

La Gouvernance au service de la Santé : Aperçu Analytique du Contexte Marocain

Governance for Health: A Critical Analysis of Morocco's Context

Hanaa IMICHOU, (*Docteure en sciences économiques*)

Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales

Université Cadi Ayyad de Marrakech, Maroc

Adresse de correspondance :	Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de Marrakech - BP 2380, Daoudiate –Université Cadi Ayyad de Marrakech, Maroc.
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude et ils sont responsables de tout plagiat dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	IMICHOU, H. (2025). La Gouvernance au service de la Santé : Aperçu Analytique du Contexte Marocain. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 6(8), 557–574.
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: 21/06 /2025

Accepted: 17/08/ 2025

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

ISSN: 2658-8455

Volume 6, Issue 08 (2025)

La gouvernance au service de la santé : aperçu analytique du contexte marocain

Résumé :

Le Maroc a fait du développement humain une priorité de sa politique économique. Le pays aspire un développement de son capital humain en tant que ressource principale par des investissements et réformes soutenus notamment en termes de santé et de gouvernance. Les réformes de gouvernance globales et sectorielles, ont permis au pays de faire face à un certain nombre de contraintes et défis et d'améliorer l'accès aux soins et services de santé et l'état de santé de la population. En effet, les indicateurs sanitaires du Maroc témoignent d'une progression notable en matière d'extension de la couverture sanitaire et d'offre sanitaire (publique et privée), et d'un recul des mortalités infantile et juvénile et des incidences d'un certain nombre de maladies transmissibles, avec une nette augmentation de l'espérance de vie à la naissance.

En effet, le capital humain est l'un des facteurs expliquant l'écart entre les pays développés et ceux en voie de développement. Comprendre le rôle de la santé comme dimension de formation du capital humain, et expliquer ce mécanisme à travers la gouvernance est un sujet qui suscite l'intérêt des chercheurs.

L'objectif de ce travail, se basant sur une revue intégrative, est d'offrir une vue stylisée de la relation entre la gouvernance et la santé au Maroc sur une période allant de 2000 à 2022. En général, les résultats révèlent que l'amélioration des scores des indicateurs de gouvernance et liée à une amélioration de certains indicateurs de santé comme : le nombre d'habitants par lit, les dépenses directes des ménages, l'espérance de vie et le taux de mortalité infantile.

Mots clés : Gouvernance, Capital humain, Système de santé, Capital Santé, Maroc.

JEL Classification : I00

Type du papier : Recherche théorique

Abstract:

Morocco has made human development a priority in its economic policy. The country aims to develop its human capital as its primary resource by investing and reforming sustainably, particularly in terms of health and governance. Reforms to global and sectoral governance have enabled Morocco to address a number of constraints and challenges, improving access to healthcare and services, as well as the health of the population. Morocco's health indicators indeed show significant progress in terms of extending health coverage and provision (both public and private), reducing infant and child mortality, and lowering the incidence of several communicable diseases. There has also been a marked increase in life expectancy at birth.

Human capital is one of the factors that explains the difference between developed and developing countries. The role of health in human capital formation and the governance mechanisms behind it are subjects of great interest to researchers.

This study using integrative review aims to provide an overview of the relationship between governance and health in Morocco from 2000 to 2022. In general, the results show that improvements in governance indicator scores are linked to improvements in certain health indicators, such as the number of inhabitants per bed, out of pocket infant mortality rate and life expectancy.

Keywords: Governance, Human capital, Healthcare system, Health, Morocco.

Classification JEL: I00

Paper type: Theoretical Research

1. Introduction

Les théoriciens considèrent généralement que le capital humain est l'une des variables acceptées théoriquement et statistiquement comme déterminant de la croissance économique. Les pays pauvres ont des niveaux de capital humain plus faibles et ont donc plus de difficultés à concurrencer ceux qui sont plus développés. Afin de stimuler la croissance des économies pauvres, leurs niveaux de capital humain devraient commencer à converger vers ceux des nations plus riches.

Le capital humain est considéré comme une véritable richesse. L'idée que la santé représente - à côté de l'éducation - une composante importante du capital humain a été introduite de manière très importante par Grossman (1972), mais a récemment été reconnue plus largement. Dans la formulation originale de sa théorie, Becker (1964) a indiqué que la santé était une composante du stock de capital humain, mais s'est ensuite concentré, dans ses premiers travaux, exclusivement sur l'éducation. La principale contribution à notre compréhension de la santé en tant que partie intégrante du capital humain a été fournie par Grossman (1972), qui a été le premier à construire un modèle de la demande de santé en appliquant la théorie du capital humain. Grossman fait la distinction entre la santé en tant que bien de consommation et la santé en tant que capital.

En tant que bien de consommation, la santé entre directement dans la fonction d'utilité de l'individu, car les gens souhaitent toujours être en bonne santé. En tant que capital, la santé réduit le nombre de jours passés dans la maladie, et donc augmente le nombre de jours disponibles pour les activités marchandes et non marchandes. Ainsi, la production de santé affecte l'utilité d'un individu non seulement en raison du plaisir de se sentir en bonne santé, mais aussi parce qu'elle augmente le nombre de jours en bonne santé disponibles pour le travail (et donc le revenu) et les loisirs. La santé n'est pas seulement demandée, mais aussi produite par l'individu.

L'impact de la gouvernance sur le capital humain et sa formation s'effectue principalement à travers l'éducation et la santé. Le lien entre la gouvernance et ces dimensions peut fonctionner à plusieurs niveaux, y compris au niveau des politiques publiques, de la législation et de la réglementation affectant tous les secteurs et l'efficacité organisationnelle des institutions gouvernant le secteur de l'éducation et de la santé. Une revue de littérature non négligeable s'est consacrée à cette question. Elle relève le défi d'identifier les dimensions de la gouvernance qui améliorent les deux composantes. Plusieurs conclusions établissent le lien entre les dimensions de la gouvernance (corruption, stabilité économique et politique, libéralisation, régime politique, protection des droits de propriété, ...) et le niveau du capital humain à travers l'éducation et la santé.

Une grande partie de ces travaux a été consacrée certes à la dimension éducation, mais nous allons nous limiter dans cet article, à celle traitant la santé, bien que les effets des deux dimensions soient difficilement dissociables. En effet, les gains en éducation renforcent et améliorent le capital santé et vis-versa.

L'OMS affirme que de nombreux grands décollages ont été catalysés par des développements importants des systèmes de santé dans l'histoire de l'économie mondiale. La littérature a mis l'accent sur l'importance de l'amélioration de la santé des populations pour réduire la pauvreté et les inégalités dans les pays moins développés. Dans ces derniers, investir dans la santé signifie souvent échapper à la trappe de pauvreté.

En outre, la relation santé-croissance économique implique de multiples canaux de liaison, mais aussi un ensemble de facteurs conjoints tels que les institutions et la gouvernance. Ce rôle fondamental du capital santé dans le processus de croissance économique et du développement a en effet incité les chercheurs en sciences économiques et sociales à examiner ses déterminants. Ils accordent ainsi une importance majeure à la qualité de la gouvernance. La gouvernance et

la qualité des institutions interagissent positivement avec le capital santé, en conduisant à une allocation efficace des ressources et favorisant alors la croissance économique. De plus, elle intervient dans le processus d'accumulation du capital humain à travers les droits de propriété, la règle de droit, la corruption ...etc.

La mauvaise gouvernance (corruption, non-reddition de compte, détournement de fonds, absentéisme, favoritisme, népotisme ...etc.) peut nuire mortellement à la santé de la population (Gupta et al. 2001 ; Vian 2008a ; Radin, 2013 ; Friedman, 2018). Plusieurs chercheurs confirment qu'un régime démocratique par exemple est capable de favoriser l'accès aux soins et services de santé (Acemoglu, Naidu, Restrepo & Robinson, 2019). Dans la même veine, des études empiriques montrent que l'amélioration de la santé des ménages est fortement liée à la protection des droits de propriété foncières (Menon, Rodgers & Nguyen, 2014) et des brevets pharmaceutiques (Hoen, 2016 ; Jung & Kwon, 2015).

Le présent article examine l'impact de la gouvernance sur la santé de la population au Maroc, en se basant sur une revue de littérature et une analyse des faits stylisés. Il s'agira dans ce travail de discuter en premier lieu les formes que les dimensions de gouvernance prennent dans le secteur de la santé et leurs effets sur le fonctionnement du système de santé et l'accès aux soins. Dans un second lieu, une analyse descriptive est menée afin d'identifier des faits stylisés entre des indicateurs de gouvernance et les principaux indicateurs de santé au Maroc.

2. Santé, Gouvernance et formation du Capital humain

2.1. Le capital santé facteur de la croissance économique et du développement

L'amélioration du capital humain essentiellement via l'éducation et la santé est considérée depuis des décennies comme un pilier du développement, tout à la fois comme condition nécessaire au développement et comme finalité. Ainsi, il est communément admis que l'investissement dans le capital humain est le biais par lequel une nation peut assurer un développement économique durable, changer les institutions sociales ; notamment celles défavorables au développement et instaurer les bases d'une communauté démocratique.

L'idée que la santé représente - à côté de l'éducation - une composante importante du capital humain a été introduite de manière très importante par Grossman (1972), mais a récemment été reconnue plus largement. Dans la formulation originale de sa théorie, Becker (1964) a indiqué que la santé était une composante du stock de capital humain, mais s'est ensuite concentré, dans ses premiers travaux, exclusivement sur l'éducation. La principale contribution à notre compréhension de la santé en tant que partie intégrante du capital humain a été fournie par Grossman (1972), qui a été le premier à construire un modèle de la demande de santé en appliquant la théorie du capital humain. Grossman fait la distinction entre la santé en tant que bien de consommation et la santé en tant que capital.

En tant que bien de consommation, la santé entre directement dans la fonction d'utilité de l'individu, car les gens souhaitent toujours être en bonne santé. En tant que capital, la santé réduit le nombre de jours passés dans la maladie, et donc augmente le nombre de jours disponibles pour les activités marchandes et non marchandes (Grossman, 1972). Ainsi, la production de santé affecte l'utilité d'un individu non seulement en raison du plaisir de se sentir en bonne santé, mais aussi parce qu'elle augmente le nombre de jours en bonne santé disponibles pour le travail (et donc le revenu) et les loisirs. La santé n'est pas seulement demandée, mais aussi produite par l'individu. Les individus héritent d'un stock initial de santé qui se déprécie avec le temps, mais ils peuvent investir pour maintenir et augmenter ce stock (Becker, 1964). Bien que le modèle Grossman ait fait l'objet de certaines critiques comme par exemple l'absence d'une justification empirique en faveur d'une corrélation positive entre les soins de santé et la santé, il reste - avec quelques extensions - le modèle clé de la demande de santé. En outre, Fogel (1994) souligne que les facteurs "thermodynamiques" et physiologiques de la croissance

économique peuvent facilement être incorporés dans les modèles de croissance standard. Dans le contexte du capital humain, ces deux catégories de facteurs ; qui sont produites par les développements réalisés essentiellement dans les secteurs de l'agriculture, de santé publique, des services médicaux et de l'habitat, peuvent être considérées comme des changements technologiques favorables à la main-d'œuvre. Elles peuvent également être considérées comme des alternatives ou des ajustements aux problèmes de mesure du facteur travail qui est généralement mesuré en nombre d'heures travaillées au cours d'une année par chaque travailleur.

De nombreux facteurs ou inputs contribuent à la production de santé dont les soins de santé. La demande de soins de santé est donc une demande de santé dérivée. La production de santé nécessite également l'utilisation du temps par l'individu en dehors des activités marchandes et non marchandes. Plusieurs déterminants de la santé peuvent être influencés par les politiques publiques. En évaluant la contribution que la santé peut apporter à la croissance, il est important de garder à l'esprit la rétroaction positive des revenus sur la santé. Le revenu peut influencer la santé de deux manières : par un effet direct sur les conditions matérielles qui ont un impact positif sur la survie biologique et la santé, et par un effet sur la participation sociale, la possibilité de contrôler les circonstances de la vie et le sentiment de sécurité. Au-delà d'un certain seuil de privation matérielle, le revenu peut être plus important en raison de son lien avec ces facteurs sociaux et psychologiques, en particulier dans les sociétés où la participation sociale dépend fortement du revenu individuel. On peut raisonnablement s'attendre à ce que des personnes en bonne santé produisent davantage par heure travaillée. D'une part, la productivité pourrait augmenter directement en raison d'une activité physique et mentale accrue. D'autre part, des personnes plus actives physiquement et mentalement pourraient également faire un usage plus efficace et plus judicieux de la technologie, des machines ou des équipements. Une main-d'œuvre en meilleure santé pourrait également être plus flexible et plus adaptable aux changements. L'impact de la santé sur l'offre de travail est théoriquement ambigu. Une bonne santé réduit le nombre de jours qu'une personne passe en maladie, ce qui entraîne une augmentation du nombre de jours de bonne santé disponibles pour le travail ou les loisirs. Mais la santé influence également la décision de fournir de la main-d'œuvre par son impact sur les salaires, les préférences et l'horizon de vie prévu. Mais, cet effet ; à travers chacune de ces voies intermédiaires, est discutable. D'un côté, si la bonne santé augmente le revenu et subséquemment diminue l'incitation des travailleurs et réduit ainsi l'offre de travail. C'est l'effet de substitution. De l'autre côté, elle permet une augmentation du revenu pendant une plus courte durée de vie active. Ainsi les travailleurs sont incités à se retirer précocement du marché de travail, c'est l'effet de revenu.

La manière dont la santé affecte les préférences individuelles détermine également la nature de l'impact économique de la santé. Une amélioration de la santé pourrait rendre le travail moins pénible et les individus seront plus disposés à accepter plus de travail en échange de temps libre. Toutefois, cette amélioration de la santé pourrait également réduire les besoins de consommation (par exemple de traitements médicaux) et partant ; réduire la préférence relative pour le travail, ce qui entraîne une réduction du temps de travail et une augmentation du temps de loisir. Enfin, si une bonne santé ne modifie ni les préférences ni les salaires, mais augmente l'espérance de vie, les besoins de consommation de l'individu tout au long de sa vie augmenteront, ce qui entraînera une augmentation de l'offre de main-d'œuvre.

En outre, si la bonne santé est également liée à une espérance de vie plus élevée, les personnes en bonne santé seraient incitées à investir dans l'éducation et la formation, car le taux d'amortissement des compétences acquises serait plus faible. La bonne santé est à la fois le résultat et le déterminant d'une bonne éducation. Selon la théorie du capital humain, les personnes plus instruites sont plus productives et obtiennent des revenus plus élevés. Étant donné que les enfants ayant une meilleure santé et une meilleure nutrition ont tendance à

atteindre un niveau d'éducation plus élevé et à moins souffrir d'absentéisme scolaire et d'abandon précoce. L'amélioration de la santé dans les premiers âges contribue indirectement à la productivité future.

L'état de santé d'un individu ou d'une population est susceptible d'avoir un impact non seulement sur le niveau des revenus, mais aussi sur la répartition de ces revenus entre épargne et consommation et sur la volonté d'investir. Les personnes en bonne santé ont probablement un horizon temporel plus large et leur taux d'épargne peut donc être plus élevé que celui des personnes en mauvaise santé. Toutes choses étant égales par ailleurs, une population dont l'espérance de vie augmente peut donc aussi être amenée à épargner davantage. Cela devrait également se traduire par une plus grande propension à investir dans le capital physique ou intellectuel.

En résumé, il existe un certain nombre de canaux qui peuvent établir un lien de cause à effet entre la santé et les résultats économiques au niveau individuel et au niveau global (macro). Le dénominateur le plus commun de tous ces canaux est que la santé peut être considérée comme une partie intégrante du capital humain. Cependant cet impact est plus perçu en « l'absence de santé » ou mauvaise santé. En effet, la mauvaise santé constitue une cause de stagnation socio-économique qui freine le processus de développement. La maladie est une source principale de perte du bien-être individuel, conditionne l'avenir de l'individu et retentit également sur la vie des membres de sa famille. Au niveau de la société, la mauvaise santé génère des coûts élevés. Par exemple, les services sociaux (notamment de santé) subissent une forte demande et le budget public se trouve affecté. Les crises de santé sont aussi une source directe d'instabilité politique. Ces problèmes sont amplifiés dans le contexte démographique, économique et institutionnel (par ex. régime politique non démocratique, absence de couverture maladie et sociale) des pays à faible ou moyen revenu, chose qui crée un cercle vicieux de trappe à la pauvreté et au sous-développement.

2.2. Impact de la gouvernance sur le système de santé et l'état de santé de la population

L'influence de la gouvernance sur les résultats sanitaires dans un pays s'opère par plusieurs canaux de transmission. Les différentes dimensions de la gouvernance (corruption, la protection des droits de propriété, la structure de l'État centralisée ou décentralisée, le régime politique, l'État de droit) peuvent interférer pour impacter les déterminants et les composantes de la santé. La corruption, qui prend plusieurs formes dans le secteur de la santé, affecte négativement la performance du système de santé et la santé des populations. Ceci s'opère par la réduction des investissements publics et des interventions dans le domaine sanitaire. La corruption des décideurs et responsables publics peut entraîner un détournement de fonds et de budgets alloués aux stratégies et actions de santé. Les frais payés par les usagers (en secteur public) peuvent également être pris par les fournisseurs sans les verser dans les caisses de l'État (perte de revenus pour le gouvernement). La qualité des services publics de santé se détériore, et la demande est dirigée vers le secteur privé. Les prix (dans le secteur privé) tendent à la hausse suite à la forte demande et la population pauvre ne pourra pas accéder à des services de santé de qualité. D'autres pratiques de corruption comme l'absentéisme des professionnels, le détournement du matériel et des produits médicaux et des pratiques illégales qui accompagnent le processus d'acquisition de biens médicaux et d'offre de soins notamment dans le secteur public, réduisent l'offre, la demande et la qualité des soins et services ainsi que la confiance des individus dans le système de santé et l'administration publique. Selon Gupta et al. (2001) la corruption au niveau des établissements publics de santé, contribue à l'augmentation des coûts des soins notamment primaires, créant des obstacles à la prise en charge des pauvres. Les professionnels peuvent créer volontairement des retards et des obstacles ; chose qui peut compromettre la prise en charge des malades en retardant les diagnostics ou les traitements. Mohseni et Lindstrom (2007) soulignent qu'une détérioration de la confiance des citoyens dans

leur système de santé (et dans les prestataires) est corrélée à un mauvais état de santé de la population. La faible confiance engendre une diminution de la fréquentation du système de santé et une sous-utilisation de ses services. Elle peut également nourrir des pratiques de corruption (les pots-de-vin) émanant volontairement des patients pour se procurer une prise en charge adéquate dans des systèmes où les mécanismes de responsabilité sont faibles. Ainsi, la maîtrise de la corruption est en mesure d'améliorer l'accès aux services de santé, leur qualité et l'état de santé.

Par ailleurs, les problèmes liés à l'asymétrie d'information sont une caractéristique des services de santé. L'asymétrie d'information peut conduire à des comportements opportunistes. Les acteurs (les décideurs, les tiers financiers, les prestataires, les sociétés pharmaceutiques et les patients) peuvent utiliser leur position pour avoir un gain personnel. Ces comportements favorisent la corruption. C'est le cas des médecins qui prescrivent des produits ou médicaments (parfois inutilement ou de façon exagérée) sous les incitations financières des sociétés (relations de marketing), des gestionnaires hospitaliers et des comités scientifiques responsables des marchés publics qui privilégient certains articles qui ne répondent pas aux normes, et des agents gouvernementaux qui autorisent la vente des contrefaçons. D'autres formes de corruption grèvent les systèmes de santé comme la fraude d'assurance et la capture de l'État. Factor et Kang (2015) ont expliqué les effets de la corruption et ses déterminants politiques, économiques et socioculturels sur les différents résultats sanitaires et ce ; selon une approche holistique. D'après leurs résultats, la corruption est corrélée négativement à la part de budget public de santé par rapport au PIB et à une amélioration des différents indicateurs. Ainsi, des politiques qui agissent directement sur la corruption ou indirectement sur ses déterminants (renforcer l'État de droit, consolider le processus démocratique, accroître le revenu...) sont susceptibles d'améliorer la santé dans un pays. Cependant, malgré les arguments cités et malgré la corruption est rejetée moralement et éthiquement, plusieurs auteurs ont démontré qu'elle peut avoir des avantages sur le plan sanitaire et économique. Elle peut constituer un moyen de contourner les contraintes étatiques (bureaucratie, mesures administratives lentes et compliquées, délais d'attente longs...). La "petite corruption" est parfois la solution efficace pour obtenir un soin ou un service de santé (peut correspondre au coût d'opportunité pour les patients).

Protéger les droits de propriété est une mesure de gouvernance qui suscite le débat eu égard à son impact sur les résultats santé. On discutera deux types de droits les plus documentés par rapport à leur rôle dans la santé : les droits fonciers et les brevets, technologies médicales et pharmaceutiques. Les droits fonciers enregistrés procurent aux ménages les moyens pour entretenir et augmenter leur capital santé (location ou vente, investissement agricole, obtention de prêts...). De plus, la détention de ces droits spécifiquement par les femmes a des effets bien documentés sur les résultats en matière de capital humain (santé et éducation) pour elles-mêmes et leurs enfants (Menon et al., 2014). La consolidation de ces droits leur génère des revenus permettant d'entretenir le ménage (consommation, nutrition, soins de santé...), d'amortir les dommages des crises (veuvage, divorce, licenciement) et d'améliorer le bien-être de la famille et assurer les besoins des enfants en santé et en éducation (Menon et al., 2014 ; Allendorf, 2007). Une détention de ces droits agit aussi sur des facteurs directs de la santé comme les conditions de logement. Selon Galiani et Schargrotsky (2004), l'attribution des droits fonciers favorise une amélioration de la qualité du logement. Elle offre la possibilité au ménage d'investir dans un habitat plus sain : réseau d'eau potable, réseau d'évacuation des eaux usées, installation d'électricité sécurisée, chauffage, aération, habitation plus spacieuse et dans des zones équipées ...etc. Concernant les brevets d'invention (des dispositifs médicaux) et pharmaceutiques, ils suscitent un débat entre les partisans et les adversaires de l'établissement et l'application de ces droits. En effet, ces droits jouent un rôle décisif en matière d'accès à la technologie médicale et aux médicaments, notamment au niveau des pays du Sud. Le premier groupe souligne la nécessité de la protection de la propriété intellectuelle pour les entreprises

pharmaceutiques et celles engagées dans l'innovation médicale. Des droits pharmaceutiques et de technologie médicale dûment appliquée incitent les agents à investir dans l'innovation et la recherche et le développement. Ces derniers sont incontestablement les piliers de la médecine et de la santé publique. Développer des techniques, des dispositifs et des traitements nouveaux promeut l'accès aux traitements et permet de faire face au fardeau économique et social de la morbidité. De plus, l'innovation dans ce secteur se caractérise par des exigences éthiques, réglementaires et de responsabilité et par ses coûts et taux d'incertitude (échec) particulièrement élevées. Néanmoins, le second groupe fait valoir que cette protection peut compromettre le droit à la santé par la situation de monopole. Le brevet présente tous les avantages du monopole pour des sociétés, mais aussi pour certains pays industrialisés (*la dictature commerciale*) : fixer le prix, autoriser la commercialisation dans une zone, empêcher des recherches alternatives ou la production de substituts...etc. Les brevets dans la biomédecine ont des effets négatifs documentés. À savoir : compromettre la viabilité financière des systèmes de santé, orienter la recherche et développement vers des priorités financières (aux dépens de celles sociales), discriminer les recherches en matière des risques et dangerosité des traitements, ne pas s'intéresser au développement de médicaments pour des maladies spécifiques aux pays pauvres, encourager l'industrie de la contrefaçon et le recours à des médicaments non pharmaceutiques et à des pratiques traditionnelles présentant un danger pour la santé.

La forme centralisée ou décentralisée d'un État influe sur l'état de santé de la population. Channa et Faguet (2016) et Winchester et King (2018) parmi d'autres, soulignent que la décentralisation est un mode de gouvernance très avantageux en matière de santé et de réduction des inégalités sanitaires inter et intra régionales des pays. La décentralisation est le transfert du pouvoir de prise de décision, financier et managérial à des unités gouvernementales locales quasi-autonomes (Channa Faguet, 2016). Ce processus renforce la responsabilité et la réactivité des gouvernements, réduit la corruption et la bureaucratie, accroît la voix politique ainsi que la participation citoyenne, et diminue les coûts des dépenses publiques. En effet, cette approche permet une identification des besoins et conditions locaux, une participation effective de la population (à la prise de décision et l'offre de services) et un renforcement de la responsabilisation des prestataires publics. Les citoyens effectueront des comparaisons en termes des choix et actions de santé menées par les unités décentralisées. Ainsi, les responsables de chaque unité veilleront à l'amélioration des systèmes de santé locaux (responsabilisation, qualité, suivi et contrôle, lutter contre la corruption ...) en vue de gagner la confiance des citoyens pour les prochaines élections. La décentralisation contribue aussi à la réduction des obstacles géographiques et culturels d'accès aux services de santé. Un autre argument est que les gouvernements locaux, dans le cadre d'autofinancement, sont incités à fournir des services de santé à coût moindre et de bonne qualité. Toutefois, plusieurs auteurs ont réfuté cette idée et montrent que la décentralisation ; sur le terrain, ne mène pas aux bénéfices escomptés et peut même avoir un effet dévoyé en matière de santé. Mills et al. (1990) en analysant les expériences d'un certain nombre de pays, démontrent que ce mécanisme génère des inégalités en matière d'offre de soins et une fragmentation des services, favorisent la corruption et la manipulation politique et mènent au recul du secteur public. Plusieurs travaux soulignent que la décentralisation dans les pays en voie de développement a un effet pervers sur l'offre publique de santé et les résultats sanitaires. En effet, ces pays ne disposent pas de structures permettant une implantation correcte des mécanismes de la décentralisation. Ils sont généralement marqués par la faiblesse institutionnelle des unités gouvernementales infranationales, le manque de responsabilisation et l'insuffisance d'infrastructures locales.

L'État de droit constitue de son côté un facteur juridique de la santé. Il influence le capital santé par le biais de la croissance économique (Boettke Subrick, 2003), l'efficacité du marché, le développement de l'action et du rôle de la société civile (Dawson, 2010). La stabilisation de la société, le contrôle de la corruption et la protection des droits de propriété sont assurés en grande

partie par l'État de droit, et contribuent à la formation du capital santé (Pinzon-Rondon et al., 2015). De même, cette dimension de la gouvernance favorise le respect des droits de l'Homme et l'équité et la justice qui sont des facteurs favorables à la santé (Horton, 2016). Le régime politique joue ainsi un rôle important dans la prestation sanitaire et impacte l'état de santé de la population, mais la littérature présente des divergences par rapport à cette question. La démocratie est en mesure de renforcer le capital humain par l'amélioration de la santé. Les pays démocratiques ont une espérance de vie plus longue, des taux de mortalité infantile plus bas et un volume d'investissements publics dans les soins de santé plus important par rapport aux régimes autocratiques. Plusieurs auteurs, dont Patterson et Veenstra (2016) et Chandra et Rudra (2015) ; fournissent des explications d'ordres politiques et économiques en faveur du bénéfice « santé » d'un tel régime :

- Le contrôle législatif existant au niveau des pays démocratiques empêche les décisions unilatérales notamment en politiques de santé,
- La démocratie exige l'accès universel aux prestations et droits sociaux ainsi que le droit des citoyens de prendre part aux délibérations publiques (Bonvin, 2005) : afin d'exprimer leurs opinions sur les décisions politiques qui impactent leur santé
- La démocratie favorise la croissance économique (amélioration du climat des affaires, protection des droits intellectuels...) en accordant plus de moyens aux pouvoirs publics d'investir dans les services publics de santé, et
- La réduction des inégalités socio-économiques et les citoyens, notamment les pauvres ou les plus défavorisés ; parviennent à exprimer et imposer leurs besoins en matière de santé et bénéficient des soins et services sans discrimination.

Toutefois, les expériences de certains pays révèlent qu'un certain degré d'autoritarisme est favorable à l'accroissement du capital humain. Des pays comme la Corée du sud, la Chine, la Libye et le Cuba ont excellé sous des régimes autoritaires en termes d'éducation et de santé¹. Sur le plan empirique, plusieurs autres travaux ont mis en exergue l'impact de la gouvernance sur l'état de santé des populations. Ils affirment que la bonne gouvernance est un facteur important pour la santé. Moyennant un indicateur de gouvernance globale (calculé par l'ACP) comprenant six dimensions², Menon-Johansson (2005) et Reidpath et Allotey (2006) examinent la corrélation entre la gouvernance et l'état de santé des populations pour un panel de pays. Selon leurs résultats, la gouvernance s'est avérée corrélée positivement à la santé.

Ouédraogo (2020), en analysant séparément la relation entre l'état de santé (mesurée à chaque fois par le TMM, TMI et EVN) et la qualité de la réglementation, la maîtrise de la corruption et l'efficacité des pouvoirs publics au niveau des pays de l'Afrique Subsaharienne conclut que les citoyens des pays dotés d'une bonne qualité de gouvernance ont plus de chance de jouir d'une meilleure santé. L'auteur à l'aide de modèles économétriques, déduit que l'amélioration de l'efficacité des pouvoirs publics, de la stabilité politique et l'absence de violence y compris le terrorisme peuvent contribuer à accroître à la fois l'espérance de vie à la naissance et à réduire les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle.

À partir de l'analyse de ces différents canaux de transmission entre gouvernance et résultats sanitaires, un ensemble d'hypothèses de recherche peuvent être formulées. Une bonne gouvernance (La décentralisation, le renforcement de l'État de droit, la qualité des institutions, les régimes démocratiques, la protection des droits fonciers et des brevets pharmaceutiques...etc.) améliore les résultats sanitaires par une meilleure identification des

¹ À titre d'exemple : l'URSS a atteint la couverture sanitaire universelle, les taux de vaccination élevés en Chine notamment au milieu rural, la qualité et la performance des systèmes de santé en Libye et au Cuba sous les régimes de Kadhafi et Castro.

² Six dimensions de la gouvernance : voix et responsabilité, la stabilité politique, l'efficacité du gouvernement, la qualité de la réglementation, État de droit et contrôle de la corruption.

besoins locaux, une responsabilisation accrue des prestataires, une protection des droits fondamentaux, le contrôle de la corruption ou encore ses effets sur la croissance économique. Sur le plan empirique, il existe une relation positive significative entre les indicateurs de gouvernance et les résultats sanitaires, cette relation étant plus forte dans les pays à revenu intermédiaire que dans les pays les moins avancés.

3. Méthodologie

Le présent travail examine les faits stylisés sur la relation entre la gouvernance et la santé au Maroc. Selon Kaldor (1957), un modèle de croissance économique devrait prendre certaines régularités. Ces régularités ou « faits stylisés » sont des faits typiques qui semblent significatifs sans nécessairement pouvoir être chiffrés avec précision. Ce sont, en d'autres termes, des représentations simplifiées de résultats empiriques. Ils résument souvent des données, bien qu'elles soient généralement vraies, peuvent se démontrer inexacts en détail.

Les conclusions d'Acemoglu et Robinson (2012) constituent l'esprit qui guide la présentation de ces faits dans ce travail. Ces auteurs considèrent que les écarts en termes de qualité des institutions entre les pays expliquent les disparités dans leur développement.

Il est généralement montré et admis que les pays qui ont une bonne qualité des institutions ont tendance à avoir un bon niveau de développement. La présente étude vise à montrer qu'au Maroc, la qualité de la gouvernance explique l'état de santé de la population et l'accès aux services de santé. À cet effet, des graphiques et des statistiques descriptives sont mobilisés.

La qualité de la gouvernance est approximée par les indicateurs de gouvernance de Kaufmann et *al.* (2013) et plus exactement par : Voix citoyenne et responsabilité (VA PER_RNK), Stabilité politique et absence de violence/terrorisme (PV PER_RNK), Efficacité des pouvoirs publics (GE PER_RNK), la qualité de la réglementation (RQ PER_RNK), L'État de droit (RL PER_RNK) et la maîtrise de la corruption (CC PER_RNK). Ces indicateurs sont exprimés en "Percentile rank". Ils indiquent alors le rang du pays parmi tous les pays couverts par l'indicateur agrégé, 0 correspondant au rang le plus bas et 100 au rang le plus élevé.

Les indicateurs d'accès aux services de santé sont : le nombre d'habitants par médecin (HAB_PAR_MEDECIN) ; le nombre d'habitants par établissement de soins de santé de base (HAB_PAR_ESSB) ; le nombre d'habitants par lit d'hôpital (HAB_PAR_LIT) ; les dépenses directes des ménages (OUT_OF_POCKET) ; la part des dépenses d'investissement dans les dépenses de santé (DEPENSE_INVESTISS_DEPENSE_SANTE) ; la part du budget santé dans le budget global de santé (SANTE_BUDGET_GLOBAL) et la part du budget de santé par rapport au PIB (SANTE_PIB).

Les indicateurs d'état de santé sont : l'espérance de vie à la naissance (EVN) ; le taux de mortalité infanto-juvénile (TMIJ) ; le taux de mortalité maternelle (TMM).

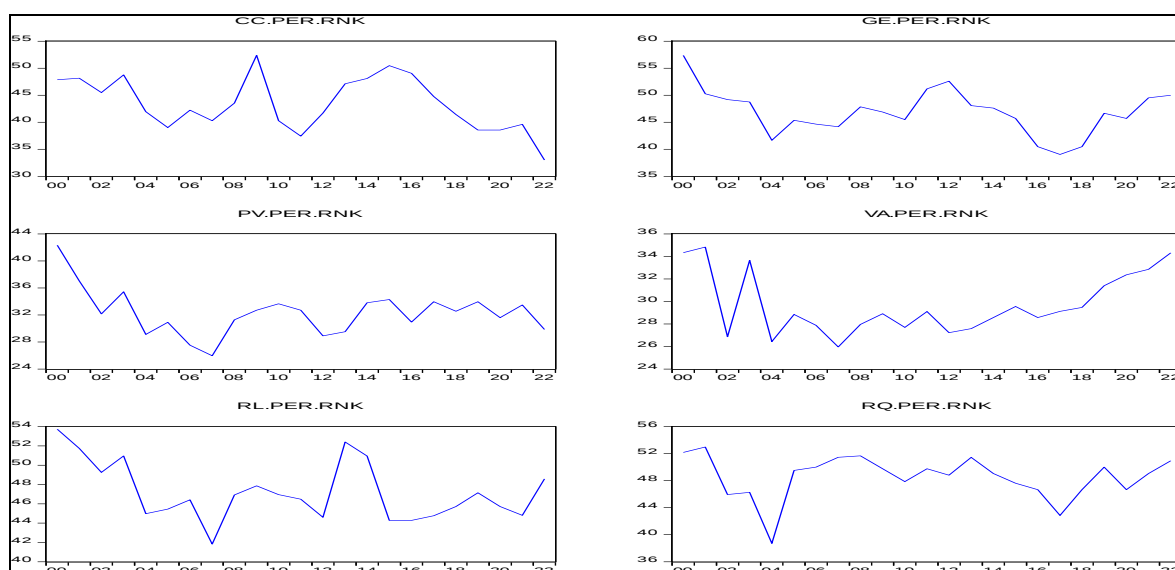
Les données sont issues de la Banque Mondiale et des rapports du ministère de la Santé sur une période allant de 2000 à 2022.

4. Résultats

Cette partie vise à présenter les faits stylisés sur la relation entre la gouvernance et la santé au Maroc. À cet effet, elle se propose de présenter en premier lieu des graphiques décrivant l'évolution des indicateurs, et en second lieu les faits stylisés à deux niveaux. Un premier niveau offre une vue stylisée de la relation entre les indicateurs de gouvernance et les indicateurs du système de santé. Un deuxième niveau expose ces faits sur la relation entre la gouvernance et l'état de santé.

La figure 1 permet d'examiner le comportement des six indicateurs au Maroc pour la période 1996-2020.

Figure 1 : indicateurs de gouvernance au Maroc (2000-2022)

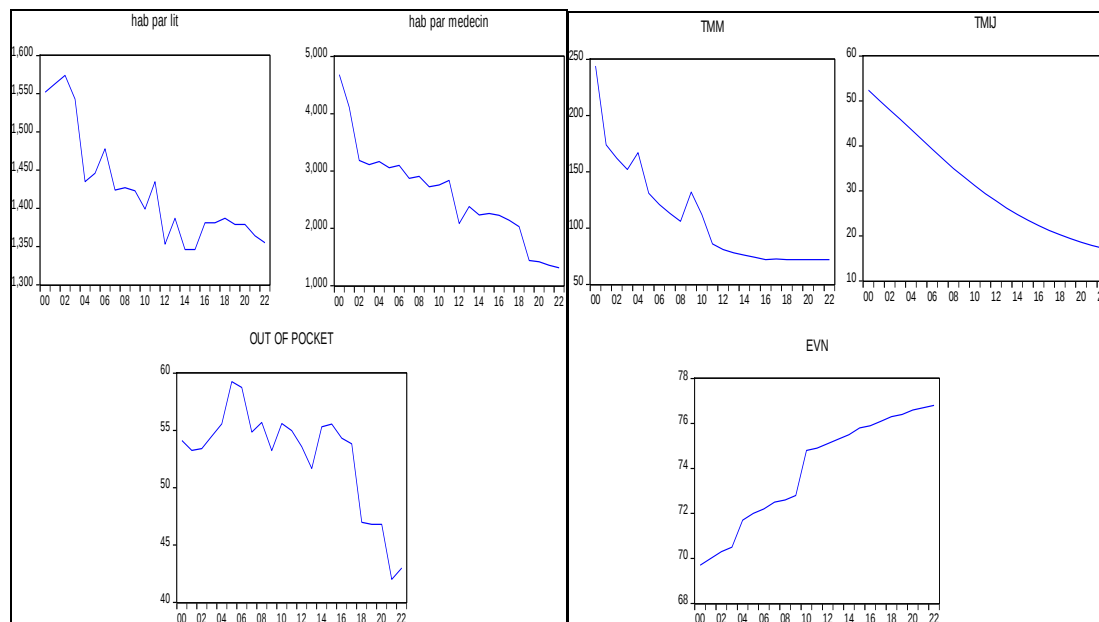


Source : à partir des Données de la Banque mondiale, (site officiel, 2025)

Les scores des indicateurs de la gouvernance de la Banque sont globalement très faibles au Maroc. De plus, la moyenne des six indicateurs révèle la faible performance du royaume par rapport à des pays similaires comme la Tunisie et la Jordanie.

La figure 2 examine l'évolution des indicateurs du système de santé et des indicateurs d'état de santé au Maroc.

Figure 1 : Evolution des indicateurs du système de santé et d'état de santé au Maroc (2000-2022)



Source : à partir des Données de la Banque mondiale, (site officiel, 2025)

Cette figure montre une amélioration globale des indicateurs de santé sur la période allant de 2000 à 2022 au Maroc. En effet on note une diminution des taux de mortalité et du nombre d'habitants par médecin et par lit d'hôpital ainsi que de la contribution directe des ménages. L'espérance de vie à la naissance affiche une amélioration notable sur cette période.

Les tables suivantes (table 1 et table 2) permettent d'analyser les faits stylisés par le test de corrélation entre les indicateurs de gouvernance et les indicateurs du système de santé d'une part, et d'autre part entre les indicateurs de gouvernance et ceux de l'état de santé de la population.

Table 1 : Analyse de la covariance entre les indicateurs de gouvernance et de système de santé au Maroc 2000-2022 (Spearman rank-order)

Correlation Probability	HAB_PAR_MEDECI N	HAB_PAR_ESSB	HAB_PAR_LIT	OUT_OF_POCKET	DEPENSE_IN VESTISS_DEP ENSE_SANTE	SANTE_BUD GET_GLOBA L	SANTE_PIB
HAB_PAR_MEDECIN	1.000000						

HAB_PAR_ESSB	0.136162	1.000000					
	0.4983	-----					
HAB_PAR_LIT	-0.439151	-0.582315	1.000000				
	0.0219	0.0014	-----				
OUT_OF_POCKET	0.239413	-0.530276	0.076476	1.000000			
	0.2291	0.0044	0.7046	-----			
DEPENSE_INVESTISS_DEPENSE_SANTE	-0.424908	0.260724	-0.215605	- 0.165724	1.000000		
	0.0272	0.1890	0.2801	0.4087	-----		
SANTE_BUDGET_GLOBAL	-0.546398	0.101359	-0.036647	- 0.266321	0.390110	1.000000	
	0.0032	0.6149	0.8560	0.1793	0.0443	-----	
SANTE_PIB	-0.733018	-0.155420	0.582773	- 0.379511	0.107770	0.519615	1.000000
	0.0000	0.4389	0.0014	0.0509	0.5926	0.0055	-----
CC_PER_RNK	0.629409	0.306353	-0.381302	0.120220	-0.441594	-0.322797	- 0.568418
	0.0004	0.1201	0.0497	0.5503	0.0211	0.1005	0.0020
GE_PER_RNK	0.552841	0.490454	-0.446295	- 0.227780	-0.131032	-0.431277	- 0.444478
	0.0028	0.0094	0.0196	0.2532	0.5147	0.0247	0.0202
RL_PER_RNK	0.665852	0.424164	-0.557830	- 0.162307	-0.124313	-0.405620	- 0.541011
	0.0002	0.0275	0.0025	0.4186	0.5367	0.0358	0.0036
RQ_PER_RNK	0.400000	0.353607	-0.317181	- 0.030762	-0.018640	-0.440031	- 0.407396
	0.0387	0.0704	0.1069	0.8789	0.9265	0.0216	0.0349
PV_PER_RNK	0.470984	0.685963	-0.510008	- 0.110295	-0.081246	-0.177459	- 0.415152
	0.0132	0.0001	0.0066	0.5839	0.6871	0.3759	0.0313
VA_PER_RNK	0.284624	0.814294	-0.634280	- 0.345366	0.109330	0.025042	- 0.224496
	0.1502	0.0000	0.0004	0.0777	0.5872	0.9013	0.2603

Source : Calcul de l'auteur

L'examen de la corrélation entre les indicateurs de gouvernance (CC, GE, RL, PV et VA) et le nombre d'habitants par lit d'hôpital (tableau 1) révèle que celle-ci est négative et significative (respectivement au seuil de 5%, 5%, 1%, 1%, 1%) et s'élève respectivement à $R^2 = -0,38$; $R^2 = -0,44$; $R^2 = -0,55$; $R^2 = -0,51$; $R^2 = -0,63$.

Le tableau 1 révèle aussi une relation négative et significative entre la voix citoyenne et responsabilité et les dépenses directes des ménages (OUT_OF_POCKET) au seuil de 10% et s'élève à $R^2 = -0,34$. La relation entre ce dernier et les autres indicateurs de gouvernance (CC, GE, RL, PV et RQ) est négative, mais non significative.

Ainsi et de manière globale ; une amélioration du score de gouvernance (augmentation du score) est corrélée positivement à une amélioration du ratio habitants par lit d'hôpital et des dépenses directes des ménages (diminution du ratio).

Table 2 : Analyse de la covariance entre les indicateurs de gouvernance et d'état de santé au Maroc 2000-2022 (Spearman rank-order)

Correlation Probability	CC_PER_RNK	GE_PER_RNK	RL_PER_RNK	RQ_PER_RNK	PV_PER_RNK	VA_PER_RNK	EVN	TMIJ	TMM
CC_PER_RNK	1.000000 -----								
GE_PER_RNK	0.460422 0.0157	1.000000 -----							
RL_PER_RNK	0.675774 0.0001	0.768423 0.0000	1.000000 -----						
RQ_PER_RNK	0.278172 0.1600	0.678513 0.0001	0.509312 0.0067	1.000000 -----					
PV_PER_RNK	0.731199 0.0000	0.675946 0.0001	0.692800 0.0001	0.403416 0.0369	1.000000 -----				
VA_PER_RNK	0.573200 0.0018	0.714775 0.0000	0.732134 0.0000	0.492930 0.0090	0.894224 0.0000	1.000000 -----			
EVN	0.646549 0.0003	0.610923 0.0007	0.711298 0.0000	0.337445 0.0852	0.578599 0.0016	0.524315 0.0050	1.000000 -----		
TMIJ	-0.633664 0.0004	-0.624619 0.0005	-0.726253 0.0000	-0.324421 0.0987	-0.580284 0.0015	-0.517882 0.0057	-0.991256 0.0000	1.000000 -----	
TMM	-0.658773 0.0002	-0.594698 0.0011	-0.693593 0.0001	-0.214161 0.2834	-0.723020 0.0000	-0.647249 0.0003	-0.908208 0.0000	0.905241 0.0000	1.000000 -----

Source : Calcul de l'auteur

L'examen de la corrélation entre les indicateurs de gouvernance (CC, GE, RL, PV, RQ et VA) et l'espérance de vie à la naissance au Maroc (tableau 2) révèle que celle-ci est positive et significative au seuil de 1% sauf pour la qualité de la réglementation (RQ) où le seuil est de 10%.

En analysant la relation entre ces indicateurs et le taux de mortalité infanto juvénile, il ressort que les scores de gouvernance sont corrélés négativement et significative au seuil de 1% au TMIJ (à l'exception de RQ où le seuil est de 10%).

La relation entre : CC, GE, RL, PV, VA et le taux de mortalité maternelle selon le tableau 2 est négative et significative au seuil de 1%.

Ainsi, une amélioration de la gouvernance au Maroc sur la période allant de 2000 à 2022 est corrélée positivement à la longévité et négativement à la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

5. Discussion des résultats

En général, la bonne gouvernance et un contexte politique et institutionnel favorable constituent une condition nécessaire pour accélérer le développement et pérenniser les acquis en la matière. Le système de santé au Maroc ; comme tout autre système ; évolue dans un environnement (politique et social) national et mondial. L'environnement national est marqué, ces dernières décennies, par une volonté d'instauration de l'État de droit, de consolidation du processus démocratique, de promotion de la participation de la société civile et le renforcement de l'économie du marché.³ Le pays a amorcé des réformes sociopolitiques, législatives et structurelles d'envergure. Durant les deux dernières décennies, la sphère institutionnelle marocaine a connu à l'instar de celles économique et sociale, des avancées appréciables. Le royaume a engagé un ensemble de réformes visant entre autres ; l'amélioration du rendement des facteurs de production, l'élargissement des espaces de libertés individuelles, le renforcement des principes de bonne gouvernance et la consolidation des droits de l'homme. La sixième constitution du pays, adoptée en 2011, constitue la réforme phare de la dernière décennie permettant de consacrer les principes de bonne gouvernance, d'institutionnaliser un ensemble de droits, de poser les fondations d'une société démocratique et plus ouverte et servant de référentiel pour les autres réformes. Sur le plan politique, la régionalisation et la décentralisation sont un mode de gouvernance institutionnalisé. Ce choix a pour objectif de doter les communes d'instances dirigeantes adéquates, capables de planifier et de mettre en œuvre des plans de développements communaux adaptés, d'améliorer les services offerts aux citoyens et d'assurer une gestion rationnelle et transparente des finances publiques (PNUD, 2016).

Cette volonté s'est traduite par plusieurs réformes visant la lutte contre la pauvreté et la réduction des iniquités. Le processus de privatisation, l'ouverture et la participation de la société civile, la modernisation de l'administration et le pacte de la gestion, le processus de décentralisation et de déconcentration et les nouvelles attributions accordées à la région (acteur clé pour garantir la synergie entre les politiques publiques) sont, entre autres, une concrétisation du changement des modes de gouverner.

Le système de santé s'inscrit également à cette mouvance et a été imprégné par ces principes directeurs. La généralisation de la couverture sanitaire, la réforme financière, le mode de gestion des hôpitaux qui évoluent vers l'autonomie, l'adoption de nouvelles lois spécifiques, la déconcentration qui se renforce (les groupements sanitaires régionaux) et les collectivités locales qu'ont plus de responsabilités en matière de promotion de la santé sont un exemple de mesures qui témoignent de la modernisation de la gouvernance du système de santé national.

Les réformes de gouvernance globales et sectorielles ont permis au pays de faire face à un certain nombre de contraintes et défis et d'améliorer l'accès aux soins et services de santé et l'état de santé de la population. En effet, les indicateurs sanitaires du Maroc témoignent d'une progression notable en matière d'extension de la couverture sanitaire et d'offre sanitaire (publique et privée), et d'un recul des mortalités infantile et juvénile et des incidences d'un certain nombre de maladies transmissibles, avec une nette augmentation de l'espérance de vie à la naissance. De plus, l'intervention de l'État via le système de santé notamment ; et sa fonction *stewardship* qui resurgit avec force lors des crises sanitaires (par exemple : la pandémie du Covid 19, l'épidémie de la rougeole ou le séisme d'El Haouz), a constitué un facteur décisif dans la maîtrise relative de la situation sanitaire, mais aussi économique et sociale lors de ces crises et le fait d'éviter de pires scénarios.

Malgré ces progrès réels, les résultats sont insuffisants et en deçà des aspirations. Des faiblesses chroniques grèvent le financement, les ressources humaines et la prestation des soins de santé :

³ Cinquante ans de développement humain, perspectives 2025, (2006). Rapport thématique : Système de santé et qualité de vie. Rabat, Maroc, ISBN : 9954-405-32-1, 63p, p 34.

les disparités entre régions et milieux, la faible qualité des services fournis, l'anarchie du secteur privé, la faible couverture médicale et paramédicale, etc. (Ministère de l'Économie et des Finances, 2019). La situation actuelle du système de santé au Maroc est le résultat de l'agencement complexe de plusieurs dimensions dont principalement les facteurs de gouvernance. Ces derniers influencent non seulement la performance du système de santé, mais toutes les sphères (économique, politique, réglementaire, socioculturelle) qui sont des déterminants de la santé de la population.

Les dysfonctionnements de gouvernance en termes de transparence, participation, subsidiarité et d'imputabilité au niveau des composantes du système de santé (politique de santé, financement, prestation de services, professionnels de santé...) impactent la performance de ce système et influent sur l'état socio-économique de la population marocaine et son niveau de développement.

L'accès aux services et soins est entravé par les insuffisances de financement, les répartitions inégales des ressources et des établissements entre régions et entre milieu ; les lacunes de la couverture sanitaire, la pénurie en ressources humaines, absentéisme, qualifications, ou la disponibilité des traitements et nouvelles technologies médicales.

Plusieurs manquements aux principes et attributs de gouvernance sont détectés notamment dans le cadre actuel où la politique nationale de santé progresse vers la régionalisation et se fonde essentiellement sur les problèmes des citoyens et la préservation de leurs droits. La population doit en effet former le noyau des politiques et actions sanitaires, et les prestataires de soins doivent participer de façon effective à la formulation de ces politiques. Plusieurs rapports font ressortir un ensemble de dysfonctionnements par rapport à ces principes. Selon l'indice de gouvernance africaine de la fondation Mo Ibrahim, le Maroc est classé en 8ème position en Afrique avec un score global de 62 points en 2024 (contre 55,7 en 2010) et un score de gouvernance santé de 66,8 en 2023 (contre 66,5 en 2010). Les problèmes de gouvernance grèvent la performance du système et limitent l'efficacité ou la réussite des réformes récurrentes et partant ; l'état de santé de la population et les gains économiques.

La politique nationale de santé manque d'une réelle vision stratégique, d'un cadre structurel et d'un processus d'évaluation. Le secteur souffre toujours du faible engagement politique à long terme, de discontinuité et de l'incohérence des politiques sanitaires. La délégation d'autorité reste limitée et les décisions sont encore largement prises au niveau central (OMS, 2016).

La privatisation du secteur, comme forme de décentralisation devant en principe contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et services et de l'état de santé des populations, et à la réduction des inégalités de santé, pose de sérieux problèmes. Le secteur privé, selon les rapports de plusieurs institutions, notamment l'OMS et la Cour des comptes, est mal ou peu réglementé. Le ministère de la Santé est accusé pour son incapacité à assurer une régulation de ce secteur qui affiche une expansion rapide et incontrôlée. Le ministère ne dispose même pas de données contrôlées sur les activités et les effectifs des professionnels du privé. Ce secteur est accusé aussi pour son comportement purement lucratif qui ne prend pas en considération le caractère social et humain du service ou du bien qu'il prodigue. Il consacre le constat selon lequel l'accès aux soins au Maroc passe par l'accessibilité financière en plus de l'accessibilité territoriale. Les prix des prestations au niveau du secteur privé demeurent élevés, ne respectant pas généralement la nomenclature générale des actes professionnels ou la tarification nationale de référence et bien qu'il soit régi théoriquement par les mécanismes de marché et de concurrence. Le service de santé au Maroc est marqué par une répartition déséquilibrée des établissements et équipements médicaux sur le territoire affichant des écarts interrégionaux, intra régionaux et entre les milieux urbain et rural. Ce déséquilibre est aussi enregistré en termes de la qualité de la prestation de services, conséquence des variations territoriales en termes d'infrastructures et de ressources (humaines et matérielles).

En dépit des efforts déployés notamment lors de la troisième réforme visant à hiérarchiser et étendre l'offre sanitaire, le parcours de soins est de plus en plus marqué par la complexité. Le système est considéré par des experts comme labyrinthique vu son mode organisationnel compliqué et comprenant plusieurs spécialités. Le parcours de soins est également erratique, peut commencer par une pharmacie ou directement par un hôpital et finir par un cabinet privé ou le centre de santé, et dépend même du budget momentané du patient avec une absence de synergie entre le public et le privé. Ce parcours qui n'est pas bien codifié entraîne des pertes de temps et d'argent, car il alourdit le coût du soin aussi bien pour le citoyen que pour l'État. Le panier de soins n'est pas adapté aux nouvelles pathologies dominantes comme les tumeurs. La répartition des missions et des moyens entre les différents niveaux manque de clarté voire l'existence d'une certaine dichotomie entre les soins de base et le niveau de référence et le non-respect de la filière de soins.

Le déficit en ressources humaines de santé au niveau quantitatif a certainement baissé ces dernières années, mais reste, avec le déficit qualitatif, un des principaux défis du secteur de la santé, notamment son volet public.

Le secteur de la santé présenterait un risque de corruption relativement élevé, à cause des caractéristiques du ce secteur dont : l'asymétrie d'information entre les différentes catégories d'acteurs, la demande induite, la demande en soins inélastique, et la multiplicité des acteurs publics et privés. De plus, le marché pharmaceutique est hautement vulnérable à la corruption en raison des flux financiers importants qu'il mobilise. La corruption est un fléau grave qui grève le rendement externe et interne du système de santé au Maroc.

Selon le rapport de *Transparency International* 2013, la santé est le deuxième secteur le plus touché par la corruption (après la sécurité). Les chiffres relatifs à l'indice de confiance des ménages (publiés par l'Institut marocain d'analyse des politiques) affirment qu'en termes d'évolution de la corruption ; le secteur de la santé occupe des niveaux élevés dans la perception des personnes enquêtées (INPPLC, 2020). L'INPPLC affirme dans son rapport qu'en 2020 la corruption au niveau des hôpitaux et des centres de santé occupe le premier rang avec 32%.

6. Conclusion

La littérature sur la relation santé-croissance économique a mis l'accent sur l'importance de l'amélioration de la santé des populations pour réduire la pauvreté et les inégalités dans les pays moins développés. Les programmes de santé publique contribuent à modifier la situation des PED en créant des complémentarités avec d'autres formes du capital humain.

En fait, investir dans la santé ne peut être identifié uniquement à une augmentation des dépenses de santé. Investir c'est bien plus que cela. Il faut une stratégie complète, une vision, un programme et une action bien adaptés et des institutions favorables pour atteindre les objectifs sanitaires et combler le fossé entre l'efficacité des politiques et des idées et l'efficacité dans le monde réel. En particulier dans les pays en développement, la hausse des dépenses de santé est déterminée non seulement par sa demande et son offre, mais aussi par des facteurs institutionnels. Lorsque les institutions sont meilleures, les investissements dans la santé entraînent une croissance économique plus élevée. Des interventions sanitaires ciblées dans un environnement de bonne gouvernance produisent des rendements élevés en termes de croissance économique, de bien-être et de développement.

Le Maroc a connu au cours des dernières décennies une croissance économique et un progrès social important. Toutefois plusieurs défis persistent notamment sur le plan sanitaire et de gouvernance. Cette situation a été amplifiée par la conjoncture économique nationale et internationale et la crise sanitaire récentes. Les résultats de notre étude montrent que l'amélioration de la gouvernance favorise la formation du capital humain par le canal de santé. Une telle constatation invite le pays à renforcer son efficacité dans l'offre des services de santé afin de permettre à la population de jouir d'une meilleure santé.

Références :

- (1). Acemoglu, D., & Robinson, J. A. (2012). Why nations fail: the origins of power, prosperity, and poverty. New York, NY : Crown Publishers.
- (2). Acemoglu, D., Naidu, S., Restrepo, P., & Robinson, J. A. (2019). Democracy does cause growth. *Journal of Political Economy*, 127 :1, 47-100.
- (3). Allendorf, K. (2007). Do women's land rights promote empowerment and child health in Nepal? *World Development*, 35:11, 1975-1988.
- (4). and catastrophic expenditure. *International Journal of Health Services*, 45 :3, 507-529.
- (5). Becker, G. (1964). Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. University of Chicago Press, Chicago.
- (6). Boettke, P., Subrick, R. (2003). Rule of law, development, and human capabilities. *Supreme Court Economic Review*, 10, 109–126.
- (7). Bonvin, J. (2005). La démocratie dans l'approche d'Amartya Sen. *L'Économie politique*, n°27, pp. 24-37, p 24.
- (8). Chandra, S., Rudra, N. (2015). Reassessing the links between regime type and economic performance: why some authoritarian regimes show stable growth and others do not. *British Journal of Political Science*, 45:2, 253-285.
- (9). Channa A., Faguet, J.-P. (2016). Decentralization of health and education in developing countries: A quality-adjusted review of the empirical literature. *The World Bank Research Observer*, 13;2, 199-241.
- (10). Dawson, A. (2010). State capacity and the political economy of child mortality in developing countries revisited: From fiscal sociology towards the rule of law. *International Journal of Comparative Sociology*, 51:6, 403-422.
- (11). Factor, R., Kang, M. (2015). Corruption and population health outcomes: an analysis of data from 133 countries using structural equation modeling. *International Journal of Public Health*, 60:6, 633-641.
- (12). Fogel, R. (1994). Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy. NBER Working Papers, No 4638.
- (13). Friedman, W. (2018). Corruption and averting AIDS deaths. *World Development*, 110, 13-25.
- (14). Galiani, S., Schargrodsky, E. (2004). Effects of land titling on child health. *Economics and Human Biology*, 2:3, 353-372.
- (15). Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, University of Chicago Press, 80:2, 223-255.
- (16). Gupta, S., Davoodi, H., Tiongson, E. (2001). Corruption and the provision of health care and education services. Dans J. Arvind (Ed.), *The political economy of corruption*, London: Routledge, 111-141.
- (17). Hoen, E. (2016). *Private patents and public health. Changing intellectual property rules for access to medicines*. Amsterdam: Health Action International
- (18). Horton, R. (2016). Offline: the rule of law-an invisible determinant of health. *The Lancet*, 387 :10025, 1260p.
- (19). INPPLC, (2020), Rapport annuel 2020 : Résumé exécutif. 62p.
- (20). Instance Nationale de la Probité, de la Prévention et de la Lutte contre la Corruption. (s.d.). Mesure de la corruption au Maroc : Classement du Maroc dans les principaux indicateurs statistiques. Royaume du Maroc.
<https://data.gov.ma/data/fr/dataset/05a5831f-da47-4d0b-9b8a-0fb637f66c99/resource/40cdf6d7-a765-4f80-9962-f142f95853be/download/mesure-de-la-corruption.docx>.

- (21). Jung, Y., & Kwon, S. (2015). The effects of intellectual property rights on access to medicines
- (22). Kaldor, N. (1957). A model of economic growth. *The Economic Journal*, 67:268, 591-624.
- (23). Menon, N., Rodgers, V.D., Nguyen, H. (2014). Women's land rights and children's human capital in Vietnam. *World Development*, 54, 18-31.
- (24). Menon-Johansson, A.S. (2005). Good governance and good health: The role of societal structures in the human immunodeficiency virus pandemic. *BMC Int Health Hum Rights*, 5:4
- (25). Mills, A. et al. (1990). Health system decentralization: concept, issues and country experience. Organisation Mondiale de la santé, Genève, ISBN 9241561378, 152p.
- (26). Ministère de l'économie et des finances, (2019). Tableau de bord sociale. Direction des études et des prévisions financières.
- (27). Mohseni, M., Lindstrom, M. (2007). Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Social Science & Medicine*, 64 :7, 1373-1383.
- (28). OMS et Ministère de la Santé, (2016). Evaluation Des Fonctions Essentielles De Santé Publique Au Maroc - Rapport Technique. 70p.
- (29). Ouedraogo, I. (2020). Gouvernance et formation du capital humain en Afrique subsaharienne. Economies et finances. Université Panafricaine Yaoundé (Cameroun). 280p
- (30). Patterson, A., Veenstra, G. (2016). Politics and population health: Testing the impact of electoral democracy. *Health and Place*, 40, 66-75.
- (31). Pinzon-Rondon, A., Attaran, A., Botero J., Ruiz-Sternberg A. (2015). Association of rule of law and health outcomes: an ecological study. *British Medical Journal Open*, 5 :10.
- (32). PNUD, (2016). Evaluation des résultats des activités de développement : Maroc. PNUD, Bureau indépendant d'évaluation, New York, USA. 100.
- (33). Radin, D. (2013). Does corruption undermine trust in health care ? Results from public opinion polls in Croatia. *Social Science and Medicine*, 98, 46-53.
- (34). Reidpath, D., Allotey, P. (2006). Structure, (governance) and health: an unsolicited response. *BMC International Health and Human Rights*, 6 :12, 1-7.
- (35). Vian, T. (2008a). Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23 :2, 83-94
- (36). Winchester, M.S., King B. (2018). Decentralization, healthcare access, and inequality in Mpumalanga, South Africa. *Health & Place*, 51, 200-207.