

# Démographie et santé publique au Maroc

ELJIM Khalid\*  
PARANT Alain\*\*

Pays démographiquement jeune, mais économiquement en voie de développement, le Maroc peine à se doter d'un système de santé publique à la hauteur des aspirations de sa population. Alors que de lourdes échéances se profilent en relation avec un vieillissement démographique accru et une tendance à un peuplement de plus en plus inégal du territoire, des réformes ont été lancées depuis quelques années visant à améliorer et diversifier l'offre de soins ainsi qu'à étendre sa couverture, mais les résultats tardent à se ressentir.

Cette présentation dans une première partie, analyse l'évolution de la morbidité au travers de quelques indicateurs choisis (taux de mortalité infantile, taux de mortalité maternelle, ...) et montre les progrès réalisés en matière de santé publique en dépit d'une offre de soins spatialement encore très inégale. La deuxième partie trace les grands traits du système de santé marocain en particulier les modalités de financement et la nature des réformes récemment impulsées. Ce volet sera complété par une mesure des performances du système : évolutions de la population bénéficiaire, du taux de couverture générale et selon le statut d'activité des personnes. La troisième partie traite du coût d'une extension du système à l'ensemble de la collectivité marocaine actuelle et de l'effet propre (toutes choses égales par ailleurs), à l'horizon des prochaines décennies, du vieillissement démographique. Cette présentation compare également le système marocain à celui de ses deux voisins du Maghreb, Algérie et Tunisie.

Les données requises pour cette recherche sont extraites des recensements disponibles dans la base de données IPUMS international et d'enquêtes plus spécifiques (Commissariat du Plan marocain, OMS).

## Maroc : transition de la mortalité, transition sanitaire

Comme ses voisins maghrébins, le Maroc a amorcé sa transition démographique dans les années 1960-1970 selon le schéma classique d'une baisse rapide de la mortalité suivie d'un déclin accéléré de la fécondité. L'allongement de la durée de vie des Marocains est le résultat d'une baisse de la mortalité à tous les âges. Le gain d'espérance de vie sur la période 1971-2010 est très différencié suivant les trois grands groupes d'âge retenus : les 0-4 ans (pour apprécier la part de la mortalité infanto-juvénile), les 15-44 ans (la mortalité maternelle) et les 60 ou plus (tableau 1).

\* COMPTRESEC/Iedub, Bordeaux, France

\*\* Ined, Paris, France

**Tableau 1.** Contribution de trois grands groupes d'âge à l'allongement de l'espérance de vie à la naissance observé au Maroc entre 1971 et 2010 (en années)

	e <sub>0</sub>		Gains de e <sub>0</sub>	0-4 ans	15-44 ans	60 ans et +
	1971	2010				
Hommes	51,7 ans	73,2 ans	21,5 ans	11,6	3,3	2,9
Femmes	52,8 ans	76,3 ans	23,5 ans	10,8	4,9	3,0

Source : tables de mortalité : 1971 Nations unies, 2010 Haut-commissariat au plan (HCP). Calculs des auteurs

La baisse de la mortalité infanto-juvénile a exercé chez les hommes un effet légèrement supérieur à celui observé chez les femmes. Ainsi, en quarante ans, sur les 21,5 ans d'espérance de vie gagnés par les hommes marocains, 11,6 ans l'ont été grâce à la seule baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (6,6 ans expliqués par la baisse de la mortalité infantile et 5 ans par la baisse de la mortalité juvénile). Chez les femmes, sur les 23,5 ans gagnés, la baisse de la mortalité infanto-juvénile a contribué pour 10,8 ans dont 6 ans dus à la baisse de la mortalité infantile dont l'évolution est donnée au tableau 2. Les gains d'espérance de vie liés à la baisse de la mortalité chez les 15-44 ans plus importants pour les femmes que pour les hommes peuvent être liés au recul de la mortalité maternelle (tableau 3).

**Tableau 2.** Mortalité infantile au Maroc selon le milieu de résidence (pour 1 000 naissances vivantes) : 1962-2010

sources	Les deux sexes		
	Ensemble	Urbain	Rural
1962	149	100	170
1982	92	76	102
1987	75,7	45,5	89,7
1999-2003	40	33	55
2010	30,2	25,3	35,3

Source : HCP

**Tableau 3.** Mortalité maternelle au Maroc selon le milieu de résidence (nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes) : 1972-2010

Années	Ensemble	Urbain	Rural
1972	631	-	-
1978-84	359	249	423
1985-91	332	284	362
1994-2003	227	187	267
2010	112	73	148

Source : HCP

Outre les inégalités selon le sexe, les écarts d'espérance de vie selon le milieu de résidence restent très marqués. En 1962, les ruraux vivaient en moyenne 14 ans de moins que les citadins. En 2010, malgré sa réduction, cet écart avoisine encore 6 années (tableau 4).

**Tableau 4.** Espérance de vie à la naissance selon le sexe et le milieu de résidence  
(en années) : 1962-2010

Années	Les deux sexes			Hommes			Femmes		
	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural
1962	47,0	57,0	43,0	-	-	-	-	-	-
1980	59,1	64,0	56,5	58,1	63,0	55,4	60,2	65,0	57,6
1987	65,0	69,7	62,0	63,7	67,8	61,1	66,4	71,8	63,0
1994	67,9	-	-	-	-	-	-	-	-
2004	71,7	75,1	67,5	70,6	73,2	67,4	73,0	77,1	67,9
2010	74,8	77,3	71,7	73,2	74,7	69,9	76,3	80,1	73,7

Source : HCP

Quel que soit le type de mortalité – infantile, maternelle ou tardive –, le milieu rural se distingue toujours et encore par des niveaux plus élevés qu'en milieu urbain. Ainsi, en 2010, la mortalité maternelle est deux fois plus élevée en milieu rural (148 décès pour 100 000 naissances) qu'en milieu urbain (73 décès pour 100 000 naissances) (tableau 3). De même pour la mortalité infantile dont le taux en milieu rural affiche encore dix points de pourcentage de plus qu'en milieu urbain (tableau 2).

La baisse de la mortalité résulte en grande partie d'une transition sanitaire de plus en plus efficace, notamment en ce qui concerne la vaccination des enfants. Sur ce plan, la mise en place d'un programme national d'immunisation a permis d'élever à 90 % la couverture vaccinale dans les années 1990 ; elle dépasse actuellement 95 %. Pour certaines maladies (poliomyélite, hépatite B, rougeole, diphtérie et coqueluche), la couverture vaccinale est de 99 %. Ceci dit, des progrès restent encore à faire dans la lutte contre certaines maladies telle que la tuberculose dont la prévalence, d'après les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), demeure encore élevée au Maroc : 105 pour 100 000 habitants (contre, par exemple, 31 en Tunisie, 24 au Liban, 8 en Jordanie).

Étroitement liée à la transition épidémiologique, la transition de la mortalité est un facteur fondamental dans la dynamique des populations. Dans sa théorie de la transition épidémiologique, A.R. Omran (1971) précise que les sociétés au cours de leur modernisation, passent de « l'âge de la peste et de la famine » (*Age of Pestilence and Famine*), avec une espérance de vie variant de 20 à 40 ans, à « l'âge des maladies de dégénérescence et maladies de sociétés » (*Age of Degenerative and Man-Made Diseases*), avec une durée de vie moyenne supérieure à 50 ans, en maîtrisant les maladies infectieuses. On ne saurait occulter cependant que le prolongement de la vie n'est pas toujours synonyme de bonne santé. Ainsi, au Maroc, en 2007, l'espérance de vie en bonne santé n'était que de 62 ans (61 ans pour les hommes, 63 ans pour les femmes), contre 66 ans en Tunisie (respectivement, 65 et 67 ans selon le sexe) (OMS).

## Système de santé et infrastructure sanitaire au Maroc

Comme pour les autres pays maghrébins, le système de santé du Maroc est un héritage de la période coloniale. Depuis l'indépendance, l'État a ouvert le chantier des réformes dans ce domaine pour mieux répondre aux besoins de la population. En 1959, la première conférence nationale sur la santé a insisté sur deux principes fondamentaux à savoir : « la santé est un droit » et « la santé de la nation incombe à l'État ». Ces deux principes traduisent l'orientation pour une politique de santé publique. Du début des années 1960 jusqu'au milieu des années 1990, l'État a œuvré au développement des infrastructures sanitaires et à l'organisation de l'offre des soins, mais sans stratégie véritablement claire. C'est en 1995 que les premières réformes de fond ont vu le jour : sur le système de financement, sur la décentralisation de la gestion et sur l'assurance maladie.

### Dépenses et financement du système de santé

Au Maroc, la dépense globale de santé, en 2010, ne représente que 5,2 % du produit intérieur brut (PIB), une fraction qui n'a que faiblement augmenté depuis 1995. Par comparaison avec ses voisins, le Maroc occupe une place intermédiaire ; sur la période 1995-2010, l'Algérie a consacré en moyenne 3,7 % de son PIB aux dépenses de santé, la Tunisie 6,1 % et le Maroc 4,9 %. Cependant, sur ce plan, les trois pays maghrébins se trouvent loin derrière des pays de niveau économique comparable : la Jordanie, par exemple, a consacré en moyenne sur la même période 9 % de son PIB aux dépenses de santé.

Tableau 5. Dépenses totales de santé (en % du PIB) : 1995-2010

Pays	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maroc	3,9	4,2	4,4	5,3	5,3	5,2	5,1	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2
Algérie	4,2	3,5	3,8	3,9	3,7	3,4	3,1	3,1	3,5	3,7	4,6	4,2
Tunisie	6,1	6,0	5,8	5,8	5,9	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	6,2

Source : OMS

Au Maroc, le financement du système de santé est assuré à la fois par le secteur public et le secteur privé, le premier à travers le budget de l'État et le deuxième via les ménages et les employeurs.

Depuis les réformes de 1995, la configuration du financement du système de santé n'a guère évolué ; le financement de la santé reposant majoritairement sur le secteur privé et plus particulièrement, sur les ménages. En 2010, les dépenses publiques ne représentaient que 38 % du total des dépenses de santé, soit moitié moins qu'en Algérie et 17 points de pourcentage de moins qu'en Tunisie. Les écarts sont encore plus importants s'agissant de la moyenne au cours des quinze dernières années : 32,1 % au Maroc, contre 53,1 % en Tunisie et 76,5 % en Algérie (Tableau 6).

La faiblesse de la part des dépenses publiques au Maroc constitue une source d'inégalité dans l'accès aux soins, les ménages pauvres étant contraints de renoncer aux soins, faute de moyens. Cette inégalité s'ajoute aux inégalités spatiales de l'offre de soins.

**Tableau 6.** Proportion (en %) des dépenses publiques de santé au Maroc : 1995-2010

Pays	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maroc	32,23	29,42	32,17	25,97	26,56	27,41	28,68	32,76	36,31	36,87	38,75	37,96
Algérie	75,37	73,33	77,43	75,95	78,02	73,70	75,83	74,36	77,32	79,54	79,29	77,89
Tunisie	51,69	54,93	53,75	52,65	52,71	51,84	51,53	52,40	52,37	54,09	54,88	54,30

Source : OMS

## Les inégalités spatiales d'offre des soins au Maroc

Comme signalé précédemment, l'État marocain a multiplié ses efforts pour développer l'offre de soins. Au cours des quinze dernières années, le nombre de médecins a plus que doublé, passant de moins de neuf mille en 1995 à près de vingt mille en 2010. Dans le secteur public, le nombre de médecins a pratiquement été multiplié par trois (tableau 7).

**Tableau 7.** Quelques indicateurs socio-sanitaires du Maroc, 1995-2010

	1995	2000	2005	2010
Médecins (toutes spécialités)	8 945	12 432	15 695	19 746
Public	4 158	5 812	8 051	11 812
Privé	4 787	6 620	7 644	7 934
Habitant par médecin (toutes spécialités) ensemble des secteurs	2 950	2 316	1 924	1 613
Public	6 346	4 935	3 752	2 696
Privé	5 512	4 348	3 951	4 014
Nombre d'établissements de soins de santé de base (SSB)	1 764	2 267	2 545	2 689
Habitants par établissement de SSB	14 958	13 201	11 868	11 970

Source : Ministère de la Santé

Malgré ces progrès, le Maroc accuse un grand retard en matière d'offre de soins par rapport à ses voisins. Même si le nombre d'habitants par médecin a reculé de 2 950 en 1995 à 1 613 en 2010, l'indicateur est meilleur tant en Algérie (908), qu'en Tunisie (865). Sur la période 2000-2009, le nombre de lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants n'était que de 11 au Maroc contre 17 en Algérie et 20 en Tunisie. Il en était de même pour le nombre d'infirmiers et de sages-femmes : pour 10 000 habitants, on n'en comptait que 8 au Maroc, contre 19 en Algérie et 29 en Tunisie.

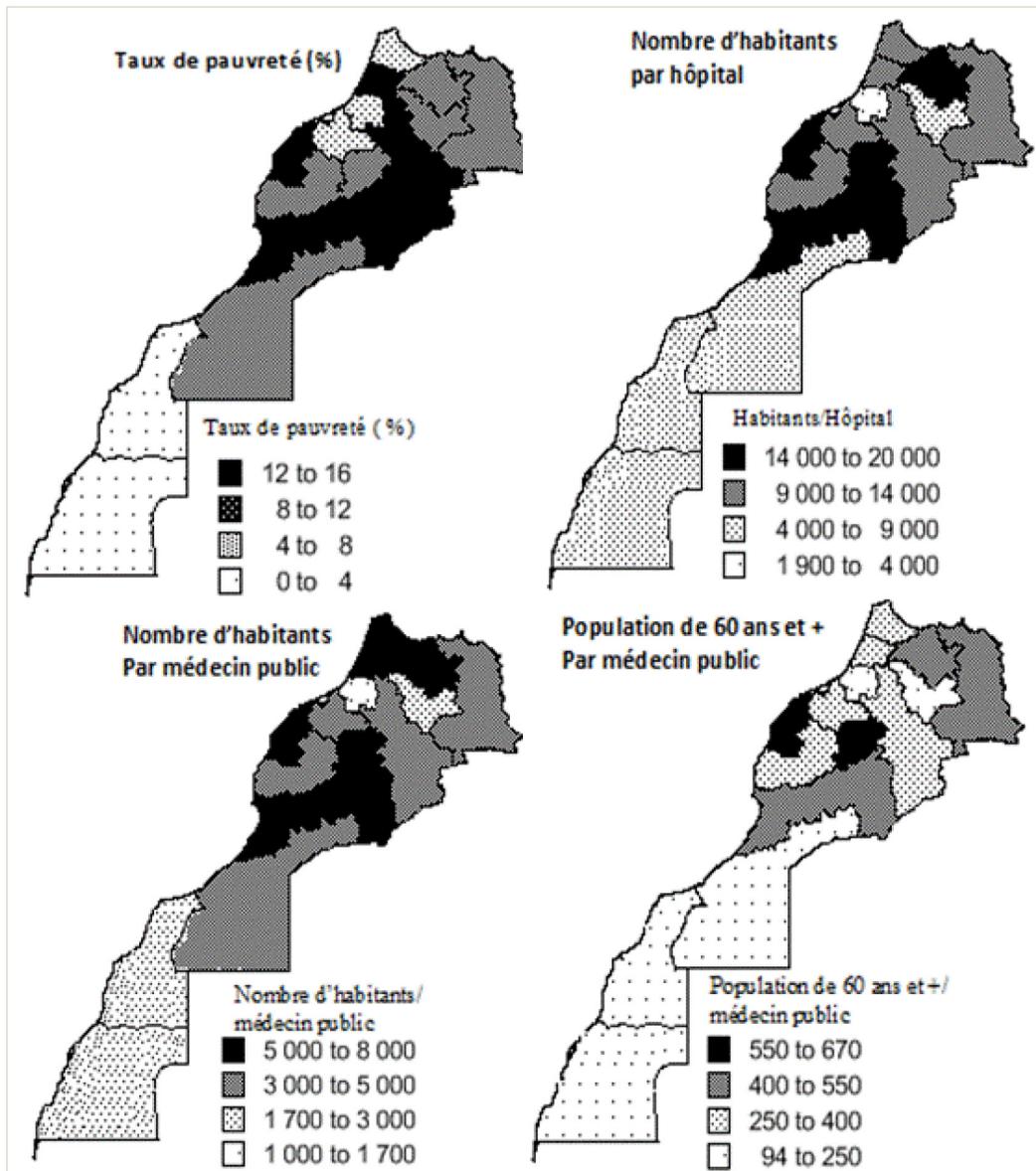
L'infrastructure sanitaire est, par ailleurs, très inégalement répartie sur le territoire marocain. Les régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer et du Grand-Casablanca sont les mieux dotées en infrastructure et en personnel médical (carte 1). Elles abritent respectivement 8 % et 12 % de la population marocaine, mais elles concentrent, respectivement, 23 % et 18 % des médecins publics et, au total, quatre médecins publics sur dix exercent dans ces régions. Les régions du Sahara (Oued-Ed-Dahab-Lagouira et Laayoune-Boujdour-Sakia El Hamra) bénéficient, elles aussi, d'un bon niveau d'offre de soins. Dans chacune de ces quatre régions, le nombre d'habitants par médecin public est inférieur à la moyenne nationale. Ainsi dans la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer, on compte 1 277 habitants

pour un médecin public, alors que dans la région de Doukala Abda ce ratio atteint 7 662, soit près de trois fois plus la moyenne nationale (2 696).

Cette configuration est la même s'agissant des hôpitaux. Plus de la moitié (51 %) des hôpitaux du royaume sont implantés dans les deux régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer et du Grand-Casablanca. On compte moins de 2 000 habitants pour un hôpital dans la région de Rabat, contre plus de 17 500 dans la région Doukala Abda.

Paradoxalement, ce sont les régions qui affichent les taux de pauvreté de population les plus élevés du pays qui souffrent le plus du manque d'infrastructure et du personnel médical. Cette situation prive les plus démunis de leur droit à la santé. Cela est d'autant plus pénalisant que jusqu'à récemment, la couverture maladie ne bénéficiait qu'à certaines catégories sociales.

**Carte 1.** Quelques indicateurs régionaux de santé publique au Maroc en 2005-2010



Source : Haut commissariat au plan, ministère de la Santé, élaboration des auteurs

Avant le 18 août 2005, date d'entrée en vigueur de la loi n° 65-00 régissant la couverture médicale de base, les Marocains ne bénéficiaient d'aucun régime d'assurance maladie obligatoire. La loi 65-00 institue une assurance maladie obligatoire de base (AMO), fondée sur le principe contributif et la mutualisation des risques. Elle bénéficie aux personnes exerçant une activité lucrative, aux titulaires de pension, aux anciens résistants et membres de l'armée de libération ainsi qu'aux membres de leur famille à leur charge (qui ne bénéficient pas à titre personnel d'une couverture maladie de même nature). Ces ayants droit sont : le conjoint de l'assuré ; les enfants à charge, âgés de 21 ans au plus ; les enfants à charge non mariés âgés au plus de 26 ans et étudiants ; les enfants handicapés à charge, sans limites d'âge. Cette loi institue aussi un régime d'assistance médicale (RAMED), fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale, au profit de la population démunie.

## La couverture médicale de base : profil de bénéficiaires

L'assurance maladie obligatoire est entrée en vigueur en 2006 et des données sont disponibles pour la période 2006-2010. Le RAMED, après une période de test dans quelques régions, n'a été généralisé qu'en mars 2010, ce qui explique l'absence de données pour évaluer ce nouveau dispositif.

### L'assurance maladie obligatoire AMO

Selon les estimations de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM), avant l'entrée en vigueur de l'AMO, 2,7 millions de personnes, représentant les salariés du secteur public et leurs ayants droit, bénéficiaient d'une assurance maladie facultative et 1,8 million, représentant les salariés du secteur privé et leurs ayants droit, étaient couvertes par des assurances privées. Si l'on ajoute les assurés d'autres caisses et les forces armées royales, au total 16 % de la population marocaine bénéficiait d'une assurance maladie (ANAM). Depuis l'instauration de l'AMO, cette proportion a plus que doublé pour atteindre 34 %. L'article 73, de la loi mentionnée plus haut a confié la gestion de l'AMO à, d'une part, la caisse nationale de la sécurité sociale (CNSS) pour les salariés et les pensionnés du secteur privé et d'autre part, à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS), pour les salariés et les pensionnés du secteur public.

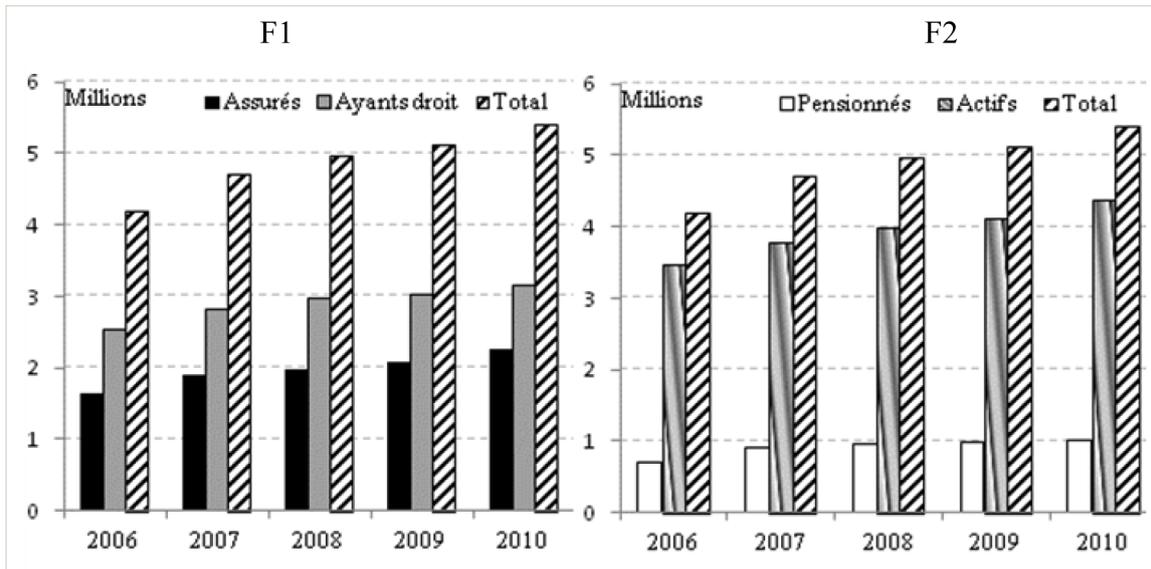
Entre 2006 et 2010, le nombre d'assurés ayant un droit ouvert<sup>1</sup> à l'AMO est passé de 4,2 millions à 5,4 millions, soit une augmentation de 29 % sur la période (figure 1). La hausse la plus importante (+12 %) a été enregistrée entre 2006 et 2007 ; elle est principalement due à la hausse importante du nombre des pensionnés et de leurs ayants droit, passé de 691 050 à 918 998 consécutivement à l'abaissement à 500 Dhs<sup>2</sup> du plancher mensuel de la pension ouvrant droit à l'AMO.

En 2006, les assurés représentaient 40 % de la population AMO et les ayants droit 60 %. Entre 2006 et 2010, cette répartition a légèrement changé : la part des ayants droit tombant à 58 % (figure 1-F1). La répartition en fonction du statut d'activité – actif ou pensionné – s'est, elle aussi, légèrement modifiée entre 2006 et 2010, le poids des pensionnés et de leurs ayants droit passant de 17 % à 19 % (figure 1-F2). Les règlements encadrant l'AMO conditionnent bien évidemment le profil démographique des bénéficiaires

<sup>1</sup> Pour que le droit au bénéfice de l'AMO leur soit ouvert, les assurés doivent cotiser pendant une période de stage de 54 jours ouvrables, successifs ou non déclarés et dont les cotisations exigibles ont été versées pendant une période maximum de 6 mois

<sup>2</sup> Auparavant, ce seuil était fixé à 910 Dhs pour les agriculteurs et 1 289 Dhs pour les autres secteurs.

Figure 1. Évolution de la population ayant des droits ouverts à l'AMO : 2006-2010

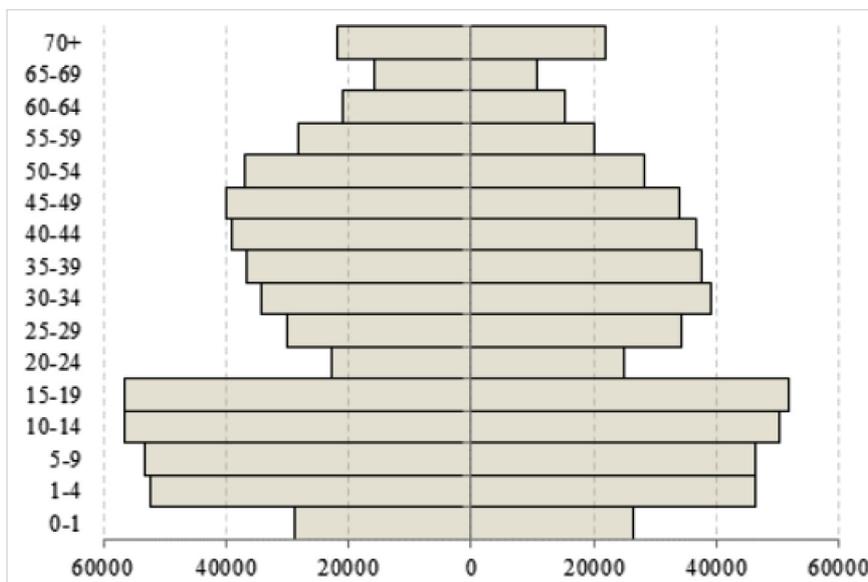


Source : Agence nationale de l'assurance maladie

(figure 2). Le rétrécissement observé pour les 20-24 ans s'explique par la faiblesse des taux d'occupation à cet âge, mais aussi par le fait que ne peuvent bénéficier de l'assurance de leur(s) parent(s) que les enfants âgés au plus de 21 ans ou 26 ans s'ils sont encore célibataires et poursuivent des études supérieures.

En 2010, 37,6 % des assurés avaient moins de 20 ans, 48,5 % étaient âgés de 20 à 59 ans et seulement 13,9 % avaient 60 ans ou plus. On comptait, par ailleurs, 109 hommes pour 100 femmes bénéficiaires, cette tendance s'inversant pour le groupe d'âge 20-39 ans (Figure 2). Cette caractérisation démographique des bénéficiaires de l'AMO cache de grandes disparités selon le secteur d'emploi et donc selon l'organisme gestionnaire : la CNSS, qui gère l'AMO du secteur privé, et la CNOPS, chargée du secteur public.

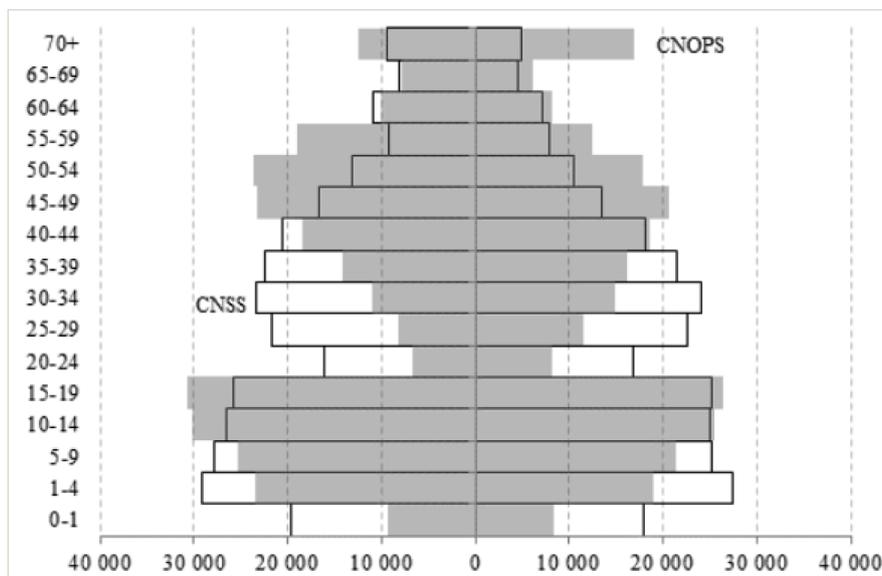
Figure 2. Pyramide des âges des bénéficiaires de l'AMO : 2010



Source : Agence nationale de l'assurance maladie

Les bénéficiaires du secteur public sont relativement plus âgés. Dans ce groupe, les 60 ans et plus comptent pour plus de 17 %, contre un peu moins de 11 % dans le groupe des bénéficiaires du privé (CNSS) (figure 3). Dans le premier groupe (CNOPS), on remarque aussi que parmi les 60 ans et plus, les femmes sont majoritaires (136 femmes pour 100 hommes). Cela peut être expliqué par le fait que les femmes continuent à bénéficier de l'assurance maladie de leurs maris décédés (cela est aussi valable pour les hommes, mais ils sont moins nombreux à survivre à leur épouse).

Figure 3. Pyramide des âges des bénéficiaires de l'AMO selon le gestionnaire : 2010



Source : Agence nationale de l'assurance maladie

### Le régime d'assistance médicale (Ramed)

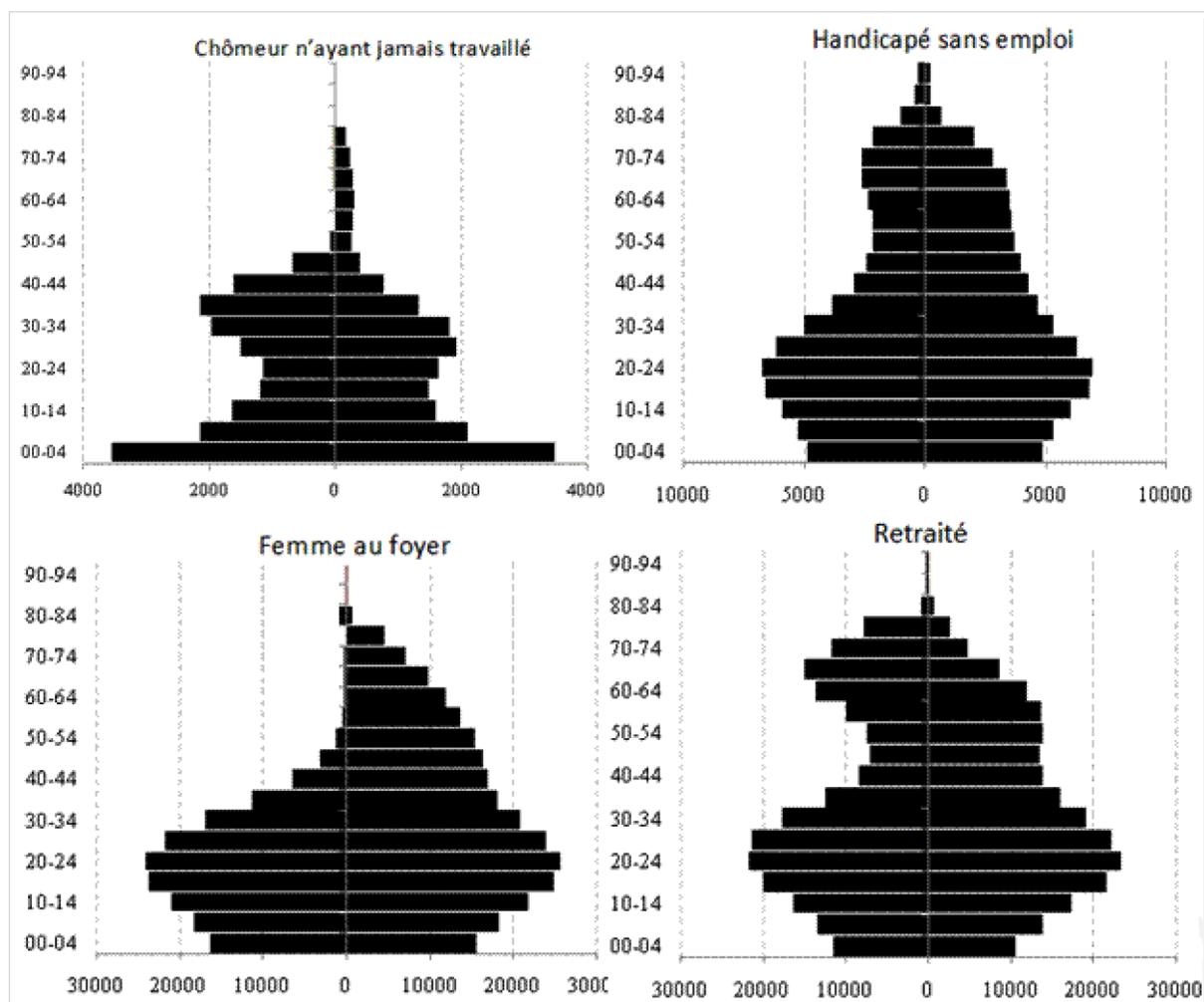
Le RAMED a été institué pour prendre en charge le coût des soins prodigués par les établissements de santé du secteur public. L'éligibilité au RAMED est conditionnée par la situation économique du ménage. Ainsi pour bénéficier de ce régime, le revenu annuel par personne du ménage doit être inférieur à un seuil dont le calcul varie selon le milieu de résidence.

Quel est le profil des personnes qui peuvent bénéficier du RAMED ?

Les évaluations qui ont précédé la mise en place de cette mesure sociale font état d'un nombre de bénéficiaires potentiels d'environ 8,5 millions de personnes. Ces estimations ont été établies sur la base des seuils officiels de pauvreté et de vulnérabilité de 2004. Sur la base des données du recensement de 2004, et à défaut de disposer d'informations sur les revenus, on peut essayer de dresser un profil démographique de certaines catégories de bénéficiaires potentiels du RAMED en croisant un certain nombre de variables liées à la situation socioprofessionnelle du chef du ménage (statut au regard de l'emploi, secteur d'emploi, catégorie de travailleur, classe socioprofessionnelle)<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Les données ont été tirées de la base de données IPUMS international.

Figure 4. pyramides des âges selon le statut d'emploi du chef du ménage



Source : Recensement général de la population 2004-Base de données IPUMS international

## Dépenses publiques de santé et démographie : quelles perspectives ?

Au même titre que la mortalité, la fécondité marocaine a enregistré une chute au cours des quarante dernières années, le nombre moyen d'enfants par femme passant de 7 au début des années 1960 à moins de 3 au début des années 2000. Actuellement, l'indice conjoncturel de fécondité est de 2,2 E/F ; à l'avenir il pourrait être encore plus bas<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Les simulations démographiques anticipent différentes évolutions de la mortalité, de la fécondité et des migrations.

### Hypothèses de fécondité

- Maintien du niveau actuel de la fécondité 2,2 E/F
- Ralentissement de la baisse de la fécondité : convergence vers un ICF = 1,85 E/F
- Accélération de la baisse de la fécondité : convergence vers un ICF = 1,35 E/F

### Hypothèses de mortalité

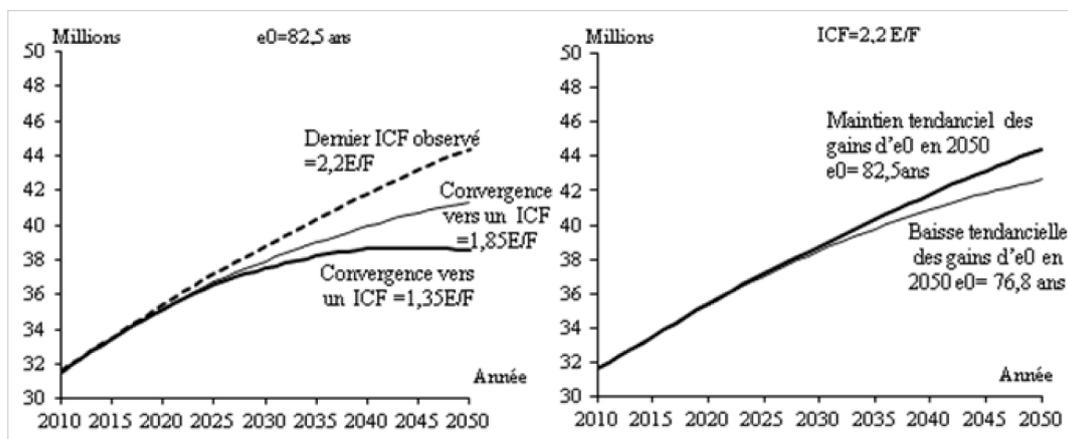
- Maintien tendanciel des gains d'espérance de vie à la naissance. Cela se traduirait par une espérance de vie à la naissance en 2050  $e_0 = 82,5$  ans.

## Perspectives démographiques

Comme l'illustre la figure 5, les variations futures de l'effectif de la population marocaine restent très dépendantes de l'évolution à venir de la fécondité. Le niveau actuel de la fécondité (2,2 E/F) reste encore légèrement supérieur au seuil de renouvellement des générations qui, compte tenu de la mortalité actuelle, se situe aux environs de 2,1 enfants/femme. Dans l'hypothèse d'un maintien des niveaux actuels de fécondité, et toute chose restant égale par ailleurs, le Maroc connaîtrait, par inertie démographique, une croissance substantielle de sa population : sur la période 2010-2050, les gains de population atteindraient (+50 %) ce qui se traduirait en, 2050, par une population de près de 44 millions.

Mais, à l'image de ce qui s'est passé dans les pays européens, on peut aussi s'attendre à une poursuite de la baisse de la fécondité au Maroc. Avec un rythme de baisse plus lent que durant les 30 dernières années et un ICF tendant vers 1,85 E/F, la croissance démographique au Maroc pourrait progressivement ralentir, l'inertie démographique maintenant malgré tout un niveau important de croissance jusqu'aux années 2030. Dans ce cas de figure, en 2050, la population du Maroc pourrait s'élever à 41,3 millions. Si la fécondité des femmes marocaines continuait à baisser au rythme actuel jusqu'en 2030, tendant alors vers un indicateur conjoncturel de fécondité de 1,35 enfant par femme, alors la population marocaine pourrait commencer à décroître à partir de 2045.

Figure 5. Évolution de 2010 A 2050 de la population marocaine (en millions) selon les hypothèses de fécondité et de mortalité



À l'instar de ce qui se passe en Europe, on observe au Maroc une tendance générale au vieillissement. Ce phénomène résulte de la baisse de la mortalité des adultes et des personnes plus âgées, mais surtout de la diminution très rapide de la fécondité au cours des 30 dernières années, l'évolution future de la fécondité jouant un rôle plus modeste (figure 6).

– Baisse tendancielle des gains d'espérance de vie à la naissance. Cela se traduirait par une espérance de vie à la naissance en 2050  $e_0 = 76,8$  ans

*Hypothèses de solde migratoire*

– Maintien du niveau actuel des flux migratoires : -80000 cela correspond à nos estimations du solde migratoire annuel moyen (SAM) enregistré au cours de la période 1994-2004

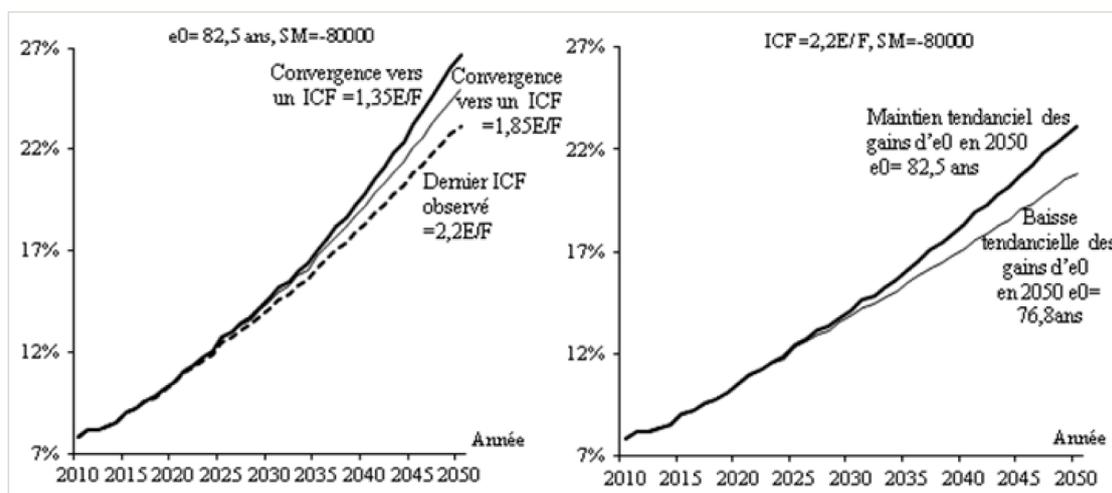
– Doublement du solde annuel moyen actuel :  $SM = -160000$

– Absence des migrations internationales : solde migratoire annuel moyen nul

Actuellement, la proportion des 60 ans et plus avoisine 8 %. À l'avenir, elle va augmenter, moins en raison de la poursuite de l'allongement de la durée de vie et de la baisse de la fécondité que de la composition par âge actuelle (résultat de la baisse passée de fécondité). Entre 2010 et 2050, la fraction de la population marocaine âgée de 60 ans et plus progresserait, selon les hypothèses extrêmes, de 12 à 19 points de pourcentage<sup>5</sup>.

La question qui se pose dès lors concerne l'impact de cette transformation démographique structurelle sur l'évolution des dépenses publiques de santé.

**Figure 6.** Proportion de population âgée de 60 ans et plus au Maroc projetée selon diverses variantes : 2005-2050



## Poids des dépenses de santé dans le PIB

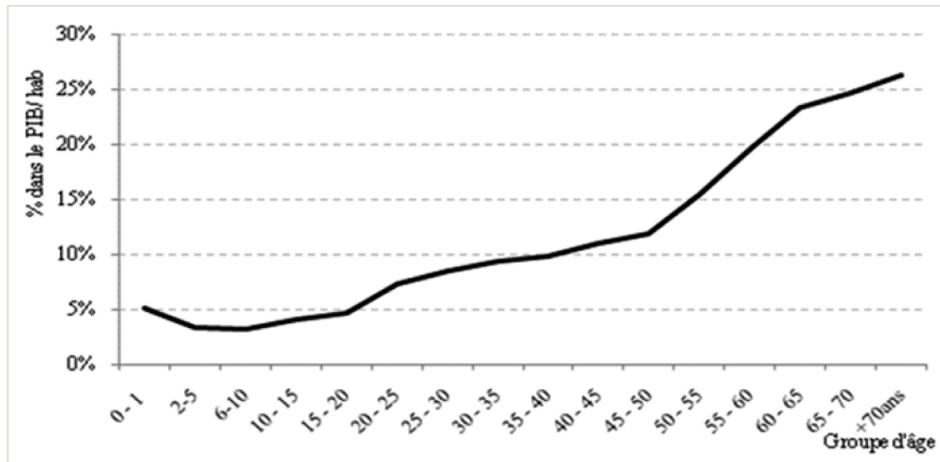
Dans une approche strictement démographique, consistant à estimer l'évolution future des dépenses de santé sous contrainte de la seule modification de la structure par âge de la population (effet propre du vieillissement démographique), répondre à cette question impose de disposer d'un profil de dépenses de santé selon l'âge.

À partir des dépenses moyennes de santé par groupes d'âge des assurés AMO ayant bénéficié de soins, on peut déduire un tel profil (figure 7). Il apparaît que les dépenses de santé sont relativement élevées au début de la vie (les enfants âgés de 0 et 1 an), puis baissent pour atteindre un niveau minimum chez les 6-10 ans, avant d'augmenter ensuite de façon soutenue et continue avec l'âge.

Supposant que ce profil est représentatif des dépenses de santé selon l'âge de l'ensemble des Marocains et restera stable dans le temps, en supposant en outre que la création de richesses augmentera au même rythme que la population (constance du PIB par habitant), on peut, sur la base de diverses variantes de projections de populations, anticiper les évolutions de dépenses publiques de santé induites par le seul vieillissement démographique.

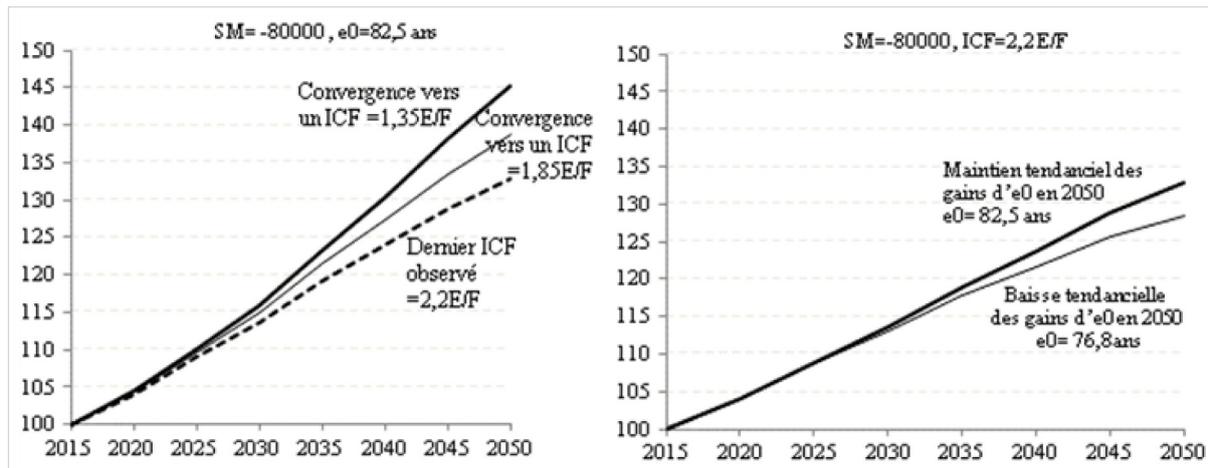
<sup>5</sup> Dans les autres pays maghrébins, le rythme du vieillissement de la population sera encore plus accéléré. Selon les hypothèses extrêmes, la progression de la part de la population âgée de 60 ans et plus, entre 2010 et 2050, sera de 15 à 23 points en Algérie et de 16 à 24 en Tunisie (Eljim, 2009)

Figure 7. profil des dépenses de santé selon l'âge au Maroc



La figure 8 illustre ces anticipations à l'horizon 2050 dans l'hypothèse d'une couverture maladie bénéficiant à tous les Marocains à partir de 2015.

Figure 8. Dépenses publiques de santé : 2015-2050. évolution indiciaire (base 100 en 2015)



Pour sa part, le tableau 8 récapitule les évolutions associées aux deux variantes les plus contrastées en termes de vieillissement : VieilMin (qui résulte de l'association de l'hypothèse 2,2 E/F de fécondité et de l'hypothèse de baisse tendancielle des gains de durée de vie) ; VieilMax (qui combine l'hypothèse 1,35 E/F de fécondité et de l'hypothèse d'allongement tendanciel du calendrier de la mortalité).

Tableau 8. Évolution indiciaire des dépenses publiques de santé du Maroc selon deux variantes contrastées de vieillissement de la population : 2015-2050 (base 100 en 2015)

Variante	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
VieilMax	100	105,1	110,6	117,1	124,4	132,3	140,4	148,3
VieilMin	100	104,1	108,1	112,4	116,7	120,7	124,2	127,3

## Vue d'ensemble

À l'évidence, l'extension à l'ensemble de la population marocaine d'une assurance maladie du type AMO va représenter pour le Maroc un défi de taille. L'opportunité qu'a pu constituer la combinaison d'une faible proportion de personnes âgées et d'une très forte proportion de population adulte jeune n'ayant pu être suivie d'effets en termes de développement économique et le pays se trouvant en conséquence sans réserves accumulées, l'effort qu'il va devoir soutenir s'annonce très contraignant ; y compris dans la perspective d'un vieillissement démographique minimal.

Même dans cette conjoncture, éminemment favorable, la santé ne pourra pas accaparer tout le surplus de richesses créées ; d'importants investissements démographiques devront, en effet, être aussi réalisés dans d'autres secteurs (aides aux familles, logement, éducation et formation notamment) (Parant, 2006), sans oublier les investissements indispensables à la croissance de la production de richesses (égale par hypothèse dans les calculs à la croissance de la population). Par ailleurs, l'exemple des pays démographiquement plus vieillis que le Maroc enseigne que la montée en puissance de la population âgée s'accompagne d'une dépense de santé croissant plus que proportionnellement avec l'âge (dans les calculs le profil de dépenses selon l'âge est fixé invariable).

## Références bibliographiques

- Eljim K., 2009, *Maghreb-France : quelle émigration pour l'avenir ?*, Thèse de doctorat en démographie, IEDUB. 413 p.
- Omran A.R., 1971, *The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change*. The Milbank Memorial Fund Quarterly 49(4), Part 1: 509-38.
- Parant A., 2006, « Conséquence de la raréfaction des enfants et de la modification de la pyramide des âges sur la société » in *Enfants d'aujourd'hui, diversité des contextes, pluralité des parcours*, Actes du XII<sup>e</sup> colloque international (Dakar, Sénégal, 10-13 décembre 2002), AIDELF pp. 1068-1083.