

**Santé publique et développement économique : Une analyse empirique
des investissements en santé et de leur impact sur la productivité
économique au Maroc**

**Public health and economic development: An empirical analysis of
health investments and their impact on economic productivity in
Morocco**

Radouane HABBOUBI

Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc.

Aziz EL HAMD AOUI

Faculté d'économie et de gestion de Settat, Université Hassan 1er de Settat, Settat, Maroc.

Résumé. Le Maroc connaît aujourd'hui une mutation importante de son système de santé, portée par la loi-cadre N° 06-22 et par l'orientation du pays vers un développement plus durable. Dans ce contexte, la santé tend à être considérée non plus comme une simple dépense sociale, mais comme un facteur stratégique susceptible de soutenir la croissance économique. Cette étude analyse l'influence des politiques sanitaires sur le développement national, en examinant spécifiquement les liens entre les investissements dans le secteur, la productivité du travail et la diminution des inégalités sociales. En s'appuyant sur une démarche mixte fondée sur la théorie du capital humain et l'exploitation de données macroéconomiques couvrant la période 2000-2025, l'analyse démontre qu'une hausse de 1 % de l'espérance de vie génère une croissance de 6 % du PIB par habitant à long terme. Cette réalisation se traduit par une accélération inédite du financement, avec un budget record de 42,4 milliards de dirhams prévu pour 2026, marquant une hausse significative de 30 % par rapport à 2025. Toutefois, malgré ces avancées financières, des barrières structurelles persistent et limitent l'impact de ces investissements. Les ménages continuent de supporter une part prépondérante des coûts, finançant 54 % à 60 % des dépenses de santé par des paiements directs. De plus, la distribution des fonds publics demeure régressive, puisque 40 % des investissements profitent aux 20 % de la population la plus aisée. En conclusion si les réformes actuelles, et notamment la généralisation de la couverture médicale (AMO), positionnent indéniablement la santé comme un moteur de productivité, leur efficacité économique réelle dépendra de la capacité du pays à réduire les disparités géographiques et sociales. Une vision globale, intégrant la santé, l'éducation et les partenariats public-privé, s'avère donc indispensable pour maximiser le retour sur investissement sanitaire.

Mots-clés : *Santé publique, Développement économique, Investissements, Productivité, Capital humain, Loi-cadre 06-22, Inégalités sociales, Politiques publiques.*

Abstract. Morocco is currently undergoing a major transformation of its healthcare system, driven by Framework Law No. 06-22 and the country's shift toward more sustainable development. In this context, health is increasingly viewed not merely as a social expenditure, but as a strategic factor capable of supporting economic growth. This study analyzes the influence of health policies on national development, specifically examining the links between investments in the sector, labor productivity, and the reduction of social inequalities. Using a mixed-methods approach grounded in human capital theory and leveraging macroeconomic data covering the period 2000–2025, the analysis demonstrates that a 1% increase in life expectancy generates a 6% growth in GDP per capita over the long term. This achievement translates into an unprecedented acceleration in funding, with a record budget of 42.4 billion

dirhams projected for 2026, marking a significant 30% increase compared to 2025. However, despite these financial advances, structural barriers persist and limit the impact of these investments. Households continue to bear a disproportionate share of the costs, financing 54% to 60% of health expenditures through out-of-pocket payments. Furthermore, the distribution of public funds remains regressive, as 40% of investments benefit the wealthiest 20% of the population. In conclusion, while current reforms particularly the expansion of universal health coverage (UHC) undoubtedly position health as a driver of productivity, their actual economic effectiveness will depend on the country's ability to reduce geographic and social disparities. A comprehensive approach that integrates health, education, and public-private partnerships is therefore essential to maximize the return on investment in health.

Keywords: *Public health, Economic development, Investment, Productivity, Human capital, Framework Law 06-22, Social inequalities, Public policy.*

1. Introduction

Aujourd'hui, on comprend que la relation entre la santé publique et le développement économique devient indissociable. Ce n'est plus juste une dépense sociale, mais un véritable moteur pour la croissance et la richesse d'un pays. Quand les gens sont en bonne santé, ils travaillent mieux, ils sont plus productifs, et ça profite à toute l'économie. On voit cette idée se confirmer notamment dans le cas récent du Maroc où les efforts en santé ont montré leur importance pour le développement, marquée par de grandes réformes pour moderniser tout le système de santé national.

Le Maroc, qui compte presque 37 millions de personnes en 2024, traverse une période de grands changements démographiques et de santé. Malgré un classement à la 120^e de l'IDH, le pays montre un visage à la fois positif et compliqué. D'un côté, il a connu une véritable amélioration dans le secteur de la santé, mais de l'autre, il doit encore faire face à des inégalités qui persistent et à des problèmes structurels importants (United Nations Development Programme, 2023). Cette situation soulève une question essentielle : Comment faire en sorte que ces énormes investissements dans la santé puissent vraiment booster l'économie et aider le Maroc à avancer de façon durable ?

La question devient encore plus pressante après la pandémie qui a mis en lumière à quel point nos systèmes de santé sont fragiles, tout en montrant aussi leur importance pour notre économie. Elle a réveillé tout le monde, ce qui a conduit à l'adoption de la loi cadre 06.22 concernant la santé publique, ainsi que l'état a investi massivement dans ce domaine, comme jamais auparavant.

Sur le plan scientifique, cet article se distingue par plusieurs apports originaux. Premièrement, il mobilise une approche analytique mixte combinant théorie du capital humain et données macroéconomiques couvrant la période 2000-2025, période particulièrement riche en réformes structurelles pour le Maroc. Deuxièmement, il quantifie les corrélations entre investissements sanitaires, productivité de la main-d'œuvre et croissance économique dans un contexte de pays à revenu intermédiaire, comblant ainsi un vide documentaire relevé dans la littérature spécifique au contexte marocain. Troisièmement, il évalue de manière intégrée les effets directs et indirects des réformes sanitaires récentes, notamment la loi-cadre n° 06-22, sur les performances économiques nationales. La valeur ajoutée de ce travail réside dans sa capacité à articuler des données institutionnelles récentes issues des Comptes Nationaux de la Santé 2022, du HCP et de l'ANAM avec les derniers développements de la recherche internationale, offrant aux décideurs publics une base empirique actualisée pour orienter les investissements sanitaires.

Ce travail cherche à comprendre comment les politiques de santé influencent le développement économique au Maroc. Pour ça, on regarde quatre aspects liés entre eux : d'abord, comment les investissements dans la santé peuvent booster la productivité du pays. Ensuite, on s'intéresse aux facteurs sociaux qui accentuent des inégalités d'accès aux soins. On analyse aussi les coûts,

tant directs qu'indirects, que les maladies peuvent engendrer pour l'économie. Enfin, on évalue si les politiques publiques, comme les partenariats publics privés, sont efficaces dans tout ça. L'idée, c'est de créer une base solide pour mieux planifier les investissements dans la santé, afin d'en tirer le meilleur profit, tant sur le plan économique que social.

Sur le plan organisationnel, ce papier est structuré comme suit : après cette introduction, la section 1 présente une revue de la littérature sur la relation entre santé et développement économique. La section 2 expose la méthodologie adoptée. La section 3 analyse l'impact des investissements en santé sur la productivité économique. La section 4 examine les déterminants sociaux et les inégalités d'accès. La section 5 évalue les coûts économiques des maladies. La section 6 discute des politiques de santé publique et des partenariats public-privé. Enfin, la section 7 synthétise les résultats et formule des recommandations stratégiques avant de conclure.

2. Revue de la littérature

a. Cadre théorique fondamental

L'idée que la santé est liée au développement économique repose sur la théorie du capital humain, qui a été d'abord posée par Schultz (1961) et reprise par Becker (2007). Ces chercheurs ont montré que tout comme l'éducation, améliorer la santé c'est aussi investir dans son capital humain. Et cet investissement peut rapporter en boostant l'économie et en améliorant la vie des gens. Becker (2007) soutient que les investissements en santé augmentent la productivité des travailleurs en réduisant l'absentéisme, en prolongeant la durée de vie active, et en améliorant les capacités cognitives et physiques des individus. Schultz (1961), dans son article séminal "Investment in Human Capital", établit que Les ressources consacrées à la santé ne relèvent pas uniquement de la consommation sociale, mais comme des investissements productifs générant des rendements économiques mesurables à long terme.

Les travaux de la Commission on Macroeconomics and Health (2001), dirigée par Jeffrey Sachs, ont permis d'approfondir notre compréhension de cette relation à l'échelle macroéconomique. Le rapport de cette commission, constitue une référence majeure dans la littérature contemporaine. Sachs (2002) démontre empiriquement que l'allongement de l'espérance de vie d'une seule année se traduit par une élévation du PIB par habitant de 4 % par an, établissant ainsi une corrélation directe et quantifiable entre état de santé des populations et performance économique nationale. Cette analyse a changé la façon dont le monde voit le développement. Plutôt que de voir la santé comme une simple conséquence du progrès, on comprend maintenant qu'elle en est aussi un des grands moteurs.

b. Études empiriques sur l'impact économique des investissements en santé

Les recherches empiriques récentes ont consolidé la compréhension des mécanismes par lesquels la santé agit sur la croissance économique. Dans son étude, "Health, Human Productivity, and Long-Term Economic Growth", publiée dans le Journal of Economic History, Arora (2001) montre que la causalité entre la santé et la croissance économique reste forte, même quand on prend en compte les investissements en capital physique. Cela indique que la santé exerce une influence directe et autonome sur la croissance, différent des autres éléments classiques de la production.

Rivera et Currais (2003), dans leur étude publiée dans International Advances in Economic Research, se sont penchés sur l'impact des investissements dans la santé sur la productivité. Ils ont trouvé qu'il y a une relation de cause à effet dans les deux sens : investir dans la santé peut booster la croissance économique, mais une économie en croissance pousse aussi à investir davantage dans la santé. C'est comme un cercle vertueux qui se nourrit l'un l'autre, favorisant un vrai progrès. Cette dynamique souligne l'importance de politiques publiques cohérentes

visant à briser les cercles vicieux de pauvreté et de mauvaise santé observés dans de nombreux pays en développement.

Dans leur étude sur cinq pays asiatiques, Narayan et Mishra (2010)¹ ont apporté des preuves empiriques intéressantes pour les pays en développement. Leur modèle, qui prend en compte les investissements, les exportations et la recherche-développement, montre que de meilleures conditions sanitaires jouent un rôle clé dans l'expansion économique de ces économies en pleine transition.

c. Dépenses de santé et croissance dans les pays en développement

Les études sur les pays en voie de développement montrent souvent des tendances particulières quand il s'agit de dépenses de santé. Par exemple, Bedir (2016)² remarque que dans ces pays, les dépenses de santé par personne ont tendance à augmenter régulièrement. En fait, la Lure de croissance est souvent mieux que celui des pays plus riches. Ce mouvement montre qu'on essaie de rattraper le retard, mais ça soulève aussi des questions sur la façon dont les ressources de santé sont réparties. Est-ce qu'elles vont là où elles sont nécessaires ? Et est-ce que tout le monde en profite de façon équitable ?

Dao (2012) apporte des nuances importantes à cette analyse en démontrant que l'impact de l'investissement dans la santé publique sur le PIB par habitant varie considérablement selon les indicateurs IDH et la qualité de la gouvernance. Son étude "Government Expenditure and Growth in Developing Countries", publiée dans *Progress in Development Studies*, révèle que les dépenses en santé publique génèrent des effets multiplicateurs particulièrement élevés dans les économies à revenu intermédiaire, catégorie à laquelle appartient le Maroc.

Dhrifi (2018)³ va plus loin en étudiant parallèlement comment les dépenses de santé, la production de richesse et la mortalité infantile sont liés, en se basant sur 93 pays, de différents niveaux. Dans son article publié dans la *Cepal Review*, il montre que tout ça est connecté de façon compliquée. Par exemple, quand on investit dans la santé, ça permet de diminuer le nombre d'enfants qui meurent jeune. Et ça, c'est super important parce que ça construit un meilleur capital humain pour l'avenir, ce qui peut aussi booster la création de richesse sur le long terme.

d. Synthèse théorique et implications pour le cas du Maroc

Cette revue de littérature montre qu'il y a un accord qui se renforce sur plusieurs idées clés. D'abord, la santé ne doit pas être vue seulement comme un coût social, mais plutôt comme un vrai investissement qui rapporte de l'argent et des bénéfices concrets. Ensuite, la façon dont la santé et le développement économique s'influencent mutuellement est complexe et en constante évolution. Selon la qualité des politiques publiques, cette relation peut entraîner soit un cercle vertueux de croissance, soit piéger les populations dans la pauvreté. La réussite des investissements dans la santé repose sur la bonne gouvernance, l'accès égal aux soins, et la façon dont tout ça s'intègre avec d'autres politiques pour améliorer la vie des gens.

Pour le Maroc spécifiquement, la littérature suggère que le pays se trouve dans une phase de transition décisive de son développement sanitaire. Les réformes structurelles engagées, notamment la généralisation de la couverture médicale et la modernisation des infrastructures hospitalières, s'inscrivent dans les meilleures pratiques internationales identifiées par la recherche. Cependant, la réussite de ces réformes dépendra de la capacité du pays à adresser

¹ Narayan, S., Narayan, P.K. and Mishra, S. (2010) Investigating the relationship between health and economic growth: empirical evidence from a panel of 5 Asian countries. *Journal of Asian economics*, 21, 404-411.

² Serap Bedir "Healthcare expenditure and economic growth in developing countries," *Advances in economics and business*, Vol. 4, No. 2, pp. 76 - 86, 2016

³ Dhrifi, Abdelhafidh, 2018. "Health-care expenditures, economic growth and infant mortality: evidence from developed and developing countries," *Revista CEPAL, Naciones unidas comisión económica para América latina y el Caribe (CEPAL)*, August.

simultanément les déterminants sociaux de la santé et à réduire les inégalités persistantes qui limitent l'impact économique potentiel des investissements sanitaires.

Les lacunes identifiées dans la littérature concernent principalement l'insuffisance d'études spécifiques au contexte marocain permettant de quantifier précisément les retours sur investissement des réformes en cours, ainsi que le besoin d'analyses plus approfondies sur l'efficacité comparative des différentes modalités de partenariats public-privé dans le contexte culturel et institutionnel marocain. Ces lacunes justifient la pertinence de la présente étude et guident ses orientations méthodologiques.

3. Méthodologie

Cette étude adopte une approche analytique mixte, combinant analyse documentaire approfondie et exploitation de données quantitatives sur la période 2000-2025. Les sources primaires incluent les rapports officiels du Gouvernement marocain, les publications du PNUD⁴, les données de l'OMS⁵, ainsi que les études récentes publiées dans des revues académiques internationales. Sur le plan économétrique, l'analyse s'appuie principalement sur l'approche de El Baouchari et Raouf (2024)⁶ qui utilisent un modèle ARDL (Autoregressive Distributed Lag) à bornes, développé par Pesaran, Shin et Smith (2001), qui permet d'estimer des relations de long terme et de court terme entre les variables sanitaires et économiques, même en présence d'ordres d'intégration mixtes I(0) et I(1). Ce modèle est complété par la technique KRLS (Kernel-Based Regularized Least Squares), utilisée pour capturer les éventuelles relations non-linéaires entre santé et croissance économique. Une attention particulière est portée à la triangulation des données provenant de sources institutionnelles diverses (ANAM, CNSS, HCP) pour assurer la robustesse des conclusions.

4. Impact des investissements en santé sur la productivité économique

a. Évolution du financement de la santé publique

Le Maroc suit une tendance importante de son approche du financement de la santé le long des dernières années. Historiquement sous-financé avec 5,7% du PIB consacrés à la santé en 2022-2023 [OMS, Banque Mondiale]⁷, le secteur bénéficie désormais d'investissements massifs sans précédent. Les investissements dans le domaine de la protection sociale pour 2025 s'élève à 32,6 milliards de dirhams, en 2026, le budget prévu pour 2026 est de 42,3 MMDH, représentant une augmentation substantielle de 30% par rapport à 2025 [Ministère de la Santé, Pacte National pour la Santé]⁸. Cette progression budgétaire exceptionnelle traduit une réorientation stratégique majeure, positionnant la santé comme secteur prioritaire du développement national (Graphique 1).

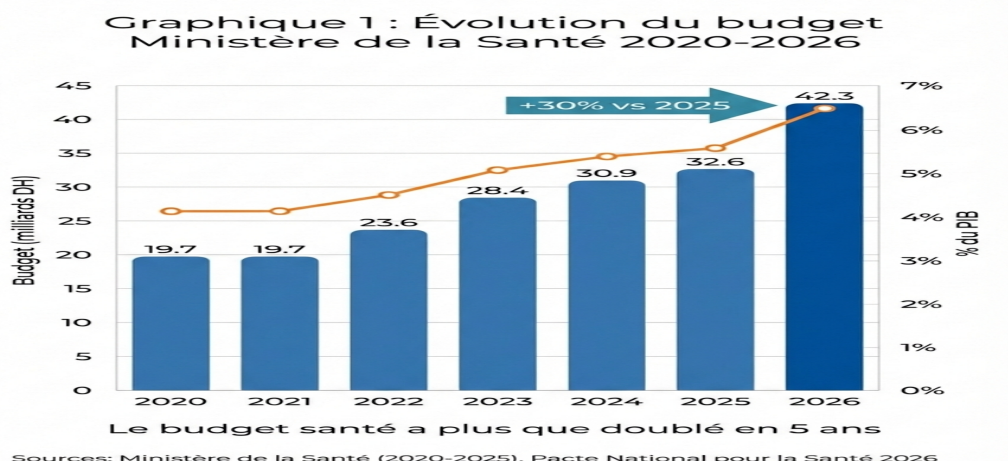
⁴ Programme des nations unies pour le développement

⁵ l'Organisation mondiale de la santé

⁶ El Baouchari, N., & Raouf, R. (2024). Impact of health on labour productivity in morocco: insights from dynamic ARDL and KRLS techniques. *Journal of global sustainability and development*, volume I, issue 1, 7 – 25.

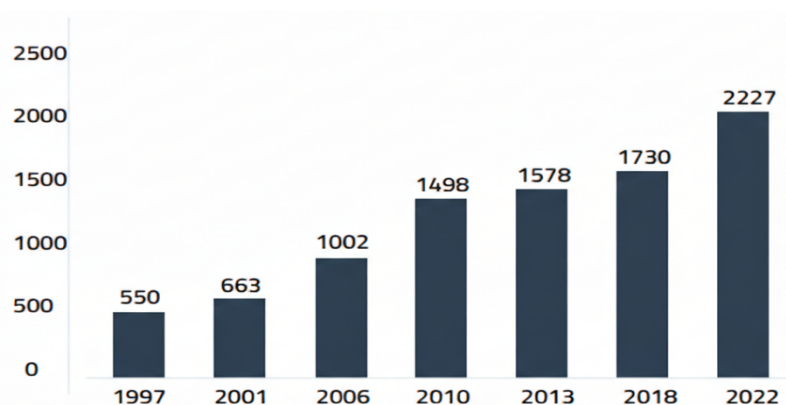
⁷ <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=MA>

⁸ <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/0273f33ab6ee48c5d842108b9b55c789-0140022025/related/National-health-compact-Morocco.pdf>



En 2022 les dépenses de santé par habitant ont connu une progression à environ 199 USD (environ 2 227 DH)⁹, marquant une croissance soutenue bien qu'encore insuffisante par rapport aux standards internationaux recommandés par l'OMS. Elles représentent 6,1% du PIB contre 5,5% en 2018. Cette dépense a été plus que quadruplée durant les vingt dernières années indiquant une évolution du budget de la santé publique et la participation des acteurs du domaine¹⁰. (Graphique 2)

Graphique 2 : Évolution de la dépense de santé par habitant (en Dirhams) 1997-2022



Source : Comptes Nationaux de la Santé

L'analyse longitudinale révèle une accélération notable des investissements depuis 2020, coïncidant avec les enseignements liés au COVID.19 et l'adoption du nouveau cadre réglementaire. Cette dynamique s'inscrit dans une vision à long terme visant à porter les dépenses de santé publique à des niveaux comparables à ceux des pays émergents performants.

b. Réformes structurelles et infrastructures

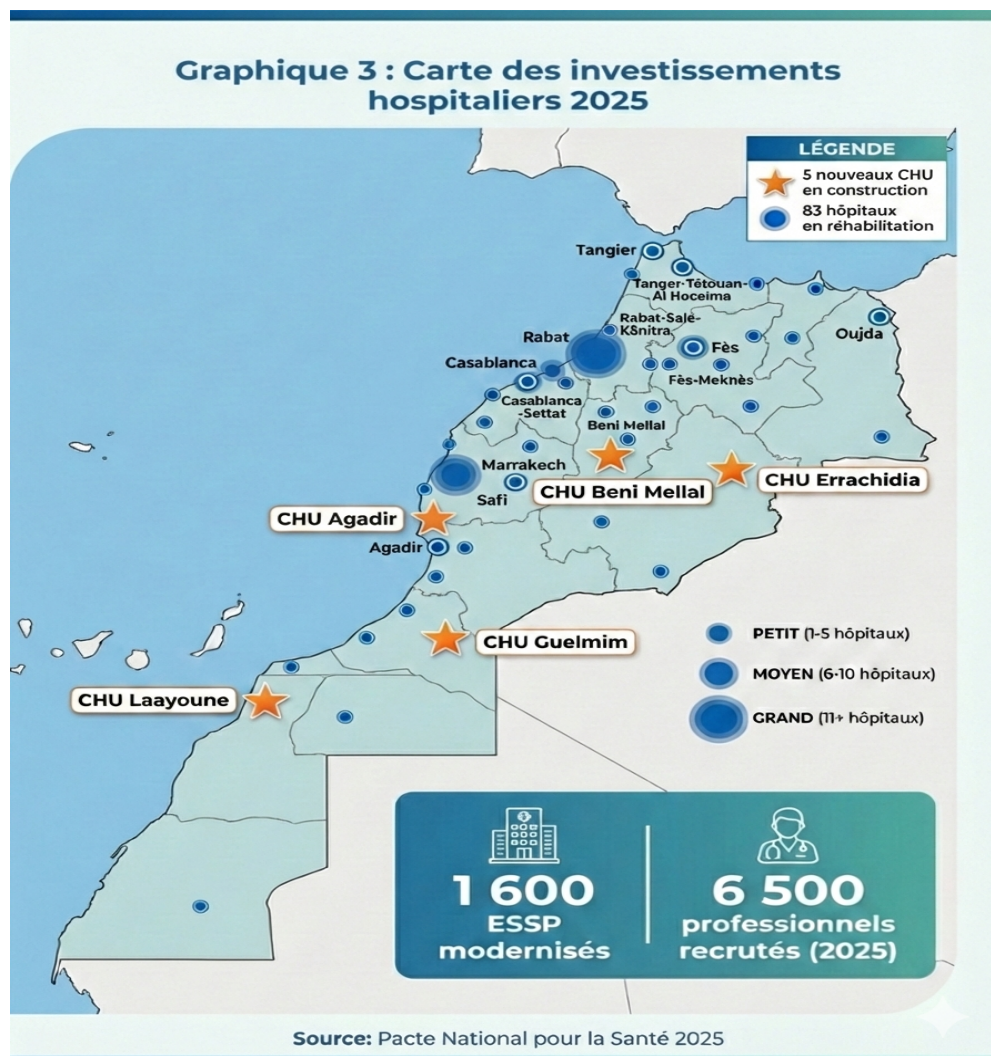
Les politiques adoptées dans la santé publique¹¹ constituent le socle juridique de la transformation en cours. Cette réforme ambitieuse vise la modernisation du système de santé

⁹ <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=MA>

¹⁰ https://www.sante.gov.ma/publications/etudes_enquete/documents/2025/comptes%20nationaux%20de%20la%20sant%C3%A9%20-2022.pdf

¹¹ Loi N°06-22 relative au système national de santé marocain.

publique, capable de prodiguer les normes internationales en la matière. Le programme d'investissement infrastructure qui en découle comprend des composantes majeures : la réhabilitation de 83 hôpitaux existants, la construction de 5 nouveaux Centre Hospitaliers Universitaires (CHU), et un plan de recrutement de 6 500 professionnels de santé en 2025 (Graphique 3) .

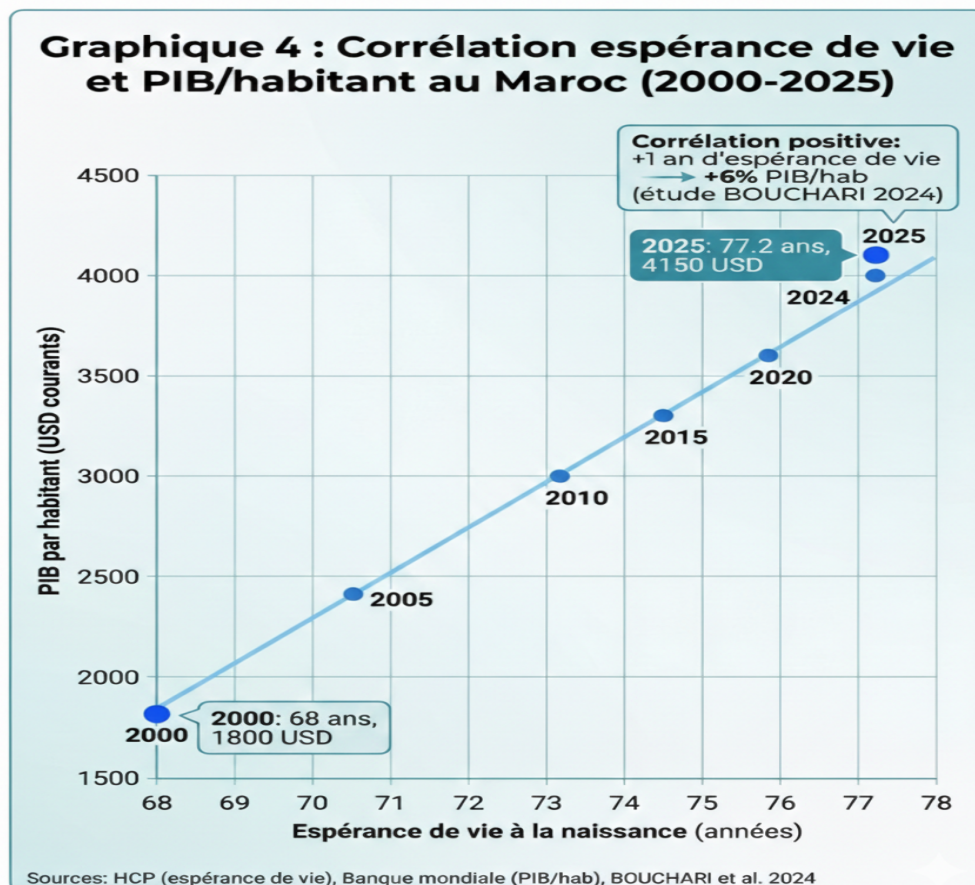


Ces investissements dans l'infrastructure vont de pair avec une grosse mise à jour technologique. On parle de digitaliser les services, d'améliorer le matériel médical, et de renforcer les formations pour le personnel. La stratégie mise sur une approche globale, en développant à la fois les soins de base et spécialisés. L'idée, c'est surtout de réduire les inégalités géographiques.

c. Corrélation santé-productivité : données empiriques

L'analyse économétrique des données marocaines révèle des corrélations statistiquement significatives entre la progression des indicateurs de performance sanitaire et la croissance de la productivité économique. Une étude de BAOUCHARI et al (2024) utilisant des techniques ARDL dynamiques et KRLS démontre qu'une augmentation de 6% du PIB par habitant est un résultat de l'amélioration de 1% de l'espérance de vie à long terme, avec des effets à court terme encore plus prononcés.(Graphique 4)

Ces résultats s'appliquent à la région MENA, les analyses comparatives montrent que chaque progression de 1% des investissements de santé correspond à une croissance de 0,12% du PIB pour le Maroc, performance comparable à celle de la Tunisie (0,15%)¹². Cette corrélation s'explique par plusieurs mécanismes : amélioration de la santé et développement du capital humain, réduction de l'absentéisme, augmentation de la durée de vie productive.



d. Cas concrets de croissance économique post-réformes

L'économie marocaine a démontré une résilience remarquable, avec un rebond du PIB réel à 3,4% en 2023 par rapport au faible taux de 1,5% enregistré en 2022¹³. Cette croissance s'appuie sur plusieurs piliers dont la contribution du secteur de la santé est de plus en plus visible.

Le secteur du tourisme, traditionnellement vulnérable aux crises sanitaires, bénéficie directement de l'amélioration de l'image sanitaire du pays et du renforcement des capacités de la santé publique. Les exportations manufacturières, particulièrement le secteur d'automobile et d'aéronautique, profitent de l'amélioration de la santé de la main-d'œuvre. La consommation privée, dopée par la réduction des dépenses de santé catastrophiques grâce à l'extension de la couverture médicale, contribue significativement à la demande intérieure.

¹² Azizi Youssef & MOHAMMED OUDRHIRI SAFIANI(2025).Health spending and economic growth in the MENA region: The case of morocco, egypt, tunisia, lebanon and algeria DOI: <https://dx.doi.org/10.47772/IJRISS.2025.907000398>

¹³ Hcp.ma .Les comptes nationaux provisoires 2023, Base 2014

5. Les facteurs sociaux de la santé et inégalités d'accès

a. Le Cadre conceptuel des déterminants sociaux

Les facteurs sociaux de la santé constituent l'ensemble des déterminants non médicaux qui influencent les résultats de santé des populations. Au Maroc, ces déterminants revêtent une importance particulière en raison des disparités socio-économiques marquées et des contrastes géographiques prononcés entre milieux urbain et rural. L'éducation, le revenu, l'environnement social et les conditions de vie émergent comme les facteurs les plus déterminants dans la configuration des inégalités de santé.

Cette approche conceptuelle s'avère cruciale pour comprendre pourquoi les investissements en santé ne produisent pas toujours les effets escomptés sur la productivité économique. Les barrières structurelles liées aux déterminants sociaux peuvent limiter la prise en charge médicale et réduire la performance des politiques sanitaires, créant un cercle vicieux où la pauvreté engendre la maladie, qui à son tour perpétue la pauvreté.

L'analyse des déterminants sociaux permet de définir les actions les plus performantes pour maximiser l'impact économique des investissements en santé, en ciblant les populations et les régions où les retours sur investissement sont potentiellement les plus élevés.

b. Inégalités éducatives et leur impact sanitaire

Les disparités éducatives au Maroc continuent de dessiner une carte sanitaire inégale. Bien que le taux d'alphabétisation national ait atteint 72,1 % en 2024¹⁴, le milieu rural reste marqué par une fragilité scolaire persistante : si le taux de scolarisation au collège culmine à 90,9 % en zone urbaine, il chute à 65,7 % en zone rurale¹⁵. Cette fracture se répercute directement sur les indicateurs de santé : en milieu rural 26 décès des enfants pour 1 000 naissances, contre 18,8 en ville¹⁶. Malgré une réduction de 12 % du décrochage scolaire (environ 294 458 élèves ont quitté les bancs en 2023/2024), le lien reste étroit entre la dégradation du niveau de scolarisation et l'exclusion de la couverture sociale, faisant de la généralisation de l'enseignement secondaire un levier sanitaire aussi vital que l'accès aux soins de proximité¹⁷.

c. Inégalités de revenus et accès aux soins

Malgré l'adoption de l'AMO, le revenu disponible filtre l'accès aux soins. Le système marocain se caractérise encore par une prédominance du financement par les familles. Selon la cour des comptes et les comptes nationaux de la Santé, suggèrent que les ménages assurent encore la majeure partie du financement global du système (plus de 50 % en incluant cotisations et paiements directs). Le reste à charge direct (paiement au moment du soin), bien qu'en baisse, demeure structurellement élevé (38 %), constituant une barrière immédiate pour les foyers sans épargne de sécurité¹⁸.

L'introduction du Registre Social Unifié (RSU) a apporté une dimension algorithmique à cette inégalité de revenu. L'accès à la gratuité totale (AMO Tadamon) est désormais conditionné par un score socio-économique dont le seuil est fixé à 9,32. Pour de nombreux ménages situés juste au-dessus de cette limite, le passage au régime des Travailleurs Non-Salariés (AMO-TNS) impose le paiement de cotisations mensuelles obligatoires¹⁹. Pour ces tranches de revenus

¹⁴ Haut-commissariat au plan (HCP), rapport de suivi des indicateurs de développement 2024 (RGPH 2024).

¹⁵ Ministère de l'éducation nationale, du préscolaire et des sports (MENPS), rapport "bilan statistique de l'éducation 2023-2024" (publié en juin 2024)

¹⁶ Données croisées du ministère de la santé et de la protection sociale et du HCP (Indicateurs sociaux 2024) issues de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale

¹⁷ Ministère de l'éducation nationale, bilan de fin d'année scolaire 2023-2024.

¹⁸ Cour des comptes, rapport annuel 2023-2024 (axe sur la protection sociale)

¹⁹ www.cnss.ma : recueil de textes relatif aux régimes amo et pensions tns et amo pccp.pdf

intermédiaires, ce coût fixe peut entraîner un arbitrage budgétaire difficile, forçant souvent les familles à privilégier les besoins de base (logement, nourriture) au détriment de la prévention médicale.

Les disparités de consommation entre les différentes classes sociales confirment cette fracture. Les enquêtes du Haut-Commissariat au Plan (HCP) révèlent que 20 % des familles riches consomment environ 4,5 fois plus que la même portion des pauvres²⁰. Cette différence ne s'explique pas seulement par la couverture administrative, mais par la capacité des hauts revenus à absorber les coûts du secteur privé pour éviter les délais de prise en charge du secteur public, où la saturation reste critique en 2024.

L'obsolescence de la tarification nationale de référence (TNR)²¹, non révisée globalement depuis 2006, aggrave l'exclusion par le revenu. Dans le secteur privé, les tarifs pratiqués pour les consultations spécialisées ou les actes chirurgicaux dépassent fréquemment de 2 à 3 fois la base de remboursement de l'assurance maladie. Ce "reste à charge" massif signifie que l'accès aux plateaux techniques modernes est, de fait, réservé aux citoyens disposant de revenus supérieurs ou d'assurances complémentaires privées, laissant une large partie de la population dépendante d'un secteur public sous-équipé.

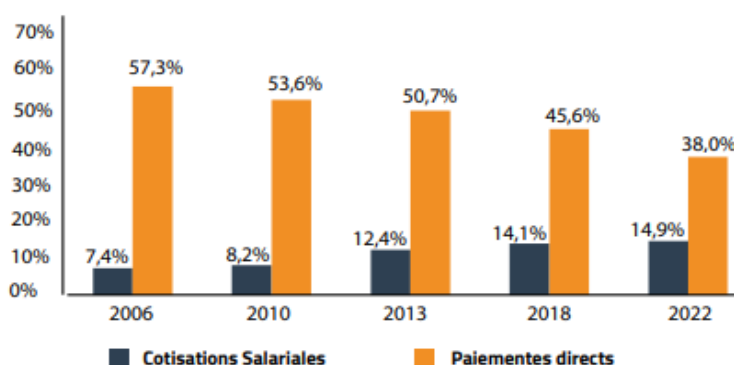
d. Évolution de la couverture médicale universelle

L'extension progressive de la couverture médicale universelle constitue l'une des réalisations les plus significatives du Maroc dans le domaine de la santé publique. La couverture de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a connu une expansion remarquable, passant de 42% avant 2022 à 84% fin de 2022, puis à 88% en 2025 avec plus de 32 millions de bénéficiaires²². Cette progression témoigne d'un effort soutenu des pouvoirs publics pour universaliser l'accès aux soins de santé.

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED), destiné aux populations économiquement défavorisées, a joué un rôle crucial dans cette extension. Complété par l'initiative AMO-TADAMON lancée récemment, ce dispositif vise spécifiquement à réduire les inégalités d'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables. En 2025, AMO-Tadamon couvre plus de 11,4 millions de bénéficiaires²³.

L'impact économique de cette extension est mesurable : réduction des dépenses catastrophiques de santé pour les ménages (qui représentaient précédemment plus de 50 % des dépenses totales

**Evolution de la composition des dépenses des ménages en santé,
2006-2022**



²⁰ HCP, rapport sur l'évolution du niveau de vie de la population à la lumière des résultats de l'enquête nationale sur le niveau de vie 2022-2023

²¹ <https://anam.ma/anam/regulation/tarification-nationale-de-reference/>

²² Note de présentation loi de finance 2026

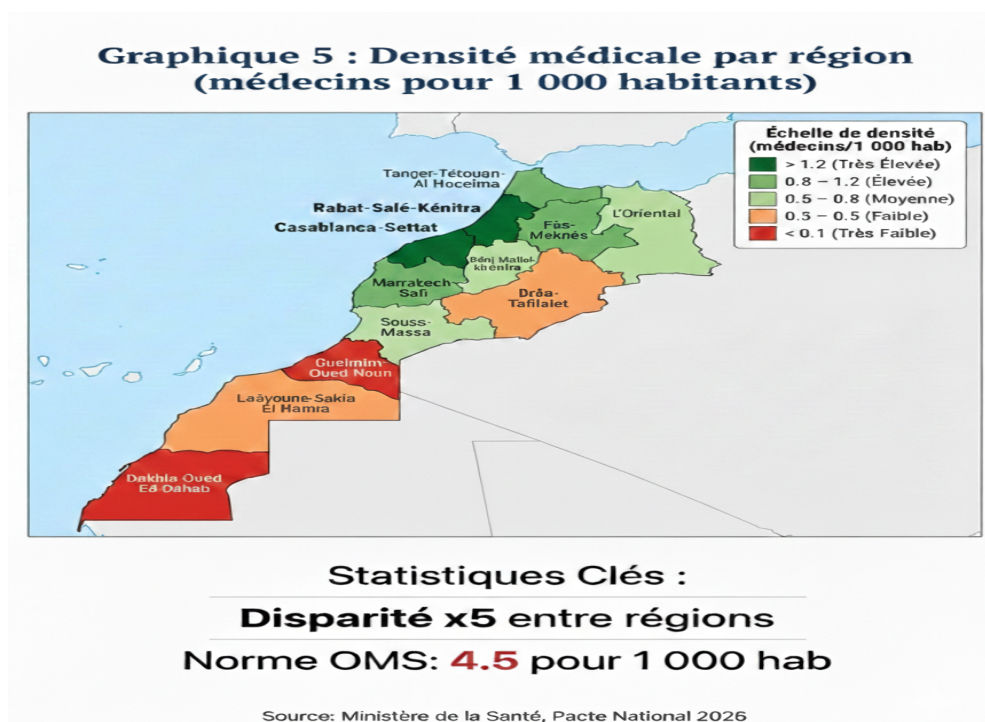
²³ Note de présentation loi de finance 2026

de santé²⁴), amélioration de la productivité grâce à des soins plus précoces et plus efficaces, et libération du pouvoir d'achat des ménages pour d'autres investissements productifs.

Comptes Nationaux de la Santé -2022

e. Disparités géographiques

Les disparités géographiques dans l'accès aux soins de santé au Maroc reflètent les déséquilibres structurels du développement territorial. La densité médicale varie dramatiquement selon les régions, oscillant entre 1 médecin pour 840 habitants dans certaines zones urbaines et 1 pour 4 600 dans certaines régions rurales²⁵. Cette répartition inégale des ressources humaines de santé crée des déserts médicaux qui compromettent l'efficacité économique des investissements sanitaires (Graphique5).



L'isolement géographique aggrave ces disparités : 30% de la population rurale vit à plus de 10 kilomètres d'une structure de santé²⁶, distance constituant un obstacle majeur à l'accès aux soins, particulièrement pour les femmes enceintes et les personnes âgées. Cette situation génère des coûts d'opportunité élevés pour les populations concernées et limite leur participation productive à l'économie.

Les indicateurs de santé maternelle et infantile illustrent l'impact de ces disparités géographiques. Le taux de mortalité infantile a significativement diminué, passant de 64 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à environ 10 pour 1 000 en 2022²⁷. Cependant, des écarts importants persistent entre zones urbaines et rurales. Le taux de mortalité maternelle s'établit à environ 92 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2021, avec des taux significativement plus élevés en zones rurales où seulement 40% des accouchements sont assistés par du personnel qualifié au niveau national²⁸.

²⁴ Comptes nationaux de la santé -2022.pdf

²⁵ Ministère de la santé et de la protection sociale, *carte sanitaire annuelle (édition 2023)*

²⁶ HCP, *Enquête nationale sur la consommation et les dépenses des ménages* et rapports sur les indicateurs de développement humain

²⁷ Ministère de la santé, *enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF)*

²⁸ Ministère de la santé, *Rapport sur la santé maternelle au maroc* et HCP, *Les indicateurs sociaux du Maroc*

Les politiques de réduction des disparités géographiques, incluant la télémédecine et les unités mobiles de santé, commencent à produire des résultats mesurables²⁹. Cependant, l'ampleur des déficits accumulés nécessite des investissements soutenus et une approche intégrée combinant santé, éducation et développement des infrastructures de transport et de communication.

6. Coûts économiques directs et indirects des maladies

a. Coûts directs des maladies

L'analyse du financement de la santé au Maroc révèle une dépendance critique vis-à-vis des dépenses directes des ménages, qui supportent encore plus de la moitié de la charge financière globale. Ce système, où environ 54 % à 60 % des coûts sont payés "de la poche" des citoyens, témoigne d'une couverture médicale dont l'impact protecteur reste à consolider malgré les réformes en cours³⁰. Cette prédominance du paiement direct engendre une inefficacité systémique majeure : elle expose les familles les plus précaires à des risques de basculement dans la pauvreté lors d'épisodes de maladie grave, tout en érigeant une barrière financière infranchissable pour les populations vulnérables qui renoncent de fait à l'accès aux soins de base.

Parallèlement, la répartition des fonds publics accentue ces disparités par un mécanisme de redistribution régressif. Actuellement, 40 % des investissements du ministère de la santé bénéficient aux 20 % de la population les plus aisés, ces derniers ayant une plus grande facilité à naviguer dans le système de soins spécialisés³¹. Cette inéquité limite l'efficacité économique des investissements de l'État, car elle subventionne des segments de la population disposant déjà de la capacité de financement pour le secteur privé. Ce déséquilibre freine l'accumulation de capital humain, car les ménages aisés consacrent 6,3 % de leur budget à une médecine de spécialité et de prévention, les plus modestes sont limités à 4 %, un chiffre qui traduit surtout un renoncement aux soins³². En se cantonnant au traitement des urgences vitales par manque de moyens, ces foyers sacrifient leur santé à long terme, ce qui réduit leur productivité et leur capacité à investir dans l'avenir, pérennisant ainsi le cycle de la précarité.

b. Coûts Indirects : Absentéisme et Perte de Productivité

Les coûts indirects des maladies, Souvent sous-estimés dans les analyses économiques traditionnelles, les coûts indirects liés aux problèmes de santé constituent un fardeau financier majeur pour l'économie marocaine. L'absentéisme engendre des pertes substantielles pour les entreprises, estimées entre 600 et 1200 dirhams par jour selon le niveau de qualification du collaborateur³³.

L'analyse des causes révèle l'ampleur du défi sanitaire : 73 % des arrêts sont liés à la maladie, 13 % aux accidents du travail et 14 % aux absences injustifiées ou causes indéterminées. Cette prédominance des facteurs pathologiques souligne l'urgence d'investir dans la consolidation et le développement de l'environnement de travail afin de réduire ces charges évitables³⁴.

Au-delà de l'impact financier direct, l'absentéisme induit des effets organisationnels délétères : la productivité baisse, le climat social se dégrade, les livraisons sont en retard, les surcoûts sont liés au remplacement. Ces impacts sont majeurs pour les secteurs gourmands en main-d'œuvre spécialisée, car remplacer rapidement ces compétences spécifiques est un véritable défi..

29 PROJET DE PERFORMANCE - SANTE ET PROTECTION SOCIALE- 2024

³⁰ Ministère de la santé et de la protection sociale, comptes nationaux de la santé 2022

³¹ Observatoire national du développement humain, rapports d'évaluation ds politiques publiques.

³² HCP, rapport sur l'évolution du niveau de vie de la population à la lumière des résultats de l'enquête nationale sur le niveau de Vie 2022-2023.

³³ Estimations basées sur les analyses de coûts complets (salaires, charges et perte de productivité) rapportées par la presse économique marocaine (L'Économiste, Médias24) et les cabinets de conseil en capital humain (LMS ORH, Diorh).

³⁴ Données issues du recouplement des statistiques de la caisse nationale de sécurité sociale sur les indemnités journalières et des rapports de l'institut national des conditions de vie au travail concernant les accidents de travail

Enfin, l'émergence de pathologies modernes telles que le burn-out et la fatigue chronique ajoute une nouvelle dimension à cette problématique. En forte progression au Maroc, ces troubles nécessitent des prises en charge longues et coûteuses. Leur prévention, par une meilleure politique de santé mentale en entreprise, représente désormais un enjeu de compétitivité incontournable³⁵.

c. Coût global des accidents du travail et pathologies d'origine professionnelles

L'impact économique de cette problématique multidimensionnelle au Maroc atteint des proportions alarmantes, avec un coût global estimé à 4,25% du PIB national³⁶. Cette proportion, particulièrement élevée, reflète les déficiences persistantes dans les systèmes de prévention et de sécurité au travail, ainsi que l'insuffisance des investissements dans l'amélioration du milieu professionnel.

Ce poids économique se divise en plusieurs parties : coûts directs des soins médicaux et de la réhabilitation, indemnités et pensions d'invalidité, baisse de rendement lié à l'arrêt temporaire ou définitif du travail, coûts de formation et de remplacement des travailleurs victimes. L'ampleur de ces coûts justifie économiquement des investissements massifs dans la prévention des risques professionnels.

Certains secteurs d'activité présentent des risques particulièrement élevés : mines et carrières, BTP, industrie chimique, agriculture. L'amélioration de la sécurité dans ces secteurs pourrait générer des gains de productivité substantiels et libérer des ressources pour des investissements productifs. Des entreprises rapportent des retours sur investissement positifs en réduisant les primes d'assurance, améliorant le climat social et la productivité.

L'émergence de pathologies professionnelles liées aux nouvelles formes de travail (troubles musculo-squelettiques, stress professionnel) nécessite une adaptation des mesures de sécurité et des systèmes d'accompagnement. L'investissement dans la santé au milieu professionnel forme ainsi un levier central pour améliorer la compétitivité globale du pays en économie.

d. Impact macroéconomique des épidémies

L'épisode de COVID-19 a mis en lumière des coûts macroéconomiques que peuvent générer les crises sanitaires. Au-delà des coûts directs des soins médicaux, l'épidémie a provoqué des disruptions économiques majeures : fermeture d'entreprises, interruption des chaînes d'approvisionnement, effondrement de certains secteurs comme le tourisme et l'hôtellerie.

Cette crise a cependant démontré l'importance stratégique des PPP dans la gestion des catastrophes sanitaires. La mobilisation rapide faite par le secteur privé pour la production de matériel médical, la mise à disposition de capacités hospitalières privées, et le développement de solutions technologiques innovantes ont contribué à limiter l'impact économique de la pandémie.

Les leçons tirées de cette expérience orientent désormais les politiques publiques vers un renforcement de la pérennité opérationnelle des services de santé. Le renforcement des dispositifs de veille sanitaire, les stocks stratégiques de matériel médical, et les systèmes d'information sanitaire constituent autant d'assurances contre les coûts économiques futurs des crises sanitaires.

L'analyse économique de pilotage de la pandémie montre que les pays ayant investi précocement dans leurs systèmes de santé ont mieux résisté aux chocs économiques. Cette démonstration empirique renforce l'argumentaire en faveur d'investissements soutenus dans la santé publique comme facteur de stabilité et de croissance économique à long terme³⁷.

³⁵ Tendances confirmées par le baromètre de l'absentéisme (Étude Willis Towers Watson Maroc, 2022-2023), soulignant l'augmentation des arrêts liés aux risques psychosociaux.

³⁶ CESE "la santé et la sécurité au travail : un levier de développement économique et social" (avis n°21/2015)

³⁷ OCDE (2021), "Leçons de la COVID-19 pour la résilience des systèmes de santé", Paris

7. Politiques de santé publique efficaces et partenariats

a. Cadre législatif et réglementaire

La loi-cadre relative au système national de santé³⁸ constitue une rupture paradigmatique majeure dans l'approche marocaine de la santé publique. Cette réforme législative ambitieuse positionne explicitement la modernisation du système de santé comme une priorité nationale, visant l'établissement d'un système capable de prodiguer des soins conformes aux standards internationaux. Le cadre réglementaire introduit des innovations substantielles : gouvernance unifiée du système, mécanismes de financement diversifiés, et standards de qualité harmonisés. Le cadre réglementaire introduit également des mécanismes incitatifs pour promouvoir l'innovation et l'excellence dans les prestations de soins. Ces dispositifs visent à créer une dynamique d'amélioration continue susceptible de maximiser les retours économiques des investissements publics en santé.

b. Initiative nationale de développement humain (INDH)

Cette initiative est lancée en mai 2005 par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, étant un cadre stratégique novateur reconnaissant explicitement les liens entre développement social et la création de richesse. Elle adopte une approche multisectorielle ciblant prioritairement l'accès aux services d'assistance sociale, avec l'éducation et la santé comme piliers centraux.

L'INDH introduit une méthode participative de la conception et le montage des projets de développement, impliquant directement les communautés bénéficiaires dans la définition de leurs besoins prioritaires. Cette approche bottom-up améliore l'efficacité des interventions en les adaptant aux spécificités locales et en renforçant l'appropriation communautaire des projets. L'évaluation économique des réalisations de l'INDH montre des retours sur investissement positifs, particulièrement dans les zones rurales où l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires a généré des gains de productivité mesurables. La réduction des disparités régionales contribue à une expansion économique plus harmonieuse et à une meilleure valorisation du potentiel productif national.

La méthodologie de l'INDH, basée sur la convergence intersectorielle et la responsabilisation locale, influence désormais l'ensemble des politiques publiques marocaines. Cette approche intégrée optimise l'impact économique des investissements publics en créant des synergies entre les différentes interventions sectorielles³⁹.

c. Stratégies d'amélioration mesurables

L'efficacité des actions marocaines en matière de santé publique se mesure par l'amélioration des indicateurs de santé de la population. L'espérance de vie est allongée de 65 ans en 1980 à 68,5 ans en 2004, atteignant désormais plus de 70 ans en 2024. Cette augmentation témoigne de l'efficacité des investissements réalisés et de leur influence positive sur le citoyen.

Les programmes de prévention démontrent un retour sur investissement particulièrement favorable. Chaque dirham investi dans la prévention génère des retours multiples à travers la réduction des coûts de traitement curatif, la hausse de la productivité, et la diminution de la charge sur les hôpitaux publics. Cette démonstration empirique oriente les politiques vers un renforcement des approches préventives.

³⁸ Loi-cadre N° 06.22 du système national de santé, promulguée par le dahir n° 1-22-75 du 18 jourmada I 1444 (12 décembre 2022), bulletin officiel n° 7148 du 5 jourmada II 1444 (29 décembre 2022)

³⁹ Youness Radi. L'accès aux soins de santé en milieu rural au Maroc : une étude de la gouvernance et de l'instrumentation de l'action publique dans le cadre de l'initiative nationale pour le développement humain, 2023.

Le contrôle des pathologies infantiles illustre l'efficacité des actions en santé publique. Les campagnes de vaccination ont permis l'éradication ou le contrôle de plusieurs pathologies, générant des économies substantielles en coûts de traitement et des gains de productivité futurs grâce à la préservation du capital humain.

L'approche par résultats, désormais généralisée dans les politiques de santé, permet un suivi rigoureux de l'efficacité des interventions et une réorientation rapide des stratégies en cas de performance insuffisante. Cette méthode améliore l'efficacité allocative des ressources publiques et maximise l'impact économique des investissements.

d. Partenariats public-privé (PPP) dans la Santé

Les partenariats public-privé émergent comme un levier stratégique pour optimiser l'efficacité économique des investissements en santé au Maroc. Le cadre juridique des PPP, progressivement consolidé, vise à mobiliser l'expertise et le financement privés tout en conservant l'objectif d'équité d'accès aux services sanitaires. Ces partenariats poursuivent des objectifs multiples : développement d'un système financier durable, renforcement des capacités, et amélioration de la qualité des prestations⁴⁰.

L'expérience marocaine des PPP dans la santé révèle des résultats contrastés. Les études empiriques démontrent un effet bénéfique des investissements PPP sur la situation de l'économie à long terme, particulièrement visible dans le développement des infrastructures hospitalières et la formation du personnel médical. Cependant, la complexité opérationnelle de ces partenariats nécessite des capacités de pilotage sophistiquées pour assurer l'équilibre entre rentabilité privée et mission de service public⁴¹.

La crise COVID-19 a illustré le potentiel des PPP dans la gestion des urgences sanitaires. La mobilisation rapide des capacités privées (laboratoires, cliniques, industries pharmaceutiques) a contribué significativement au renforcement du système de santé. Cette expérience oriente désormais les politiques vers un développement plus systématique des partenariats stratégiques (OMS, 2021).

Les recommandations de l'OCDE préconisent une approche prudente des PPP, évitant les incitations fiscales excessives et privilégiant la transparence dans les processus de sélection. Cette approche vise à maximiser l'efficacité économique des partenariats tout en préservant l'intérêt général et l'équité d'accès aux soins (OCDE, 2021).

L'évaluation des PPP existants révèle l'importance cruciale de la définition précise des objectifs, des outils de suivi de la performance, et des clauses de révision contractuelle. Ces éléments conditionnent la capacité des partenariats à générer des retours économiques durables et équitables pour l'ensemble des parties prenantes.

8. Résultats et discussion

a. Synthèse des résultats clés

L'analyse empirique des données marocaines confirme de manière robuste la présence d'une corrélation positive et significative entre les investissements en santé et la productivité économique. Les résultats quantitatifs démontrent que chaque amélioration de 1% de l'espérance de vie génère une hausse de 6% du PIB par habitant, établissant la santé comme un facteur de production économique à part entière plutôt qu'un simple coût social.

Paradoxalement, cette corrélation coexiste avec la persistance d'inégalités substantielles dans l'accès aux soins et les résultats de santé. Cette apparente contradiction souligne l'importance des effets de distribution dans l'évaluation de l'efficacité économique des politiques sanitaires.

⁴⁰ Loi N° 86.12 relative aux contrats de partenariat public-privé

⁴¹ Ministère de l'économie et des finances, rapport sur les établissements et entreprises publics et les partenariats public-privé, note jointe au projet de loi de finances 2025.

Les gains de productivité générés par l'amélioration moyenne de la santé peuvent masquer des pertes d'efficacité liées à la sous-utilisation du potentiel productif des populations marginalisées.

L'évaluation des coûts économiques des maladies révèle un fardeau considérable, avec des coûts indirects souvent supérieurs aux coûts directs de prise en charge. Cette structure de coûts justifie économiquement les investissements massifs dans la protection et l'amélioration de l'accès aux services sanitaires, qui permettent de réduire simultanément les deux catégories de coûts.

L'expérience des réformes récentes démontre la faisabilité d'une transformation accélérée du système de santé marocain, à condition de mobiliser des ressources suffisantes et de maintenir une cohérence stratégique à long terme. L'augmentation substantielle du budget santé et les réformes structurelles engagées créent les conditions d'un changement de modèle entre santé et développement économique.

b. Défis Actuels

Le défi du financement durable du système de santé demeure central dans la stratégie marocaine. Malgré les augmentations budgétaires récentes, le niveau des dépenses sanitaires moyennes par individu reste inférieur aux standards internationaux recommandés par l'OMS. L'équilibre entre financement public et participation privée nécessite une calibration fine pour préserver l'équité d'accès tout en mobilisant efficacement les ressources disponibles.

La réduction des disparités géographiques et sociales constitue un défi complexe nécessitant une approche multisectorielle. Les investissements en infrastructure sanitaire doivent s'accompagner d'améliorations dans les transports, les télécommunications, et les services de base pour générer leur plein impact économique. Cette interdépendance sectorielle complique la planification et nécessite une coordination renforcée entre les différents départements ministériels.

L'amélioration de la gouvernance et de l'efficacité des dépenses représente un enjeu crucial pour optimiser le retour sur investissement des politiques de santé. Les instruments de contrôle et d'évaluation doivent être renforcés pour garantir une allocation optimale des fonds et identifier rapidement les dysfonctionnements susceptibles de compromettre l'efficacité économique des interventions.

La formation et la fidélisation des ressources humaines en santé représentent une contrainte structurelle majeure entravant l'atteinte des objectifs sanitaires. L'immigration des cerveaux vers l'extérieur et les déséquilibres dans la répartition géographique des compétences limitent l'efficacité des investissements infrastructurels et nécessitent des stratégies spécifiques de gestion du capital humain.

c. Opportunités et perspectives

La généralisation de la couverture médicale universelle ouvre des opportunités majeures d'amélioration de la performance financière du système de santé. L'extension de la couverture à l'ensemble de la population permettra une utilisation plus rationnelle des services de santé, avec un recours plus précoce aux soins préventifs et une réduction des prises en charge d'urgence coûteuses.

La révolution numérique offre des opportunités inédites le renforcement de la performance opérationnelle du dispositif de santé. La télémédecine peut contribuer à réduire les disparités géographiques d'accès aux soins spécialisés, tandis que les systèmes d'information sanitaire permettent une planification optimale des actions et un monitoring des indicateurs de performance.

Le renforcement des soins primaires, conformément aux recommandations de l'OMS, présente un potentiel économique considérable. Cette approche permet de traiter efficacement la majeure

partie des pathologies au niveau le plus proche des populations, réduisant les charges de transport et les pertes de productivité liées aux déplacements vers les centres spécialisés.

L'investissement dans la prévention et l'éducation sanitaire constitue un levier majeur d'amélioration de l'efficacité allocative des dépenses de santé. Le développement d'une culture sanitaire dans la population peut contribuer significativement à la diminution du fardeau des pathologies évitables et à l'amélioration de l'observance des traitements.

d. Comparaisons Régionales

La position du Maroc dans le paysage sanitaire régional MENA révèle des performances contrastées. Avec un retour économique de 0,12% de PIB pour chaque accroissement de 1% des dépenses de santé, le pays se situe dans la moyenne régionale, devancé par la Tunisie (0,15%) mais devançant plusieurs autres pays de la région (Banque Mondiale, 2023). Cette position intermédiaire suggère l'existence de marges de progression substantielles à travers l'optimisation des stratégies d'investissement.

L'expérience tunisienne, avec des investissements plus précoces dans l'éducation sanitaire et la formation du personnel médical, illustre les bénéfices potentiels d'une approche intégrée du développement du capital humain. Les leçons de cette expérience orientent les stratégies marocaines vers un renforcement de la composante éducative des politiques de santé (OMS, 2023).

Les pays du Golfe, avec des investissements massifs dans les infrastructures hospitalières et l'attraction de compétences internationales, démontrent les possibilités d'accélération du développement sanitaire. Cependant, la soutenabilité financière et sociale de ces modèles dans le contexte marocain nécessite une adaptation aux contraintes budgétaires et aux priorités nationales spécifiques (OCDE, 2024).

L'analyse comparative révèle l'importance cruciale de l'adaptation des stratégies sanitaires aux contextes socio-économiques locaux. Les modèles importés sans adaptation s'avèrent généralement moins efficaces que les approches endogènes basées sur une compréhension fine des déterminants locaux de la santé.

9. Conclusion

Cette analyse approfondie du cas marocain démontre de manière convaincante que la santé publique constitue un investissement productif majeur plutôt qu'un simple coût social. Les données empiriques établissent clairement l'existence de rendements économiques substantiels des investissements en santé, avec des effets multiplicateurs particulièrement prononcés à long terme. La corrélation documentée entre la progression de la survie et la croissance du PIB par habitant confirme le statut de la santé comme facteur de production économique à part entière. Les réformes structurelles ambitieuses engagées par le Maroc depuis 2020, matérialisées par l'utilisation de la loi cadre N° 06-22 et l'augmentation substantielle du Budget santé, créent les conditions d'une transformation durable du système de santé national. Cependant, le chemin vers l'optimisation complète de ces investissements demeure long et nécessite une approche stratégique soutenue. Les disparités persistantes en matière d'accessibilité aux soins et d'indicateurs sanitaires constituent un frein structurel à l'efficacité économique des réformes engagées.

L'analyse révèle la nécessité impérieuse d'adopter une vision holistique incluant santé, éducation et réduction des inégalités socio-économiques. Cette approche systémique apparaît indispensable pour maximiser les retours économiques des investissements sanitaires et assurer leur soutenabilité à long terme. L'expérience de l'INDH démontre la faisabilité et l'efficacité de cette approche intégrée dans le contexte marocain.

La santé émerge ainsi comme un pilier central du développement durable, contribuant simultanément à l'amélioration du bien-être social, à l'expansion économique et à la cohésion

sociale. Cette triple contribution positionne les investissements en santé au cœur des stratégies nationales de développement et justifie leur priorisation dans l'allocation des ressources publiques.

Les recommandations stratégiques qui découlent de cette analyse se construisent autour de plusieurs axes prioritaires : la poursuite et l'amplification des investissements en santé pour atteindre les standards internationaux, la perfection de la gouvernance et de l'efficacité des dépenses de l'état dans le domaine de la santé, la réduction systématique des inégalités d'accès aux soins, le renforcement stratégique des partenariats public-privé dans une perspective d'intérêt général, et l'inclusion de la santé dans l'ensemble des actions stratégiques sectorielles. L'expérience marocaine, avec ses succès et ses défis, offre des enseignements précieux pour les pays émergents connaissant des problématiques similaires. Elle illustre à la fois le potentiel économique considérable des investissements en santé et la complexité de leur mise en œuvre dans des contextes marqués par des contraintes budgétaires et des inégalités structurelles. Cette étude apporte un éclairage nouveau sur les mécanismes de causalité liant la capitale santé à la performance macroéconomique des nations émergentes.

10. Bibliographie

- Commission on Macroeconomics and Health. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: WHO.
- INVESTMENT IN HEALTH: SOCIAL AND ECONOMIC RETURNS Scientific and Technical Publication No. 582. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2001. 292 pp.
- Arora, S. 2001. "Health, Human Productivity, and Long-Term Economic Growth", *Journal of Economic History*, LXI (2001): 699-749.
- Narayan, S., Narayan, P.K. and Mishra, S. (2010) Investigating the Relationship between Health and Economic Growth: Empirical Evidence from a Panel of 5 Asian Countries. *Journal of Asian Economics*, 21, 404-411.
- **Serap Bedir** "Healthcare Expenditure and Economic Growth in Developing Countries," *Advances in Economics and Business*, Vol. 4, No. 2, pp. 76 - 86, 2016
- Dhryfi, Abdelhafidh, 2018. "Health-care expenditures, economic growth and infant mortality: evidence from developed and developing countries," *Revista CEPAL, Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*, August.
- OCDE (2021), "Leçons de la COVID-19 pour la résilience des systèmes de santé", dans *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, *Comptes Nationaux de la Santé 2022*
- United Nations Development Programme (UNDP). (2023). *Human Development Report 2023: Morocco Country Profile*. New York: UNDP.
- Currais, L.; Rivera, B. The Effect of Health Investment on Growth: A Causality Analysis, 003, VOL. 9, NO. 4
- OMS (Bureau régional de la Méditerranée orientale - EMRO), "Health Systems Profiles: Tunisia vs Morocco", *Health System Observatory*, 2023
- OCDE, "Health Systems Resilience and Sustainability in the MENA Region", *OECD Publishing*, 2024
- Banque Mondiale, "Health and the Economy in the Middle East and North Africa: Efficiency and Equity Challenges", *Rapport régional MENA, 2023-2024*.
- El Baouchari, N., & Raouf, R. (2024). Impact of Health on Labour Productivity in Morocco: Insights from dynamic ARDL and KRLS techniques. *Journal of Global*

Sustainability and Development, Volume I, Issue 1, 7 – 25.
<https://doi.org/10.57017/jgsd.v1.i1.01>

- Azizi Youssef & MOHAMMED OUDRHIRI SAFIANI(2025).Health Spending and Economic Growth in the MENA Region: The Case of Morocco, Egypt, Tunisia, Lebanon and Algeria DOI: <https://dx.doi.org/10.47772/IJRISS.2025.907000398>
- Loi n°06.22 relative au système national de santé.
- HCP, Rapport sur l'Évolution du niveau de vie de la population à la lumière des résultats de l'Enquête Nationale sur le Niveau de Vie 2022-2023"
- Ministère de la Santé, Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF)
- Ministère de la Santé, Rapport sur la santé maternelle au Maroc et HCP, Les indicateurs sociaux du Maroc
- Projet de performance - Santé et protection sociale - 2024
- Note de présentation loi de finance 2026
- Comptes Nationaux de la Santé -2022.pdf
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Carte Sanitaire Annuelle (Édition 2023)
- HCP, Enquête Nationale sur la Consommation et les Dépenses des Ménages et rapports sur les Indicateurs de Développement Humain
- Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, promulguée par le Dahir n° 1-22-75 du 18 jourmada I 1444 (12 décembre 2022), Bulletin Officiel n° 7148 du 5 jourmada II 1444 (29 décembre 2022)
- Schultz, T.W. (1961). Investment in Human Capital. The American Economic Review, 51(1), 1–17.
- Becker, G.S. (2007). Health as Human Capital: Synthesis and Extensions. Oxford Economic Papers, 59(3), 379–410.
- Sachs, J.D. (2002). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization, Geneva.
- Dao, M.Q. (2012). Government Expenditure and Growth in Developing Countries. Progress in Development Studies, 12(1), 77–82.
- <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=MA>
- <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/0273f33ab6ee48c5d842108b9b55c789-0140022025/related/National-Health-Compact-Morocco.pdf>
- <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=MA>
- https://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/2025/Comptes%20Nationaux%20de%20la%20Sant%C3%A9%20-2022.pdf
- <https://anam.ma/anam/regulation/tarification-nationale-de-reference/>