



**Le Droit à la Santé au Maroc :
Défis et Perspectives**

Dr. Jamal BENABBI

Docteur en Droit public et sciences politiques ,
Université Ibn Zohr Agadir

Résumé

Le droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'Homme, il est reconnu par des nombreux textes internationaux et nationaux. Le droit à la santé est un droit subjectif, cela signifie que chaque individu a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et d'accéder aux services de santé de qualité, à des soins médicaux appropriés et à des conditions de vie favorables à la santé. Il englobe également le droit à la prévention, à l'information et à la participation active dans les décisions liées à la santé de tout individu, notamment, les individus vulnérables tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les migrants, les personnes en situation d'handicap et les personnes vivantes avec le VIH/SIDA.

Cependant, l'application effective et équitable du droit à la santé demeure une responsabilité majeure pour tous les Etats du monde. Ce qui nous a poussé à nous interroger sur la mise en œuvre équitable du droit à la santé au Maroc en surmontant les différents obstacles spécifiques rencontrés par le Ministère de la santé et ses partenaires.

Mots-clés : Droit à la santé, capital humain, équipements, gouvernance, perspectives.



Abstract

The right to health is a fundamental element of human rights and is recognised in numerous international and national texts. The right to health is a subjective right, which means that every individual has the right to enjoy the highest attainable standard of health and to have access to quality health services, appropriate medical care and healthy living conditions. It also encompasses the right to prevention, information and active participation in decisions relating to health for all individuals, especially vulnerable individuals such as women, children, the elderly, migrants, people with disabilities and people living with HIV/AIDS.

This has prompted us to look at how the right to health can be implemented equitably in Morocco by overcoming the various specific obstacles encountered by the Ministry of Health and its partners.

Keywords: Right to health, human capital, equipment, governance, prospects.



Introduction

La relation des Humains à la santé et au corps humain, plus spécifiquement, l'avait souvent reflété comme un instrument dont on doit maîtriser l'utilisation. Cependant, la phénoménologie du XXème siècle a essayé de l'émerger en tant « qu'instrument que je ne puis utiliser au moyen d'un autre instrument, le point de vue sur lequel je ne puis plus prendre de point de vue »¹. Cette idée a instauré les bases d'une réflexion pour dépasser les visions idéologiques qui ne voient le corps que comme un fardeau dont il faut se débarrasser ou bien un amas de neurones qui déterminent toutes les conduites du corps humains.

L'une des difficultés majeures qui s'imposent à tout penseur qui s'intéresse au corps est qu'il se trouve obligé de le considérer dans sa double dimension qui ne peut être réduite ni à une simple chose ni à celle d'une pure conscience pensante.

Ce qui fait qu'il est « accepté par beaucoup en tant que substrat charnel de chaque personne et siège des expériences individuelles, mais il est aussi, et peut être le plus souvent, conçu comme un objet de représentations, de manipulations, de soins et de constructions culturelles et médicales »². Et c'est cette dernière idée qui nous intéresse dans cet article afin de mettre en exergue les soins qui peuvent promouvoir notre état de santé aussi bien au niveau corporel que mental.

Le droit à la santé diffère du droit à être en bonne santé. On pense souvent que l'État a pour devoir de garantir la bonne santé de ses ressortissants. Toutefois, celle-ci est tributaire de plusieurs facteurs hors du contrôle direct des États, tels que la constitution biologique et les conditions socioéconomiques. Le droit à la santé renvoie plutôt au droit de bénéficier de la diversité des biens, infrastructures, services et conditions nécessaires à sa réalisation. C'est pourquoi il est plus précis de le définir comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'il soit possible d'atteindre, et non comme un droit inconditionnel à être en bonne santé.

Ainsi, le droit à la santé est considéré comme un élément fondamental des droits de l'Homme. Il est inhérent à une sempiternelle recherche de la vie dans la dignité. Lors de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946, on a défini le droit à la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³. On a également mentionné dans son préambule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa

¹ J.P. Sartre, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, 1943, p. 394.

² Marzano, Michela. « Introduction », Michela Marzano éd., *La philosophie du corps*. Presses Universitaires de France, 2009, pp. 3-10.

³ Organisation Mondiale de la Santé, *Le droit à la santé*, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Fiche d'information n° 31, p.8.



religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale»⁴.

Ce droit a été aussi consacré par la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 qui l'a considéré, dans son article 25, comme faisant partie du droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille⁵. En outre, on peut évoquer le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels où le droit à la santé est mentionné comme un droit de l'homme⁶.

Et le Maroc qui fait partie de ce système international a ratifié tous les traités relatifs aux droits de l'homme en général et au droit à la santé en particulier. Le ministère de la santé a élaboré un ensemble de stratégies afin d'améliorer la santé de la population Marocaine en essayant de dépasser certaines entraves liées aux disparités régionales, au manque d'infrastructures et de ressources, à la gouvernance, etc.

Défis inhérents à la concrétisation du droit à la santé

Le droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'Homme, il est reconnu par de nombreux textes internationaux et nationaux. Le droit à la santé est un droit subjectif, cela signifie que chaque individu a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et d'accéder aux services de santé de qualité, à des soins médicaux appropriés et à des conditions de vie favorables à la santé. Il englobe également le droit à la prévention, à l'information et à la participation active dans les décisions liées à la santé de tout individu, notamment, les individus vulnérables tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les migrants, les personnes en situation d'handicap et les personnes vivantes avec le VIH/SIDA.

Le droit à la santé est un droit inclusif. Il a souvent été considéré comme le corollaire du droit à l'accès aux soins de santé et à la construction d'hôpitaux. Mais, cette idée a été dépassée pour l'ouvrir sur des aspects plus larges englobant un grand nombre de facteurs qui peuvent nous aider à mener une vie saine. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, l'organe chargé du suivi du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁷, les appelle les "facteurs déterminants pour la santé". Ils comprennent:

- L'approvisionnement en eau potable et l'assainissement ;
- une alimentation saine;
- une alimentation suffisante et un logement décent; □

⁴ Idem.

⁵ Déclaration universelle des droits de l'homme, Principaux instruments relatifs aux droits de l'homme, publications des Nations Unies, New York et Genève, 2014, p.8.

⁶ Le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Principaux instruments relatifs aux droits de l'homme, publications des Nations Unies, New York et Genève, 2014, p.35.

⁷ Le Pacte a été adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 2200a (XXI) du 16 décembre 1966. Entré en vigueur en 1976, 157 États l'avaient ratifié au 1^{er} décembre 2007. □



- des conditions de travail et environnementales saines;
- une éducation à la santé et la diffusion d'informations; □
- l'égalité entre les sexes. □

En réponse à ces exigences, le Maroc a adopté une nouvelle loi cadre, c'est la loi n° 06.22⁸ relative au système national de santé. Ce texte composé de 34 articles a apporté plusieurs nouveautés qu'on peut résumer de la sorte :

- Le système de rémunération sera constitué de deux parties, l'une fixe et l'autre variable;
- l'adoption d'un nouveau système de recrutement par contrat;
- l'instauration d'un régime permettant aux professionnels de santé de travailler dans le privé;
- et la création de la Haute Autorité de la Santé.

Ces dispositions ont été élaborées pour faire face aux iniquités du système de santé au Maroc, après l'analyse et l'étude de plusieurs recherches. Il y avait une enquête menée par le Haut Commissariat au Plan (HCP) sur l'impact du coronavirus sur la situation économique, sociale et psychologique des ménages et l'Observatoire National du Développement Humain (ONDH) a réalisé des études intéressantes sur l'évaluation des programmes de l'Initiative Nationale du Développement Humain (INDH) et leurs effets sur la réduction des inégalités ainsi que sur les discriminations intersectionnelles des femmes et le cumul des privations. Les inégalités sociales, l'iniquité en santé et les déterminants sociaux de la santé et leur relation avec le développement humain ont été également abordés. Ces études ont participé à l'élaboration de la loi n° 06.22 susmentionnée afin de combler les lacunes et établir des stratégies susceptibles de les dépasser.

Quant à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), elle a établi, en 2005, la Commission des déterminants sociaux de la santé qui a publié son rapport en 2008 sous le titre "Comblé le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé". La Commission a formulé trois recommandations fondamentales, à savoir :

- Améliorer les conditions de vie quotidiennes ;
- lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir de l'argent et des ressources ;
- mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée⁹.

Sachant que l'OMS définit l'équité en santé par « l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé, parmi la population, qui sont définis socialement, économiquement,

⁸ www.sgg.gov.ma BO 7178 Fr

⁹ https://www.who.int/social_determinants/nal_report/key_concepts/fr/ □



géographiquement ou démographiquement »¹⁰.

À partir de ces indicateurs, il a fallu traiter les iniquités relatives à la santé au Maroc à

partir de six thématiques, à savoir :

- La santé générale incluant l'espérance de vie et la morbidité déclarée par la population; □
- La santé de l'enfant ; □
- La santé de la mère et la santé reproductive ; □
- Les maladies chroniques ; □
- Le recours aux soins ; □
- La protection financière (non retenue dans le rapport final pour manque de données)¹¹. □

Cependant, ce dernier critère peut se montrer décisif pour comprendre si l'accès aux soins est entravé par un manque de moyens financiers ou bien par des représentations culturelles qui seraient le reflet des rapports entretenus aussi bien au corps humain qu'à la médecine, qu'elle soit traditionnelle ou moderne. En plus, les individus qui ont la plus mauvaise santé et/ou un moins bon accès aux soins de santé appartiennent, généralement, aux populations les plus défavorisées. Celles-ci représentent donc un vrai défi en matière de disponibilité et de qualité des données d'enquête. En effet, si une partie de la population est sous-représentée dans l'analyse empirique, alors les actions de correction des inégalités qui se basent sur les conclusions de ces analyses ne peuvent apprécier correctement la situation et ont tendance à en sous-estimer l'ampleur. Les enquêtes spécifiques menées sur ces populations marginales présentent donc un réel intérêt, car elles permettent de rendre compte de façon dynamique de l'importance des phénomènes de précarité et de leur retentissement sur la santé¹².

Par ailleurs, le droit à la santé peut être confronté à des catégories spécifiques de la population, telles que les personnes en situation d'handicap, les enfants, les femmes, les personnes vulnérables, etc. En plus, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, en son article 5¹³, stipule également que les États doivent interdire et éliminer la discrimination

¹⁰ Rochaix, Lise, et Sandy Tubeuf. « Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications », *Revue économique*, vol. 60, no. 2, 2009, pp. 325-344.

¹¹ Analyse des iniquités en santé au Maroc, Ministère de la santé et de la protection sociale, Organisation Mondiale de la Santé, p. 121.

¹² Rochaix, Lise, et Sandy Tubeuf. « Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications », *Op. Cit.*

¹³ Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, Principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, New-York, Genève, 2014, p. 16-17.



raciale et garantir le droit de tous à la santé et aux soins médicaux.

La non-discrimination et l'égalité supposent en outre que les États doivent reconnaître les différences et les besoins particuliers des groupes confrontés en général à des problèmes particuliers de santé, tels que des taux de mortalité plus élevés ou une plus grande vulnérabilité à certaines maladies et en tenir compte. L'obligation de garantir la non-discrimination exige l'application de normes sanitaires spécifiques à certains groupes de la population, tels que les femmes, les enfants ou les handicapés¹⁴.

En prenant en compte certaines statistiques de l'OMS relatives à la préservation de la santé des femmes, cette organisation a signalé qu'en 2008, le taux de césarienne était inférieur à 10% dans 54 pays ; il était supérieur à 15% dans 69 pays et compris entre 10 et 15% dans 14 pays. Cependant, de l'ensemble des césariennes réalisées, 3.18 millions étaient nécessaires et 6.20 millions auraient été inutiles, occasionnant une déperdition de ressources estimée à 2.32 milliards de dollars US¹⁵. En fait, il y avait aussi bien une dilapidation d'argent qu'une exposition des femmes aux risques d'effets négatifs sur leur santé.

Selon les rapports de l'OMS, « la césarienne est un acte chirurgical bénéfique pour la femme, seulement quand l'accouchement par voie basse représente un risque élevé pour elle ou pour son enfant. Si elle est réalisée de manière abusive, elle peut avoir des effets négatifs sur la santé des mères, des nouveau-nés et sur les grossesses ultérieures. En effet, des complications peuvent survenir telles que l'hémorragie par atonie utérine, l'infection postopératoire, les problèmes thromboemboliques ou les complications en rapport avec l'acte d'anesthésie »¹⁶.

Il s'avère que malgré les efforts fournis par le ministère de la santé marocain et ses différents partenaires dans différents domaines, tels que le taux d'accroissement démographique, l'indice synthétique de fécondité et l'espérance de vie à la naissance, ce secteur de la santé révèle encore d'importantes insuffisances selon le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH)¹⁷. Celui-ci a énuméré certains défis à relever dont :

- Les iniquités catégorielles sont davantage le lot des groupes vulnérables (femmes, enfants, personnes âgées et personnes handicapées) ;
- l'offre globale publique et privée est marquée par une faible complémentarité entre les deux secteurs ;
- le taux de mortalité maternelle et infantile au Maroc est l'une des plus élevés au monde, avec en plus des disparités flagrantes entre régions et entre l'urbain et le rural ;

¹⁴ Organisation Mondiale de la Santé, Le droit à la santé, Op. Cit., p. 15.

¹⁵ Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF 2018), santé de la reproduction, Ministère de la santé, p. 83-84.

¹⁶ Idem.

¹⁷ www.cndh.ma, visité le 20 mai 2024 à 14h25.



- les plus démunis, surtout en milieu rural, éprouvent de multiples difficultés (économiques, géographiques, socioculturelles...) pour accéder aux services de soins, lesquels connaissent une répartition inéquitable, tant au niveau médical que paramédical ;

- l'offre de soins est en dessous des besoins pour certaines maladies, notamment le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale, la santé mentale et les maladies cardiovasculaires qui commencent à se manifester avec beaucoup d'acuité chez les personnes âgées. Les personnes vivant avec le VIH/Sida, bien que sous traitement, sont en forte progression, etc.

À cette insuffisance, il faut ajouter celle des effectifs des professionnels de santé. Au Maroc, il y a à peine 2 300 médecins, dont presque la moitié est concentrée dans les régions de Rabat-Salé-Kenitra et Casablanca-Settat. Le Maroc a besoin de 32 000 médecins et de 65 000 infirmiers pour subvenir aux besoins de la population, conformément aux normes de l'OMS, rappelle le CNDH.

Perspectives d'amélioration

Plusieurs États cherchent à dépasser les obstacles qu'ils rencontrent pour l'instauration d'un système de santé qui répond aux besoins de leurs citoyens. Afin d'améliorer la qualité des soins de santé infantile, par exemple, il sera important de promouvoir des approches de mise en œuvre pour garantir que les enfants et leurs familles ont une expérience positive des soins pédiatriques ; développer des moyens plus robustes pour mesurer l'expérience des soins pédiatriques ; et utiliser les nouvelles données pour planifier les programmes, suivre les progrès et s'adapter au fil du temps¹⁸.

Il y a certes un degré de communication qui doit être atteint entre les prestataires de soins et les patients. Ces derniers doivent comprendre ce qu'ils ont, à partir des différents diagnostics et analyses, et les différents choix qu'ils ont à faire pour prendre la bonne décision qui leur paraît la plus logique suivant leurs représentations. Ce volet communicationnel peut jouer un rôle important dans l'instauration d'un climat de confiance qui pourra inciter les citoyens à réhabiliter l'image du système de santé de leur pays.

Au niveau de ces systèmes de santé, les infrastructures, les équipements et les fournitures des établissements de santé doivent être accessibles aux enfants et à leurs familles, y compris à ceux qui souffrent de divers types de handicaps physiques, congénitaux et de développement.

Dans le but d'agir efficacement dans ce domaine de la santé, le CNDH affirme que les services, biens et infrastructures doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. L'accessibilité implique également le droit de demander, d'obtenir et de partager des informations sur la santé par des moyens

¹⁸ Kate Gilroy, L'expérience compte : Améliorer la qualité des soins de santé en mettant l'accent sur les perspectives de la famille et de l'enfant, USAID, Momentum, 9 février 2024.



accessibles, sans porter atteinte au droit à la confidentialité des données médicales personnelles et les infrastructures, les biens et les services devraient également être conformes à l'éthique médicale, répondre aux besoins des hommes comme des femmes et respectueux des différences culturelles.

La même institution note que «le budget du ministère de la Santé se situe toujours entre 6% et 7% du budget général de l'Etat, au lieu des 12%, et reste ainsi en deçà des normes internationales (15% du budget général de l'Etat selon la déclaration d'Abuja et 12% selon l'OMS) recommandés par l'Organisation mondiale de la santé ou par rapport à d'autres pays»¹⁹.

À cette insuffisance, il faut ajouter celle des effectifs des professionnels de santé. Au Maroc, il y a à peine 2 300 médecins, dont presque la moitié est concentrée dans les régions de Rabat-Salé-Kenitra et Casablanca-Settat. Le Maroc a besoin de 32 000 médecins et de 65 000 infirmiers pour subvenir aux besoins de la population, conformément aux normes de l'OMS.

Et ce sont ces insuffisances qui ont acculé l'État à élaborer la nouvelle loi n° 06.22 qui vise à placer le Maroc au niveau des standards internationaux par le biais d'une modernisation des structures et d'une valorisation du capital humain. Les principaux axes à améliorer sont inhérents à :

- **Une réforme du système national de santé :** l'État a élaboré la loi n° 06.22 pour inciter tous les partenaires publics et privés à la consolidation du système de santé à travers le lancement d'un chantier de réforme profonde et durable, basée sur la mise à niveau et la réhabilitation de l'ensemble de ses aspects, dans l'objectif d'assurer des services de santé efficaces et de qualité.

La mise en œuvre des axes fondamentaux de ce chantier doit être concrétisée, qu'il s'agisse de la généralisation de la couverture médicale, de l'AMO solidaire, du registre national de la population, ou du registre social unifié. En parallèle, le ministère ne cesse de renforcer ses infrastructures hospitalières en ressources humaines, matérielles et financières, au niveau national, régional et provincial, en vue d'être en phase avec les perspectives envisagées²⁰. Ont été mis en service le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Tanger (797 lits), le Centre hospitalier régional (CHR) de Rabat (380 lits), les Centres hospitaliers provinciaux (CHP) de Témara (250 lits) et de Driouch (150 lits), les Hôpitaux de proximité (HP) de Mhamid (45 lits), de Sidi Youssef ben Ali à Marrakech (45 lits), de Jerf El Melha (45 lits), de Bouskoura (45 lits) ainsi que le Centre régional d'oncologie de Laâyoune (23 lits) et la clinique multidisciplinaire à Martil (34 lits). A signaler également l'achèvement du CHP d'Al Hoceima (250 lits) et l'hôpital de proximité d'Ait Ourir dans la province d'Al Haouz (45 lits). De même, trois CHU sont en cours de construction à Rabat, Agadir et Laâyoune, et de nouveaux CHU sont programmés à Errachidia, Guelmim et Béni Mellal. Aussi, 52 autres

¹⁹ cndh, *Op.cit.*

²⁰ Réalisations phares 2022/2023, la refonte en progrès, Revue du Ministère de la santé et de la protection sociale n° 2, Santé en Afrique, Eau, Environnement et sécurité alimentaire, Marrakech, 27-29 septembre 2023, p.7.



établissements hospitaliers sont en cours de construction.

- **Une valorisation du capital humain** : ces efforts visent à atteindre les normes de l'OMS de 45 professionnels de santé pour 10.000 habitants d'ici 2030.

Le Ministère accorde une grande importance à l'amélioration des conditions professionnelles et administratives de son personnel, toutes catégories confondues. En conséquence, la situation administrative de plus de 23000 professionnels de la santé dans diverses spécialités a été régularisée.

Afin de répondre aux besoins en ressources humaines du secteur de la santé et d'accompagner la vision clairvoyante de Sa Majesté le Roi, le Ministère se concentre sur l'augmentation du nombre de personnes formées dans les facultés de médecine et de pharmacie, les facultés de médecine dentaire, les Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé, et au sein des Instituts de Formation Professionnelle dans le domaine de la Santé.

Et c'est dans ce sens que la loi n° 33.21 relative à l'exercice de la profession médicale a été également adoptée, établissant une nouvelle réglementation permettant l'ouverture sur les compétences médicales étrangères et marocaines à l'étranger pour leur permettre d'exercer la médecine de manière permanente dans le Royaume. Cette loi contient diverses dispositions importantes, notamment :

- L'autorisation aux médecins étrangers d'exercer leur profession selon les mêmes conditions appliquées aux médecins marocains ;
- La promotion de l'investissement étranger et l'attraction d'expertises médicales étrangères ;
- Le développement de l'infrastructure de santé ;
- La fourniture d'équipements biomédicaux de haute qualité ;
- L'encouragement des compétences médicales à l'étranger à retourner dans leur pays d'origine de manière définitive²¹.

- **Un renforcement de la gouvernance** : cette réforme touchera également la gouvernance du système national de santé. La mise en place des groupements sanitaires territoriaux, de la Haute autorité de santé, de l'Agence marocaine des médicaments et des produits de santé, et de l'Agence marocaine du sang et de ses dérivés sont des actions phares dans ce domaine. Le projet d'un système d'information intégré, avec un coût estimé à 1,2 milliard de dirhams, représente aussi une avancée majeure. L'installation du SI dans toutes les structures hospitalières, le déploiement du matériel informatique, et la conception du Dossier médical partagé contribuent à une modernisation significative du système de santé.

Afin d'examiner l'évolution de l'offre en personnel médical, deux études ont

²¹ Réalisations phares 2022/2023, la refonte en progrès, *Op.cit.*, p.16-17.



été réalisées en 1995 et 2003. Ces deux études ont porté essentiellement sur l'offre des deux facultés de médecine de rabat et de Casablanca. Ainsi, et suite à la création d'autres facultés de médecine, notamment celles de Fès, de Marrakech et d'Oujda, il a été jugé utile de réaliser une nouvelle étude qui tient compte des lauréats de ces nouvelles facultés et des mesures de l'initiative de formation de 3300 médecins à l'horizon 2020.

Cette étude devrait permettre d'une part, d'analyser la situation actuelle de l'offre en personnel médical et paramédical et d'autre part projeter cette offre à l'horizon 2025, et ce selon deux scénarios : le scénario tendanciel et le scénario qui prévoit la mise en œuvre de l'initiative Gouvernementale de formation de 3300 médecins à l'horizon 2020²².

- **Perspectives 2024** : en 2024, le budget du ministère de la Santé connaîtra une augmentation, soulignant l'importance accordée à la santé : il passe de 28,13 milliards de dirhams en 2023 à près de 30,7 milliards de dirhams, soit une hausse de l'ordre de 2,56 milliards de dirhams (+ 9%). De même, des postes budgétaires importants seront alloués pour répondre aux besoins en ressources humaines. A cet égard, 5.500 postes budgétaires seront accordés au titre de la Loi de Finances 2024, portant ainsi le total des créations sur la période 2017-2024 à près de 42.700 postes budgétaires, dont 35.500 postes au profit du département de la Santé.

La poursuite du chantier de réforme sera marquée par la réalisation de projets majeurs, dont notamment la mise en service d'hôpitaux en cours d'achèvement et le lancement d'études pour de nouveaux projets d'infrastructures hospitalières. Ces avancées témoignent de l'engagement soutenu envers la construction d'un système de santé équitable, de qualité, et accessible à tous. Le consensus national autour de cette priorité renforce l'espoir d'un accès aux services de santé amélioré et équitable pour tous les citoyens marocains.

Malgré ces avancées d'ordre législatif, cet arsenal juridique important est appelé à adresser valablement les fragilités et dysfonctionnements qui risquent d'entraver la mise en œuvre effective de ce chantier²³. Il est permis de citer à cet égard :

- La sous-valorisation des ressources humaines. La densité médicale et paramédicale estimée à 1,7 pour 1.000 habitants demeure encore faible comparativement à la couverture préconisée par l'OMS de 4,45 personnels soignants pour 1000 habitants. □

- La perception par les ménages d'une situation dégradée des services de santé publique. Selon l'indice de confiance des ménages du HCP, 60,8% des ménages perçoivent encore une dégradation de la qualité des services de santé en

²² La démographie médicale et paramédicale à l'horizon 2025, Organisation Mondiale de la Santé et Ministère de la Santé, Décembre 2009, p.9.

²³ Rapport annuel du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE), 2022, p. 44.



2022, tandis que seulement 12,6% perçoivent une amélioration. □

- Des pratiques illicites au niveau du marché des soins dispensés par certaines structures privées de santé. *«Il s'agit principalement des accords de captation de la clientèle/patientèle: accords d'exclusivité et ristournes entre les cliniques et les transporteurs (ambulanciers, taxis, etc.). Il s'agit également des ristournes au profit des médecins des secteurs public et privé. Ces derniers dirigent, voire rabattent des patients au profit des cliniques qui offrent les ristournes les plus élevées sous forme de paiement au noir non déclaré au fisc et supporté par les patients »²⁴.*

Conclusion

À la différence de la reconnaissance des droits de l'homme, qui, dans la doctrine traditionnelle, ne faisait que rétablir une position naturelle, l'explicitation d'un droit à la subsistance (puis au travail, puis encore, au logement, à l'éducation, à la santé, etc.) n'est pas apparue comme concevable sans l'assomption d'un certain changement des conditions sociales. Certes, on pouvait rétorquer que les droits sociaux ainsi conçus épousaient une pente propre à la politique des droits de l'homme, celle de l'émancipation humaine de toute forme d'oppression, et non une simple réduction des inégalités comme on le dira plus tard. La conscience de cette tension politique des origines est essentielle pour la réflexion juridique, car elle conditionnera le cadre conceptuel utilisé pour définir le caractère des droits sociaux : universel comme les droits de l'homme, ou particulier et conditionné, comme des droits catégoriels²⁵.

Le Maroc a effectué des progrès tangibles en matière du droit à la santé. Les dernières lois témoignent d'une grande volonté à développer le système de la santé pour qu'il soit conforme aux normes internationales recommandées par l'OMS, mais d'innombrables défis et entraves résistent encore à la réalisation d'un accès équitable et de qualité aux soins de santé pour tous. Les réformes structurelles, l'amélioration de la formation et de la rétention du personnel, l'extension de la couverture médicale et le renforcement de la gouvernance sont des mesures essentielles pour améliorer le système de santé marocain. Une volonté politique forte et une collaboration étroite entre le gouvernement, les professionnels de la santé et la société civile seront cruciales pour réaliser ces objectifs et assurer la santé pour tous au Maroc.

Bibliographie

- Analyse des iniquités en santé au Maroc, Ministère de la santé et de la protection sociale, Organisation Mondiale de la Santé, 2021.
- Avis du conseil de la concurrence A/4/22.
- C.M. Herrera, Les droits sociaux, QUE SAIS-JE ? 2009, P. 12-13.

²⁴ Avis du conseil de la concurrence A/4/22.

²⁵ C.M. Herrera, Les droits sociaux, QUE SAIS-JE ? 2009, P. 12-13.



- Convention internationales sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, Principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, New-York, Genève, 2014.
- Déclaration universelle des droits de l'homme, Principaux instruments relatifs aux droits de l'homme, publications des Nations Unies, New York et Genève, 2014.
- Démographie médicale et paramédicale à l'horizon 2025, Organisation Mondiale de la Santé et Ministère de la Santé, Décembre 2009.
- Enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF 2018), santé de la reproduction, Ministère de la santé.
- J.P. Sartre, *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, 1943.
- Kate Gilroy, *L'expérience compte : Améliorer la qualité des soins de santé en mettant l'accent sur les perspectives de la famille et de l'enfant*, USAID, Momentum, 9 février 2024.
- Marzano, Michela. « Introduction », Michela Marzano éd., *La philosophie du corps*. Presses Universitaires de France, 2009.
- Organisation Mondiale de la Santé, Le droit à la santé, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Fiche d'information n° 31.
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Principaux instruments relatifs aux droits de l'homme, publications des Nations Unies, New York et Genève, 2014.
- Rapport annuel du Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE), 2022.
- Réalisations phares 2022/2023, la refonte en progrès, Revue du Ministère de la santé et de la protection sociale n° 2, Santé en Afrique, Eau, Environnement et sécurité alimentaire, Marrakech, 27-29 septembre 2023.
- Rochaix, Lise, et Sandy Tubeuf. « Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications », *Revue économique*, vol. 60, no. 2, 2009.
- https://www.who.int/social_determinants/nal_report/key_concepts/fr/ □
- www.cndh.ma,
- www.sgg.gov.ma BO 7178 Fr