CAHIER DES CHARGES

1. Informations générales

Intitulé de la mission	Étude stratégique sur l'évolution du modèle de financement et de conception de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Maroc : analyse prospective en vue d'un éventuel basculement vers un modèle universaliste
Bénéficiaire(s)	Direction du Budget – Ministère de l'Économie et des Finances, en lien avec le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS), la Haute Autorité de Santé (HAS), la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS)
Pays	Maroc
Durée totale des jours prévus	28 semaines (soit environ 7 mois), réparties en 6 phases ; le volume en Homme/Jours par expert est précisé dans la matrice de planning (§6.3), en fonction du rôle de chacun au sein de l'équipe pluridisciplinaire

2. Contexte et justification du besoin

Le Maroc a engagé, depuis 2021, un processus structurant de généralisation de la protection sociale, incluant l'extension de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Le modèle actuel reste juridiquement et institutionnellement structuré autour d'une logique contributive de type bismarckien : ouverture des droits conditionnée à l'adhésion au régime et au paiement des cotisations, financement historiquement fondé sur la cotisation sociale, et segmentation par catégories socio-professionnelles.

L'évolution récente du système révèle toutefois une transformation progressive de sa structure financière : environ 60 % du financement global du système repose désormais sur le budget de l'État, via la prise en charge des cotisations des personnes démunies (AMO Tadamon) et des fonctionnaires (part patronale). Cette situation crée un paradoxe structurel : un système conçu comme contributif est désormais majoritairement financé par l'impôt.

Par ailleurs, le Maroc traverse une double transition démographique et épidémiologique qui aggravera structurellement la dépense de santé dans les décennies à venir (doublement du ratio de dépendance des personnes âgées d'ici 2050 selon le HCP, montée des maladies non transmissibles). Dans ce contexte, il devient pertinent d'ouvrir une réflexion stratégique sur la cohérence, la soutenabilité et l'évolution possible du modèle actuel de l'AMO, sans préjuger d'une réforme immédiate, mais afin de préparer les arbitrages des années à venir.

3. Objectifs et résultats poursuivis

3.1. Objectif général

La mission a pour objectif de proposer une trajectoire réaliste et soutenable de transformation de l'AMO vers un modèle universaliste fondé sur le droit à la santé et le financement public, en s'appuyant sur une quantification rigoureuse de la dépense et des recettes.

3.2. Objectifs spécifiques

- Diagnostiquer les limites structurelles du modèle contributif actuel (équité, inclusion, soutenabilité, efficacité) et évaluer la soutenabilité macro-fiscale du modèle hybride actuel.
- Recenser exhaustivement les actes médicaux actuels et futurs à intégrer dans le panier de soins cible, en intégrant les soins préventifs, la santé mentale et les besoins liés à la transition épidémiologique.
- Déterminer les coûts unitaires des actes selon une méthodologie ad hoc, en distinguant coûts réels et tarifs de responsabilité.
- Analyser la fréquence de consommation médicale sur la base de l'historique statistique CNSS/CNOPS, désagrégée par âge, sexe, milieu, région et type de pathologie, et modéliser la demande latente.
- Fixer l'enveloppe globale à allouer à la dépense AMO dans chaque scénario, en intégrant les projections de la double transition démographique et épidémiologique à horizon 2040.
- Cartographier les options de financement public (impôts, taxes affectées, CSG, taxes comportementales, dotation budgétaire) avec simulations de rendement et analyse d'incidence.
- Réaliser un benchmark international approfondi de pays ayant effectué la transition du contributif vers le fiscal.
- Définir des scénarios de réforme chiffrés (court/moyen/long terme) incluant gouvernance, panier de soins, achats, tarification, contrôle médical et régulation.
- Évaluer l'impact financier et distributif des scénarios (effets sur ménages, employeurs, budget, prestataires, organismes gestionnaires CNSS/CNOPS).
- Proposer une feuille de route de mise en œuvre (réformes juridiques, institutionnelles, SI, mécanismes de régulation, gestion du changement).

3.3. Résultats à atteindre

- Clarification conceptuelle du modèle AMO et de la cohérence financement/droits.
- Quantification rigoureuse de la dépense de santé dans chaque scénario de couverture.
- Objectivation du débat financement cotisation vs. impôt par des données actuarielles.
- Modélisation prospective intégrant la double transition démographique et épidémiologique.
- Identification des recettes fiscales mobilisables avec simulations de rendement.
- Base analytique complète pour la décision future (chiffrage + gouvernance + SI + juridique).

4. Description de la mission

4.1. Activités prévues

Le prestataire devra accompagner la Direction du Budget selon une méthodologie associant revue documentaire, chiffrage actuariel, modélisation prospective, benchmark international et ateliers participatifs, afin de conduire les activités suivantes réparties en six phases :

Phase 1 – Cadrage (semaines 1 à 3)

- Revue documentaire approfondie (corpus législatif, rapports ANAM, données CNSS/CNOPS, études antérieures).
- Cartographie des données disponibles et identification des lacunes.
- Élaboration du plan détaillé de travail et de la méthodologie de modélisation retenue.
- Identification et consultation préliminaire des parties prenantes.

Phase 2 – Diagnostic approfondi et chiffrage actuariel (semaines 4 à 10)

- Volet A – Diagnostic du système actuel : structure de financement, analyse des flux budgétaires, analyse des dépenses OOP (ENPSF, ENNVM du HCP), analyse de performance (couverture effective, non-recours, équité).
- Volet B – Chiffrage actuariel : recensement exhaustif des actes (inventaire de la NGAP, panier de soins cible), fixation des coûts unitaires (méthodologie SHA 2011 de l'OCDE), analyse de la fréquence de consommation médicale (bases CNSS/CNOPS, population AMO Tadamon), fixation de l'enveloppe globale par scénario.

Phase 3 – Modélisation prospective et double transition (semaines 11 à 14)

- Intégration des projections démographiques du HCP (pyramide des âges, ratio de dépendance).
- Modélisation de la transition épidémiologique (prévalence des maladies non transmissibles, impact ALD).
- Projections actuarielles à horizon 2035-2040 selon trois scénarios (bas, central, haut) et tests de sensibilité.

Phase 4 – Benchmark international (semaines 15 à 18)

- Analyse comparative structurée de 8 pays (France, Royaume-Uni, Espagne, Thaïlande, Turquie, Rwanda, Ghana, Canada) selon 8 dimensions (situation initiale, motifs de la réforme, transition, financement, réformes institutionnelles, impact couverture/OOP, régulation, risques).
- Identification des modèles transposables, des facteurs de succès et des risques d'importation institutionnelle.

Phase 5 – Scénarios prospectifs chiffrés (semaines 19 à 24)

- Élaboration de quatre scénarios : maintien du modèle hybride, fiscalisation progressive, socle universel fiscal + étage complémentaire, universalisation explicite.
- Pour chaque scénario : chiffrage de la dépense, modélisation des recettes fiscales, analyse de l'équilibre dépenses/recettes, impact institutionnel, mécanismes de régulation, évaluation multicritères (soutenabilité, équité, faisabilité, acceptabilité).

Phase 6 – Feuille de route stratégique (semaines 25 à 28)

- Trajectoire indicative à 10-15 ans avec jalons.
- Réformes juridiques et institutionnelles nécessaires (Lois 65-00, 98-15, 46-23, 60-22 ; rôles ANSS/ANAM ; impact CNSS/CNOPS).
- Plan de refonte des systèmes d'information, mécanismes de régulation, points d'attention macro-fiscaux, quick wins et gestion du changement.

4.2. Livrables attendus

Livrables	Phase	Délai (T0 = notification)
Note de cadrage : cadre conceptuel, questions, méthode, plan de consultations, accès aux données	Phase 1	T0 + 3 semaines
Rapport de diagnostic et chiffrage actuariel : constats, cartographies, coûts unitaires, fréquences, enveloppes	Phase 2	T0 + 10 semaines

Livrables	Phase	Délai (T0 = notification)
Rapport de modélisation prospective : projections 15-20 ans, scénarios démographiques et épidémiologiques	Phase 3	T0 + 14 semaines
Rapport benchmark comparatif : 8 pays, facteurs de succès, leçons, risques	Phase 4	T0 + 18 semaines
Document scénarios chiffrés : description, hypothèses, impacts financiers et distributifs, grille multicritères	Phase 5	T0 + 24 semaines
Feuille de route stratégique : séquencement, réformes, gouvernance, SI, risques, quick wins	Phase 6	T0 + 28 semaines
Support de présentation pour le comité de pilotage	Phase 6	T0 + 28 semaines
Annexes techniques : matrices (acteurs, risques, options fiscales), fiches mesures, grille multicritères, modèle actuariel	Transversal	T0 + 28 semaines
Rapport final consolidé	Transversal	T0 + 28 semaines

5. Coordination

Le prestataire désignera un interlocuteur unique pour la mise en œuvre du projet.

M. Reda Benamar directeur du projet et Baptiste Lorin chargé du projet, seront les interlocuteur unique du prestataire pour la Direction du Budget.

Téléphone :

Courriel :

Une réunion de lancement se tiendra dans les premiers jours suivant la notification du contrat, marquant le point de départ de la Phase 1 (Cadrage).

La gouvernance de la mission s'articule autour de trois instances :

- Un comité de pilotage, chargé de la validation des livrables clés et des arbitrages de scénarios, composé de la Direction du Budget, du MSPS, de la HAS, ainsi que de représentants de la CNSS et de la CNOPS.
- Un comité technique, assurant un suivi hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, l'accès aux données et la revue technique des travaux.
- Des ateliers participatifs organisés à quatre moments clés : diagnostic partagé, présentation du chiffrage actuariel, calibration des scénarios, feuille de route.

Une coordination étroite avec les équipes de la Direction du Budget, de l'ANAM, de la CNSS et de la CNOPS devra impérativement être mise en place dès la préparation de la mission et jusqu'à sa finalisation, avec des échanges réguliers sur l'état d'avancement des travaux et les éventuelles difficultés rencontrées, notamment liées à l'accès aux données.

6. Lieu, Durée et Modalités d'exécution

6.1. Période de mise en œuvre

6.1.1. Date de démarrage :

À définir (T0), correspondant à la date de notification du contrat.

6.1.2. Date de fin :

T0 + 28 semaines.

6.2. Durée effective par mission :

28 semaines (7 mois), avec une intensité d'intervention différenciée selon les phases et les profils d'experts mobilisés (cf. tableau de planning ci-dessous).

6.3. Planning/calendrier :

Le calendrier prévisionnel d'exécution des missions se présente comme suit :

Activités	**Lieu**	**Période**	**Durée (H/J) — équipe pluridisciplinaire**
Phase 1 – Cadrage	Rabat	Semaines 1-3	À préciser par profil
Phase 2 – Diagnostic et chiffrage actuariel	Rabat	Semaines 4-10	À préciser par profil
Phase 3 – Modélisation prospective	Rabat / à distance	Semaines 11-14	À préciser par profil
Phase 4 – Benchmark international	À distance	Semaines 15-18	À préciser par profil
Phase 5 – Scénarios prospectifs chiffrés	Rabat	Semaines 19-24	À préciser par profil
Phase 6 – Feuille de route stratégique	Rabat	Semaines 25-28	À préciser par profil
Total		**28 semaines**	

7. Expertise et profil demandés

Le cabinet est libre de proposer la composition de l'équipe qu'il juge la plus adaptée à la réalisation de la mission.
Toutefois, l'étude devra être conduite par une équipe pluridisciplinaire présentant collectivement une expérience avérée dans les domaines de la gouvernance des systèmes de protection sociale, de l'économie, des finances publiques, du financement de la protection sociale, de la fiscalité, de l'actuariat, de la statistique, de la modélisation économique et actuarielle, de l'analyse financière, des réformes institutionnelles, ainsi que du cadre juridique et réglementaire applicable aux régimes de couverture sociale et d'assurance maladie.
L'équipe devra être en mesure :

- d'analyser le fonctionnement actuel du système d'assurance maladie obligatoire et son articulation avec les autres dispositifs de protection sociale ;

- d'évaluer les différentes options de financement du système et leurs implications économiques, fiscales, budgétaires et financières ;
- de modéliser et de chiffrer différents scénarios d'évolution vers un système à vocation universaliste ;
- d'apprécier leur soutenabilité actuarielle, financière et budgétaire à court, moyen et long terme ;
- d'évaluer leurs impacts institutionnels, organisationnels, réglementaires et opérationnels ;
- d'analyser les conséquences des réformes envisagées sur les assurés, les employeurs, les organismes gestionnaires et les finances publiques ;
- d'identifier les prérequis et facteurs de réussite de leur mise en œuvre ;
- et de proposer une trajectoire de transformation progressive ainsi qu'une feuille de route détaillée de mise en œuvre.

8. Compte-rendu de missions

Un compte-rendu (suivant le modèle fourni) devra être remis par mail à l'issue de chaque phase de mission ; il correspond au livrable de phase correspondant (note de cadrage, rapport de diagnostic, rapport de modélisation, rapport benchmark, document scénarios, feuille de route), et sera présenté selon le cas au comité technique ou au comité de pilotage.

9. Suivi-évaluation

Indicateurs de performance

Livrables	**Effets immédiats**	**Effets intermédiaires**	**Sources de vérification**
Note de cadrage	Cadre conceptuel et méthodologique validé	Alignement des parties prenantes sur la démarche	PV de validation du comité technique
Rapport de diagnostic et chiffrage actuariel	Constats partagés sur les limites du modèle actuel	Base de données actuarielles disponible pour la modélisation	Rapport validé, données CNSS/CNOPS/ANAM exploitées
Rapport de modélisation prospective	Projections 2035-2040 disponibles	Intégration de la double transition dans les arbitrages	Rapport validé par le comité technique
Rapport benchmark comparatif	Enseignements internationaux capitalisés	Options de réforme informées par l'expérience étrangère	Rapport validé, atelier de restitution
Document scénarios chiffrés	Scénarios chiffrés et évalués disponibles	Base de décision pour le comité de pilotage	Grille multicritères validée

Livrables	Effets immédiats	Effets intermédiaires	Sources de vérification
Feuille de route stratégique	Trajectoire de réforme formalisée	Appropriation par les décideurs	Note stratégique et présentation validées en comité de pilotage

10. Informations pratiques

Ref : DAJ_M003_v02, Juin 2021

Expertise France

SIRET : 808 734 792 – 40 Boulevard de Port-Royal, 75005 PARIS – France