre immatriculation et bénéfice effectif doit ainsi être interprété comme un indicateur de gouvernance, particulièrement pour les travailleurs non-salariés et les personnes aux revenus irréguliers. Un tableau de bord pertinent devrait suivre successivement l'affiliation, l'ouverture des droits, le recours aux soins nécessaires, le reste à charge et les résultats de santé, plutôt que de réduire l'universalité à un taux administratif de couverture.

Cette distinction est également essentielle pour interpréter les paiements directs. Une assurance juridiquement étendue peut laisser persister une exposition financière élevée lorsque les tarifs réels dépassent les bases de remboursement, que certains actes ou médicaments restent insuffisamment couverts ou que l'offre disponible conduit les patients vers des prestataires plus coûteux. L'objectif de la phase suivante de la réforme devrait donc être de rapprocher couverture nominale, couverture effective et protection financière réelle.

5.2. Soutenabilité financière, transition épidémiologique et prévention

La croissance récente des dépenses doit être analysée comme le produit de plusieurs mécanismes : élargissement du nombre de bénéficiaires, rattrapage de soins différés, augmentation du recours, intensification des traitements, évolution des prix et transformation du panier de prestations. Les taux observés entre 2022 et 2024 sont nominaux et non déflatés de l'inflation ; l'écart arithmétique entre la croissance des dépenses et celle des ressources ne constitue donc pas, à lui seul, une mesure du différentiel de croissance réelle. Il demeure néanmoins un signal de tension financière qui justifie de décomposer l'évolution des dépenses en effets de couverture, recours, intensité et prix.

Cette tension sera renforcée par le vieillissement, la multimorbidité et la progression des maladies chroniques. Une stratégie de soutenabilité fondée principalement sur la restriction du remboursement risquerait de déplacer les coûts vers les ménages et de favoriser des complications plus coûteuses. Les soins primaires, la prévention, le suivi longitudinal des pathologies chroniques et la coordination des parcours doivent au contraire être considérés comme des instruments de maîtrise dynamique des dépenses, car ils peuvent réduire les hospitalisations évitables, les complications et les actes redondants (Yassine et al., 2020 ; Sninate et al., 2020).

5.3. Achat stratégique, tarification et efficience de l'offre

La généralisation de l'AMO transforme la relation entre assureur et prestataires et crée les conditions d'un passage d'un remboursement principalement passif à un achat stratégique. La forte orientation des flux de prestations vers le secteur privé ne doit pas être lue comme une

opposition publique–privé, mais comme un problème d’allocation : le payeur doit pouvoir acheter les soins auprès des prestataires offrant le meilleur rapport entre qualité, coût, accessibilité et résultats. Le renforcement de l’hôpital public, l’amélioration de sa facturation et la contractualisation sur des objectifs de performance sont donc complémentaires de la réforme assurantielle (Cheikh et al., 2019; Dkhimi et al., 2023).

L’étude nationale de coûts hospitaliers d’Akhniif et al. (Akhniif et al., 2024) fournit ici un fondement empirique majeur. Les variations de coûts unitaires observées entre établissements de même niveau montrent qu’un tarif uniforme fondé sur une moyenne brute serait insuffisant. La révision de la tarification devrait s’appuyer sur des coûts régulièrement actualisés et intégrer le niveau de soins, le case-mix, les missions d’enseignement, les contraintes territoriales et les volumes. Des mécanismes de paiement de type DRG pourraient être envisagés à condition de disposer d’un codage fiable, de données cliniques robustes et de contrôles limitant le surcodage ou la sélection des patients.

La tarification doit également être appréciée du point de vue de l’assuré. Un taux nominal de remboursement élevé peut correspondre à une faible couverture effective lorsque la base de remboursement est très inférieure au prix facturé. L’actualisation des tarifs de référence doit donc être couplée à la régulation des prix, aux conventions avec les prestataires et à une surveillance des pratiques de facturation. Les données de remboursement, un identifiant unique et des systèmes d’information interopérables pourraient soutenir le suivi des parcours, la détection des variations injustifiées et l’évaluation de la performance (Moustatraf et al., 2024; Mbaye et al., 2026).

5.4. Enseignements des comparaisons internationales

Les comparaisons avec la Tunisie, la Türkiye, la France et le Rwanda suggèrent qu’aucune architecture institutionnelle unique ne garantit à elle seule la protection financière. Le Maroc et la Tunisie présentent encore une part élevée de paiements directs malgré des trajectoires assurantielles différentes, ce qui souligne l’importance des tarifs réellement opposables, du panier couvert et de l’accès aux prestataires. La Türkiye illustre l’intérêt d’un payeur davantage intégré et d’une coordination entre assurance et réforme de l’offre, tandis que la France montre qu’un faible reste à charge repose sur une forte prépondérance du prépaiement et sur plusieurs couches de couverture (European Observatory on Health Systems and Policies, 2022; OECD, 2025a; OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2025).

Le Rwanda apporte un enseignement complémentaire sur la mutualisation et le ciblage des subventions, même si les niveaux de revenu, les paniers de soins et les structures d’offre ne sont pas directement comparables. Ces expériences ne constituent pas des modèles à transposer, mais des points de comparaison permettant d’identifier des fonctions communes aux systèmes plus protecteurs : continuité des droits, mutualisation large, subvention ciblée des groupes vulnérables, capacité d’achat du payeur, soins primaires organisés et suivi explicite du reste à charge.

5.5. Médicaments, HTA et régulation fondée sur la valeur

L’innovation pharmaceutique constitue un test majeur pour la soutenabilité future de l’AMO. Les biologiques, traitements ciblés, immunothérapies et thérapies de maladies rares peuvent générer des chocs budgétaires importants alors même que l’extension de la couverture augmente légitimement la demande d’accès. Les travaux récents sur les politiques de prix et de remboursement au Maghreb, les accords d’entrée gérés, l’oncologie innovante et l’accès aux biologiques montrent que la décision ne peut plus reposer sur le seul prix facial (Dahmani et al., 2023; Dahmani et al., 2025; Benhima et al., 2024; Charrak et al., 2026).

Une capacité nationale d’évaluation des technologies de santé devrait articuler efficacité, sécurité, qualité de vie, coût-efficacité, impact budgétaire et équité, et soutenir la négociation des prix, la priorisation des indications et les accords de partage de risque. La base de coûts

hospitaliers et les données de vie réelle de l'AMO pourraient alimenter cette fonction, à condition d'être standardisées, auditables et gouvernées de manière transparente. Dans cette perspective, la maîtrise des dépenses ne consiste pas à réduire indistinctement les remboursements, mais à déplacer progressivement les ressources vers les interventions, parcours et prestataires produisant le plus de valeur pour les assurés (Akhnif et al., 2024)6.

Scénarios et implications de politique publique

Le Tableau 5 compare quatre scénarios possibles pour la période 2026–2030.

Tableau 5. Scénarios de soutenabilité 2026–2030.

Scénario	Hypothèse	Avantage	Risque principal
A. Tendanciel	Dépenses continuent à croître nettement plus vite que les recettes	Maintien à court terme d'un accès large	Déficits, transferts publics croissants, pression sur cotisations
B. Régulation budgétaire	Tarifs, remboursements et volumes davantage encadrés	Ralentissement rapide de la dépense	Transfert de coûts vers les ménages, renoncement
C. Transformation par l'efficacité	Soins primaires, HTA, achat stratégique, digitalisation, prévention	Soutenabilité et qualité potentiellement conciliées	Investissements initiaux et gouvernance exigeante
D. Mixte recommandé	Mesures de maîtrise ciblée + transformation structurelle	Trajectoire réaliste, protection des soins utiles	Nécessite suivi fin et capacité analytique

Source : Auteurs

Le scénario mixte apparaît le plus plausible : maîtrise des prix et des actes à faible valeur à court terme, simultanément à des investissements dans les soins primaires, la prévention, l'HTA, le système d'information et l'amélioration de l'offre publique. La contrainte budgétaire ne doit pas être ignorée, mais la recherche d'efficacité doit précéder une augmentation générale du reste à charge.

1. Faire de la couverture effective l'indicateur de référence. Publier régulièrement immatriculés, droits ouverts, interruptions, réactivations et utilisateurs annuels par régime.
2. Publier un compte économique consolidé de l'AMO. Recettes, prestations, réserves, frais de gestion, transferts publics, dépense moyenne par bénéficiaire et résultat technique.
3. Mesurer le reste à charge réel. Calculer le reste à charge sur prix facturé, non seulement le taux nominal de remboursement, avec ventilation par revenu, région, sexe, âge et pathologie.
4. Réviser la tarification avec régulation des prix. Mettre à jour les tarifs de référence en parallèle de conventions et mécanismes évitant une inflation induite. Fonder l'actualisation sur des données régulières de coûts hospitaliers et prévoir des ajustements selon le niveau de soins et la complexité (Akhnif et al., 2024).
5. Développer les achats stratégiques. Contractualiser avec les prestataires sur qualité, pertinence, volume et résultats plutôt que sur le seul remboursement acte par acte. Utiliser les bases de coûts et, à terme, des modalités de paiement prospectif ou par groupes homogènes de malades lorsque les systèmes d'information le permettent (Akhnif et al., 2024).
6. Renforcer l'offre publique. Améliorer délais, équipements, ressources humaines, facturation et autonomie de gestion afin que l'offre publique devienne un choix réel pour les assurés. Instituer un suivi périodique des coûts unitaires, de la productivité et de la qualité afin de distinguer sous-financement et inefficience (Akhnif et al., 2024).
7. Institutionnaliser l'HTA. Évaluer médicaments, dispositifs et programmes à fort impact budgétaire selon la valeur produite et l'impact sur les finances de l'AMO.
8. Prioriser les soins primaires. Utiliser prévention et suivi des maladies chroniques pour éviter les complications et hospitalisations coûteuses.
9. Utiliser les données pour piloter. Créer un entrepôt de données anonymisées et interopérables, accessible à l'évaluation scientifique sous gouvernance stricte.
10. Installer une comparaison internationale régulière. Comparer le Maroc à des pays de revenu et d'architecture différents sur OOP, couverture effective, accès, qualité et résultats, plutôt que sur un seul taux d'affiliation.

5.6. Tableau de bord proposé

Le Tableau 6 propose un ensemble d'indicateurs et de fréquences de suivi.

Tableau 6. Indicateurs de suivi proposés pour l'AMO.

Dimension	Indicateur	Fréquence suggérée
Couverture	Immatriculés ; bénéficiaires avec droits ouverts	Mensuelle/trimestrielle
Effectivité	Taux de continuité des droits ; interruptions	Trimestrielle
Utilisation	Utilisateurs ; recours par type de service	Trimestrielle
Financement	Cotisations, transferts, prestations, résultat technique	Trimestrielle/annuelle
Protection financière	Reste à charge médian ; dépenses catastrophiques	Annuelle
Public-privé	Part des remboursements par secteur et région	Trimestrielle
Médicaments	Part du médicament ; génériques/biosimilaires	Trimestrielle
Qualité	Hospitalisations évitables ; réadmissions ; délais	Annuelle
Équité	Indicateurs par quintile de revenu et territoire	Annuelle
Valeur	Coût par résultat clinique pour pathologies prioritaires	Annuelle

Source : Auteurs

6. Forces et limites

La principale force de cette étude est l'intégration de sources nationales et internationales permettant de confronter la généralisation administrative aux indicateurs de protection financière. La comparaison avec la Tunisie, la Türkiye, la France et le Rwanda offre quatre perspectives complémentaires : proximité régionale, réforme de payeur, système mature et modèle africain de mutualisation.

Plusieurs limites doivent néanmoins être soulignées. Les années de référence diffèrent selon les indicateurs et les définitions d'immatriculé, de bénéficiaire et de droit ouvert ne sont pas toujours homogènes. Les dépenses AMO ne sont pas directement comparables aux dépenses nationales de santé. Les comparaisons internationales restent descriptives et ne contrôlent pas toutes les différences de revenu, panier de soins, démographie, prix et capacité d'offre. Sur le plan bibliographique, la recherche repose actuellement sur une seule base, PubMed/MEDLINE ; elle peut donc sous-représenter la littérature économique, institutionnelle ou francophone indexée ailleurs. Cette revue narrative structurée n'est pas une revue systématique PRISMA : aucun protocole n'a été enregistré, la sélection n'a pas fait l'objet d'une double lecture indépendante et aucune évaluation formalisée du risque de biais de l'ensemble des études n'a encore été appliquée. Les 991 occurrences représentent la somme des rendements des stratégies retenues avant déduplication et non 991 références uniques. Seuls 150 PMID uniques sont actuellement reconstituables avec certitude à partir des données individuellement consignées ; leur screening initial a conduit à 136 inclusions et 14 exclusions. Ces nombres ne doivent pas être extrapolés à l'ensemble des 991 occurrences. Le nombre définitif de références uniques et le corpus final après lecture intégrale nécessitent la reconstruction ou l'export exhaustif des résultats. Enfin, l'étude hospitalière structurante utilisée pour les coûts repose sur des données 2019 extrapolées à 2023 ; ses estimations constituent donc des besoins modélisés et non des dépenses comptables observées en 2023 (Akhnif et al., 2024). Ces limites imposent d'interpréter la synthèse comme une analyse documentaire structurée destinée à éclairer les

mécanismes économiques et les options de politique publique, et non comme une estimation exhaustive de l'ensemble des données disponibles.

8. Conclusion

Le Maroc a réalisé en quelques années une extension historique de l'Assurance Maladie Obligatoire. Plus de 32 millions de personnes étaient administrativement couvertes en 2025, contre environ 42 % de la population avant la généralisation. Cette performance doit cependant être mise en regard de l'effectivité : fin 2024, 25,6 millions de bénéficiaires effectifs étaient recensés dans le périmètre de la Cour des comptes, contre 31,94 millions d'immatriculés.

La deuxième tension est financière. Entre 2022 et 2024, les dépenses AMO ont progressé nominalement de 83,2 %, contre environ 36 % pour les ressources. Ces taux n'étant pas corrigés de l'inflation, leur différence arithmétique ne doit pas être assimilée à un différentiel de croissance réelle. La troisième tension concerne la destination des financements, avec environ 91 % des prestations dirigées vers le secteur privé. Enfin, la protection financière reste perfectible : les paiements directs représentaient 37,25 % des dépenses courantes de santé en 2023, niveau voisin de la Tunisie, mais nettement supérieur à la Türkiye, à la France et au Rwanda. Les données de coûts hospitaliers montrent parallèlement que l'efficacité de l'offre publique et l'alignement entre tarifs et coûts réels constituent des déterminants majeurs de la soutenabilité (Akhniif et al., 2024).

La confrontation internationale conduit à une conclusion centrale : la réussite d'une assurance universelle ne se mesure pas au seul nombre de personnes affiliées. Elle dépend de la continuité des droits, du niveau de prépaiement, de la cohérence entre tarifs et remboursements, de la capacité du payeur à acheter stratégiquement les soins, de la force des soins primaires et de la protection des ménages contre les dépenses catastrophiques.

La période 2026–2030 devrait donc marquer le passage de la généralisation administrative à une couverture effectivement universelle, puis d'un modèle principalement centré sur le remboursement des actes vers un système fondé sur la valeur : prévention, résultats sanitaires, qualité, équité et efficacité. L'AMO pourra alors être évaluée non seulement par le nombre de cartes ou d'immatriculations, mais par sa capacité à produire davantage de santé par dirham mobilisé et à protéger durablement les ménages contre les conséquences économiques de la maladie.

Références

- (1). Akhniif, E. H., Belmadani, A., Mataria, A., & Bigdeli, M. (2024). UHC in Morocco: A bottom-up estimation of public hospitals' financing size based on a costing database. *Health Economics Review*, 14(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13561-024-00501-x>
- (2). Benhima, N., Afani, L., El Fadli, M., Essâdi, I., & Belbaraka, R. (2024). Investigating the availability, affordability, and market dynamics of innovative oncology drugs in Morocco: An original report. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 217. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02262-9>
- (3). Charrak, M., Cherrah, Y., & Serragui, S. (2026). Accessibility of biologic drugs in Morocco: Comparison with FDA and EMA approvals (2015–2025). *Journal of Market Access & Health Policy*, 14(2), 21. <https://doi.org/10.3390/jmahp14020021>
- (4). Cheikh, A., Bouatia, M., Ajaja, M. R., El Malhouf, N., Cherrah, Y., Abouqal, R., & El Hassani, A. (2019). Impact of disparities in reimbursement rules between public and private sectors on accessibility to care in Moroccan mandatory health insurance: A cross-sectional study. *Value in Health Regional Issues*, 19, 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2019.07.008>

- (5). Conseil économique, social et environnemental. (n.d.). Travaux relatifs à l'assurance maladie obligatoire et à la protection sociale. <https://www.cese.ma/>
- (6). Cour des comptes, Royaume du Maroc. (2026). Rapport annuel au titre de 2024–2025. <https://www.courdescomptes.ma/>
- (7). Dahmani, H., Achour, L., Maghreb Research Group, Toumi, M., & Fradi, I. (2025). Managed entry agreements for pharmaceutical products in three Maghreb countries: Payer and supplier perspectives. *Journal of Market Access & Health Policy*, 13(3), 40. <https://doi.org/10.3390/jmahp13030040>
- (8). Dahmani, H., Fradi, I., Achour, L., Toumi, M., & Maghreb Research Group. (2023). Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Algeria, Morocco, and Tunisia: Comparative analysis. *Journal of Market Access & Health Policy*, 11(1), 2244304. <https://doi.org/10.1080/20016689.2023.2244304>
- (9). Dkhimi, F., Honda, A., Hanson, K., Mbau, R., Onwujekwe, O., Phuong, H. T., Mathauer, I., Akhnif, E. H., Jaouadi, I., Kiendrébéogo, J. A., Ezumah, N., Kabia, E., & Barasa, E. (2023). Examining multiple funding flows to public healthcare providers in low- and middle-income countries: Results from case studies in Burkina Faso, Kenya, Morocco, Nigeria, Tunisia and Vietnam. *Health Policy and Planning*, 38(10), 1139–1153. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad072>
- (10). European Observatory on Health Systems and Policies. (2022). Health systems in action: Türkiye. WHO Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/>
- (11). European Observatory on Health Systems and Policies. (n.d.). Türkiye health system information: General Health Insurance and Social Security Institution. <https://eurohealthobservatory.who.int/>
- (12). Haut-Commissariat au Plan. (n.d.). Enquête nationale sur le niveau de vie des ménages 2022–2023 : Principaux résultats. <https://www.hcp.ma/>
- (13). Mbaye, S., & Seck, I. (2026). Gouvernance de l'achat stratégique de la santé en Afrique : Une revue de la littérature. *Santé Publique*, 38(2), 269–279. <https://doi.org/10.3917/spub.262.0269>
- (14). Ministère de l'Économie et des Finances, Royaume du Maroc. (2025). Note de présentation du Projet de loi de finances 2026. <https://www.finances.gov.ma/>
- (15). Moustatraf, A., & Touhami, F. (2024). L'identifiant unique comme un des instruments indispensables au pilotage de la couverture sanitaire universelle, le cas du Maroc. *Santé Publique*, 36(1), 121–133. <https://doi.org/10.3917/spub.241.0121>
- (16). OECD. (2025a). Financial hardship and out-of-pocket expenditure. In *Health at a Glance 2025*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
- (17). OECD. (2025b). *Health at a Glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2025-en
- (18). OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2025). *France: Country Health Profile 2025*. OECD Publishing. https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_en
- (19). OECD, Eurostat, & World Health Organization. (2017). *A system of health accounts 2011: Revised edition*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- (20). Royaume du Maroc. (2002). Loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base. *Bulletin Officiel du Royaume du Maroc*.
- (21). Royaume du Maroc. (2021). Loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale. *Bulletin Officiel du Royaume du Maroc*.
- (22). Sninate, I., & Bennana, A. (2020). Impact du vieillissement de la population sur la consommation médicale : Assurance maladie obligatoire au Maroc. *Pan African Medical Journal*, 35, 93. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.93.20716>

- (23). World Bank. (2023). A strong commitment to human capital is an investment in Rwanda's future. <https://www.worldbank.org/>
- (24). World Bank. (n.d.). World Development Indicators: Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- (25). World Bank, & World Health Organization. (n.d.). Global Health Expenditure Database: Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)—Morocco, Tunisia, Türkiye and Rwanda. <https://apps.who.int/nha/database/>
- (26). World Health Organization. (n.d.-a). Financial protection and out-of-pocket health spending: Monitoring framework. <https://www.who.int/health-topics/financial-protection>
- (27). World Health Organization. (n.d.-b). Morocco: Health data overview. <https://data.who.int/countries/504>
- (28). World Health Organization. (n.d.-c). Tunisia: Health data overview. <https://data.who.int/countries/788>
- (29). World Health Organization. (n.d.-d). Türkiye: Health data overview. <https://data.who.int/countries/792>
- (30). World Health Organization, & World Bank. (2023). Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>
- (31). Yassine, A., Hangouche, A. J., El Malhouf, N., Maarouf, S., & Taoufik, J. (2020). Assessment of the medical expenditure of the basic health insurance in Morocco. *Pan African Medical Journal*, 35, 115. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.115.1>

Disponibilité des données et considérations éthiques

Les données analysées proviennent de sources publiques et de la littérature scientifique citée. Les chaînes détaillées de recherche bibliographique peuvent être fournies comme matériel supplémentaire. Cette étude documentaire utilisant exclusivement des données agrégées et publiquement accessibles ne nécessitait pas de recrutement de participants ni de collecte de données individuelles.