

Équité et territorialisation des soins dans le cadre de la régionalisation sanitaire au Maroc

Territorialization within the Framework of Healthcare Regionalization in Morocco

Kawtar ZAHIDI, (Chercheure)

*Laboratoire de Recherche en Compétitivité Économique et Performance Managériale
 (LARCPEM)*

*Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et sociales- Souissi
 Université Mohammed V de Rabat, Maroc*

Adresse de correspondance :	Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales - Souissi Avenue Mohammed Ben Abdallah Ragraoui Al Irfane. BP 6430 Rabat (+212) 5 37 67 17 19 fsjes-souissi@um5r.ac.ma
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude et ils sont responsables de tout plagiat dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	ZAHIDI, K. (2025). Équité et territorialisation des soins dans le cadre de la régionalisation sanitaire au Maroc. <i>Equity and Health . International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 6(10), 714–724.
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

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

ISSN: 2658-8455

Volume 6, Issue 10 (2025)

Équité et territorialisation des soins dans le cadre de la régionalisation sanitaire au Maroc

Résumé :

L'équité en santé constitue un enjeu central des systèmes de soins contemporains et un pilier essentiel de la justice sociale. Au Maroc, malgré les réformes entreprises au cours des dernières années, de profondes disparités persistent entre les territoires, marquées par une concentration des ressources médicales et hospitalières dans les grandes agglomérations et une sous-médicalisation des zones rurales et enclavées. Face à ces constats, le Royaume a engagé une réforme d'envergure, inscrite dans la loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale, qui place la territorialisation des soins au cœur de la restructuration du système de santé à travers la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST).

Cet article, fondé sur une revue narrative de la littérature et l'analyse des rapports institutionnels nationaux et internationaux, examine l'équité et la territorialisation dans le contexte marocain. Les résultats montrent que si la réforme offre une opportunité historique pour améliorer la planification régionale, rapprocher les soins des populations et renforcer la coordination des services, plusieurs défis persistent : pénurie et répartition inégale des ressources humaines, insuffisance des infrastructures, limites de financement et faiblesse des capacités de gouvernance locale.

La discussion met en évidence que la réussite de la territorialisation dépendra de l'articulation entre volonté politique, mobilisation des ressources et implication des acteurs locaux. La territorialisation sanitaire peut devenir un levier majeur de justice sociale et de réduction des inégalités, à condition de dépasser les contraintes structurelles qui freinent depuis longtemps l'équité en santé au Maroc.

Mots clés : Équité en santé, Territorialisation, Disparités régionales, Réforme sanitaire, Maroc.

JEL Classification : I14

Type du papier : Recherche Théorique

Abstract :

Health equity is a central concern of modern health systems and a cornerstone of social justice. In Morocco, despite reforms undertaken in recent years, significant disparities persist between territories, with medical and hospital resources concentrated in large urban areas and a marked shortage of services in rural and remote regions. To address these challenges, the Kingdom has launched a major reform, enshrined in Framework Law No. 09-21 on social protection, which places **health territorialization** at the heart of the system's restructuring through the establishment of Territorial Health Groups (Groupements Sanitaires Territoriaux, GST).

This article, based on a narrative review of the literature and an analysis of national and international institutional reports, examines equity and territorialization in the Moroccan context. The findings show that while the reform represents a historic opportunity to enhance regional planning, bring services closer to populations, and improve coordination, several challenges remain: shortage and unequal distribution of human resources, insufficient infrastructure, limited financing, and weak local governance capacities.

The discussion highlights that the success of territorialization will depend on the interplay between political will, resource mobilization, and the involvement of local actors. Health territorialization has the potential to become a major lever for social justice and for reducing inequalities, provided that longstanding structural barriers to equity in Morocco are effectively addressed.

Keywords : Health equity, Territorialization, Regional disparities, Health system reform, Morocco.

Classification JEL : I14

Paper type : Theoretical Research

1. Introduction

L'équité en santé est reconnue comme un principe central des systèmes de soins modernes, visant à assurer que chaque individu, indépendamment de son lieu de résidence ou de sa condition socio-économique, puisse accéder à des services de santé de qualité. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2010), l'équité dans l'accès aux soins implique non seulement la disponibilité des services, mais aussi leur accessibilité géographique, financière et culturelle. Pourtant, au Maroc, malgré des réformes structurelles importantes, les inégalités territoriales persistent, marquées par une concentration des ressources dans les grandes villes et des déficits notables en zones rurales et enclavées (Haut-Commissariat au Plan [HCP], 2021). La question de la justice territoriale a été explicitement placée au cœur des orientations stratégiques du Royaume. Dans son discours du 29 juillet 2018, Sa Majesté le Roi Mohammed VI a souligné que « la mise en place d'un système de santé efficient et équitable demeure une priorité pour garantir la dignité de chaque citoyen », insistant sur la nécessité de réduire les disparités régionales et sociales. Plus récemment, le discours royal du 29 juillet 2020 a réaffirmé la centralité de la réforme de la protection sociale et de la santé, en appelant à une restructuration profonde et à une meilleure territorialisation des soins.

C'est dans ce cadre que le Maroc a lancé une réforme ambitieuse, inscrite dans la loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale [MSPS], 2021). L'un des piliers majeurs de cette réforme est la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), structures régionales chargées de rationaliser l'offre de soins, de coordonner les ressources et de rapprocher les services de santé des citoyens. Cette approche s'inscrit dans la dynamique plus large de la régionalisation avancée, visant à renforcer la gouvernance territoriale et l'équité (Banque mondiale, 2022). Inspirée d'expériences internationales, telles que les Agences Régionales de Santé en France (Saltman, Bankauskaite, & Vrangbæk, 2007), cette territorialisation sanitaire ambitionne de corriger les déséquilibres historiques et de renforcer l'efficacité des politiques de santé.

Cependant, la mise en œuvre de la territorialisation soulève plusieurs défis. Tout d'abord, la répartition inégale des ressources humaines demeure une contrainte majeure : on estime qu'en 2021, près de 45 % des médecins exerçaient dans les régions de Rabat-Salé-Kénitra et Casablanca-Settat, tandis que certaines régions du Sud et du Centre restent largement déficitaires (MSPS, 2022). Ensuite, l'insuffisance des infrastructures de santé dans certaines provinces accentue les difficultés d'accessibilité, notamment pour les populations rurales et montagneuses (HCP, 2021). Enfin, la question du financement durable et la mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation adaptés conditionnent la réussite de ce processus (Organisation de Coopération et de Développement Économiques [OCDE], 2019).

D'un point de vue conceptuel, les travaux de Penchansky et Thomas (1981) sur les dimensions de l'accessibilité (disponibilité, accessibilité, accommodation, acceptabilité et affordability) et ceux de Levesque, Harris et Russell (2013) sur l'accès centré sur le patient fournissent des cadres analytiques pertinents pour comprendre les mécanismes d'inégalités d'accès et leur traduction en disparités territoriales. Appliqués au cas du Maroc, ces cadres permettent de mettre en évidence la manière dont les dimensions structurelles (infrastructures, ressources humaines, financement) et sociales (conditions de vie, pauvreté, isolement) interagissent pour produire des écarts en matière de santé.

Dans cette perspective, le présent article propose une analyse de l'équité et de la territorialisation des soins dans le cadre de la régionalisation sanitaire au Maroc. Plus précisément, il s'agira (i) d'examiner les disparités territoriales actuelles, (ii) d'analyser les réponses apportées par la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux, et (iii) de discuter les défis et conditions nécessaires pour que la régionalisation sanitaire contribue réellement à la réduction des inégalités de santé et à l'instauration d'une justice sociale.

2. Revue de littérature

2.1. L'équité en santé : un principe central des systèmes de soins

L'équité en santé constitue aujourd'hui un axe majeur des politiques sanitaires, car elle reflète la capacité d'un système à garantir une répartition juste et adaptée des services en fonction des besoins de la population. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2010) définit l'équité comme l'absence de différences évitables et injustes dans l'état de santé entre des groupes sociaux, économiques ou géographiques. Elle insiste sur l'idée que ces différences ne résultent pas de facteurs biologiques mais de conditions sociales et structurelles sur lesquelles il est possible d'agir.

Whitehead (1992) distingue les inégalités de santé, qui sont des différences observées entre les populations, des injustices en santé, qui renvoient aux écarts considérés comme évitables et moralement inacceptables. Ainsi, la notion d'équité va au-delà de la simple égalité : elle implique d'allouer davantage de ressources aux populations les plus vulnérables afin de corriger des désavantages structurels. Cette distinction est particulièrement importante dans les pays en développement, où les écarts sociaux et géographiques déterminent fortement l'accès aux services de santé.

Dans ce sens, McIntyre, Thiede et Birch (2009) rappellent que l'équité peut se décliner en deux dimensions complémentaires :

- Équité horizontale : garantir un traitement égal à des individus ayant les mêmes besoins de santé.
- Équité verticale : fournir un soutien différencié et accru aux groupes les plus défavorisés, afin de réduire les écarts existants.

Ces principes sont essentiels pour assurer la justice sociale en santé. Leur absence conduit à une situation où les déterminants sociaux – revenus, éducation, lieu de résidence – deviennent les principaux facteurs explicatifs des inégalités sanitaires, ce qui fragilise la cohésion sociale et limite les performances globales du système.

Au Maroc, ces enjeux prennent une acuité particulière. Le Haut-Commissariat au Plan (HCP, 2021) a montré que de fortes disparités persistent entre zones urbaines et rurales, notamment dans la disponibilité des médecins, des infrastructures hospitalières et de l'offre de soins spécialisés. Par conséquent, l'équité en santé ne peut être envisagée uniquement comme un objectif théorique, mais comme une condition nécessaire pour répondre aux besoins réels d'une population marquée par l'hétérogénéité territoriale et socio-économique. La réforme actuelle du système de santé, centrée sur la territorialisation et la protection sociale, vise précisément à répondre à cette exigence en inscrivant l'équité au cœur des priorités stratégiques nationales (MSPS, 2021 ; Discours Royal, 2020).

2.2. Concepts et dimensions de l'accessibilité

L'accessibilité aux soins de santé constitue un concept central dans l'évaluation de la performance et de l'équité des systèmes de santé. Elle renvoie à la facilité avec laquelle les individus peuvent obtenir les services de santé dont ils ont besoin, en tenant compte à la fois des caractéristiques de l'offre et des capacités de la population à mobiliser cette offre (Gulliford et al., 2002).

L'un des modèles les plus influents demeure celui proposé par Penchansky et Thomas (1981), qui ont conceptualisé l'accessibilité comme la concordance entre l'offre et la demande de soins à travers cinq dimensions complémentaires :

1. **Disponibilité (availability)** : correspond à l'adéquation entre le volume et le type de services existants et les besoins de la population. Un manque de structures ou de spécialistes dans une région traduit une rupture de disponibilité.

2. **Accessibilité géographique (accessibility)** : désigne la relation entre l'emplacement des services de santé et celui des usagers, intégrant les distances, le temps de transport et les coûts associés.
3. **Accommodation (organisation)** : concerne l'organisation des services (horaires, délais de rendez-vous, coordination des soins) et leur compatibilité avec les attentes et contraintes des usagers.
4. **Acceptabilité (acceptability)** : reflète la dimension socioculturelle de la relation entre prestataires et patients, incluant la confiance, la communication et le respect des valeurs.
5. **Affordability (capacité financière)** : se rapporte à la capacité des individus à supporter les coûts directs et indirects des soins (consultations, médicaments, transport).

Ce modèle a largement structuré les études sur l'accès aux soins, en offrant une grille d'analyse multidimensionnelle applicable à différents contextes.

Toutefois, cette approche a été enrichie par les travaux de Levesque, Harris et Russell (2013), qui proposent une vision plus dynamique et centrée sur le patient. Leur cadre intègre à la fois :

- les caractéristiques des systèmes de santé (approchabilité, acceptabilité, disponibilité et accommodation, accessibilité, affordability),
- et les capacités des populations à identifier leurs besoins, à chercher, atteindre, payer et utiliser les soins.

Cette conceptualisation élargit la compréhension de l'accessibilité en mettant en évidence que l'accès n'est pas seulement déterminé par l'offre de soins, mais aussi par la capacité des individus à surmonter des obstacles économiques, sociaux et culturels.

Dans le cas du Maroc, ces modèles se révèlent particulièrement pertinents. Les inégalités territoriales et sociales en matière de santé ne peuvent être analysées uniquement à travers la présence ou l'absence d'infrastructures. Elles doivent aussi être comprises au regard des contraintes économiques (revenus limités, couverture médicale incomplète), géographiques (zones rurales et montagneuses difficiles d'accès), et socioculturelles (analphabétisme, normes culturelles) qui influencent la capacité réelle des populations à recourir aux services disponibles (Banque mondiale, 2022 ; HCP, 2021).

Ainsi, l'accessibilité apparaît comme un concept multidimensionnel qui dépasse la simple question de proximité géographique. Elle constitue un déterminant essentiel de l'équité en santé et un indicateur incontournable pour évaluer l'efficacité des réformes en cours au Maroc, notamment celles liées à la territorialisation des soins.

2.3. Territorialisation et décentralisation en santé

La territorialisation des soins est une approche organisationnelle qui considère le territoire comme l'unité de base pour la planification, la gouvernance et la prestation des services de santé. Elle vise à adapter l'offre aux spécificités locales et à rapprocher les services des populations, en tenant compte de leurs besoins, de leurs conditions socio-économiques et de leurs réalités géographiques. Selon Saltman, Bankauskaite et Vrangbæk (2007), la territorialisation est une modalité de la décentralisation sanitaire qui, si elle est bien conçue, peut améliorer la réactivité, l'efficacité et la pertinence des politiques publiques.

La décentralisation dans le domaine de la santé s'appuie sur plusieurs arguments. D'une part, elle permet de renforcer la gouvernance en donnant plus de marge de manœuvre aux autorités locales pour adapter les stratégies sanitaires aux réalités de leurs territoires (Bossert & Mitchell, 2011). D'autre part, elle favorise la participation communautaire, en associant davantage les citoyens et les acteurs locaux aux décisions de santé (World Health Organization [WHO], 2010). Toutefois, la décentralisation n'est pas une solution universelle : son efficacité dépend des capacités institutionnelles, des ressources disponibles et des mécanismes de redevabilité mis en place (Saltman et al., 2007).

Plusieurs expériences internationales illustrent les atouts et limites de la territorialisation sanitaire :

- En France, la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2009 a permis d'unifier la gouvernance régionale de la santé, en coordonnant les soins hospitaliers, ambulatoires et la prévention. Bien que saluée pour sa cohérence, cette réforme a été critiquée pour sa complexité administrative et ses lenteurs décisionnelles (Chevreul, Durand-Zaleski, Bahrami, Hernández-Quevedo, & Mladovsky, 2015).
- En Tunisie, des réformes de décentralisation sanitaire ont été initiées après 2011, mais elles se heurtent à des contraintes budgétaires, une faible autonomie régionale et un manque de ressources humaines, limitant la portée des changements attendus (Yahiaoui, 2018).
- Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, la décentralisation a permis une meilleure implication des collectivités locales, mais a aussi révélé des défis persistants de financement et de capacités managériales (Bossert & Mitchell, 2011).

Ces expériences montrent que la territorialisation, loin d'être une panacée, constitue un processus complexe nécessitant une articulation claire entre les niveaux central, régional et local. Elle requiert également des mécanismes de coordination intersectorielle et une vision stratégique pour réduire les inégalités territoriales en santé.

Dans le cas du Maroc, la territorialisation s'inscrit dans la dynamique plus large de la régionalisation avancée, lancée par la réforme constitutionnelle de 2011 et consolidée par les orientations royales. L'introduction des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) dans la réforme actuelle représente une étape décisive pour structurer le système de santé autour d'unités territoriales intégrées, favorisant la proximité, la planification régionale et l'équité (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale [MSPS], 2021). Toutefois, comme le rappellent les comparaisons internationales, le succès de cette démarche dépendra de la capacité à mobiliser durablement des ressources financières, humaines et institutionnelles au niveau régional.

2.4. Les spécificités marocaines : entre inégalités territoriales et réforme en cours

Le système de santé marocain se caractérise par une hétérogénéité marquée entre les territoires, traduisant à la fois des écarts historiques de développement et des contraintes structurelles persistantes. Ces inégalités se manifestent dans la répartition des ressources humaines, la disponibilité des infrastructures et l'accessibilité géographique aux services de santé.

Selon le Haut-Commissariat au Plan (HCP, 2021), la densité médicale varie fortement d'une région à l'autre. Alors que les régions de Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra concentrent près de 45 % des médecins du Royaume, certaines régions du sud et du centre enregistrent moins de 1 médecin pour 5 000 habitants. De même, plus de 70 % des lits hospitaliers sont localisés dans quatre régions principales, accentuant le déséquilibre entre zones urbaines et rurales (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale [MSPS], 2022).

Ces écarts ne sont pas uniquement liés à l'offre médicale : ils se combinent avec des déterminants sociaux tels que la pauvreté, l'analphabétisme et l'isolement géographique. Dans les zones montagneuses et enclavées, l'accès aux soins de base reste limité par des difficultés de transport et un déficit d'infrastructures routières, aggravant la vulnérabilité des populations locales (Banque mondiale, 2022).

Face à ces constats, le Maroc a entrepris une réforme systémique visant à corriger ces déséquilibres. La loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale et le Plan national de réforme du système de santé introduisent les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) comme pierre angulaire de la territorialisation sanitaire (MSPS, 2021). Ces entités visent à :

1. Décentraliser la gouvernance sanitaire vers l'échelon régional.
2. Améliorer la planification et la coordination des services à l'échelle locale.

3. Réduire les inégalités d'accès en rapprochant l'offre des populations défavorisées. Cette orientation s'inscrit dans la dynamique plus large de la régionalisation avancée, inscrite dans la Constitution de 2011, et répond directement aux orientations stratégiques exprimées dans les discours royaux. Dans son discours du 29 juillet 2018, Sa Majesté le Roi Mohammed VI a souligné que « la dignité du citoyen marocain dépend d'un accès équitable et généralisé aux soins de santé », appelant à une refonte du système pour corriger les disparités régionales. Plus récemment, dans le discours du 29 juillet 2020, le Souverain a réaffirmé l'urgence de restructurer en profondeur le système de santé afin de l'aligner sur le chantier de généralisation de la protection sociale.

Toutefois, si la réforme actuelle ouvre des perspectives prometteuses, elle n'est pas exempte de défis. La réussite des GST dépendra de la capacité à :

- mobiliser durablement des ressources humaines et financières,
- instaurer des mécanismes de gouvernance participative,
- mettre en place des systèmes d'information intégrés pour le suivi et l'évaluation,
- et renforcer la confiance des citoyens envers les services de santé publics.

Ainsi, les spécificités marocaines mettent en évidence une tension entre inégalités structurelles persistantes et réformes ambitieuses en cours. La territorialisation, à travers les GST, apparaît comme une opportunité stratégique pour rapprocher les soins des populations et instaurer une justice sociale en santé, à condition de surmonter les contraintes structurelles qui freinent depuis longtemps l'équité territoriale.

3. Résultats : Constats principaux

3.1. Des disparités territoriales persistantes

L'analyse de la documentation nationale et internationale met en évidence des inégalités structurelles importantes dans l'accès aux soins au Maroc. Ces disparités se manifestent à plusieurs niveaux :

- Répartition des ressources humaines : près de la moitié des médecins exercent dans deux régions seulement (Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra), tandis que des régions rurales et montagneuses comme Drâa-Tafilalet ou Béni Mellal-Khénifra présentent des ratios largement en deçà des normes de l'OMS (HCP, 2021 ; MSPS, 2022). Cette concentration contribue à l'engorgement des hôpitaux urbains et à la sous-médicalisation de vastes zones rurales.
- Infrastructures de santé : plus de 70 % des lits hospitaliers sont concentrés dans quatre régions, renforçant l'inégalité d'accès aux soins spécialisés (MSPS, 2022). Certaines provinces restent dépourvues de services essentiels, comme la maternité ou la chirurgie d'urgence, obligeant les patients à parcourir de longues distances pour accéder aux soins.
- Accessibilité géographique : les populations rurales et enclavées sont confrontées à des difficultés accrues de transport, de coût et de disponibilité des services. Dans certaines zones montagneuses, le temps moyen pour rejoindre un centre de santé dépasse deux heures, ce qui retarde la prise en charge des urgences médicales (Banque mondiale, 2022).
- Déterminants sociaux : les écarts en matière de pauvreté, de niveau d'instruction et de couverture médicale accentuent les inégalités d'accès. Ainsi, les ménages les plus pauvres renoncent plus souvent aux soins, faute de moyens financiers ou de disponibilité locale (OMS, 2010).

Ces constats montrent que les inégalités en santé au Maroc ne sont pas seulement le reflet d'un déficit global de ressources, mais également d'une mauvaise répartition territoriale et d'une gouvernance centralisée qui peine à s'adapter aux besoins spécifiques des territoires.

3.2. Les apports attendus de la réforme sanitaire et de la territorialisation

La réforme actuelle, inscrite dans la loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale, prévoit la mise en place des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) comme instruments de gouvernance régionale (MSPS, 2021). Ces structures visent à :

1. Renforcer la planification territoriale : les GST doivent permettre une meilleure allocation des ressources en fonction des besoins locaux, en s'appuyant sur des diagnostics régionaux de santé.
2. Coordonner l'offre de soins : en intégrant hôpitaux, centres de santé et services de proximité dans une logique de complémentarité, les GST visent à réduire la fragmentation actuelle du système.
3. Rapprocher les services des citoyens : la logique de proximité est au cœur de la territorialisation, afin de limiter les déplacements coûteux et améliorer l'accès aux soins primaires et spécialisés.
4. Améliorer la gouvernance et la transparence : en confiant plus de responsabilités aux régions, la réforme ambitionne d'accroître la réactivité et la redevabilité des structures sanitaires.

Cette réforme traduit la volonté politique exprimée dans les discours royaux de 2018 et 2020, qui ont insisté sur l'urgence d'une réorganisation profonde du système de santé, alignée sur le chantier de la protection sociale généralisée. Elle s'inscrit également dans la dynamique internationale, en cohérence avec les recommandations de l'OMS (2010) et de la Banque mondiale (2022), qui plaident pour une gouvernance sanitaire territoriale afin de réduire les inégalités d'accès.

3.3. Les défis persistants et conditions de réussite

Si la réforme constitue une avancée majeure, plusieurs défis structurels pourraient limiter son efficacité :

- Pénurie et répartition des ressources humaines : la disponibilité insuffisante de médecins, infirmiers et spécialistes reste un obstacle majeur, en particulier dans les régions rurales. La réussite de la territorialisation dépendra de la capacité à former, attirer et retenir les professionnels dans toutes les régions (MSPS, 2022).
- Financement durable : la mise en place des GST nécessitera des investissements importants en infrastructures, équipements et ressources humaines. Sans un financement pérenne et équitable, les écarts risquent de se maintenir.
- Capacités de gouvernance locale : la décentralisation exige des compétences en planification, gestion et suivi, qui ne sont pas encore pleinement développées dans toutes les régions (OCDE, 2019).
- Systèmes d'information et suivi-évaluation : un dispositif performant de collecte et d'analyse des données est indispensable pour mesurer les progrès et ajuster les stratégies. Or, les systèmes actuels restent fragmentés et peu intégrés.

En résumé, la réforme du système de santé au Maroc, à travers la territorialisation et la création des GST, représente une opportunité historique pour réduire les inégalités régionales en matière de santé. Cependant, sa réussite dépendra de la capacité à relever des défis structurels anciens, en plaçant l'équité et la justice sociale au cœur de la mise en œuvre.

4. Discussion

4.1. Interprétation des résultats et comparaison internationale

Les constats mettent en évidence des disparités persistantes entre les régions marocaines en matière d'accès aux soins, traduisant à la fois des déséquilibres historiques et une gouvernance sanitaire centralisée. Ces résultats sont cohérents avec les analyses menées dans d'autres

contextes similaires. Par exemple, McIntyre, Thiede et Birch (2009) soulignent que, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les inégalités de santé sont amplifiées par la combinaison de barrières économiques, géographiques et institutionnelles.

La création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) constitue une tentative de réponse à ces inégalités par une réorganisation de la gouvernance au niveau régional. Cette approche s'apparente aux Agences Régionales de Santé (ARS) en France, qui ont permis de renforcer la planification et la coordination des soins, même si elles ont été critiquées pour leur lourdeur administrative (Chevreul et al., 2015). En Tunisie, les réformes de décentralisation ont montré que l'autonomie régionale ne garantit pas à elle seule l'équité si elle n'est pas accompagnée de financements suffisants et de capacités institutionnelles solides (Yahiaoui, 2018).

Ainsi, les réformes marocaines s'inscrivent dans une tendance internationale qui associe territorialisation et justice sociale. Cependant, elles doivent éviter les écueils observés ailleurs, notamment le manque de moyens humains et financiers qui limite la portée de la décentralisation (Saltman, Bankauskaite, & Vrangbæk, 2007).

4.2. Forces et limites de la réforme de la territorialisation au Maroc

La réforme actuelle présente plusieurs forces. D'une part, elle bénéficie d'un fort appui politique, exprimé dans les discours royaux de 2018 et 2020, ce qui lui confère une légitimité nationale et une dynamique stratégique. D'autre part, elle s'inscrit dans une réforme plus globale de la protection sociale, ce qui permet d'articuler équité en santé et justice sociale (MSPS, 2021). Enfin, la logique de territorialisation offre une opportunité unique pour rapprocher les services des citoyens et corriger les déséquilibres régionaux.

Cependant, plusieurs limites structurelles doivent être soulignées :

- La pénurie de ressources humaines qualifiées, qui risque de freiner l'opérationnalisation des GST (MSPS, 2022).
- Les inégalités persistantes en infrastructures, qui nécessitent des investissements massifs pour répondre aux besoins locaux.
- Le manque d'expérience en gouvernance régionale, qui pourrait ralentir la mise en œuvre effective des nouvelles structures (OCDE, 2019).
- L'insuffisance des systèmes d'information intégrés, limitant la capacité à suivre et évaluer les progrès (OMS, 2010).

Ces limites rejoignent les constats de la littérature internationale, qui souligne que la réussite de la territorialisation repose sur une combinaison de facteurs : ressources adéquates, gouvernance participative, financement durable et évaluation continue (Bossert & Mitchell, 2011).

4.3. Implications pour l'équité et perspectives de développement

L'un des principaux apports de la territorialisation réside dans son potentiel à réduire les inégalités territoriales et à renforcer l'équité en santé. En rapprochant les soins des populations rurales et enclavées, la réforme peut améliorer l'accès effectif aux services de santé, condition essentielle pour réduire la mortalité évitable et améliorer les indicateurs de santé. Toutefois, l'expérience internationale montre que la territorialisation ne conduit pas automatiquement à l'équité : elle doit être accompagnée de mesures spécifiques ciblant les populations les plus vulnérables (Levesque, Harris, & Russell, 2013).

Pour le Maroc, plusieurs perspectives stratégiques peuvent être envisagées :

1. Renforcer la formation et la répartition des ressources humaines afin de garantir une présence médicale minimale dans toutes les régions.
2. Assurer un financement durable et équitable, basé sur une redistribution interrégionale des ressources.

3. Mettre en place des mécanismes de gouvernance participative, impliquant les collectivités territoriales et la société civile dans la gestion des GST.
4. Développer des systèmes d'information intégrés, permettant de mesurer les progrès en termes d'équité et d'efficacité.

En somme, la réforme marocaine représente une opportunité historique pour inscrire l'équité au cœur du système de santé. Sa réussite dépendra de la capacité à transformer la territorialisation en un levier de justice sociale, et non en une simple réorganisation administrative.

5. Conclusion

L'équité en santé demeure un objectif central des systèmes de soins modernes et un défi majeur pour le Maroc. L'analyse a mis en évidence l'ampleur des inégalités territoriales qui caractérisent le système de santé national : concentration des ressources humaines et des infrastructures dans quelques grandes régions, déficit marqué dans les zones rurales et enclavées, et obstacles économiques et géographiques qui limitent l'accès effectif aux soins pour une partie importante de la population. Ces disparités traduisent non seulement des déséquilibres historiques, mais aussi les limites d'une gouvernance centralisée qui peine à répondre aux besoins différenciés des territoires.

La réforme actuelle, portée par la loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale et la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), représente une opportunité historique pour transformer le système de santé marocain. En instaurant une gouvernance régionale et en plaçant le territoire au cœur de la planification sanitaire, elle ambitionne de rapprocher les soins des citoyens, d'améliorer la coordination entre les structures et de réduire les inégalités. Cette orientation répond directement aux discours royaux de 2018 et 2020, qui ont réaffirmé la nécessité de garantir la dignité des citoyens à travers un accès équitable et généralisé aux services de santé.

Toutefois, la réussite de ce processus dépendra de la capacité à relever plusieurs défis structurants : la pénurie et la mauvaise répartition des ressources humaines, l'insuffisance des infrastructures, les limites des financements disponibles, et la nécessité de renforcer les capacités de gouvernance et les systèmes d'information au niveau régional. Sans réponses adaptées à ces contraintes, la territorialisation risque de rester une réforme institutionnelle sans réel impact sur l'équité en santé.

Ainsi, la mise en œuvre des GST doit être accompagnée de mesures stratégiques concrètes :

1. Un investissement massif dans les ressources humaines et les infrastructures de santé, avec une répartition équitable entre les régions.
2. Un financement durable et redistributif, garantissant que les territoires les plus vulnérables bénéficient d'un soutien renforcé.
3. Une gouvernance participative, impliquant les collectivités territoriales, la société civile et les usagers dans la planification et l'évaluation des politiques de santé.
4. Des systèmes de suivi et d'évaluation basés sur des indicateurs d'équité, permettant de mesurer les progrès et d'ajuster les interventions.

En définitive, la territorialisation de la santé au Maroc peut constituer un levier décisif pour la justice sociale et pour la consolidation de la cohésion nationale. Si elle est accompagnée des ressources et des mécanismes nécessaires, elle contribuera à concrétiser la vision d'un système de santé plus équitable, efficace et résilient, au service de l'ensemble des citoyens, conformément aux ambitions portées par le chantier royal de réforme.

Références :

- (1). Banque mondiale. (2022). *Maroc : Renforcer le système de santé pour accompagner la généralisation de la protection sociale*. Washington, DC : Banque mondiale.
- (2). Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2011). Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. *Social Science & Medicine*, 72(1), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.019>
- (3). Chevreul, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C., & Mladovsky, P. (2015). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(3), 1–218.
- (4). Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does ‘access to health care’ mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- (5). Haut-Commissariat au Plan (HCP). (2021). *Rapport national sur les disparités régionales et sociales au Maroc*. Rabat : HCP.
- (6). Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- (7). McIntyre, D., Thiede, M., & Birch, S. (2009). Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Health Economics, Policy and Law*, 4(2), 179–193. <https://doi.org/10.1017/S1744133109004851>
- (8). Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS). (2021). *Plan de réforme du système de santé et création des Groupements Sanitaires Territoriaux*. Rabat : MSPS.
- (9). Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS). (2021). *Loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale*. Rabat : MSPS.
- (10). Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (MSPS). (2022). *Rapport annuel sur les ressources humaines et infrastructures de santé au Maroc*. Rabat : MSPS.
- (11). Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris : Éditions OCDE. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- (12). Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *World Health Report: Health systems financing – the path to universal coverage*. Genève : OMS.
- (13). Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- (14). Sa Majesté le Roi Mohammed VI. (2020, 29 juillet). *Discours à l’occasion de la fête du Trône*. Rabat.
- (15). Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbæk, K. (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. Maidenhead: Open University Press.
- (16). Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- (17). World Health Organization (WHO). (2010). *World Health Report: Health systems financing – the path to universal coverage*. Geneva: WHO.
- (18). Yahiaoui, N. (2018). La décentralisation sanitaire en Tunisie : entre discours réformateur et réalités structurelles. *Revue Tiers Monde*, 234(2), 89–108. <https://doi.org/10.3917/rtm.234.0089>