



**Le cadre juridique de la territorialisation
sanitaire au Maroc**

Dr. Tarik EL HAJJOUJI

Docteur en droit publique et sciences administratives

Université Abdelmalek Essaadi – Tetouan

FSJES – Tanger

Maroc

Résumé

La territorialisation sanitaire au Maroc repose sur un cadre juridique qui a évolué pendant plusieurs années. Ce cadre s'appuie principalement sur la Constitution de 2011, la loi-cadre 06.22 relative au système national de santé, ainsi que d'autres textes législatifs comme la loi 08.22 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST).

La loi 08.22 vise à introduire les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) pour adapter les politiques de santé aux besoins régionaux. Ces structures gèrent les schémas régionaux de santé pour assurer une répartition équitable des ressources et des services sur le territoire national.

Mots-clés: la territorialisation sanitaire, la Constitution marocain de 2011, la loi-cadre 06.22, la loi 08.22, Groupements Sanitaires Territoriaux (GST).

Abstract

Health territorialization in Morocco is based on a legal framework that has evolved over several years. This framework is primarily grounded in the 2011 Constitution, the framework law 06.22 concerning the national health system, and other legislative texts, such as law 08.22 on the creation of Territorial Health Groupings.

Law 08.22 aims to establish Territorial Health Groupings (GST) to tailor health policies to regional needs. These structures manage regional health plans to ensure an equitable distribution of resources and services across the national territory.

Keywords: health territorialization, the 2011 Moroccan Constitution, framework law 06.22, law 08.22, Territorial Health Groupings.



Introduction

La territorialisation des politiques publiques dans le secteur de la santé au Maroc est l'un des sujets les plus actuels. Cette importance est en parfaite adéquation avec l'évolution qu'a connue le Maroc, notamment avec l'adoption de la décentralisation, la promulgation de la Constitution de 2011, et l'instauration de la déconcentration. Elle reflète également les transformations profondes qu'a connues le système de santé, matérialisées à travers les chantiers ouverts par l'État marocain dans le domaine de la santé, ainsi que par l'adoption de diverses stratégies et plans visant à développer et à améliorer ce secteur dans notre pays.

Le ministère de la Santé figure parmi les premiers départements gouvernementaux à avoir intégré la déconcentration administrative dans sa stratégie générale. Cette initiative trouve ses justifications, d'une part, dans l'accompagnement de la politique générale de l'État en matière de déconcentration administrative, qui vise à rapprocher les services publics des citoyens, à alléger la charge de l'administration centrale, à rechercher l'efficacité et l'efficience dans la performance, et à impliquer les différents acteurs à l'échelle territoriale, en répartissant les rôles entre les niveaux centraux et déconcentrés.

D'autre part, cette initiative reflète la volonté du ministère de réformer le système de santé national afin de garantir l'équité territoriale entre les différentes régions et provinces. Elle vise également à réduire les disparités en termes d'offre de soins et d'indicateurs de santé, qui résultent de la gestion centralisée des affaires sanitaires.

On peut affirmer que la volonté du Maroc de réformer le secteur de la santé se manifeste par la constitutionnalisation du droit à la santé et l'adoption de plusieurs textes juridiques encadrant le domaine de la santé. Parmi eux, on peut citer :

- La loi-cadre 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins **en 2011**
- Le décret d'application n° 2.14.562 , concernant l'organisation de l'offre de soins, la carte sanitaire et les plans régionaux de l'offre de soins en 2015;
- La loi-cadre n° 09.21 relative à la protection sociale en 2021;
- La loi-cadre n° 06.22 relative au système national de santé, Cette loi a été considérée comme une opportunité historique pour bâtir un système de santé marocain plus robuste et équitable, basé sur huit principes directeurs. Parmi les plus importants figurent : l'égalité dans l'accès aux soins, l'équité et l'équilibre dans la répartition territoriale des ressources, des infrastructures et des services, ainsi qu'une bonne gouvernance.
- La loi 08.22 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), publiée dans le Bulletin Officiel le 17 juillet 2023. Cette loi constitue le texte le plus important visant à renforcer l'équité territoriale en matière de santé au Maroc.



Tous ces principes sont en harmonie avec les grands axes des politiques de santé au Maroc après la Constitution de 2011, qui se concentrent principalement sur le renforcement et la facilitation de l'accès équitable et juste aux services de santé à travers le royaume. Cela se réalise par l'adoption de la territorialisation de la santé, en établissant une carte sanitaire nationale et des plans régionaux de l'offre de soins (comme stipulé dans la loi-cadre 06.22), ainsi que par la mise en œuvre effective du projet du programme médical régional (PMR), qui vise à améliorer la prise en charge des patients, tout en assurant une répartition équitable des ressources humaines et matérielles. La mise en œuvre de ce programme repose sur de grands chantiers de reconfiguration du système de santé, tels que les groupements sanitaires territoriaux (GST) et la fonction publique de santé¹.

Ainsi, le secteur de la santé au Maroc a vu l'adoption de plusieurs dispositions et textes juridiques relatifs à la territorialisation. Quelles sont donc les principales dispositions juridiques fondatrices de la territorialisation de la santé au Maroc ? (première partie). Et dans quelle mesure la loi-cadre 06.22 peut-elle être considérée comme un levier pour réaliser l'équité territoriale en matière de santé au Maroc ? (deuxième partie).

I- Les dispositions juridiques fondatrices de la territorialisation de la santé au Maroc

Depuis l'adoption de la Constitution de 2011, trois gouvernements se sont succédé au Maroc, émettant une série de politiques et de stratégies relatives au secteur de la santé. Parmi les plus notables figurent : la stratégie sectorielle de santé 2012-2016, la stratégie nationale pour le développement du secteur de santé 2017-2021 et le Plan Santé 2025. Toutes ces stratégies reposent sur un cadre juridique riche, fondé principalement sur les dispositions de la Constitution du Royaume du Maroc de 2011, ainsi que sur les lois-cadres, les lois et les décrets successifs.

En examinant les dispositions de la Constitution de 2011, on constate qu'elle aborde, de manière explicite ou implicite, la territorialisation des politiques publiques en général, et la territorialisation de la santé en particulier. À titre d'exemple, elle stipule que "l'organisation territoriale du Royaume est décentralisée, fondée sur la régionalisation avancée..."².

Le droit à la santé a également été pour la première fois constitutionnalisé, en étant inscrit à l'article 31. La Constitution met également l'accent sur l'équité et la bonne gouvernance, en stipulant : « Les services publics doivent être organisés sur la base de l'égalité des citoyennes et citoyens dans l'accès à ces services, de

¹ - Royaume du Maroc, ministère de la santé, D.H.S.A, Programme Médical Régional «PMR», P : 3-4.

² - Dahir n° 1.11.91 du 27 Chaâbane 1432 (29 juillet 2011) portant promulgation du texte de la **Constitution**, Bulletin officiel n° 5964 bis, en date du 28 Chaâbane 1432 (30 juillet 2011), p. 3600, article 1.



l'équité dans la couverture du territoire national et de la continuité dans la prestation des services..."³

Toutes ces dispositions introduites par la Constitution de 2011 constituant des indicateurs clairs que l'État marocain a adopté la régionalisation avancée et a mis en place une approche territoriale pour les politiques publiques, y compris dans le domaine de la santé.

Alors, les autres textes juridiques encadrant le système de santé ont-ils suivi les exigences de la nouvelle Constitution et adopté une approche territoriale dans les politiques publiques de santé ? Et quelles sont les difficultés rencontrées lors de leur mise en œuvre sur le terrain ?

Pour répondre à ces deux questions principales, nous avons choisi de rappeler les dispositions des textes législatifs adoptés depuis l'année de 2011, d'analyser leurs contenus et d'examiner les aspects de la territorialisation de la santé qu'ils comportent, puis de constater dans quelle mesure leur mise en œuvre a été efficace sur le terrain, ainsi que les obstacles et difficultés rencontrés lors de cette phase de déploiement.

1- La territorialisation de la santé à travers la loi-cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins

La loi-cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins, qui a été adoptée quelques jours avant la promulgation de la Constitution de 2011, mentionne dans plusieurs de ses articles la territorialisation des politiques publiques de santé. Elle souligne également que le système de santé marocain est composé de l'ensemble des institutions, des ressources et des actions organisées pour atteindre les objectifs fondamentaux de la santé, reposant sur les principes suivants :

- La solidarité et la participation de la population dans la responsabilité de la prévention, du maintien de la santé et de la guérison des maladies ;
- L'égalité dans l'accès aux soins et aux services de santé ;
- L'équité dans la répartition territoriale des ressources de santé, et l'intégration entre les secteurs⁴.

La loi-cadre a également abordé la dimension territoriale de la santé en mettant en évidence le rôle des collectivités locales, en affirmant : « Les collectivités locales, les organisations professionnelles et les associations œuvrant dans le domaine de la santé et de la préservation de l'environnement contribue, aux côtés de l'État, à la réalisation des objectifs et des actions sanitaires."⁵

³ - Ibid, article 154.

⁴ - Dahir n° 1.11.83 du 29 Rajab 1432 (2 juillet 2011) portant promulgation de la loi-cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins, Bulletin officiel n° 5962, en date du 19 Chaâbane 1432 (21 juillet 2011), article 2.

⁵ - Ibid, article 5.



Tout en mentionnant la justice territoriale en matière de répartition de l'offre de soins, la même loi stipule : « ... L'offre de soins doit être répartie de manière équilibrée et équitable sur l'ensemble du territoire national »⁶. Dans un autre article, il est indiqué: « L'offre de soins est organisée conformément à la carte sanitaire et aux plans régionaux de l'offre de soins prévus dans la troisième section de cette loi-cadre. »⁷

En ce qui concerne l'élaboration de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins, la loi-cadre n° 09.34 l'a recommandée à plusieurs reprises. On peut y lire: « Une carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins sont établis, en prévoyant les évolutions nécessaires de l'offre de soins publics et privés, afin de stimuler leur mise en œuvre pour répondre de manière optimale aux besoins de la population en matière de soins et de services de santé, d'assurer l'harmonie et l'équité dans la répartition territoriale des ressources matérielles et humaines, de corriger les déséquilibres entre les régions et au sein de chaque région, et de maîtriser la croissance de l'offre. »⁸. Aussi l'article 22 stipule que: « La carte sanitaire définit le découpage sanitaire du territoire national, en fonction du périmètre territorial où les services sont offerts à la population, ainsi que des caractéristiques épidémiologiques, géographiques, démographiques, sociales, économiques et environnementales. »

La loi-cadre définit le schéma régional comme suit : « Le schéma régional de l'offre de soins constitue un outil de planification et d'organisation de l'offre de soins au niveau régional. Le plan régional détermine, pour chaque préfecture ou province, en tenant compte de la carte sanitaire, du découpage sanitaire au sein de la région, ainsi que de l'analyse des besoins, les éléments suivants :

- L'inventaire des infrastructures existantes ;
- Les prévisions relatives aux établissements de santé, aux lits, aux places, aux spécialités, aux établissements publics et privés fixes et mobiles, aux équipements lourds, ainsi que leur répartition géographique ;
- La répartition territoriale et les prévisions relatives à la préparation des ressources humaines... »⁹.

Il convient de noter que **la carte sanitaire de l'offre de soins** est élaborée par l'administration, après consultation du comité national de l'offre de soins. Elle est mise en œuvre pour une durée de 10 ans, avec une évaluation tous les 5 ans et une révision, selon la même procédure, en cas de modifications des données ayant

⁶ - Ibid, article 9.

⁷ - Ibid, article 10.

⁸ - Pour plus d'informations, veuillez consulter les articles 19 à 25 de la loi-cadre n° 34.09.

⁹ - Ibid, article 24.



servi à son élaboration. Cette carte sanitaire détermine, au niveau national et entre les régions, ainsi qu'au niveau régional :

1. Le total et les types des infrastructures sanitaires existantes ;
2. L'importance et la nature des infrastructures sanitaires et des établissements publics et privés, fixes et mobiles, prévus, ainsi que le périmètre territorial dans lequel ils fourniront leurs services ;
3. Les réseaux de prise en charge des problèmes et risques spécifiques liés à la santé, tout en précisant les ressources humaines en quantité et en qualité.

Quant au **schéma régional de l'offre de soins**, l'article 25 de la loi-cadre 34.09 stipule que la direction régionale de la santé élabore son plan régional pour une durée de 5 ans, après consultation du comité régional de l'offre de soins. Ce plan peut être révisé, selon la même procédure, en cas de modifications dans la carte sanitaire, des critères ou des modalités de création des infrastructures et des établissements de santé ayant un impact sur le plan régional.

2- La territorialité sanitaire à travers la loi-cadre n° 09.21 relative à la protection sociale

Le chantier de généralisation de la protection sociale est l'un des grands projets lancés par Sa Majesté le Roi Mohammed VI. Il constitue une véritable révolution sociale menée par le souverain du Maroc, visant à : réduire la pauvreté et lutter contre toutes les formes de précarité, soutenir le pouvoir d'achat des familles marocaines, généraliser l'assurance maladie obligatoire pour toutes les citoyennes et tous les citoyens, généraliser les allocations familiales et les indemnités de perte d'emploi, et élargir le système de retraite.¹⁰

Il n'y a aucun doute que : « La réalisation de la protection sociale est un levier essentiel et incontournable pour le développement du capital humain, en tant qu'élément fondamental dans le processus de développement, et pour construire une société fondée sur la justice sociale et territoriale, que Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu le préserve, n'a cessé de viser depuis son accession au trône de ses glorieux ancêtres. Cette vision royale s'est concrétisée à travers le lancement de plusieurs programmes sociaux, parmi lesquels l'Initiative nationale pour le développement humain, le système d'assistance médicale, et le programme de réduction des disparités sociales et territoriales... »¹¹.

¹⁰ - La réforme et la gouvernance du système de protection sociale au Maroc, article publié sur le site officiel du Ministère de la Solidarité et de l'Intégration Sociale de la Famille: <https://social.gov.ma/politique-publique-de-protection-sociale>, Date de consultation : 24/11/2024, à 10h.

¹¹-Dahir n° 1.21.30 du 9 Chaâbane 1442 (23 mars 2021) portant promulgation de **la loi-cadre n° 09.21** relative à la protection sociale, Bulletin officiel n° 6975, en date du 22 Chaâbane 1442 (5 avril 2021), extrait du préambule.



Le coût de la généralisation de la protection sociale au Maroc¹² s'élève à 51 milliards de dirhams, détaillé comme suit¹³:

- Généralisation de la couverture par l'assurance maladie obligatoire : 14 milliards de dirhams;
- Généralisation des allocations familiales : 20 milliards de dirhams;
- Extension de la base des affiliés au système de retraite: 16 milliards de dirhams;
- Généralisation de l'accès aux indemnités de perte d'emploi: 1 milliard DH.

Quant au calendrier de mise en œuvre de ce projet et au nombre de bénéficiaires, il est le suivant :

Système de protection sociale	Nombre de bénéficiaires¹⁴	Durée¹⁵
Généralisation de l'assurance maladie obligatoire	22 millions de personnes	2021-2022
Généralisation des allocations familiales	7 millions d'enfants	2023-2024
Extension de l'affiliation aux systèmes de retraite	5 millions de personnes	2025
Généralisation des indemnités de perte d'emploi	qui n'ont pas d'emploi stable	2025

¹² - La protection sociale désigne tous les mécanismes de sécurité sociale qui permettent aux individus ou aux familles de faire face aux conséquences financières des risques sociaux. Elle offre aux familles des avantages sociaux leur permettant de vivre dans la dignité, ce qui constitue un droit reconnu par la Déclaration universelle des droits de l'homme. Elle repose sur deux mécanismes : « l'assurance sociale » et « l'assistance sociale ». Elle offre un cycle efficace de développement et de croissance, permettant de réduire la pauvreté des familles, de renforcer la cohésion et la stabilité sociales, et de contribuer au développement global des pays. Par conséquent, elle constitue aujourd'hui un outil essentiel pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD).

Quant à sa définition, selon la loi-cadre n°09.21, l'article 2 de celle-ci stipule que la protection sociale comprend:

- La protection contre les risques de maladie ;
- La protection contre les risques liés à l'enfance et la distribution des allocations au bénéfice des familles non couvertes par cette protection ;
- La protection contre les risques liés au vieillissement ;
- La protection contre les risques de perte d'emploi.

¹³ - Ministre de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration, Présentation concernant le projet de loi-cadre n° 09.21, le 22 février 2021, p. 14.

¹⁴ - La quatrième alinéa du préambule de la loi-cadre n° 09.21.

¹⁵ - La huitième alinéa du préambule de la loi-cadre n° 09.21.



Les aspects de la territorialité sanitaire, tels qu'énoncés dans la loi-cadre n° 09.21 relative à la protection sociale, sont mis en évidence de manière explicite et claire, ou de manière implicite, à travers ce qui suit :

- La réalisation de la protection sociale est considérée comme un levier essentiel et incontournable pour le développement du capital humain, en tant qu'élément fondamental dans le processus de développement, et pour construire une société fondée sur la justice sociale et territoriale, que Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu le préserve, n'a cessé de viser depuis son accession au trône de ses glorieux ancêtres.¹⁶

- La généralisation de la protection sociale repose sur les principes suivants¹⁷:

1. Le principe de solidarité dans ses dimensions sociales, territoriales et intergénérationnelles, qui nécessitent la collaboration des efforts de tous les intervenants dans ce domaine;

2. Le principe de non-discrimination dans l'accès aux services de protection sociale;...

- L'assurance maladie obligatoire de base est généralisée par : l'élargissement du bénéfice de cette assurance aux catégories démunies bénéficiant du régime d'assistance médicale, ainsi que par la mise en œuvre complète de l'assurance maladie obligatoire de base pour les catégories de professionnels, travailleurs indépendants et non-salariés exerçant une activité spécifique, afin d'inclure toutes les catégories concernées¹⁸.

La loi-cadre 09.21 considère la généralisation de la protection sociale comme une priorité nationale et une responsabilité partagée entre l'État, les collectivités territoriales, les institutions et entreprises publiques, le secteur privé, la société civile, ainsi que les différents organismes publics et privés et les citoyens¹⁹.

Ainsi, il apparaît, à travers la convergence de plusieurs dispositions de la loi-cadre 09.21 mentionnées précédemment à titre d'exemples (préambule, article 3, article 5 et article 10), que l'approche territoriale de la politique sanitaire au Maroc est clairement présente, notamment dans le préambule et les articles 3 et 10, et de manière implicite dans l'article 5, où il est stipulé que la généralisation de l'assurance maladie obligatoire de base s'effectue par l'élargissement du bénéfice à toutes les catégories concernées, dans toutes les régions du Royaume du Maroc. Cela signifie cibler toutes les régions et collectivités territoriales, sans distinction entre les zones urbaine et rurale.

¹⁶ - La première alinéa du préambule de la loi-cadre n° 09.21.

¹⁷ - Ibid, article 3.

¹⁸ - Ibid, article 5.

¹⁹ - Ibid, article 10.



➤ Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des dispositions légales relatives à la territorialisation de la santé :

Parmi les observations clés que l'on peut tirer d'une simple comparaison entre l'aspect juridique et l'aspect pratique de la territorialisation de la santé au Maroc, les points suivants ressortent :

- Bien que l'augmentation des textes juridiques encadrant la territorialisation de la santé soit importante, cette abondance ne constitue pas un indicateur d'amélioration dans ce domaine, en l'absence de conditions adéquates (ressources humaines, matérielles, financières, gouvernance, etc...) nécessaires pour traduire ces dispositions et ces mesures en actions concrètes sur le terrain.
- Les indicateurs de réalisation sont faibles par rapport aux dispositions prévues par les législations existantes.

Le constat général de cette comparaison entre l'encadrement juridique du système de santé au Maroc et son application pratique confirme que le droit à la santé pour tous les citoyens et citoyennes, en tant qu'objectif fondamental, n'est pas encore atteint et reste difficilement réalisable.

Le Conseil économique, social et environnemental a également souligné que les « insuffisances » du système de protection sociale au Maroc sont nombreuses, ce qui entraîne de grands risques et laisse une large partie de la population sans couverture sociale ou bénéficiant de services très limités²⁰.

II- La loi-cadre n° 06.22, une entrée majeure pour le développement de la territorialisation des politiques de santé au Maroc

La loi-cadre n° 06.22 relative au système national de santé comble les lacunes existantes dans les dispositions législatives concernant la territorialisation de la santé au Maroc. Elle met en avant la nécessité de « créer des groupements sanitaires territoriaux sous forme d'établissements publics chargés, au niveau régional, de mettre en œuvre la politique de l'État dans le domaine de la santé »²¹.

Elle stipule également plusieurs principes directement liés à l'amélioration de l'équité territoriale en matière d'accès aux services de santé. Parmi ces principes, on retrouve :

- **L'égalité** dans l'accès aux soins et dans la jouissance des services de santé ;
- **La continuité** dans la prestation des services de santé ;

²⁰ - L'avis du Conseil économique, social et environnemental sur les services de santé de base, référence 34/2018, ouvrage cité, p. 35.

²¹ - Dahir n° 1.22.77 du 14 Joumada I 1444 (9 décembre 2022) portant promulgation de la loi-cadre n° 06.22 relative au système de santé national, Bulletin officiel n° 7151, en date du 17 Joumada I 1444 (12 décembre 2022), article 32.



- **L'équité** dans la répartition territoriale des ressources, des infrastructures et des services de santé sur l'ensemble du territoire national²².

L'article 2 de la loi-cadre n° 06.22 précise, en ce qui concerne un accès équitable aux services de santé :

- « ...faciliter l'accès de la population aux services de santé et améliorer leur qualité;
- assurer une répartition équitable et équivalente de l'offre de soins sur tout le territoire national ;
- territorialiser l'offre de soins du secteur public et améliorer sa gouvernance grâce à la création de groupements sanitaires territoriaux... »

Par ailleurs, la loi-cadre 06.22 prévoit la promulgation de cinq nouvelles lois, notamment la loi n° 08.22²³ relative à la création des groupements sanitaires territoriaux (premièrement) et la loi n° 09.22²⁴ concernant la fonction sanitaire (deuxièmement).

1- L'établissement de la territorialisation des politiques de santé au Maroc

La santé est un droit humain aux multiples dimensions, dont l'une des composantes essentielles est l'équité en matière d'accès géographique et social aux soins et à leur bénéfice sans aucune restriction, condition ou discrimination. L'État marocain a cherché à réaliser cet objectif au cours des dernières décennies dans le cadre de l'État de droit, de la politique de développement social, en formulant et en mettant en œuvre de nombreuses mesures, procédures et mécanismes fondés sur les principes. De solidarité, d'humanisme, de cohésion sociale, d'égalité et d'équité, afin de permettre à l'ensemble de la population marocaine d'accéder aux services médicaux.

Ainsi, il apparaît essentiel d'adopter la territorialisation comme principe fondamental pour promouvoir le système de santé et la protection sociale au Maroc, en parfaite harmonie avec les exigences du nouveau modèle de développement marocain, qui accorde une attention particulière à la santé et au bien-être du capital humain, considéré comme le pilier du développement durable et global du pays.

La politique sanitaire au Maroc évolue constamment, avec des efforts pour renforcer l'offre de soins de santé, garantir leur qualité et améliorer leur accessibilité. Cependant, à travers l'analyse des évolutions récentes du système de

²² - Ibid, article 4.

²³ - Dahir Chérif n° 1.23.50, daté du 9 Dhul-Hijja 1444 (28 juin 2023), portant application de la loi n° 08.22 relative à la création des groupements sanitaires territoriaux, Bulletin Officiel n° 7213, du 28 Dhul-Hijja 1444 (17 juillet 2023), p. 5700.

²⁴ - Dahir Chérif n° 1.23.51, daté du 9 Dhul-Hijja 1444 (28 juin 2023), portant application de la loi n° 09.22 relative à la fonction sanitaire, Bulletin Officiel n° 7213, du 28 Dhul-Hijja 1444 (17 juillet 2023), p. 5719.



santé national et des réformes juridiques et des projets lancés par le roi Mohammed VI, il est clair que la politique sanitaire actuelle tend vers l'instauration de la territorialisation des politiques publiques de santé. . À cet égard, plusieurs textes législatifs ont été adoptés, dont le plus récent et le plus important est la loi n° 08.22 relative à la création des groupements sanitaires territoriaux.

L'analyse des dispositions de la loi n° 08.22 montre qu'elle établit clairement les bases de la territorialisation des politiques de santé publique. Par exemple, elle prévoit la constitution d'un conseil d'administration composé de représentants des autorités élues (décentralisation administrative) à travers le président de la région ou son représentant, ainsi que de représentants des autorités nommées (déconcentration administrative) via le wali ou fils représentant.²⁵

Selon l'article 1 de cette loi, il sera créé dans chaque région du Royaume, sous la dénomination de "groupement sanitaire territorial", un établissement public jouissant de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Le groupement comprendra toutes les institutions sanitaires publiques pertinentes de sa zone géographique, à l'exception des suivantes :

- Les établissements de santé régis par des textes législatifs ou réglementaires spéciaux ;
- Les établissements hospitaliers militaires ;
- Les bureaux municipaux d'hygiène publique.

Le groupement sera chargé, dans le cadre de sa zone géographique, de mettre en œuvre la politique de l'État dans le domaine de la santé. Il sera également responsable, sans préjudice des missions attribuées aux autorités ou organismes compétents, des tâches dans les domaines suivants²⁶:

- Le domaine de l'offre de soins ;
- La santé publique ;
- Les soins médicaux ;
- La formation ;
- La recherche, l'expertise et l'innovation ;
- Le domaine administratif.

2- Répartition des ressources humaines et réduction des inégalités au sein de la région à travers les garanties de la loi n° 09.22

²⁵ - Pour plus de détails sur la composition des membres du conseil d'administration du groupement sanitaire territorial, veuillez consulter l'article 6 de la loi n° 08.22, Op.cit

²⁶ - Pour plus de détails sur la composition des membres du conseil d'administration du groupement sanitaire territorial, veuillez consulter l'article 4 de la loi n° 08.22, Ibid.



La question des ressources humaines dans le secteur de la santé au Maroc est l'un des sujets les plus débattus et a fait l'objet de nombreux rapports émis par des institutions et organismes constitutionnels concernant le système de santé national.

Le problème des ressources humaines dans le secteur de la santé au Maroc représente un grand défi pour le ministère compétent, car le succès du système de santé dans son ensemble dépend largement des ressources humaines dans le domaine de la santé. Sans l'engagement des professionnels de la santé, il est impossible de viser une réforme réelle du système de santé au Maroc.

Cela nécessite donc de disposer d'un plus grand nombre de professionnels et d'employés, avec des compétences variées, pour apporter l'expertise nécessaire à la gestion des déterminants de la santé. Il est également crucial de fournir des professionnels d'un autre type, avec des compétences variées et en nombre suffisant, pour écouter et répondre aux attentes des citoyens désireux d'accéder à des soins de qualité et de proximité.

Ainsi, il apparaît que le problème des ressources humaines dans le secteur de la santé est principalement quantitatif, dans la mesure où il faut augmenter le nombre de médecins et d'infirmiers, car leur nombre actuel est insuffisant. C'est également un problème qualitatif, lié au fait que les programmes de formation actuels ne préparent pas les professionnels de manière adéquate, ni pour faire face aux problèmes de santé actuels, ni pour travailler en équipe, ni pour utiliser les technologies modernes et accéder à l'information, et encore moins pour pratiquer la médecine à distance. Par conséquent, « il existe un certain nombre d'expériences internationales qui utilisent des méthodes de formation pour préparer les médecins et les infirmiers à des travaux de santé centrés sur la personne et favoriser le travail de proximité. Il est donc essentiel d'accélérer leur adoption et d'intégrer ces approches modernes et développées au cœur des programmes et des cursus de formation".

Dans le cadre de cette orientation, la loi n° 09.22 relative à la fonction sanitaire considère la formation comme un pilier essentiel pour promouvoir les ressources humaines dans le secteur de la santé et un moyen de garantir la sécurité sanitaire et la souveraineté de notre pays.

Afin de porter une attention accrue aux ressources humaines dans le secteur de la santé, la note d'introduction du ministre de la Santé et de la Protection sociale²⁷ souligne que l'objectif de la loi n° 09.22 repose sur les éléments suivants:

- définir les ressources humaines travaillant dans les groupes sanitaires territoriaux créés en vertu de la loi 08.22 ;

²⁷ - La note d'introduction de la loi n° 09.22 relative aux garanties essentielles accordées aux ressources humaines de la fonction sanitaire, présentée au Conseil du gouvernement, le 11 novembre 2022.



- Renforcer la protection juridique des employés, en considérant toute menace à leur rencontre comme une menace pour l'établissement de santé et un préjudice à celui-ci ;
- Ancrer l'obligation d'organiser des formations continue tout au long du parcours professionnel et rendre la participation à ces formations obligatoire ;
- Mettre en place un système permettant à certaines catégories de professionnels de la santé, dans le cadre d'un partenariat entre les secteurs public et privé, de pouvoir exercer certaines tâches dans le secteur privé ;
- Instaurer un nouveau système de recrutement par contrats permettant la titularisation des contractuels, en plus de l'embauche statutaire ;
- Adopter un système salarial efficace et incitatif pour les professionnels de la santé, basé sur une partie fixe comprenant le salaire et les indemnités qui leur sont attribuées conformément aux régimes applicables, et une partie variable qui tient compte, selon les montants, conditions et modalités définies par voie réglementaire, des prestations professionnelles effectuées ;
- définir des horaires et des régimes de travail spécifiques aux professionnels de la santé;
- Soumettre les professionnels de la santé aux dispositions des régimes qui leur sont applicables, sans contrevenir à la loi n° 09.22.

Dans ce même contexte, le rapport de la Commission des secteurs sociaux (session d'avril 2023) a souligné que la mise en œuvre de la loi concernant les professionnels de la santé contribuera à offrir une prestation de santé publique équitable entre les différentes régions, et à établir une législation incitative et motivante à travers l'instauration d'un système de rémunération lié à la performance et prenant en compte les risques professionnels.

Cette loi vise également à valoriser les ressources humaines du secteur de la santé et à les qualifier en définissant les garanties essentielles qui leur sont accordées, leurs droits et obligations, ainsi que leur régime salarial. De plus, elle contribuera à limiter l'exode massif des professionnels de la santé, qui préfèrent migrer à l'étranger en raison des avantages matériels et des conditions de travail plus favorables offertes par ces pays.

Cependant, cette loi ne prévoit pas de déterminer un système de rémunération basé sur les tâches accomplies et la localisation géographique dans laquelle les professionnels du secteur travaillent, ce qui pourrait encourager leur travail et leur établissement, notamment dans les zones reculées et rurales. Elle ne mentionne pas non plus un système de rémunération basé sur des critères spécifiques, tels que la productivité, le travail effectué en dehors des heures de travail officielles, les jours fériés, l'assiduité ou la distance géographique.



Ainsi, l'introduction de tels critères et incitations pourrait contribuer à humaniser le secteur, à garantir une équité géographique et une égalité entre les employés dans toutes les régions du pays, tout en luttant contre l'émigration des médecins, et en attirant des compétences. médicales étrangères. Ce système incitatif pourrait jouer un rôle majeur dans la fourniture de services de santé suffisants et de qualité, tout en assurant une couverture de santé équitable, bénéfique pour la santé de toutes les citoyennes et citoyens.



Conclusion

La loi-cadre 06.22 repose sur quatre piliers fondamentaux, qui constituent les bases de la réforme et de l'amélioration du système de santé national, peuvent être résumés comme suit :

- **Mise en place d'une nouvelle gouvernance du système de santé:** Elle vise à garantir l'équité, la démocratie et la transparence dans la gestion générale, la supervision et le suivi. Cela se fait à travers la création d'organismes de gestion et de gouvernance prévus par cette loi-cadre, comme la **Haute Autorité de Santé** chargée notamment, de l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire de base, de l'évaluation de la qualité des prestations des établissements de santé et de donner son avis sur les politiques publics dans le domaine de la santé, les **groupements sanitaires territoriaux sous forme des établissements publics** chargés, au niveau régional, de la mise en œuvre de la politique de l'Etat dans le domaine de la santé, et deux établissements publics dont l'un est chargé **des médicaments et des produits de santé et l'autre du sang et de ses dérivés.** (article 32).

- **Valorisation des ressources humaines:** Elles sont considérées comme le pilier fondamental de la réforme, et l'acteur clé dans le processus de mise en œuvre sur le terrain. Sans elles, aucune réforme ne peut réussir. Cela passe par la création d'une nouvelle législation visant à établir la fonction sanitaire.

- **Numérisation du système de santé :** Afin de suivre et d'évaluer la performance du système de santé, ainsi que pour gérer les dossiers de soins et fournir une base de données pour les demandeurs de soins. Cela inclut la mise en place d'un nouveau mécanisme appelé le **dossier médical partagé.**

- **Mise en place d'un système d'accréditation des établissements de santé :** Pour garantir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé ou leurs services.

Nous espérons que les dispositions de la loi-cadre n° 06.22 seront mises en œuvre dans les plus brefs délais afin de résoudre les dysfonctionnements existant en matière d'équité territoriale dans l'accès aux soins de santé. Il est essentiel de promulguer les lois et décrets d'application et de les activer sur le terrain, notamment la loi n° 08.22 relative à la création des groupements sanitaires territoriaux et la loi n° 09.22 concernant la fonction sanitaire.



Bibliographie

- La réforme et la gouvernance du système de protection sociale au Maroc, article publié sur le site officiel du Ministère de la Solidarité et de l'Intégration Sociale de la Famille: <https://social.gov.ma/politique-publique-de-protection-sociale>.
- L'avis du Conseil économique, social et environnemental sur les services de santé de base, référence 34/2018.
- Le ministre de l'Économie, des Finances et de la Réforme de l'Administration concernant le projet de loi-cadre n° 09.21, le 22 février 2021.
- Royaume du Maroc, ministère de la santé, D.H.S.A, Programme Médical Régional « PMR ».
- Dahir n° 1.11.91 du 27 Chaâbane 1432 (29 juillet 2011) portant promulgation du texte de **la Constitution**, Bulletin officiel n° 5964 bis, en date du 28 Chaâbane 1432 (30 juillet 2011), p. 3600.
- Dahir n° 1.22.77 du 14 Joumada I 1444 (9 décembre 2022) portant promulgation de **la loi-cadre n° 06.22** relative au système de santé national, Bulletin officiel n° 7151, en date du 17 Joumada I 1444 (12 décembre 2022).
- Dahir n° 1.21.30 du 9 Chaâbane 1442 (23 mars 2021) portant promulgation de **la loi-cadre n° 09.21** relative à la protection sociale, Bulletin officiel n° 6975, en date du 22 Chaâbane 1442 (5 avril 2021).
- Dahir n° 1.11.83 du 29 Rajab 1432 (2 juillet 2011) portant promulgation de **la loi-cadre n° 34.09** relative au système de santé et à l'offre de soins, Bulletin officiel n° 5962, en date du 19 Chaâbane 1432 (21 juillet 2011).
- Dahir n° 1.23.50 du 9 Dhou al-Hijja 1444 (28 juin 2023) portant promulgation de **la loi n° 08.22** relative à la création des groupements sanitaires territoriaux, Bulletin officiel n° 7213, en date du 28 Dhou al-Hijja 1444 (17 juillet 2023).
- Dahir n° 1.23.51 du 9 Dhou al-Hijja 1444 (28 juin 2023) portant promulgation de **la loi n° 09.22** relative à la fonction sanitaire, Bulletin officiel n° 7213, en date du 28 Dhou al-Hijja 1444 (17 juillet 2023).