African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

De l'immatriculation à l'effectivité des droits : analyse des dynamiques de couverture, des contraintes financières et de la gouvernance de l'Assurance Maladie Obligatoire au Maroc (2022–2025)

From Registration to Effective Entitlements: Coverage Dynamics, Financial Constraints and Governance of Mandatory Health Insurance in Morocco (2022–2025).

Auteur 1 : Kaoutar IBRAHIMI.
Auteur 2 : Toufik EL-MAHI.

Kaoutar IBRAHIMI, (Doctorante)
Laboratoire Interdisciplinaire de Recherches sur les Dynamiques Economiques, la Finance et l'Entrepreneuriat « LIRDEFE »
Faculté d'économies et de gestion
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès, Maroc

Toufik EL-MAHI, (Enseignant-Chercheur)
Laboratoire Interdisciplinaire de Recherches sur les Dynamiques Economiques, la Finance et l'Entrepreneuriat « LIRDEFE »
Faculté d'économies et de gestion
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès, Maroc

Déclaration de divulgation : **L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.**

Conflit d'intérêts : **Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.**

Pour citer cet article : **IBRAHIMI .K & EL-MAHI ,T (2026) « De l'immatriculation à l'effectivité des droits : analyse des dynamiques de couverture, des contraintes financières et de la gouvernance de l'Assurance Maladie Obligatoire au Maroc (2022–2025) », African Scientific Journal « Volume 03, Num 38 » pp: 001 – 037.**

DOI : 10.5281/zenodo.24058068.
Copyright © 2026 – ASJ

Résumé

Contexte. La généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Maroc appelle une lecture différenciée de l'immatriculation, de l'ouverture des droits et de l'accès effectif aux soins. Objectif. Examiner les décalages entre couverture nominale, droits ouverts et dynamique financière entre 2022 et 2025 en distinguant explicitement les périmètres institutionnels. Méthode. Une analyse documentaire ciblée confronte la Cour des comptes (séries nationales comparables 2022 et 2024), le CESE (2024), les documents préparatoires au PLF 2026 et les données 2025 communiquées par la CNSS en septembre 2026. Des calculs descriptifs et un codage thématique dirigé sont articulés aux cadres d'Andersen, de Levesque et des charges administratives. Résultats. De 2022 à 2024, les immatriculations passent de 26,84 à 31,94 millions (+19,0 %) et les droits ouverts de 22,10 à 25,62 millions (+15,9 %) ; leur ratio arithmétique passe de 82,34 % à 80,21 %. Les dépenses de l'AMO progressent de 13,62 à 24,95 milliards de dirhams (+83,2 % en prix courants). Pour 2025, les documents budgétaires évoquent quelque 32,4 millions de personnes couvertes au sens déclaratif, tandis que les résultats de la CNSS rapportent 25,08 millions de bénéficiaires éligibles dans son périmètre et 22,65 milliards de dirhams de prestations servies : ces chiffres ne forment pas une série nationale directement comparable aux données de 2024. Discussion. Les écarts entre stocks, flux, définitions et dates imposent un dispositif d'évaluation multidimensionnel. Conclusion. L'extension de l'AMO doit être suivie conjointement par la continuité des droits, la protection financière et le recours aux soins. Aucun effet causal sur la consommation médicale n'est estimé.

Mots-clés : Assurance Maladie Obligatoire ; Maroc ; droits ouverts ; couverture sanitaire ; protection financière ; dépenses de santé ; analyse documentaire ; gouvernance.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Abstract

Background. Morocco's expansion of Mandatory Health Insurance (AMO) requires careful differentiation between enrollment, active entitlements and effective access to care. Objective. To examine gaps between nominal coverage, active entitlements and financing dynamics over 2022–2025 while explicitly preserving differences in institutional scope. Methods. A targeted documentary study combines the Court of Accounts' comparable national data for 2022 and 2024, the 2024 Economic, Social and Environmental Council assessment, 2026 budget-preparation documents published in 2025, and 2025 CNSS results announced in September 2026. Descriptive calculations and directed thematic coding are interpreted through Andersen's, Levesque's and administrative burden frameworks. Results. Registrations rose from 26.84 to 31.94 million between 2022 and 2024 (+19.0%), whereas people with active entitlements increased from 22.10 to 25.62 million (+15.9%). Their arithmetic ratio declined from 82.34% to 80.21%. AMO spending increased from MAD 13.62 to 24.95 billion (+83.2% in current prices). For 2025, budget documents report approximately 32.4 million nominally covered individuals, whereas CNSS reports 25.08 million eligible beneficiaries within its own scope and MAD 22.65 billion in benefits paid. These observations do not constitute a harmonized national time series. Discussion. Differences in units, dates, stocks and financial flows require a multidimensional evaluation framework. Conclusion. Coverage expansion needs to be assessed jointly with continuity of rights, financial protection and service use. No causal impact on individual healthcare utilization is estimated.

Keywords: Mandatory health insurance; Morocco; active entitlements; health coverage; financial protection; expenditure; documentary analysis; governance.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Introduction

L'objectif de politique publique de santé que constitue la couverture universelle ne faut pas la réduire à l'enregistrement d'un individu dans une structure de protection. La littérature sur le financement de la santé insiste sur trois résultats distincts : l'accès aux services nécessaires, la protection contre le risque de difficultés financières, l'équité des bénéfices de la dépense collective (Kutzin, 2013 ; OMS et Banque mondiale, 2025). Dans les pays dans lesquels la couverture est en expansion rapide, la distinction entre éligibilité nominale, droit mobilisable en réalité, et usages réels de soins se singularise.

Au Maroc, la loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale vise à généraliser l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), effet qui altère la structure des régimes et la portée des données statistiques administratives. Ainsi, le Conseil économique, social et environnemental (CESE, 2024) admet des progrès de l'immatriculation mais souligne la persistance de droits fermés et des restes à charge. La Cour des comptes (2025, pp. 86–88) fournit, pour la période 2022-2024, des données de contrôle sur l'ouverture des droits, les œuvres de soins, le financement, et la gouvernance des régimes. Ces documents constituent une opportunité d'analyse d'effectivité sans enquête de terrain. Cependant, les études sur le lien entre recours au soin et protection sociale soulignent la nécessité de distinguer la simple existence d'une affiliation sociale et les comportements de soins. La revue de littérature d'Erlangga et al. (2019) montre des résultats en faveur de l'assurance maladie publique dans les pays à faible ou moyen revenu mais aussi une hétérogénéité entre le niveau d'utilisation des soins et la protection financière. Pour le cas du Maroc, Drissi Bouzaidi et Ragbi (2024) montrent une association de la couverture médicale avec l'accès au soin sur les vagues du panel ONDH 2013-2019, leur population, leur période et leurs variables mesurées ne se superposant pas à celles des données administratives mobilisées ici.

La problématique de recherche est la suivante : comment apprécier les évolutions de la couverture AMO au Maroc entre 2022 et 2025, en distinguant les variations réellement comparables des constatations d'évaluations de sources institutionnelles hétéroclites et de temps différentiels ? L'analyse présente quatre objectifs complémentaires : (1) mesurer les écarts nationaux entre immatriculations et droits ouverts pour 2022-2024 ; (2) interpréter la dynamique des dépenses par secteur ; (3) décrire ce que les documents publiés en 2025 et les résultats de gestion de l'exercice 2025 apportent à ce diagnostic ; (4) proposer un cadre de mesure des droits ultérieurement à la

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

continuité des droits et à l'accès aux soins. La période 2022-2025 indique le périmètre historique étudié et non quatre observations annuelles comparables pour chaque indicateur.

L'apport de la présente publication repose sur une mise en regard dans le champ de la comparaison : une corrélation entre immatriculations et droits ouverts se dessine dans le retraitement des séries nationales 2022 et 2024 ; une dissociation entre dépenses et effectifs résulte d'une comparaison descriptive de stocks et de flux ; l'accès individuel au soin demeure un mécanisme théorique, non testé. L'actualisation 2025 apporte une quatrième exigence : préserver la date de référence, la population et le producteur de chaque chiffre. Un montant de couverture délivré dans un document budgétaire national ne s'identifie pas avec l'effectif de bénéficiaires éligibles aux régimes gérés par la seule CNSS, ni avec une mesure nationale des droits actifs.

Cet article est structuré en quatre sections principales. La première présente le cadre théorique et les contributions de la littérature relatives à l'effectivité de l'assurance maladie, à l'accès aux soins et aux contraintes administratives et financières. La deuxième expose la démarche méthodologique, les sources documentaires mobilisées et les techniques d'analyse. La troisième présente les résultats relatifs aux dynamiques de couverture, à l'ouverture des droits et aux dépenses de l'AMO, en distinguant les données comparables de 2022–2024 de l'actualisation documentaire de 2025. Enfin, la quatrième section discute les résultats à la lumière de la littérature, précise leurs limites et propose des recommandations pour améliorer l'effectivité de la couverture médicale au Maroc.

1. Cadre théorique et état des connaissances

1.1. Quatre niveaux d'effectivité de l'assurance maladie

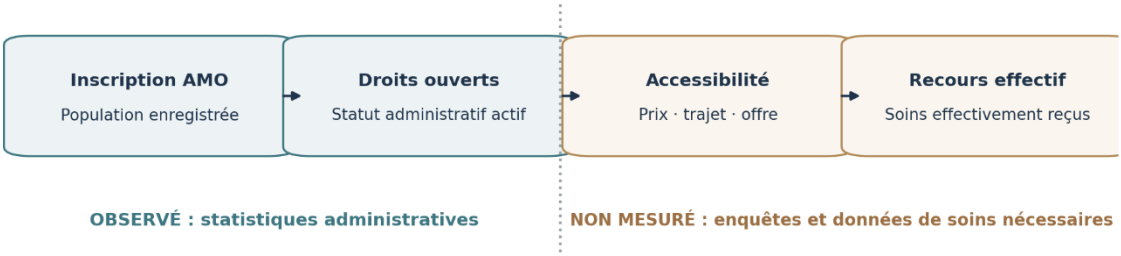
La littérature établit plusieurs acceptions de l'accès. Penchansky et Thomas (1981) soulignent l'appariement entre système de soins et besoins des usagers ; McIntyre, Thiede et Birch (2009) évoquent la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité ; Levesque, Harris, Russell (2013) articulent cinq dimensions de l'offre de soins aux capacités des populations de percevoir, rechercher, atteindre, payer, s'engager dans les soins. Ces travaux convergent pour affirmer que l'accès est multidimensionnel et ne se réduit à une couverture financière ni à une utilisation observée.

On distingue ici quatre niveaux : (i) immatriculation, constat administratif d'entrée dans le système; (ii) droit ouvert, statut de bénéficiaire, permettant de produire des prestations conformément aux règles en vigueur ; (iii) accessibilité effective, réunit les conditions financières, géographiques,

informationnelles et organisationnelles ; (iv) recours approprié, correspondant à l'utilisation de soins répondant effectivement à un besoin. Une personne peut être inscrite sans droits ouverts, la personne ayant droits ouverts peut rencontrer des difficultés liées aux avances de frais, au transport, aux délais ou à l'absence d'informations, alors qu'à l'inverse l'absence de recours ne présente pas nécessairement le caractère d'un renoncement lorsque le besoin de soins n'existe pas.

Cette interrelation des quatre niveaux n'échappe ni à l'aléatoire, ni à l'influence du degré de dépendance : l'inscription est une condition administrative initiale, l'ouverture des droits dépend d'un ensemble de règles de gestion, la protection financière est soumise à la prise en charge effective et aux coûts des soins, enfin, le recours dépend à la fois d'un besoin de santé, de l'offre et des choix de l'assuré lui-même. Autrement dit, une hausse des droits ouverts n'impliquent pas un accroissement, à eux seuls, des consultations médicales ni une levée des obstacles à l'accès.

Figure N°1 : Les quatre niveaux de l'effectivité de la couverture AMO



Source : Élaboration originale à partir de Kutzin (2013), McIntyre et al. (2009) et Levesque et al. (2013). Les deux derniers niveaux ne sont pas mesurés dans les données mobilisées.

1.2. Besoins, ressources facilitatrices et recours aux soins

Le modèle de comportement de la consultation en santé proposé par Andersen (1995) relie l'usage des soins aux caractéristiques prédisposantes, aux ressources facilitatrices et aux besoins en santé. L'AMO constitue une ressource facilitatrice potentielle, mais son effet observable dépend de ce que recouvre vraiment le droit, de l'intensité de la prise en charge ainsi que des ressources non assurantielles (revenu, lieu de résidence, existences de l'offre). Ainsi, l'existence d'une protection ou d'un droit ne conduit pas mécaniquement à un recours et un recours important ne garantit pas à lui-seul une prise en charge appropriée.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Les travaux de Drissi Bouzaidi et Ragbi (2024) s'intéresse à un panel de ménage antérieur à la réforme récente, pour questionner la pertinence d'une analyse horizon individualisé prenant un compte les déterminants socioéconomiques. Yassine et al. (2018) illustrent les caractéristiques de la population historiquement couverte par l'AMO. Ainsi, ces études interrogent la robustesse d'une analyse exclusivement administrative, sans indicateurs de besoin perçu, de recours conditionnel au besoin et de groupement social.

1.3. Charges administratives, littératie assurantielle et discontinuité des droits

Moynihan, Herd et Harvey (2015) définissent les charges administratives comme l'ensemble des coûts liés à l'apprentissage, à la conformité et à la gestion des interactions avec les systèmes publics. Dans un contexte américain différent, Herd et al. (2013) montrent que déplacer des contraintes procédurales vers l'administration peut améliorer l'accès aux droits. Halling et Baekgaard (2024) valident, dans leur revue systémique de la littérature sur les charges administratives, que les obstacles bureaucratiques sont souvent distribués de manière inégale.

Au sein du domaine de l'assurance, la littératie assurantielle vient compléter cette approche en ce sens où la compréhension des garanties, des exclusions et des démarches peut bien impacter le comportement de recours. Yagi et al. (2022) rapportent des associations entre littératie et recours préventif ou évitement des soins, mais ces résultats proviennent principalement d'autres systèmes et ne concerne pas le Maroc. Le mécanisme théorique apparaît bien établi : sous conditions de procédure complexes, la valeur d'usage de la couverture formelle est susceptible d'être diminuée, notamment pour les ménages avec faibles ressources informationnelles.

1.4. Couverture et soutenabilité : la tension entre volume, coûts et protection

Le financement de la santé repose sur la mobilisation et la mutualisation des ressources et leur achat stratégique ; la performance d'un régime ne peut se mesurer uniquement à l'aune du volume dedirigé vers la santé (Kutzin, 2013). La progression des dépenses peut consister en un recours accru, en une augmentation des prix, en un changement dans les paniers de soins ou en une amélioration de la charge de morbidité. Elle ne peut donc en elle-même se comprendre ni comme une preuve de succès ni comme une preuve d'échec. Mais une croissance des dépenses supérieure à celle des ressources pose bien un problème clair de soutenabilité.

La revue d'Erlangga et al. (2019) note en effet que la protection financière ne progresse pas systématiquement au même rythme que l'utilisation des soins. Le rapport mondial OMS-Banque

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Mondiale (2025) relève aussi que les dimensions « services » et « difficultés financières » doivent être suivies indépendamment. Au Maroc, la distinction entre les comptes administratifs, les restes à charge effectivement supportés par les ménages, et les paiements aux producteurs de soins est indispensable pour éviter les confusions d'échelle.

1.5. Positionnement de l'article dans les recherches existantes

Tableau N°1 : Contributions de la littérature et place de la présente étude

Référence	Question étudiée	Données / approche	Apport pour cet article
Andersen (1995)	Déterminants du recours	Modèle comportemental	Distinguer couverture facilitatrice et besoins
Levesque et al. (2013)	Nature multidimensionnelle de l'accès	Cadre conceptuel	Séparer droit et accessibilité effective
Erlangga et al. (2019)	Effets de l'assurance dans les PRFI	Revue systématique	Ne pas assimiler accès et protection financière
Drissi Bouzaidi & Ragbi (2024)	Couverture et soins au Maroc	Panel ONDH 2013–2019 ; logit	Fournit un contraste individuel, autre période
Moynihan et al. (2015)	Charges administratives	Théorie et cas empiriques	Interpréter les frictions de droits
Présente étude	Droits, dépenses et gouvernance AMO	Rapports publics 2022–2024	Triangulation des indicateurs, sans causalité

Source : auteurs

2. Méthodologie

2.1. Nature, périmètre et unité d'analyse

La recherche est une étude documentaire analytique à orientation descriptive et interprétative. Le champ temporel couvre la montée en charge de la généralisation de l'AMO de 2022 à 2025. L'unité d'analyse varie selon la source : personnes immatriculées et personnes à droits ouverts pour le bilan national 2022–2024, catégories et régimes pour la documentation institutionnelle, bénéficiaires éligibles et prestations servies pour le compte rendu 2025 de la CNSS. Cette hétérogénéité est traitée comme une caractéristique de la base documentaire, non comme un problème à corriger par

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

interpolation. Aucun chiffre manquant de 2023 ou de 2025 n'est reconstruit pour simuler une série continue.

La démarche se rapproche des principes d'analyse documentaire de Bowen (2009) et d'analyse thématique de Braun et Clarke (2006). Elle ne prétend pas être une revue systématique PRISMA : aucune interrogation exhaustive de bases bibliographiques, aucun diagramme de sélection de références scientifiques et aucune méta-analyse ne sont revendiqués. Les publications scientifiques ont été sélectionnées à raison de leur portée théorique ou de leur proximité empirique avec le problème.

2.2. Sélection du corpus et traçabilité

L'ensemble des sources empiriques considérées dans le présent travail a pour priorités (i) le rapport de la Cour des comptes sur la gestion de l'AMO sur la période 2022–2024 (axes du rapport annuel 2024–2025, pp. 86–88), (ii) l'avis du CESE du 31 octobre 2024, (iii) les documents budgétaires présentés par le ministère de l'Économie et des Finances pour le projet de loi de finances 2026 et ses données de 2025, (iv) les résultats de gestion du 2025 de la CNSS recueillis auprès du conseil d'administration du 3 septembre 2026 et repris par la presse économique, (v) la loi-cadre n° 09-21 et des publications scientifiques sur l'accès et le temps administratif. Pour la CNSS 2025, lorsque le rapport primaire n'a pu être récupéré, la source journalistique identifiée est signalée comme relais du compte rendu, ce qui est une limite à ne pas occulter.

Les documents sont retenus quand l'institution et la période sont identifiables, quand le contenu concernait effectivement l'AMO, et quand au moins l'indicateur ou le diagnostic peut être relié à une page, à une annonce datée ou à une référence stable. L'extraction indique pour chaque chiffre : producteur, exercice couvert, date de publication, périmètre géographique et gestionnaire, statut assuré (immatriculé, éligible, droits ouverts ou assuré principal), unité et réserve de comparabilité.Dans une revue ciblée, on ne produit pas un lookup exhaustif de la littérature ni une méta-analyse. Les taux d'inclusion PRISMA ne figurent donc pas.

Tableau N°2 : Corpus institutionnel, rôle et traçabilité

Source	Période / pages	Statut dans l'étude	Données exploitées
Cour des comptes (2025)	2022–2024 ; pp. 86–88	Source empirique principale	Immatriculations, droits, régimes, dépenses, recouvrement, répartition des prestations
CESE (2024)	Avis ; synthèse pp. 1–3	Confrontation institutionnelle	Droits fermés, reste à charge, risques de soutenabilité, recommandations
Royaume du Maroc (2021)	Loi-cadre n° 09-21	Contexte normatif	Objectifs de généralisation de la protection sociale
OMS & Banque mondiale (2025)	Rapport international	Cadrage non intégré aux calculs	Couverture des services et difficultés financières
Articles évalués par les pairs	1981–2024	Éclairage théorique ciblé	Accès, charges administratives, littératie, recours aux soins
MEF / PLF 2026	Situation 2025 ; doc. 2025	Contexte national 2025	≈32,4 M : couverture nominale annoncée ; catégorie et date de référence à clarifier
CNSS / conseil d'administration	Exercice 2025 ; annonce sept. 2026	Résultats par gestionnaire	25,08 M éligibles et 22,65 MMDH prestations ; accès via compte rendu secondaire daté

Source : auteurs

2.3. Mesures et opérations quantitatives

Quatre indicateurs sont dérivés des effectifs de la Cour des comptes : la variation absolue (Xt2 − Xt1), la variation relative [100 × (Xt2/Xt1 − 1)], le ratio descriptif de droits ouverts [100 × bénéficiaires à droits ouverts / immatriculés] et la différence numérique entre ces deux stocks. Les dépenses AMO sont comparées en milliards de dirhams nominaux, sans déflation, faute de disposer dans le même corpus d'une ventilation annuelle homogène en termes réels et de périmètres ajustés.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Des indices base 2022 = 100 servent à comparer les rythmes de croissance de grandeurs distinctes, non leur niveau.

Le ratio droits ouverts / immatriculés n'est pas le taux national de couverture effective publié par la Cour des comptes, qui rapporte des bénéficiaires à la population de référence. Il convient aussi de ne pas assimiler mécaniquement la différence des stocks à un nombre de personnes ayant effectivement renoncé aux soins, car doublons éventuels, dates de mesure, règles d'éligibilité et statuts administratifs peuvent en affecter la lecture.

2.4. Codage thématique dirigé et comparaison des documents

Le codage s'appuie sur cinq familles analytiques a priori constituées à partir de la littérature et précisées lors de la lecture : A = activation et continuité des droits ; B = mécanismes contributifs ; C = protection financière ; D = organisation de l'offre et achats de prestations ; E = gouvernance et information. À chaque constat sont associés un extrait synthétisé, un document, une page, un niveau de preuve (« donnée chiffrée », « diagnostic institutionnel », « proposition théorique »), et une limite d'interprétation. Cette grille sert à assurer la reproductibilité de la lecture ; elle ne sert pas à établir un accord intercodeur car cela n'est pas nécessaire dans un travail sur un corpus réduit.

La matrice de lecture dispose de trois labels de preuve qui s'articulent dans la production de résultats : O désigne une observation chiffrée directement restituée par une source ; C désigne un calcul fait à partir de ces observations ; I désigne une interprétation ou un mécanisme discuté à partir de littérature. Les O et C ne doivent pas être reformulés comme des résultats en individules I ne doivent pas être présentés comme des estimations. La même règle doit être respectée en commentant tableaux et figures.

Figure N°2 : Protocole documentaire et analytique effectivement suivi



Source : Élaboration de l'auteure ; adaptation des principes de Bowen (2009) et Braun & Clarke (2006).

2.5. Précautions méthodologiques

Lorsque l'on consulte les chiffres nationaux comparable, il ne peut être question que des exercices 2022 et 2024, lorsque les statistiques complémentaires pour 2025 proviennent de sources et de périmètres différents et ne sont pas susceptibles de prolonger mécaniquement les courbes nationales et ainsi de calculer le taux national de droits ouverts en 2025, ou d'attribuer la croissance des dépenses à un effet purement spécifique de la généralisation. Les dépenses sont en dirhams courants. L'étude ne voit pas les soins individuels, les besoins non satisfaits, les durées de fermeture des droits. Les conclusions portent sur des faits administratifs et contraintes institutionnelles signalées, et hypothèses explicatives qu'il conviendrait de prendre éventuellement au crédit d'un travail… de recherche !

3. Résultats

3.1. Une extension administrative rapide entre 2022 et 2024, mais une transformation plus lente en droits ouverts

D'après les statisticiennes de la Cour des comptes (2025), les immatriculations sont passées de 26,84 millions en 2022 à 31,94 millions en 2024, soit 5,10 millions de plus et donc une progression de 19,0 %. En même temps, les bénéficiaires à droits ouverts sont passés de 22,10 millions à 25,62

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

millions, soit 3,52 millions de plus (+15,9 %). Les droits augmentent donc en montant d'argent, ce qui constitue bien une avancée réelle, mais moins vite que les immatriculations.

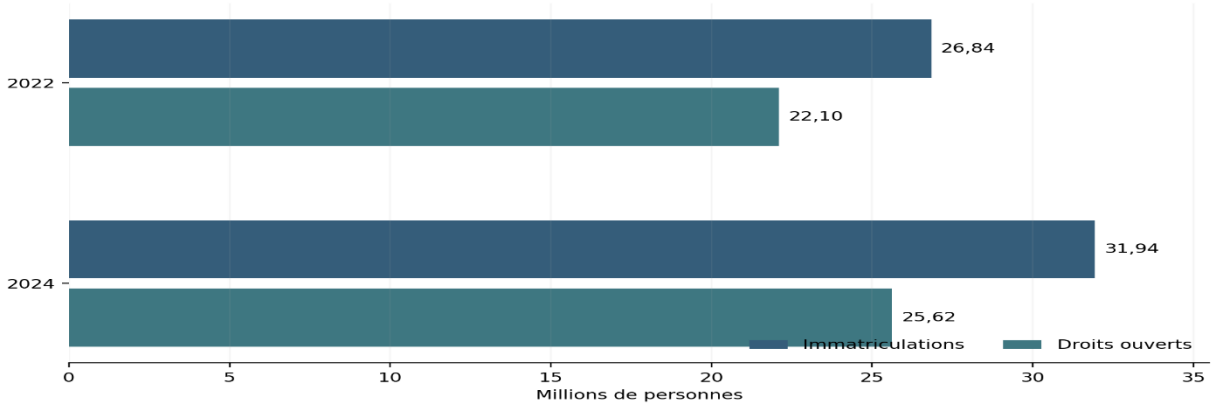
Les deux indicateurs – le ratio arithmétique entre les droits ouverts et les immatriculations – de 82,34 % en 2022 (22,10 / 26,84) et de 80,21 % en 2024 (25,62 / 31,94) marquent donc une baisse de 2,13 points de pourcentage ; nous le réitérons, il s'agit d'une comparaison des stocks publiés, et non du taux national de couverture effective, basé sur un dénominateur différent et dont l'attesté ne connaît pas d'évolution. La différence absolue entre les deux effectifs passe, quant à elle, de 4,74 à 6,32 millions ; or, ce solde ne peut être considéré comme le nombre de personnes renonçant à des soins : un certain nombre d'entre elles peuvent avoir des droits fermés pour des raisons administratives non identifiables dans le stock de droits ouverts et, en tout état de cause, ce relais dépend également des règles de comptabilisation et de dédoublonnage. Ces données ne disent ni la durée des droits fermés ni les besoins médicaux non satisfaits.

Tableau N°3 : Dynamique nationale de l'immatriculation et des droits ouverts (2022–2024)

Indicateur	2022	2024	Variation calculée
Personnes immatriculées (millions)	26,84	31,94	+5,10 (+19,0 %)
Bénéficiaires à droits ouverts (millions)	22,10	25,62	+3,52 (+15,9 %)
Droits ouverts / immatriculés (%)	82,34	80,21	−2,13 points
Différence des deux effectifs (millions)	4,74	6,32	+1,58 (+33,3 %)
Taux national de couverture effective (Cour)	≈ 60 %	≈ 70 %	≈ +10 points (définition distincte)

Source : auteurs

Figure N°3 : Immatriculations et droits ouverts, comparaison 2022–2024



Source : Cour des comptes (2025, p. 86) ; calculs et représentation originaux.

Une première approche descriptive de la dynamique d'évolution des effectifs d'adhérents consiste à décrire l'évolution des effectifs des principaux organismes gestionnaires : la CNSS (Caisse nationale de sécurité sociale) passe de 23,24 millions à 28,10 millions d'affiliés, la CNOPS (Caisse nationale d''assurance maladie) de 3,60 millions à 3,84 millions. La croissance totale des effectifs de 5,10 millions d'adhérents provient ainsi de la CNSS pour un montant d'environ 4,86 millions, de la CNOPS pour 0,24 million. Cette répartition est fondée sur des effectifs : elle n'inclut pas le suivi individuel des transferts entre régimes et n'informe pas sur leur devenir institutionnel.

3.2. Une extension inégale selon les dispositifs

D'après la Cour des comptes (2025), on observe des régimes dont l'état d'avancement est très inégal : 14,47 millions d'adhérents pour AMO-Tadamon pour un objectif de 11 millions ; 3,27 millions pour AMO-TNS pour une cible de 11 millions ; et 341 000 pour AMO-Chamil. Mais ces ratios à la cible (131,5 % pour Tadamon, et 29,7 % TNS) ne doivent pas être interprétés comme des taux de couverture effective dans la mesure où les dénominateurs sont des objectifs programmatiques et non pas les populations éligibles vérifiées à la date d'observation.

Tableau N°4 : Lectures croisées de l'expansion par organisme et dispositif

Sous-ensemble	Valeur documentée	Comparaison / calcul	Réserve de lecture
CNSS immatriculés	23,24 M (2022) → 28,10 M (2024)	+4,86 M ; +20,9 %	Régime gestionnaire ; non équivalent à un dispositif
CNOPS immatriculés	3,60 M → 3,84 M	+0,24 M ; +6,7 %	Stocks par organisme gestionnaire
AMO-Tadamon	14,47 M en 2024 ; cible 11 M	131,5 % de la cible	Objectif initial ; pas un taux d'accès
AMO-TNS	3,27 M en 2024 ; cible 11 M	29,7 % de la cible	Objectif non atteint ; périmètre professionnel
AMO-Chamil	341 000 en 2024	Aucune cible calculée	Périmètre et population cible à documenter
Régimes article 114	≈ 1,56 M concernés	Pas d'addition aux autres stocks	Intégration empêchée par des textes manquants

Source : Cour des comptes (2025, p. 86) ; ratios et variations calculés par l'auteure.

Les données témoignent d'une asymétrie de mise en œuvre : le dispositif solidaire dépasse le volume prévisionnel alors que les travailleurs non salariés, quant à eux, sont loin de l'objectif visé. Néanmoins, aucun facteur d'explication n'émerge de cette analyse. Les règles de cotisation, la taille effective des populations cibles, la segmentation socioprofessionnelle et les conditions d'éligibilité peuvent contribuer ensemble à cette évolution. Par ailleurs, il faut distinguer les deux sortes de comparaison du tableau 4 : on compare des organismes gestionnaires (CNSS/CNOPS) avec Tadamon, TNS et Chamil en tant que dispositifs de couverture. Ces lignes ne traduisent pas une décomposition additive du total national. Le « dépassement » ou « retard » sur la cible programmée se réfère au niveau de réalisation administrative, non pas à la qualité des soins reçus par les bénéficiaires.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

3.3. Continuité des droits et tensions contributives

La Cour des comptes (2025, p. 87) dénote que des retards ou manquements de versement des cotisations de certains employeurs font que près de 1,5 million de salariés n'ont pas pu bénéficier des droits en 2024. Il ne s'agit ni de l'ensemble des écarts entre immatriculations et droits actifs ni d'une mesure du non-recours médical. Ce constat atteste toutefois d'une voie de discontinuité des prestations qui ne peut plus être réduite à la volonté individuelle de l'assuré.

Pour l'AMO des travailleurs non salariés, le rapport relève un taux de recouvrement des cotisations qui n'a pas dépassé 37 % en 2024, malgré une opération d'annulation d'une dette de 577,6 millions de dirhams. Cette situation atteste d'une contrainte financière et de continuité susceptible de fragiliser le rapport entre affiliation, cotisation et activation des droits. Il serait pourtant imprudent de conclure à ce que chaque défaut de recouvrement corresponde à un épisode de suspension chez un assuré donné.

Il s'agit donc d'un risque de rupture des droits corrélés aux règles de cotisation et de gestion, et non d'une régression statistique entre la non-prise en charge du risque maladie et la sollicitation des soins. Pour évaluer si les 1,5 million de suspensions signalées ont eu pour effet de différer des soins, il faudrait articuler, pour les mêmes assurés et la même période, les datations des suspensions, les besoins de santé et les soins effectivement sollicités ou délivrés.

3.4. Une pression de dépenses distincte de l'expansion des personnes couvertes

En 2022, les dépenses annuelles rapportées de l'AMO s'élèvent à 13,62 milliards de dirhams puis 24,95 milliards en 2024 soit une évolution de +11,33 milliards et +83,2 % en prix courants (Cour des comptes, 2025, pp. 33 et 87). C'est une variation de flux financier annuel qu'il ne faut pas tenter de soustraire directement à la variation d'un stock de personnes ni d'en interpréter les effets sur les coûts par patient de la réforme. Elle progresse plus vite que le nombre d'immatriculés (+19,0 %) ou de bénéficiaires à droits ouverts (+15,9 %) pendant que la Cour indique que les ressources ont crû au plus de 36 % sur la période (p. 33). Cette discordance annonce une question de soutenabilité qui ne peut être tranchée qu'en comptabilisant précisément les cotisations, les transferts, les prestations, les réserves et les variations de prix avant de conclure si les régimes sont bien en équilibre.

De plus, la Cour mentionne pour l'AMO-TNS des dépenses de 1,75 milliard de dirhams en 2024 (tandis que 526 millions en 2022) et de 7,05 milliards pour l'AMO-Tadamon, les sous-totaux ne

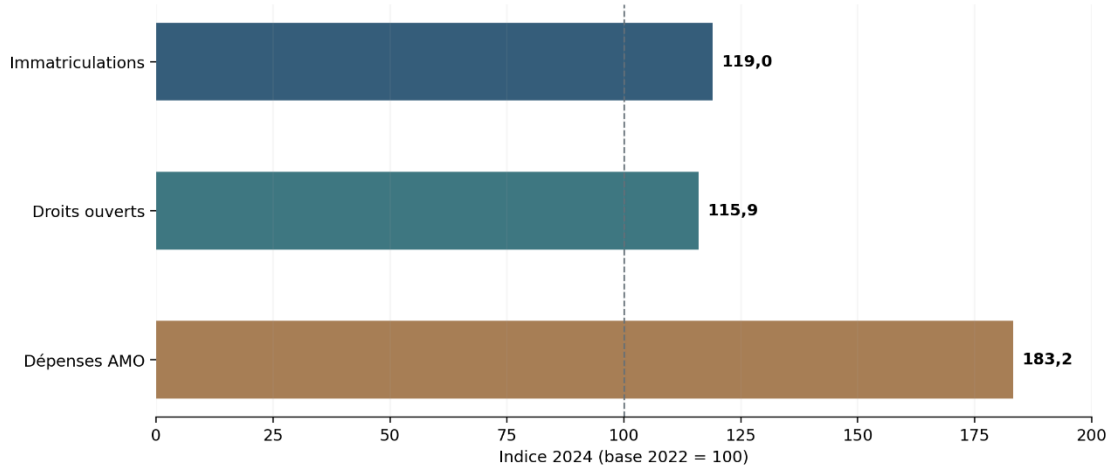
sont pas rapportés au total national pour ne pas être dupliqués dans les totaux, alors qu'ils sont en hausse du fait du dynamisme de régimes différents, et de règles et moyens de financement qui leur sont propres.

Tableau N°5 : Évolution des dépenses et indices de variation (base 2022 = 100)

Grandeur	2022	2024	Indice 2024	Interprétation correcte
Immatriculations (M)	26,84	31,94	119,0	Stock d'affiliation
Droits ouverts (M)	22,10	25,62	115,9	Stock de droits actifs
Dépenses AMO (MMDH)	13,62	24,95	183,2	Flux annuel nominal, tous régimes
Dépenses AMO-TNS (MMDH)	0,526	1,75	332,7	Flux annuel, sous-régime

Source : auteurs

Figure N°4 : Croissances comparées des inscriptions, des droits ouverts et des dépenses



Source : Cour des comptes (2025, pp. 86–87) ; indice base 2022 = 100. La comparaison juxtapose un flux monétaire et deux stocks de population ; elle ne démontre pas leur relation causale.

3.5. Protection financière : une mesure partielle et des périmètres distincts

La Cour des comptes (2025, p. 87) signale un reste à charge qui serait compris entre 30 % et 37 % des frais occupés dans le champ de l'analyse. Le CESE (2024, pp. 1-2) parle de reste à charge pouvant excéder 50 % pour certains assurés ou dans certaines situations. Ces chiffres ne sont pas statistiquement incompatibles car le CESE traite de situations pouvant être très défavorables alors que la Cour analyse une sorte d'intervalle s'appuyant sur un corpus général de frais facturés.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Aucune de ces deux mesures ne correspond à la part des dépenses directes de santé dans les dépenses courantes du pays comme le suit l'OMS.

Les valeurs « 30–37 % » et « plus de 50 % » ne peuvent être directement multipliées et comparer deux vagues du même indicateur. Le champ, les catégories de dépenses et l'unité d'observation doivent être identiques pour établir une évolution. Le résultat documenté est qu'il existe de la contrainte financière résiduelle, dont l'effet sur le renoncement reste une hypothèse plausible, donc non évaluée dans ce travail.

L'effet économique, ou les conséquences économiques, du reste à charge est sensible à son niveau absolu, au revenu disponible au niveau du ménage, à la nature du soin, au caractère pressant du soin et aux coûts indirects éventuellement engagés. Une même proportion de reste à charge peut représenter une contraite plus forte pour un ménage modeste. Les auteurs de la littérature, et notamment McIntyre et al., rappellent l'importance de suivre les dépenses catastrophiques, ou appauvrissantes, tout autant que la couverture elle-même, mais également les besoins non-comblés (McIntyre et al., 2009 ; OMS & Banque mondiale, 2025). Des résultats qui restent encore à effectuer dans le cadre d'une enquête ménage marocaine à l'échelle compatible à la période récente..

3.6. Allocation des dépenses et attractivité relative du secteur public

D'après la Cour des comptes (2025, p. 87), environ 91 % des dépenses facturées de prestations vont vers le secteur privé contre 9 % vers le secteur public. Cette répartition est celle des sommes facturées, alors même que nous ne savons pas quel pourcentage de patients a été soigné dans chacun des secteurs : un coût unitaire divergent, un nombre de cas traité et un mode de facturation distinct peuvent conduire à d'importants écartements. La question n'est donc pas de dire que 91 % des patients traités sont allés dans le privé, mais de s'interroger sur le cadre d'achat des prestations, l'attractivité de l'offre publique et la soutenabilité des remboursements.

La prudence vaut aussi pour le lien facturation et recours : une part de facturation indique la répartition financière en fonction des prestataires, alors qu'une part de patients suppose un comptage d'individus ou un comptage d'épisodes de soins, qui est ici inexistant. L'étude mentionne alors un déséquilibre de financement en faveur du privé, mais sans en conclure le taux d'usagers du privé, ni la qualité différentiée entre les établissements.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Le rapport mentionne que les médicaments constituent 30 % de la structure des dépenses analysées, que les hospitalisations chirurgicales 18 % et que la dialyse 11 % ; ces proportions, bien qu'informatives pour analyser la composition des coûts, sont insuffisantes pour chiffrer la qualité des prestations, leur adéquation ou leur efficience. D'un autre côté, elles pourraient suggérer des priorités de mesure pour une évaluation future de l'achat stratégique et de l'équité d'accès.

3.7. Une matrice de preuve qui distingue observations et mécanismes

Tableau N°6 : Matrice de codage et niveaux de preuve

Thème	Observation et source	Ce que l'on peut conclure	Ce qui n'est pas établi
A · Droits	25,62 M droits ouverts ; Cour p. 86	Extension effective des droits	Renoncement individuel
B · Cotisations	≈1,5 M salariés suspendus ; Cour p. 87	Risque avéré de discontinuité administrative	Cause de chaque soin non réalisé
B · TNS	Recouvrement ≤37 % ; Cour p. 87	Contrainte de financement du régime	Part des TNS ayant renoncé
C · Coûts	Reste à charge 30–37 % ; Cour p. 87	Charge résiduelle importante dans le périmètre	Taux national de dépenses catastrophiques
D · Offre	91 % des dépenses facturées vers privé ; Cour p. 87	Concentration de montants facturés	91 % des patients dans le privé
E · Gouvernance	Gouvernance des données insuffisante ; Cour p. 88	Limite institutionnelle de qualité/coordination	Volume exact de fraudes ou de doublons non repérés

Source : auteurs

3.8. Actualisation 2025 : extension déclarée de la couverture et limites de l'équivalence statistique

Les documents budgétaires du ministère de l'Économie et des Finances pour la préparation du PLF 2026 font état en 2025 d'une couverture de l'AMO qui serait de 32,4 millions de personnes, correspondant ainsi à environ 88 % de la population, mais ce chiffre est un bilan national provenant d'un document budgétaire ou la situation de référence est antérieure à celle de l'exercice 2025 complètement clos. Ce n'est pas une estimation avérée du nombre de personnes bénéficiant de droits actifs durant douze mois, et ce n'est pas une comptabilité concernant les personnes effectivement consultées ; alors que la Cour des comptes donne pour 2024 deux effectifs distincts,

immatriculés et droits ouverts, dans un périmètre de contrôle donné (Cour des comptes, 2025, p. 86 ; MEF, 2025)

Le montant de 32,4 millions ne doit pas être appréhendé comme le taux de couverture effective nationale de 70 % de 2024, à l'instar d'une ascension d'un même indicateur de dix-huit points. La valeur 88 % qualifie une population désignée comme couverte dans les documents budgétaires, tandis que le taux 70 % fait référence à une couverture effective appréciée selon les droits ouverts selon la Cour. En dehors d'une identification formalisée des définitions, cette comparaison serait conceptuellement fautive. Par ailleurs, aucune « immatriculés et droits ouverts au 31 décembre 2025 » complète et conforme du corpus n'a été adoptée, à la différence de celle de la Cour.

Tableau N°7 : Niveaux de couverture publiés et impossibilité de les assimiler

Indicateur	Valeur	Référence temporelle	Producteur / périmètre	Ce que mesure la valeur
Immatriculation nationale	31,94 millions	Fin 2024	Cour des comptes : AMO nationale	Personnes enregistrées, sans garantir les droits actifs
Droits ouverts nationaux	25,62 millions	Fin 2024	Cour des comptes : AMO nationale	Bénéficiaires ayant des droits ouverts
Couverture annoncée	≈32,4 millions (≈88 %)	Situation 2025, document PLF 2026	Ministère des Finances : présentation nationale	Population présentée comme couverte, sans statut individuel harmonisé
Bénéficiaires éligibles CNSS	25,08 millions	Exercice 2025, bilan annoncé sept. 2026	CNSS : régimes gérés par la caisse	Population éligible dans le champ de la CNSS seulement

Source : auteurs

Figure N°5 : Trois sources, trois périmètres à ne pas confondre



Source : Schéma original de l'auteure. Les effectifs sont ceux des producteurs cités au tableau précédent ; aucun passage arithmétique entre les boîtes n'est autorisé.

3.9. Résultats de gestion 2025 de la CNSS : dynamique des prestations et hétérogénéité des régimes

Au moment où l'on n'en est qu'à l'émergence des premiers chiffres du régime AMO Occupationnel, le compte rendu du conseil d'administration de la CNSS réuni le 3 septembre 2026, repris par une dépêche de la communication économique et financière, chiffre pour l'exercice 2025 la population éligible au titre des régimes AMO gérés par cette institution à 25,08 millions de bénéficiaires (+3 % par rapport à 2024) pour un total de 22,65 milliards de dirhams de prestations servies (+17 %). Les prestations ont donct denouveau cru plus vite que le nombre des personnes éligibles dans ce périmètre. Ceci ne fait pas pour autant apparaître une telle progression des coûts par personne, en partant de ces deux pourcentages, car les bases constituent deux dénominateurs différents et le dénominateur « bénéficiaires éligibles » ne correspond pas au nombre de consommateurs ayant bénéficié de soins. Seul un rapport comptable avec définitions constantes permettrait de calculer avec pertinence un coût par assuré ou par patient.

En ce qui concerne le seul régime des travailleurs non employés, le communiqué précise qu'en 2025, 1,69 million d'assurés principaux pour 2,28 milliards de dirhams de prestations servies, soit un ratio prestations/cotisations encaissées de 157 %, et cet indicateur indique des tensions de financement au sein de ce régime dont il ne devrait pas être considéré comme le solde total de l'ensemble de l'AMO. Les résultats du régime des travailleurs salariés (+12 % de prestations pour 9,22 milliards de dirhams) montrent que l'évolution des dépenses est très différenciée selon le type

de régime. Le nombre d'assurés principaux ne doit pas être additionné au nombre de personnes couvertes par les ayants droit.

Tableau N°8 : Indicateurs de gestion de la CNSS pour l'exercice 2025

Périmètre CNSS	Indicateur	Valeur 2025	Variation indiquée	Précaution d'interprétation
Ensemble régimes gérés	Bénéficiaires éligibles	25,08 millions	+3 % / 2024	Ne représente pas le total national des droits ouverts
Ensemble régimes gérés	Prestations servies	22,65 MMDH	+17 % / 2024	Ne pas confondre avec dépenses totales nationales
Salariés	Prestations servies	9,22 MMDH	+12 % / 2024	Sous-ensemble de prestations CNSS
Travailleurs non salariés	Assurés principaux	1,69 million	+4 % / 2024	Exclut la confusion avec l'ensemble des ayants droit
Travailleurs non salariés	Prestations servies	2,28 MMDH	+24 % / 2024	Sous-ensemble de prestations CNSS
Travailleurs non salariés	Prestations / cotisations encaissées	157 %	+25 points / 2024	Ratio d'un seul régime, non de l'AMO nationale

Source : Résultats du conseil d'administration de la CNSS du 3 septembre 2026, rapportés par Médias24 (4 septembre 2026) et SNRT News (septembre 2026). Valeurs publiées, non estimées dans cette étude ; les montants sont en milliards de dirhams courants (MMDH).

Une deuxième donnée relevant de l'année 2025 concerne le financement public du dispositif de l'AMO-Tadamon. En effet, la note de présentation du PLF 2026 mentionne 7,53 milliards de dirhams versés au titre des trois premiers trimestres de 2025 contre 9,17 milliards pour l'année 2024 prise dans son entier. Pourtant, l'on ne saurait invoquer comme méthode de présentation le fait de montrer le solde comme une baisse annuelle des versements : la période de référence est de durée différente. La bonne comparaison consiste à renseigner séparément les montants et le temps de référence (MEF, 2025 ; maroc.ma, 21 octobre 2025).

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Tableau N°9 : Exemples de comparaisons autorisées et non autorisées pour 2025

Couple de valeurs	Comparabilité	Lecture correcte	Calcul à éviter
31,94 M immatriculés 2024 / ≈32,4 M couverts 2025	Conditionnelle	Continuité de l'extension nominale ; définitions à rapprocher	« +0,46 M de nouveaux droits ouverts »
70 % effectifs 2024 / ≈88 % couverts 2025	Non directe	Indicateurs de couverture de nature différente	« +18 points de couverture effective »
24,95 MMDH dépenses nationales 2024 / 22,65 MMDH CNSS 2025	Non directe	Producteurs, périmètres et concepts de dépenses différents	« –9,2 % de dépense nationale »
25,08 M éligibles CNSS / 22,65 MMDH prestations CNSS 2025	Descriptive uniquement	Deux grandeurs du même gestionnaire, population et flux	Dépense moyenne par utilisateur réel sans dénominateur de soins
9,17 MMDH Tadamon 2024 / 7,53 MMDH T1–T3 2025	Non annuelle	Versements concernant une année complète vs neuf mois	« Baisse annuelle de 17,9 % »

Source : auteurs

3.10. Implications pour l'effectivité de la couverture : trois relations distinctes

Tout d'abord, l'expansion de la population jugée couverte renseigne sur l'ampleur administrative de la réforme, sans indiquer la durée pendant laquelle chaque individu dispose de droits mobilisables. Ensuite, les comptes de prestations permettent de suivre les contraintes de financement et leur hétérogénéité par régime ; ils ne renseignent pas directement sur l'intensité des consommations de soins et l'évolution des prix. Enfin, la possibilité effective de consulter suppose, en sus des droits activés, des offres accessibles et une protection financière suffisante. La chaîne analytique qui est décrite est donc « extension nominale – continuité des droits – protection financière – recours adéquat », mais il manque aux deux derniers maillons des données individuelles et territoriales qui

ne figurent pas dans le corpus. L'auteure ne présente aucun effet causal, ainsi, de la réforme sur la consommation de soins.

4. Discussion

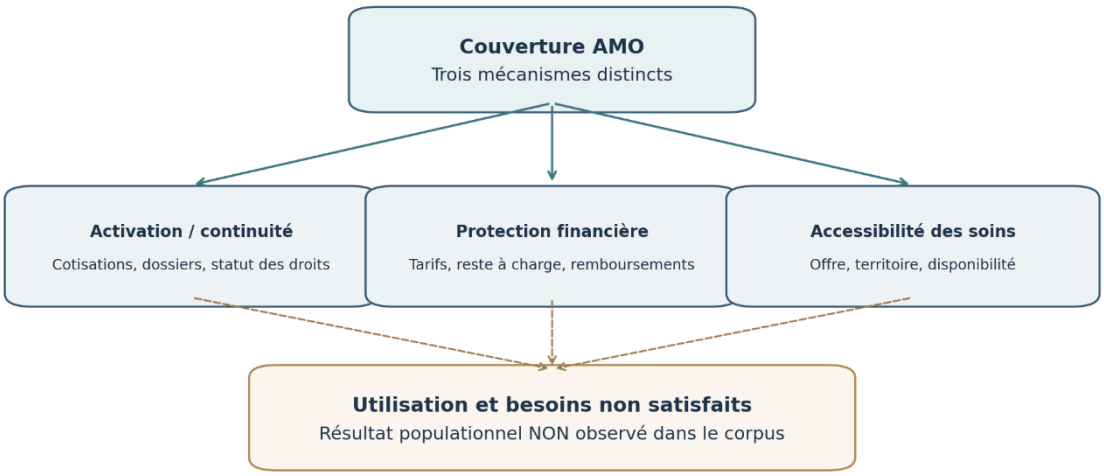
4.1. Trois décalages analytiques plutôt qu'une relation causale simple

Le premier mouvement administratif se situe entre 2022 et 2024 : le nombre d'inscriptions et de droits ouverts progresse, leur rapport descriptif diminue, au sein d'un même périmètre national. Ce constat est fait sur la base des mêmes données. Les documents de 2025 confirment la montée générale en charge sans fournir, dans les pièces retenues, le couple annuel national « immatriculés / droits ouverts » qui aurait permis de reproduire le calcul avec exactitude. Il serait donc abusif d'affirmer que le rapport s'améliore ou se dégrade entre 2024 et 2025. Les travaux apportant un éclairage sur la charge administrative (Moynihan et al., 2015 ; Halling et Baekgaard, 2024) rendent rapidement compte de facteurs possibles mais ne mettent pas en évidence de lien de cause à effet pour le contexte marocain.

Le deuxième décalage est de nature budgétaire : entre 2022 et 2024, l'indice des dépenses nationales atteint 183,2 (base 2022 = 100) contre 119,0 pour les immatriculations. Le rapport CNSS de l'exercice 2025, pour sa part, indique une progression de 17 % des prestations servies sur ses régimes et de 3 % de l'effectif des bénéficiaires éligibles. Ces deux mises en regard, respectivement dans chacun de leurs périmètres, signalent une hausse des sommes monétaires croissante, pour l'une, face à un effectif administratif statique ; ne plaçant pas en rapport leurs niveaux financiers respectifs, ni pour tenter une estimation d'un coût moyen par consommateur, en l'absence de prise en compte de prix, de morbidité, de structure des régimes et d'épisodes de soins.

Le troisième système de variabilité exploré concerne l'accès aux soins, qui n'est pas observé directement dans les séries 2022–2024, comme le souligne le CESE et la Cour des comptes par l'intermédiaire des contraintes administratives, des lourdeurs financières, des difficultés d'accès à l'offre de soins ; or les modèles d'Andersen (1995) et de Levesque et al. (2013) sont en mesure de restituer le pourquoi le recours à l'offre de soins peut se trouver conditionné, au moment où un besoin de santé surgit. La chaîne « droits actifs → possibilités de recours → recours réalisé » constitue un schéma conceptuel à tester sur la base d'observations individuelles de la survenue des besoins médicaux, des soins obtenus et des raisons du non-recours.

Figure N°6 : Mécanismes explicatifs proposés et frontière des données observées



Source : Schéma interprétatif original fondé sur les constats de la Cour des comptes et du CESE, ainsi que sur Andersen (1995), Levesque et al. (2013) et Moynihan et al. (2015). Les flèches indiquent des mécanismes possibles, non des coefficients statistiques ni des relations causales mesurées.

4.2. Triangulation : ce que confirment les sources et ce qui demeure incertain

Tous les acteurs font le même constat : il est essentiel de discerner immatriculation, droits mobilisables et protections financières, alors que les résultats 2025 de la CNSS remettent sur le devant de la scène l'enjeu de suivre les équilibres par régime. En somme, la triangulation n'est pas une approche validée sur une population strictement identique : le CESE livre un diagnostic sur une politique publique, la Cour, des stocks et des flux sur une période précise, le ministère, des agrégats budgétaires, et la CNSS, des résultats de gestion. Cette hiérarchie des mandats peut expliquer que se coexistent des formulations, telles que « couverts » et « éligibles » ou « droits ouverts », terminologie a priori proche, mais à utiliser avec précaution pour des objectifs mesurés. Cette triangulation s'apparente à une confrontation de diagnostics et non à une évaluation de causalité ou à une validation statistique indépendante des mêmes populations. Sa fonction est de rendre compte de l'existence des difficultés signalées par deux institutions, tout en conservant son vocabulaire et ses dénominations propres. La séparation systématique entre « donnée chiffrée », « interprétation institutionnelle » et « mécanisme théorique » permet de réduire le risque d'extrapolation.

Tableau N°10 : Triangulation des sources et risques de fausse équivalence

Objet	Cour des comptes	CESE / littérature	Décision analytique
Couverture	31,94 M inscrits ; 25,62 M droits ouverts	CESE : généralisation non achevée	Convergence sur la distinction nominal / effectif
Droits fermés	Suspensions pour défaut de cotisations	CESE : difficultés de déclaration / paiement	Convergence qualitative ; pas de somme de populations
Reste à charge	30–37 % des frais facturés	CESE : peut dépasser 50 %	Dénominateurs et contextes différents ; pas de moyenne
Dépenses	24,95 MMDH en 2024	Kutzin : résultats ≠ dépenses seules	Dissocier financement et performance sanitaire
Recours réel	Non communiqué par les effectifs	Drissi Bouzaidi & Ragbi : analyse ONDH ancienne	Pas d'estimation 2022–2024 du recours par besoin

Source : auteurs

Les données de la CNSS à l'horizon 2025 ne sont donc pas mécaniquement en discordance avec les valeurs de la Cour des comptes : elles portent sur un exercice différent, une gestion spécifique et parfois sur un autre état administratif. La réflexion analytique cherchera plutôt à faire apparaître cette pluralité, que de produire une continuité chiffrée à partir de valeurs, par définition, non homothétiques. Le diagnostic institutionnel fait donc toujours sens au niveau du CESE concernant les bénéficiaires de droits en annexe (droits fermés) et du reste à charge demandent toujours de rester dans le cadre purement descriptif mais ne fournissent pas de mesure directe du comportement de recours.

4.3. Enjeux de qualité des données et de gouvernance

La Cour des comptes (2025, p. 88) constate qu'il n'existe pas de cadre de gouvernance des données à la CNSS et que des manques de coordination sont à l'œuvre. L'affrontement avec les déclarations de la CNSS de 2025 met en évidence le contenu de cette observation : une communication sur 32,4 millions de personnes « couvertes », et une autre sur 25,08 millions de bénéficiaires « éligibles » ne suffisent, sans métadonnées complémentaires à apporter, à savoir sur le statut, l'organisme gestionnaire, le traitement des ayants droit, la date de clôture, les doubles affiliations possibles et le mode de calcul de chaque effectif qui permet d'utiliser la notion de « couverts » – et c'était le

cas précédent (si mal en sécurité sociale pour les mêmes raisons de non convergence, économique, de l'effectif du régime général ou de la MSA : ordonnateur pour la CNAV, pour la MSA ou pour la CNAMTS sur laquelle l'ACOSS reste en situation de guide ou d'appui des différentes caisses et assureurs).

La question des doublons administratifs, des changements de régime ou des changements de statut complique l'interprétation immédiate des écarts de stock. Pour pouvoir calculer un taux de continuité des droits, se borner à une vue instantanée annuelle (snapshot) est insuffisant : il lui faut des parcours longitudinaux anonymisés, précisant la durée de la souffrance, ses causes, ses moyens de résolution. Réaliser ce suivi est essentiel pour percevoir la différence entre absence temporaire de droits et absence définitive, distinction essentielle en tant que déterminante de l'analyse économique sur le risque d'accès.

4.4. Proposition d'un tableau de bord d'effectivité intégrée

La contribution opérationnelle se compose d'une chaîne d'indicateurs, répartis en quatre niveaux, selon la structure suivante : couverture nominale, activation/continuité, protection financière et soins appropriés. On a donc préservé pour chaque niveau ses sources, dénominateurs et limites d'interprétation propres. Cette contribution opérationnelle peut venir compléter les tableaux de bord de la couverture sanitaire universelle, mais ne joue pas le rôle de l'enquête ménages [il ne s'agit pas d'un exemple de collecte d'altérations des comportements] ni de l'évaluation causale d'une réforme.

Une mesure utilisable pour l'action publique doit associer à chaque niveau une question et un dénominateur : « Qui est immatriculé ? » (inscriptions / population éligible), « Qui dispose de droits mobilisables et combien de temps ? » (droits ouverts et mois de suspension / assurés suivis), « Quel risque financier demeure ? » (dépenses directes ou catastrophiques / ménages ou épisodes), « Quels soins nécessaires ont été obtenus ? » (besoins satisfaits / besoins identifiés). La comparaison des indicateurs n'a de sens que si dates, régimes, unités et population de référence sont explicités.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Tableau N°11 : Tableau de bord proposé pour une évaluation multidimensionnelle

Niveau	Indicateur opérationnel	Source requise	Statut ici
Immatriculation	Inscrits par régime, âge, territoire / population éligible	Fichiers administratifs + données HCP	Effectif national partiel
Activation	Droits ouverts / immatriculés, définition harmonisée	Données CNSS/CNOPS consolidées	Ratio national calculé
Continuité	Durée médiane des suspensions ; part réactivée sous 30 jours	Historique individuel anonymisé	Non disponible
Protection financière	Reste à charge médian ; incidence de difficulté financière	Factures et enquêtes consommation	Périmètre de frais partiellement décrit
Offre	Temps d'accès, disponibilité, rendez-vous, adéquation	Enquêtes offre et population	Non mesuré ici
Recours ajusté au besoin	Consultations / hospitalisations / prévention par niveau de besoin	Données de soins + questionnaire	Non mesuré ici
Besoins non satisfaits	Renoncement à soins nécessaires sur 12 mois et motif	Enquête ménage représentative	Non mesuré ici

Source : Proposition analytique originale à partir des résultats de l'étude et des cadres d'Andersen (1995), Levesque et al. (2013) et OMS–Banque mondiale (2025).

4.5. Recommandations graduées et vérifiables

Pour commencer, à propos de la transparence sur l'activation des droits : publication des séries annuelles, des motifs de suspension, temps de rétablissement, ventilés par régime. Deuxièmement, assouplir l'indépendance la continuité des droits à des frictions évitables à l'aide de notifications adéquates, suivi des déclarations et procédures d'accompagnement adaptées. Les résultats d'Ericson et al. (2023) et Herd et al. (2013), obtenus dans d'autres systèmes de protection, donnent bien une indication de l'intérêt potentiel de la simplification, mais ne permettent pas de chiffrer précisément un effet attendu au Maroc. Troisièmement, articuler prise en charge tarifaire à un suivi explicite de la protection financière, par distinction de coûts facturés, montants remboursés, ticket modérateur, frais de transports, dépenses catastrophiques. Quatrièmement, mieux documenter les dépenses par nature de soins et par prestataire, pour permettre de décomposer la croissance des charges entre prix, volumes et cas traités. Cinquièmement, privilégier des dispositifs de

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

gouvernance des données compatibles avec confidentialité et contrôle des accès, plutôt qu'une simple augmentation de volume d'information disponible.

Tableau N°12 : Recommandations, instruments et modalités d'évaluation

Problème identifié	Action proposée	Indicateur d'évaluation	Type de proposition
Discontinuité des droits	Suivi des motifs / délais de réactivation	Jours de suspension ; % réactivé à 30 j	Mesure et gestion
Barrières déclaratives	Alerte et accompagnement des cotisations	Incidents récurrents et délai de résolution	Hypothèse d'intervention
Coûts résiduels	Publier reste à charge et difficultés financières	Montant médian ; part des ménages exposés	Protection financière
Dépenses en hausse	Décomposer prix, volumes, types d'actes	Dépenses par acte / épisode / indication	Pilotage analytique
Offre public/privé	Auditer la qualité, la disponibilité et les conventions	Délais, capacité, coût par épisode	Pilotage de l'offre
Hétérogénéité informationnelle	Information ciblée sur droits et procédures	Compréhension des droits, échelle validée	À tester en enquête

Source : auteurs

4.6. Apports, limites et programme de validation empirique

L'analyse fournit une lecture unifiée de données administratives le plus souvent présentées indépendamment les unes des autres : effectifs, droits ouverts, cotisations, dépenses, finance et répartition des factures. Elle contribue d'abord à la rigueur du vocabulaire évaluatif, il serait erroné de présenter la chute du ratio droits ouverts / immatriculés comme une preuve du renoncement accru ou indue, ou les 91 % de dépenses facturées au privé comme volume de consultations privées. Ces confusion ne surviennent pas dans le tableau 7 ni dans le protocole reproductible joint.

Les limites sont exigeantes: la base documentaire est ciblée, incomplète ; les observations nationales comparables sont celles de deux années ; les données 2025 mobilisent une communication budgétaire et les résultats CNSS de périmètre disjoint ; une partie des données de gestion 2025 est ici mobilisée dans une présentation de relais de la presse citant le conseil d'administration ; les séries monétaires ne sont pas déflatées et l'inflation, la composition des

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

prestations et les risques de doublons ne sont pas isolés. Aucune liste de données individuelles ne permet d'évaluer directement le non-recours, la morbidité ou l'effet causal de l'AMO. La comparaison descriptive doit être distinguée d'une évaluation d'impact.

Pour sa part, un prolongement quantitatif s'appliquerait à collecter un échantillon représentatif d'assurés et de documenter en même temps le besoin de santé, les événements de suspension, la littératie assurantielle, les frais effectivement engagés et le recours par type de service. Une enquête transversale permettrait d'aboutir à l'estimation d'associations ajustées ; une étude longitudinale et une variation exogène de l'exposition à une réforme administrative feraient défaut pour s'attaquer à l'identification causale. Les récents développements relatifs aux charges administratives affectées à la couverture d'assurance dans d'autres pays (Myerson et al., 2025, révision 2026) ouvrent des conjectures testables, mais nullement preuve d'une quelconque démonstration transférable.

Ainsi, trois hypothèses de recherche peuvent être ici formulées à partir de l'analyse sans être qualifiées de résultats à ce jour : P1, une durée longue de droits non ouverts pourrait être associée à des soins nécessaires non réalisés ; P2, un reste à charge élevé relativement au revenu pourrait apparaître en relation avec le report de soins ; P3, une meilleure compréhension des droits pourrait réduire les difficultés de recours à l'assurance maladie. Une validation requerrait à cette fin d'enquêtes datées, de mesures individuelles valides et d'un plan d'identification approprié. Cette explicitation permet de limiter la portée des flèches de la figure 5, en évitant leur qualification d'« effets » scientifiquement validés.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Conclusion

Entre 2022 et 2024, l'AMO s'est étendue administrativement : 5,10 millions d'immatriculations et 3,52 millions de bénéficiaires supplémentaires à droits ouverts sont recensés, tandis que les dépenses en prix courants progressent beaucoup plus rapidement. Les documents relatifs à 2025 signalent une nouvelle extension nominale et, dans le champ de la CNSS, 25,08 millions de bénéficiaires éligibles et 22,65 milliards de dirhams de prestations servies. Ces indications actualisent le diagnostic, mais leur hétérogénéité interdit de calculer une variation nationale 2024–2025 de droits ouverts. Le passage de la généralisation de l'affiliation à l'effectivité mesurable constitue ainsi la question centrale de la période étudiée.

La contribution méthodologique centrale consiste à rendre explicite la relation entre définition, source, date, dénominateur et conclusion : les données disponibles autorisent une mesure des écarts de stocks 2022–2024, une analyse des rythmes de dépenses et une lecture contextualisée de la situation 2025. Elles ne démontrent ni le recul du renoncement aux soins ni un effet causal de la réforme sur la consommation médicale. Un dispositif public d'indicateurs harmonisés sur les droits actifs, les ruptures de couverture, les dépenses directes et les besoins de santé offrirait une base plus solide pour mesurer les conséquences réelles de l'AMO.

Dans cette perspective, un tableau de bord public, ventilé par régime et par groupes de population, pourrait associer information administrative, consommation des soins et indicateurs de besoins non satisfaits. Une telle évolution donnerait une base empirique plus complète aux décisions de soutenabilité et d'équité de la couverture sanitaire au Maroc.

Annexe A. Guide de réplication des calculs

Variables de départ (sources : Cour des comptes, 2025, pp. 86–87) : I22 = 26,84 ; I24 = 31,94 ; O22 = 22,10 ; O24 = 25,62 (en millions de personnes) ; D22 = 13,62 ; D24 = 24,95 (milliards DH); CNSS22 = 23,24 ; CNSS24 = 28,10 ; CNOPS22 = 3,60 ; CNOPS24 = 3,84. Pour chaque variable X : différence = X24 − X22 ; variation en % = 100 × (X24 − X22) / X22 ; indice 2024 = 100 × X24/ X22. Ratio droits ouverts / immatriculés = 100 × O / I. Différence des stocks = I − O. Les résultats sont arrondis après calcul, jamais avant.

Contrôle arithmétique : 2022, O/I = 22,10 / 26,84 = 82,34 % ; 2024, 25,62 / 31,94 = 80,21 % ; variation = −2,13 points. Dépenses : (24,95/13,62 − 1) × 100 = 83,19 %. Les variations ne sont pas

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

corrigées de l'inflation. La croissance des ressources « au plus 36 % » est un constat du rapport de la Cour (p. 33) et ne doit pas être transformée en donnée exactement égale à 36 %.

Annexe B. Dictionnaire minimal des catégories

Tableau N°13 : Dictionnaire d'observation et exclusions conceptuelles

Variable	Définition retenue	Source / unité	Ne doit pas être confondue avec
Immatriculés	Personnes enregistrées au titre de l'AMO	Cour ; stock de personnes	Patients ayant reçu des soins
Droits ouverts	Personnes au droit administratif ouvert	Cour ; stock de personnes	Utilisateurs effectifs du système
Ratio administratif	Droits ouverts / immatriculés	Calcul ; pourcentage	Taux national de couverture populationnelle
Écart de stocks	Immatriculés moins droits ouverts	Calcul ; millions	Renoncement, déni de prestations
Dépenses AMO	Prestations AMO, agrégation annuelle	Cour ; flux en MMDH	Coûts réels par patient
Dépenses facturées au privé	Part privée du montant de facturation	Cour ; pourcentage	Part des patients fréquentant le privé
Reste à charge	Part de frais facturés non prise en charge	Cour / CESE ; périmètres distincts	Dépenses directes nationales / consommation totale

Source : Définitions de travail de l'auteure, fondées sur la terminologie des sources ; contrôle indispensable en cas d'actualisation des données.

Annexe C. Matrice de correspondance entre relations, preuves et limites

Cette annexe indique précisément les relations décrites, leur statut empirique, les mesures requises et les conclusions à éviter. Elle complète le codage thématique de la section 2.4 et facilite la vérification du raisonnement de l'introduction à la conclusion.

Tableau N°14 : Statut des principales relations étudiées

Relation examinée	Preuve réellement disponible	Interprétation autorisée	Interprétation non autorisée
Immatriculation ↔ droits ouverts	Effectifs administratifs 2022 et 2024 (Cour, p. 86) ; ratio calculé	Écart de stocks et différence de croissance (observés)	Part de patients sans soins ou effet individuel de la réforme
Cotisation ↔ continuité des droits	Suspensions de salariés et taux de recouvrement TNS (Cour, p. 87)	Existence d'un risque administratif documenté	Probabilité mesurée de renoncer à un soin
Droits ↔ accessibilité financière	Reste à charge rapporté par Cour/CESE ; cadres théoriques	Obstacle potentiel à la protection financière	Effet causal ou fréquence individuelle de renoncement
Droits ↔ utilisation médicale	Modèles Andersen/Levesque ; étude ONDH 2013–2019	Hypothèse théorique et comparaison avec une autre période	Estimation du recours individuel en 2022–2024
Dépenses ↔ croissance des effectifs	Série de dépenses nominales et stocks d'assurés (Cour, pp. 86–87)	Différences de rythmes en indices base 2022	Évolution des coûts par patient ou effet prix identifié
Dépenses facturées ↔ secteur de soins	91 % des montants facturés au privé (Cour, p. 87)	Répartition des masses financières	91 % des patients ou consultations dans le privé

Source : Synthèse originale à partir de la Cour des comptes (2025, pp. 86–88), du CESE (2024), d'Andersen (1995), de Levesque et al. (2013) et de Drissi Bouzaidi et Ragbi (2024).

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Annexe D. Traçabilité de l'actualisation 2025

Le protocole d'actualisation retient le 30 octobre 2026 comme date de clôture documentaire. Pour chaque valeur 2025, l'auteure a identifié : l'année de gestion, la date de la publication accessible, le champ couvert et la catégorie comptable. Les publications datées de 2026 décrivent, lorsqu'elles se rapportent aux comptes de la CNSS, l'exercice 2025 et non les résultats de l'exercice 2026. Les résultats 2025 rapportés dans la presse doivent être rapprochés du rapport de gestion CNSS original avant soumission si ce document devient accessible.

Définitions à vérifier dans de futures mises à jour : « immatriculé » (inscription), « droit ouvert » (prestation juridiquement mobilisable), « éligible CNSS » (catégorie de la caisse), « assuré principal » (hors ou avec ayants droit selon le tableau) et « prestation servie » (flux de paiement). Une comparaison temporelle doit exiger l'identité du producteur, du dénominateur, de la date de référence, des unités et des règles de traitement des doubles affiliations.

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Bibliographie

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1–10. https://doi.org/10.2307/2137284

Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. Qualitative Research Journal, 9(2), 27–40. https://doi.org/10.3316/QRJ0902027

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). (2026, 3 septembre). Résultats de gestion de l'exercice 2025 présentés au conseil d'administration [communication institutionnelle rapportée par la presse économique ; source primaire à rapprocher des comptes définitifs]. Voir Médias24 (2026) et SNRT News (2026).

Conseil économique, social et environnemental (CESE). (2024). Généralisation de l'AMO, bilan d'étape : une avancée sociale à consolider, des défis à relever (synthèse de l'avis adopté le 31 octobre 2024). https://www.cese.ma/wp-content/uploads/2024/11/synthe%CC%80se-AMO.pdf

Cour des comptes. (2025). Principaux axes du rapport annuel au titre de 2024–2025 (document daté novembre 2025, publié en ligne en janvier 2026 ; section AMO, pp. 86–88). https://www.courdescomptes.ma/wp-content/uploads/2026/02/Axes-principaux_Rapport-annuel-de-la-CDC-au-titre-2024-2025.pdf

Drissi Bouzaidi, T., & Ragbi, A. (2024). An analysis of the trend towards universal health coverage and access to healthcare in Morocco. Health Economics Review, 14, Article 5. https://doi.org/10.1186/s13561-023-00477-0

Ericson, K. M., Layton, T. J., McIntyre, A., & Sacarny, A. (2023). Reducing administrative barriers increases take-up of subsidized health insurance coverage: Evidence from a field experiment (NBER Working Paper No. 30885). https://doi.org/10.3386/w30885

Erlangga, D., Suhrcke, M., Ali, S., & Bloor, K. (2019). The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low- and middle-income countries: A systematic review. PLOS ONE, 14(8), e0219731. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219731

Halling, A., & Baekgaard, M. (2024). Administrative burden in citizen–state interactions: A systematic literature review. Journal of Public Administration Research and Theory, 34(2), 180–195. https://doi.org/10.1093/jopart/muad023

Herd, P., DeLeire, T., Harvey, H., & Moynihan, D. P. (2013). Shifting administrative burden to the state: The case of Medicaid take-up. Public Administration Review, 73(S1), S69–S81. https://doi.org/10.1111/puar.12114

Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. Bulletin of the World Health Organization, 91(8), 602–611. https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12, Article 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Maroc.ma. (2025, 21 octobre). Généralisation de l'AMO : plus de 32 millions de bénéficiaires en 2025 [synthèse de la note de présentation du PLF 2026]. https://maroc.ma/fr/actualites/generalisation-de-lamo-plus-de-32-millions-de-beneficiaires-en-2025

McIntyre, D., Thiede, M., & Birch, S. (2009). Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. Health Economics, Policy and Law, 4(2), 179–193. https://doi.org/10.1017/S1744133109004836

Ministère de l'Économie et des Finances (MEF). (2025, 20 octobre). Projet de loi de finances 2026 : note de présentation et rapports annexes. https://www.finances.gov.ma/fr/vous-orientez/Pages/plf2026.aspx

Ministère de l'Économie et des Finances (MEF). (2026). Synthèse du Rapport sur les établissements et entreprises publics accompagnant le PLF 2026 [indicateurs de couverture AMO déclarés pour 2025]. https://www.finances.gov.ma/Publication/db/2026/DEPP_Synth%C3%A8se%20Rapport%20EEP_FR.pdf

Moynihan, D., Herd, P., & Harvey, H. (2015). Administrative burden: Learning, psychological, and compliance costs in citizen-state interactions. Journal of Public Administration Research and Theory, 25(1), 43–69. https://doi.org/10.1093/jopart/muu009

Myerson, R. M., Espeseth, A., & Dague, L. (2025). Navigating Medicaid: Experimental evidence on administrative burden and coverage loss (NBER Working Paper No. 34191 ; revised July 2026). https://doi.org/10.3386/w34191

African Scientific Journal
ISSN : 2658-9311
Vol : 03, Num 38 Octobre 2026

Médias24. (2026, 4 septembre). CNSS : 25 millions de bénéficiaires et deux nouvelles filiales en vue. https://medias24.com/2026/09/04/cnss-25-millions-de-beneficiaires-et-deux-nouvelles-filiales-en-vue-1748727

Organisation mondiale de la Santé (OMS) & Banque mondiale. (2025). Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240117808

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, 19(2), 127–140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001

Royaume du Maroc. (2021). Loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale (dahir n° 1-21-30 du 23 mars 2021). https://anss.gov.ma/sites/default/files/decrets/loi-cadre_09-21_FR.pdf

SNRT News. (2026, septembre). CNSS : le Conseil d'administration approuve les comptes et le budget 2026 [compte rendu des indicateurs AMO 2025]. https://snrtnews.com/article/cnss-le-conseil-dadministration-approuve-les-comptes-et-le-budget-2026-157977

Yagi, B. F., Luster, J. E., Scherer, A. M., Farron, M. R., Smith, J. E., & Tipirneni, R. (2022). Association of health insurance literacy with health care utilization: A systematic review. Journal of General Internal Medicine, 37(2), 375–389. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06819-0

Yassine, A., El Hangouche, A. J., El Malhouf, N., Maarouf, S., & Taoufik, J. (2018). Les caractéristiques de la population couverte par le régime de l'assurance maladie obligatoire au Maroc. Pan African Medical Journal, 30, Article 266. https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.266.13209