

La Territorialisation de la Santé au Maroc : Fondements de l'État Social, Cadre Juridique et Perspectives à la lumière des expériences Française, Allemande et Espagnole

Territorialization of Healthcare in Morocco: Foundations of the Social State, Legal Framework, and Prospects in Light of the French, German, and Spanish Experiences.

Auteur 1 : Dr KHACHANI Souad

KHACHANI Souad : Docteur en Droit Public et Sciences Politiques , à la Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales Agdal Rabat, Université Mohammed V Rabat Maroc, Institut Supérieur des Professions Infirmières et Technique de Santé de Rabat Maroc.

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : KHACHANI .S (2026) « La Territorialisation de la Santé au Maroc : Fondements de l'État Social, Cadre Juridique et Perspectives à la lumière des expériences Française, Allemande et Espagnole », African Scientific Journal « Volume 03, Num 37 » pp: 001 – 025.



DOI : 10.5281/zenodo.22693882
Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

La territorialisation de la santé constitue aujourd'hui un axe structurant de la réforme du système national de santé au Maroc. Elle s'inscrit dans une dynamique plus large de consolidation de l'État social, de généralisation de la protection sociale et de régionalisation avancée. L'objectif n'est plus seulement de garantir juridiquement le droit à la santé, mais d'en assurer l'effectivité à travers une organisation territoriale capable de répondre aux besoins différenciés des populations.

La présente étude analyse, dans un premier temps, les fondements internationaux du droit à la santé et leur articulation avec les exigences de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité des services sanitaires. Elle examine ensuite le cadre constitutionnel et législatif marocain, notamment l'article 31 de la Constitution de 2011, la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé et la loi n° 08-22 relative à la création des Groupements sanitaires territoriaux. L'étude met en évidence les atouts institutionnels et juridiques dont dispose le Maroc pour réussir cette territorialisation.

Une approche comparative des modèles français, allemand et espagnol permet ensuite d'identifier différentes formes d'articulation entre État social, solidarité nationale, organisation territoriale et gouvernance sanitaire. L'analyse ne vise toutefois pas à transposer mécaniquement ces modèles au Maroc, mais à montrer que le Royaume dispose de caractéristiques propres susceptibles de soutenir une territorialisation adaptée à ses réalités démographiques, géographiques, sociales et institutionnelles. Ainsi, l'approche méthodologique adoptée est comme suit : il s'agit d'étude qualitative fondée sur une analyse documentaire, juridique et comparative des cadres internationaux et nationaux, complétée par une comparaison des expériences française, allemande et espagnole. En ce qui concerne l'échantillon : il s'agit d'un corpus documentaire et juridique composé des instruments internationaux, des textes marocains et des cadres institutionnels et juridiques français, allemands et espagnols.

En ce qui L'analyse met en évidence l'existence, au Maroc, de **fondements constitutionnels, juridiques et institutionnels favorables à la territorialisation du système de santé**. La mise en place des **Groupements sanitaires territoriaux** constitue un dispositif structurant susceptible d'améliorer la coordination, la proximité et l'efficacité de l'offre de soins. La territorialisation apparaît comme un **levier de réduction des disparités territoriales**, à

travers une allocation des ressources davantage différenciée selon les besoins des populations. La consolidation des **soins de santé primaires**, des ressources humaines et des dispositifs numériques constitue une condition déterminante de l'effectivité de la réforme. Le renforcement de la **carte sanitaire et des systèmes d'information** doit favoriser une planification fondée sur les besoins réels et une régulation plus équitable de l'offre de soins. La réforme suppose un **équilibre entre la garantie nationale de l'égalité d'accès aux soins et l'adaptation territoriale** des politiques et des moyens sanitaires. La territorialisation peut ainsi contribuer à faire du système de santé un **instrument de justice sociale, d'équité territoriale, de cohésion nationale et d'effectivité du droit constitutionnel à la santé**.

Mots clés : territorialisation de la santé ; droit à la santé ; État social ; équité territoriale ; régionalisation avancée ; Groupements sanitaires territoriaux ; Maroc ; protection sociale.

Abstract

The territorialization of healthcare has become a key pillar of the reform of Morocco's national health system. It forms part of a broader process aimed at consolidating the **social state**, achieving the universalization of social protection, and advancing the process of **advanced regionalization**. The objective is no longer merely to legally guarantee the right to health, but also to ensure its effective realization through a territorial organization capable of responding to the differentiated needs of populations.

This study first examines the international foundations of the right to health and their relationship with the requirements of **availability, accessibility, acceptability, and quality** of healthcare services. It then analyzes the Moroccan constitutional and legislative framework, particularly **Article 31 of the 2011 Constitution, Framework Law No. 06-22 on the national health system**, and **Law No. 08-22 establishing Territorial Health Groups (Groupements sanitaires territoriaux)**. The study highlights the institutional and legal assets available to Morocco to successfully implement the territorialization of healthcare.

A comparative analysis of the **French, German, and Spanish models** then makes it possible to identify different forms of articulation between the social state, national solidarity, territorial organization, and health governance. The purpose, however, is not to mechanically transpose these models to Morocco, but rather to demonstrate that the Kingdom has its own characteristics and assets that can support a form of territorialization adapted to its demographic, geographical, social, and institutional realities.

A comparative approach to the French, German, and Spanish models subsequently makes it possible to identify different forms of articulation between the social state, national solidarity, territorial organization, and health governance. However, the purpose of the analysis is not to mechanically transpose these models to Morocco, but rather to demonstrate that the Kingdom has specific characteristics that may support a form of territorialization adapted to its demographic, geographical, social, and institutional realities.

Accordingly, the methodological approach adopted is a **qualitative study based on documentary, legal, and comparative analysis** of international and national frameworks, supplemented by a comparison of the French, German, and Spanish experiences. Regarding the study corpus, it consists of a **documentary and legal corpus** comprising international legal

instruments, Moroccan constitutional and legislative texts, as well as French, German, and Spanish institutional and legal frameworks.

The analysis highlights the existence in Morocco of **constitutional, legal, and institutional foundations conducive to the territorialization of the health system**. The establishment of **Territorial Health Groups** constitutes a structuring mechanism likely to improve the coordination, proximity, and efficiency of healthcare provision. Health territorialization appears to be a **lever for reducing territorial disparities**, through a more differentiated allocation of resources according to the needs of populations. The consolidation of **primary healthcare, human resources, and digital health systems** constitutes a decisive condition for the effective implementation of the reform. The strengthening of the **health map and health information systems** should promote needs-based planning and more equitable regulation of healthcare provision.

The reform requires an **appropriate balance between the national guarantee of equal access to healthcare and the territorial adaptation** of health policies and resources. Health territorialization can thus contribute to making the health system an **instrument of social justice, territorial equity, national cohesion, and the effective realization of the constitutional right to health**.

Keywords : healthcare territorialization; right to health; social state; territorial equity; advanced regionalization; Territorial Health Groups; Morocco; social protection.

Introduction

La santé constitue à la fois un droit fondamental de la personne humaine, une condition de la dignité et un déterminant essentiel du développement économique et social. Toutefois, la reconnaissance juridique du droit à la santé ne suffit pas, à elle seule, à garantir son exercice effectif. L'existence d'un droit consacré par la Constitution ou par la loi doit être accompagnée de mécanismes institutionnels, financiers et territoriaux permettant à chaque personne d'accéder réellement aux services sanitaires dont elle a besoin.

Cette question revêt une importance particulière dans les États caractérisés par des disparités territoriales. L'accès à un médecin généraliste ou spécialiste, à un établissement hospitalier, à une maternité, à un service d'urgence, à un médicament essentiel ou à une technologie médicale dépend en partie du lieu de résidence. La distance géographique, l'enclavement, la densité démographique, les conditions socio-économiques, les infrastructures de transport et la répartition des professionnels de santé peuvent ainsi transformer une égalité juridique en inégalité réelle.

C'est dans cette perspective que la **territorialisation de la santé** prend toute son importance. Elle peut être définie comme une organisation du système sanitaire permettant d'adapter l'offre de soins aux caractéristiques et aux besoins propres des différents territoires. Elle ne se réduit donc pas à une simple répartition géographique des établissements. Elle implique également la planification de l'offre de soins, l'organisation des parcours des patients, la coordination entre les niveaux de soins, la répartition des ressources humaines et financières, la prévention et la participation des acteurs territoriaux.

Cette conception rejoint directement celle de l'**État social**. Celui-ci ne se limite pas à reconnaître des libertés ou à assurer l'ordre public. Il assume également une responsabilité positive dans la réduction des inégalités sociales et territoriales et dans la garantie des conditions matérielles permettant l'exercice effectif des droits sociaux. La santé occupe, à cet égard, une place centrale dans la construction de l'État social, puisqu'elle nécessite à la fois solidarité nationale, financement public, organisation institutionnelle et intervention territoriale.

Au niveau international, la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé affirme que la possession du meilleur état de santé susceptible d'être atteint constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1946). Le Pacte

international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît également, dans son article 12, le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre (Nations Unies, 1966, art. 12).

Cette approche a été précisée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Dans son Observation générale n° 14, celui-ci identifie quatre éléments essentiels du droit à la santé : la **disponibilité**, l'**accessibilité**, l'**acceptabilité** et la **qualité** des établissements, biens et services de santé (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000, par. 12). La dimension territoriale apparaît particulièrement dans le critère d'accessibilité, qui comprend notamment l'accessibilité physique et géographique.

Au Maroc, cette exigence trouve une consécration constitutionnelle particulièrement significative. L'article 31 de la Constitution de 2011 prévoit que l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles afin de faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux soins de santé, à la protection sociale et à la couverture médicale (Constitution du Royaume du Maroc, 2011, art. 31).

Cette disposition doit être replacée dans le contexte de la **régionalisation avancée**, de la généralisation de la protection sociale et de la réforme du système national de santé. La loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé a consacré une nouvelle conception de l'organisation sanitaire, fondée notamment sur l'équité, la qualité, la solidarité et une meilleure répartition de l'offre de soins (Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, 2022). La loi n° 08-22 relative à la création des Groupements sanitaires territoriaux constitue, quant à elle, un instrument institutionnel majeur de cette territorialisation (Loi n° 08-22 relative à la création des Groupements sanitaires territoriaux, 2023).

Dans ce contexte, l'intérêt d'une comparaison avec les expériences française, allemande et espagnole ne réside pas dans la recherche d'un modèle étranger à reproduire. Ces trois expériences présentent en effet des architectures institutionnelles différentes : déconcentration régionale en France, fédéralisme et autogestion en Allemagne, décentralisation sanitaire au sein d'un État régionalisé en Espagne. Leur intérêt est plutôt de permettre de mieux comprendre les différentes formes d'articulation entre **État social, solidarité nationale, autonomie territoriale et organisation des soins**.

Dès lors, la problématique centrale de cette étude peut être formulée ainsi :

Dans quelle mesure les fondements constitutionnels, juridiques et institutionnels du Maroc, renforcés par la construction de l'État social et la régionalisation avancée, permettent-ils de réussir une territorialisation effective de la santé, et dans quelle mesure les expériences française, allemande et espagnole peuvent-elles contribuer à éclairer les conditions de cette réussite sans remettre en cause les spécificités du modèle marocain ?

Ainsi, La présente recherche porte sur **la territorialisation de la santé au Maroc**, envisagée comme un levier d'effectivité du droit constitutionnel à la santé et comme une composante essentielle de la consolidation de l'État social dans le contexte de la régionalisation avancée et de la généralisation de la protection sociale. Elle a pour objectif d'analyser les **fondements constitutionnels, juridiques et institutionnels** de cette territorialisation, d'apprécier les capacités du Maroc à construire une organisation sanitaire adaptée aux besoins différenciés des territoires et d'identifier, à travers une approche comparative des expériences française, allemande et espagnole, les principaux enseignements susceptibles d'éclairer la réforme marocaine sans transposer mécaniquement des modèles étrangers. Le choix méthodologique découle directement de la nature de la problématique, qui porte sur l'analyse des fondements juridiques, institutionnels et territoriaux de la territorialisation de la santé au Maroc.

La recherche s'inscrit dans une **perspective épistémologique interprétative et compréhensive**, dans la mesure où elle vise à comprendre la construction et l'évolution des dispositifs de gouvernance sanitaire ainsi que leur articulation avec les principes de l'État social, de la solidarité et de l'équité territoriale. Elle privilégie une **approche qualitative**, fondée sur l'analyse documentaire, juridique et comparative, permettant d'interpréter les normes, les institutions et les mécanismes d'organisation des systèmes de santé. Le **mode de raisonnement est principalement déductif**, puisqu'il part des principes généraux du droit à la santé et de l'État social pour examiner leur traduction dans le cadre marocain, tout en intégrant une dimension **inductive et comparative** à travers l'étude des expériences française, allemande et espagnole. Cette combinaison permet ainsi de confronter les principes théoriques aux réalités institutionnelles et territoriales, afin d'identifier les conditions susceptibles de favoriser une territorialisation effective et adaptée aux spécificités du Maroc.

À cette fin, la recherche s'articule autour de deux axes complémentaires : le premier examine les **fondements internationaux et nationaux de la territorialisation de la santé ainsi que son**

articulation avec les principes de l'État social, tandis que le second analyse **les expériences française, allemande et espagnole**, afin d'en dégager les mécanismes pertinents et les enseignements transposables au contexte marocain, pour finalement identifier les conditions institutionnelles, financières, humaines et territoriales nécessaires à la réalisation d'une véritable équité dans l'accès aux soins.

1. La territorialisation de la santé : une expression de l'État social et du droit à la santé

1.1. Le droit à la santé comme obligation positive de l'État :

Le droit international contemporain ne consacre pas explicitement un « droit à la territorialisation de la santé » en tant que droit autonome. Il impose cependant aux États de créer les conditions permettant l'exercice effectif du droit à la santé. En effet, la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé constitue l'un des premiers fondements internationaux de cette conception. Elle affirme que la santé constitue un droit fondamental de tout être humain et souligne la responsabilité des gouvernements dans la protection et l'amélioration de la santé de leurs populations (OMS, 1946). Dans le même sens, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels renforce cette obligation. Son article 12 reconnaît le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre (Nations Unies, 1966, art. 12). De même, l'article 2 du même Pacte impose aux États d'agir au maximum de leurs ressources disponibles en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus. De ce fait, le droit à la santé possède donc une dimension à la fois individuelle et institutionnelle. Il protège l'individu, mais il impose également aux pouvoirs publics d'organiser un système sanitaire capable de répondre aux besoins de la population. Cette obligation est particulièrement importante dans les territoires défavorisés. En effet, l'existence d'un système national de santé ne garantit pas nécessairement l'égalité d'accès aux soins si les établissements, les professionnels et les équipements sont concentrés dans certaines régions.

1.2. L'accessibilité territoriale et l'égalité réelle

L'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels constitue ici une référence essentielle. Le Comité considère que les établissements, biens et services de santé doivent être disponibles en quantité suffisante et accessibles à tous, sans discrimination (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000, par. 12). Cette accessibilité comprend notamment une dimension physique ou géographique. Les établissements et services

sanitaires doivent être accessibles aux personnes qui résident dans les zones rurales ou éloignées, ainsi qu'aux groupes vulnérables (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000, par. 12). Cette exigence donne à la territorialisation une portée juridique particulière. Une politique sanitaire uniforme n'est pas nécessairement une politique équitable. Des territoires présentant des difficultés géographiques, économiques ou démographiques différentes peuvent nécessiter des ressources différentes. Ainsi, la véritable égalité suppose donc parfois une **allocation différenciée des moyens**. Donner exactement les mêmes ressources à deux territoires dont les besoins sont différents peut maintenir, voire aggraver, les inégalités existantes. La territorialisation apparaît ainsi comme un instrument permettant de passer d'une **égalité formelle** à une **égalité substantielle**.

1.3. La territorialisation comme instrument de l'État social

L'État social repose sur l'idée que les pouvoirs publics ont une responsabilité dans la garantie des conditions matérielles nécessaires à la dignité humaine. Dans le domaine de la santé, cette responsabilité implique non seulement la reconnaissance d'un droit mais également la mise en place d'institutions, de ressources financières et de services accessibles. La territorialisation constitue ainsi une dimension géographique de l'État social. Elle permet de rapprocher l'action publique des citoyens et d'adapter les politiques sanitaires aux réalités locales. Le territoire devient alors un espace d'identification des besoins, de programmation des ressources et d'organisation des services.

Dans cette perspective, le rôle de l'État ne disparaît pas avec la territorialisation. Au contraire, il évolue. L'État demeure le garant de la solidarité nationale, de l'égalité des droits, des normes sanitaires et de la cohésion du système. La territorialisation doit donc être conçue comme une **nouvelle modalité d'action de l'État social**, et non comme un retrait de l'État. Cette conception trouve une expression particulièrement claire dans le cas marocain. En effet, l'article 31 de la Constitution marocaine prévoit en effet une responsabilité conjointe de l'État, des établissements publics et des collectivités territoriales dans la mobilisation des moyens nécessaires pour faciliter l'égal accès aux soins de santé (Constitution du Royaume du Maroc, 2011, art. 31). Cette disposition est renforcée par la loi organique n° 111-14 relative aux régions, qui s'inscrit dans la logique de la régionalisation avancée et confère aux régions un rôle dans le développement territorial et la réduction des disparités (Loi organique n° 111-14 relative aux régions, 2015).

Ainsi, le Maroc dispose déjà d'une **base constitutionnelle et territoriale favorable** à la construction d'un modèle de santé territorialisé.

2. Les expériences française, allemande et espagnole : des modèles comparatifs éclairant les capacités du Maroc

2.1. L'expérience française : la territorialisation par la déconcentration sanitaire :

La France offre un modèle intéressant d'articulation entre État social et organisation territoriale. Le Préambule de la Constitution de 1946 affirme que la Nation garantit notamment à tous la protection de la santé (Constitution du 27 octobre 1946, 1946, al. 11). La territorialisation française a connu une évolution importante avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette loi a créé les **Agences régionales de santé (ARS)** (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, 2009). Les ARS constituent des instruments régionaux de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Elles interviennent notamment dans la prévention, l'organisation des soins, la planification sanitaire et la régulation de l'offre. Le modèle français présente donc une caractéristique importante : **la territorialisation ne signifie pas nécessairement décentralisation**. Les ARS restent des institutions de l'État. La territorialisation peut ainsi être réalisée par une déconcentration des fonctions administratives et par une adaptation régionale des politiques nationales.

Cette expérience est particulièrement intéressante pour le Maroc car elle montre qu'un État peut conserver un rôle central fort tout en développant des mécanismes territoriaux de planification et de coordination. Le modèle français connaît toutefois des limites, notamment la persistance de déserts médicaux et de disparités territoriales. Ces difficultés montrent que la création d'une structure régionale ne suffit pas à elle seule à garantir l'équité territoriale.

2.2. L'expérience allemande : l'État social fédéral et la solidarité sanitaire

L'Allemagne présente une organisation différente. L'article 20 de la Loi fondamentale dispose que la République fédérale d'Allemagne est un État fédéral démocratique et social (Loi fondamentale de la République fédérale d'Allemagne, 1949, art. 20). Le système sanitaire allemand repose sur une articulation entre l'État fédéral, les Länder, les communes, les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé.

Le Livre V du Code social allemand relatif à l'assurance maladie légale impose aux acteurs du système de garantir une offre de soins adaptée aux besoins, suffisante, appropriée et

économiquement soutenable (Code social allemand, Livre V : Assurance maladie légale, 1988, § 70).

Le système allemand se caractérise également par le principe d'autogestion. Le Comité fédéral commun joue un rôle important dans la définition des prestations prises en charge et dans la régulation du système (Comité fédéral commun, s. d.).

L'expérience allemande montre ainsi qu'une territorialisation efficace peut être fondée sur une combinaison entre **responsabilité territoriale, solidarité financière et régulation nationale**. Elle démontre que l'autonomie territoriale peut être compatible avec une forte solidarité nationale lorsque les règles communes, les mécanismes financiers et les dispositifs de contrôle sont clairement établis.

2.3. L'expérience espagnole : décentralisation sanitaire et cohésion nationale

L'Espagne constitue probablement l'expérience comparative la plus éclairante pour la réflexion marocaine sur la territorialisation. La Constitution espagnole définit l'Espagne comme un « État social et démocratique de droit » et reconnaît le droit à la protection de la santé (Constitution espagnole, 1978, arts. 1.1 et 43). L'État conserve la compétence relative aux bases et à la coordination générale de la santé, tandis que les Communautés autonomes disposent de compétences importantes dans l'organisation et la gestion de leurs services sanitaires (Constitution espagnole, 1978, art. 149.1.16).

La loi générale sur la santé de 1986 a structuré le Système national de santé et organisé les **Aires de santé**, conçues comme des espaces territoriaux de planification et de gestion des services sanitaires (Loi 14/1986 du 25 avril, Loi générale sur la santé, 1986). Les Aires de santé s'appuient elles-mêmes sur des **Zones de santé de base**, qui constituent le niveau de proximité des soins primaires (Loi 14/1986 du 25 avril, Loi générale sur la santé, 1986, art. 62-63).

La loi relative à la cohésion et à la qualité du Système national de santé a ensuite renforcé les mécanismes de coordination entre l'État et les Communautés autonomes (Loi 16/2003 du 28 mai relative à la cohésion et à la qualité du Système national de santé, 2003). Le **Conseil interterritorial du Système national de santé** constitue à cet égard un mécanisme essentiel de coordination. Il permet de maintenir des garanties communes malgré la diversité des organisations territoriales (Loi 16/2003 du 28 mai, 2003).

L'Espagne a également développé des mécanismes de solidarité entre territoires. Le Fonds de cohésion sanitaire a notamment permis d'organiser le financement de certains soins spécialisés dispensés à des patients provenant d'autres Communautés autonomes (Décret royal n° 1207/2006 du 20 octobre, 2006). L'intérêt de l'expérience espagnole réside donc principalement dans la combinaison de trois dimensions : **autonomie territoriale, cohésion nationale et solidarité financière**.

3. Les atouts du Maroc et les perspectives de réussite de la territorialisation de la santé

La territorialisation de la santé constitue aujourd'hui un axe structurant de la réforme du système national de santé marocain. Elle ne doit pas être envisagée comme une simple opération de réorganisation administrative des établissements sanitaires, mais comme un instrument permettant de rapprocher l'offre de soins des populations, de réduire les disparités territoriales et de renforcer l'effectivité du droit à la santé.

Cette orientation trouve d'abord son fondement dans les engagements internationaux du Maroc. La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé reconnaît la possession du meilleur état de santé susceptible d'être atteint comme l'un des droits fondamentaux de tout être humain (Organisation mondiale de la Santé, 1946). De même, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels consacre le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre (Nations Unies, 1966, art. 12). L'Observation générale n° 14 précise que l'exercice effectif de ce droit repose notamment sur quatre éléments : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000, par. 12).

Ces exigences internationales donnent à la territorialisation une dimension particulière. L'égalité devant le droit à la santé ne peut être réduite à une égalité formelle entre les citoyens. Elle suppose que les personnes, indépendamment de leur lieu de résidence, puissent effectivement accéder aux services nécessaires. La distance géographique, l'insuffisance des infrastructures, la pénurie de professionnels ou encore les difficultés de transport peuvent ainsi constituer des obstacles à l'effectivité du droit à la santé.

Dans cette perspective, la territorialisation apparaît étroitement liée à la conception de **l'État social**. Celui-ci ne se limite pas à reconnaître des droits ; il assume une responsabilité active dans la création des conditions matérielles permettant leur exercice. Dans le domaine sanitaire, cette

responsabilité implique la planification de l'offre de soins, la mobilisation des ressources financières, la répartition des professionnels, la prévention et la protection des populations vulnérables.

Le Maroc dispose précisément d'un ensemble d'atouts juridiques et institutionnels susceptibles de soutenir cette transformation. La Constitution de 2011 affirme, dans son article 31, que l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles afin de faciliter l'égal accès des citoyens et citoyennes aux soins de santé, à la protection sociale et à la couverture médicale (Constitution du Royaume du Maroc, 2011, art. 31). Cette disposition constitue un fondement essentiel de l'action de l'État social marocain et donne à la territorialisation une finalité constitutionnelle : **réaliser l'égalité effective dans l'accès aux soins.**

Par ailleurs, la régionalisation avancée constitue un environnement institutionnel favorable à cette évolution. La loi organique n° 111-14 relative aux régions renforce le rôle des régions dans le développement territorial et crée un cadre permettant une meilleure articulation entre les politiques publiques et les besoins locaux (Loi organique n° 111-14 relative aux régions, 2015). La réforme du système national de santé a ensuite renforcé cette orientation. La loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé affirme notamment l'objectif d'assurer une répartition équilibrée et équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national et prévoit l'organisation territoriale de cette offre en fonction des besoins des populations (Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, 2022). La création des Groupements sanitaires territoriaux par la loi n° 08-22 constitue, à cet égard, une étape majeure dans la mise en œuvre institutionnelle de cette territorialisation (Loi n° 08-22 relative à la création des Groupements sanitaires territoriaux, 2023).

Les expériences française, allemande et espagnole permettent, dans ce contexte, d'éclairer les différentes formes possibles de territorialisation. La France a développé une organisation régionale autour des Agences régionales de santé, notamment depuis la loi HPST de 2009 (Loi n° 2009-879, 2009). L'Allemagne associe fédéralisme, assurance maladie sociale et autogestion des acteurs sanitaires (Ministère fédéral allemand de la Santé, 2020). L'Espagne, quant à elle, a développé une décentralisation sanitaire importante au profit des Communautés autonomes tout

en conservant des mécanismes nationaux de cohésion et de solidarité (Constitution espagnole, 1978 ; Loi 14/1986, 1986 ; Loi 16/2003, 2003).

Ces expériences ne conduisent pas à considérer qu'un modèle étranger devrait être reproduit au Maroc. Elles montrent plutôt que la réussite de la territorialisation dépend de la capacité d'un État à articuler **garantie nationale des droits, autonomie territoriale, planification, financement solidaire, coordination et participation des acteurs**. Le Maroc possède déjà plusieurs de ces fondements. L'enjeu est désormais de les rendre pleinement opérationnels.

3.1 Les atouts du Maroc pour réussir la territorialisation de la santé

Le Maroc dispose d'un ensemble d'atouts juridiques, institutionnels et territoriaux qui peuvent favoriser la réussite de la territorialisation de la santé. Ces atouts permettent d'envisager la réforme non comme une rupture avec l'organisation antérieure, mais comme l'aboutissement d'un processus de transformation progressive de l'action publique sanitaire.

3.1.1 Un fondement constitutionnel affirmant la responsabilité sociale de l'État

Le premier atout réside dans le fondement constitutionnel particulièrement clair de l'intervention publique en matière de santé. L'article 31 de la Constitution de 2011 ne se contente pas de reconnaître un principe général d'accès aux soins. Il engage explicitement l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales à mobiliser les moyens nécessaires pour faciliter l'égal accès aux soins de santé, à la protection sociale et à la couverture médicale (Constitution du Royaume du Maroc, 2011, art. 31). Cette disposition constitue un véritable point d'appui pour la territorialisation. Elle permet de considérer les disparités territoriales de santé non comme de simples difficultés administratives, mais comme un problème relevant de l'effectivité d'un droit constitutionnel.

La Constitution inscrit également le Maroc dans une logique de solidarité et de justice sociale. La territorialisation peut ainsi être conçue comme un moyen pour l'État social de mieux adapter ses interventions aux besoins différenciés des populations. L'objectif ne consiste donc pas à abandonner la responsabilité de l'État au profit des territoires. Au contraire, la territorialisation peut permettre à l'État de mieux exercer sa responsabilité sociale en adaptant les moyens mobilisés aux réalités territoriales.

3.1.2 Un cadre législatif favorable à l'organisation territoriale du système de santé

Le deuxième atout réside dans l'existence d'un cadre législatif récent et cohérent. En effet, la loi-cadre n° 06-22 constitue une avancée majeure puisqu'elle inscrit la réforme du système national de santé dans une approche intégrée et territorialisée. Elle prévoit notamment une organisation de l'offre de soins tenant compte des besoins des populations et des caractéristiques des territoires, ainsi que des instruments de planification sanitaire tels que la carte sanitaire nationale et les cartes sanitaires régionales (Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, 2022). Cette orientation est particulièrement importante pour l'effectivité du droit à la santé. Une politique sanitaire nationale ne peut produire les mêmes effets dans une métropole fortement équipée, dans une zone rurale éloignée ou dans une région montagneuse. La planification territoriale permet donc d'adapter la répartition des ressources aux besoins réels des populations. La loi n° 08-22 relative à la création des Groupements sanitaires territoriaux constitue un deuxième élément déterminant. Elle fournit une structure institutionnelle permettant d'organiser les établissements et les services de santé à l'échelle régionale (Loi n° 08-22 relative à la création des Groupements sanitaires territoriaux, 2023).

Les Groupements sanitaires territoriaux peuvent ainsi devenir un véritable instrument d'intégration du système de soins, permettant une meilleure articulation entre les soins primaires, les établissements hospitaliers, les services spécialisés et les structures de référence.

3.1.3 La régionalisation avancée comme environnement institutionnel favorable

La territorialisation sanitaire bénéficie également du processus de régionalisation avancée engagé par le Maroc. La loi organique n° 111-14 relative aux régions a renforcé le rôle de la région dans la conception et la mise en œuvre des politiques de développement territorial (Loi organique n° 111-14 relative aux régions, 2015).

Cette évolution offre un environnement institutionnel favorable à une meilleure prise en compte des déterminants territoriaux de la santé. Les problématiques sanitaires sont en effet étroitement liées aux conditions économiques et sociales, à l'éducation, au transport, à l'environnement, à l'habitat et aux caractéristiques démographiques des territoires. La territorialisation sanitaire peut donc bénéficier de la capacité des acteurs régionaux à identifier les besoins locaux et à participer à la coordination des politiques publiques.

L'enjeu est toutefois de construire une articulation claire entre la compétence de l'État en matière de garantie du droit à la santé et le rôle des collectivités territoriales. Il ne s'agit pas de fragmenter le système national, mais de rapprocher sa mise en œuvre des réalités locales.

3.1.4 L'existence d'une expérience institutionnelle et professionnelle mobilisable

Le Maroc dispose également d'un capital institutionnel et professionnel important. Le système national de santé possède des établissements hospitaliers, des centres de santé, des structures de soins primaires, des professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que des établissements de formation.

La réussite de la territorialisation dépendra donc moins de la création permanente de nouvelles structures que de la capacité à **intégrer, coordonner et optimiser les ressources existantes**.

Les Groupements sanitaires territoriaux peuvent précisément constituer un cadre d'intégration permettant de réduire la fragmentation entre les différents niveaux de soins et d'améliorer la continuité des parcours des patients.

3.1.5. La généralisation de la protection sociale comme levier de la territorialisation

La généralisation de la protection sociale constitue également un atout important. L'extension de la couverture médicale augmente potentiellement la demande de soins et renforce la nécessité d'une offre sanitaire accessible sur l'ensemble du territoire. Cette évolution crée une relation étroite entre **protection sociale et territorialisation**. La couverture financière des soins ne peut produire tous ses effets si l'offre de soins demeure géographiquement inégalement répartie.

L'État social doit donc agir simultanément sur deux dimensions : garantir la couverture financière des populations et assurer l'existence d'une offre de soins suffisamment proche, "disponible et de qualité.

3.2 Les perspectives de réussite de la territorialisation de la santé

Si le Maroc dispose d'atouts importants, la réussite de la territorialisation dépendra de leur transformation en mécanismes opérationnels. Plusieurs perspectives peuvent ainsi être identifiées.

3.2.1 Transformer les Groupements sanitaires territoriaux en véritables instruments de gouvernance sanitaire

La première condition consiste à donner aux Groupements sanitaires territoriaux une capacité réelle d'action. Ils doivent pouvoir contribuer à l'identification des besoins, à la programmation

des investissements, à l'organisation des parcours de soins, à la coordination entre établissements et à l'évaluation des résultats. La territorialisation ne peut être efficace si les structures régionales restent uniquement chargées d'exécuter des décisions prises exclusivement au niveau central. Elle nécessite une capacité d'adaptation aux réalités locales, dans le respect des orientations nationales. Il s'agit donc de construire une **déconcentration coordonnée et une territorialisation effective**, sans remettre en cause l'unité du système national de santé.

3.2.2 Faire de la carte sanitaire un véritable outil de justice territoriale

La carte sanitaire doit devenir l'un des instruments centraux de la territorialisation. Elle devrait permettre d'identifier avec précision les déficits territoriaux en matière de médecins, infirmiers, sages-femmes, établissements, lits hospitaliers, maternités, urgences, équipements médicaux et services spécialisés. L'objectif ne devrait pas être de répartir les ressources de manière identique entre les régions, mais de les répartir selon les **besoins sanitaires réels**.

Ainsi, un territoire caractérisé par l'éloignement géographique, une forte pauvreté, une faible densité médicale ou des difficultés de transport peut légitimement bénéficier de ressources supérieures à celles d'un territoire mieux doté. Cette conception correspond à une approche substantielle de l'égalité : traiter également les situations identiques et différemment les situations différentes lorsque cette différence est nécessaire pour garantir l'égalité réelle.

3.2.3 Renforcer les soins de santé primaires et la proximité

La réussite de la territorialisation suppose également de placer les soins de santé primaires au centre du système. Les centres de santé doivent constituer le premier niveau d'accès aux soins, notamment pour la prévention, la vaccination, le suivi de la grossesse, la santé maternelle et infantile, le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques. Cette orientation rejoint l'expérience espagnole, dans laquelle les Zones de santé de base et les centres de santé constituent un niveau essentiel de proximité (Loi 14/1986, 1986).

Pour le Maroc, le département ministériel accorde une importance primordiale aux soins de santé primaires, ainsi le renforcement des soins primaires doit être particulièrement recherché dans les zones rurales, montagneuses et périphériques. Il doit également être accompagné du développement des unités mobiles, du transport sanitaire et de la télémédecine.

3.2.4 Mettre en place une politique territoriale des ressources humaines

La question des ressources humaines constitue l'un des déterminants essentiels de la réussite de la réforme. La construction ou la modernisation d'un établissement sanitaire ne suffit pas si celui-ci ne dispose pas de médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens et autres professionnels en nombre suffisant. Une véritable politique territoriale des ressources humaines pourrait intégrer des mécanismes d'incitation destinés aux territoires sous-dotés : indemnités spécifiques, logement, formation continue, possibilités de spécialisation, évolution professionnelle et amélioration des conditions de travail. L'objectif serait de transformer la répartition territoriale des professionnels en une véritable politique publique, fondée sur des indicateurs mesurables.

3.2.5 Assurer un financement solidaire et différencié

La réussite de la territorialisation dépend également du financement. L'État social doit garantir que les territoires les plus vulnérables disposent des moyens nécessaires pour assurer un niveau minimum de services sanitaires. La solidarité financière constitue à cet égard un principe fondamental. L'expérience espagnole montre notamment l'importance des mécanismes de cohésion permettant de compenser les différences entre territoires (loi 16/2003, 2003 ; Décret royal n°1207/2006, 2006).

Le Maroc pourrait renforcer cette logique en prévoyant des mécanismes de financement tenant compte de plusieurs critères : population, pauvreté, éloignement, densité médicale, prévalence des maladies, vieillissement et niveau d'équipement. La territorialisation financière ne doit donc pas signifier une autonomie budgétaire isolée des territoires, mais une **allocation solidaire et différenciée des ressources nationales**.

3.2.6 Développer la coordination interterritoriale

La territorialisation ne doit pas conduire à une fragmentation du système national de santé. En effet, l'expérience espagnole montre l'importance d'un mécanisme permanent de coordination entre les différents niveaux territoriaux. Le Conseil interterritorial du Système national de santé permet notamment de préserver des garanties communes malgré l'autonomie des Communautés autonomes (Loi 16/2003, 2003). De même, l'expérience allemande montre que l'autonomie des différents acteurs doit être accompagnée d'un cadre national permettant de préserver la cohérence et la solidarité du système (Ministère fédéral allemand de la Santé, 2020).

Pour le Maroc, la coordination entre le ministère, les Groupements sanitaires territoriaux, les régions, les établissements hospitaliers et les collectivités territoriales constitue donc une condition essentielle de réussite.

3.2.7 Utiliser la transformation numérique comme outil de réduction des disparités territoriales

La transformation numérique constitue enfin un atout majeur pour les territoires éloignés. En effet, le dossier médical partagé et les systèmes d'information prévus dans le cadre de la réforme peuvent améliorer la continuité des soins et faciliter le partage des informations entre établissements (Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, 2022).

La télémédecine peut également permettre à un patient vivant dans une zone éloignée de bénéficier d'un avis spécialisé sans devoir systématiquement se déplacer vers les grands centres urbains. La digitalisation ne remplace toutefois pas les infrastructures et les professionnels. Elle doit être conçue comme un **outil complémentaire de l'équité territoriale**, notamment dans les zones où l'offre spécialisée demeure insuffisante.

3.2.8 Renforcer la participation des citoyens et des acteurs territoriaux

Enfin, la réussite de la territorialisation nécessite une gouvernance participative. La population doit pouvoir exprimer ses besoins et contribuer à l'évaluation de la qualité des services sanitaires. Les collectivités territoriales, les professionnels de santé, les universités, les associations et les représentants des usagers peuvent également contribuer à l'identification des priorités. Cette participation permettrait de faire évoluer la territorialisation d'une réforme essentiellement administrative vers une véritable **politique territoriale de santé**, construite à partir des besoins des populations.

Conclusion

La territorialisation de la santé constitue aujourd'hui l'une des dimensions essentielles de la consolidation de l'**État social marocain**. Elle ne saurait être réduite à une simple opération de réorganisation administrative du système de santé. Elle représente plutôt une transformation du mode selon lequel l'État garantit concrètement et effectivement le droit à la santé, en rapprochant les services des populations et en adaptant les moyens publics aux besoins différenciés des territoires.

Cette conception trouve d'abord son fondement dans le droit international. La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé affirme que la possession du meilleur état de santé susceptible d'être atteint constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain (Organisation mondiale de la Santé, 1946). Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels consacre également le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre (Nations Unies, 1966, art. 12). L'Observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels précise que l'effectivité de ce droit suppose notamment la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, 2000, par. 12). La territorialisation apparaît ainsi comme un moyen essentiel de traduire ces exigences en réalité, notamment pour les populations vivant dans les territoires ruraux, montagneux, éloignés ou insuffisamment dotés.

Au Maroc, cette conception bénéficie d'un fondement constitutionnel particulièrement important. L'article 31 de la Constitution de 2011 engage l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales à mobiliser les moyens disponibles afin de faciliter l'égal accès des citoyens et citoyennes aux soins de santé, à la protection sociale et à la couverture médicale (Constitution du Royaume du Maroc, 2011, art. 31). Cette disposition confère à la territorialisation une véritable dimension constitutionnelle : elle ne constitue pas uniquement un choix organisationnel, mais participe à la réalisation de l'égalité réelle dans l'accès aux services essentiels.

Cette dynamique est renforcée par le processus de **régionalisation avancée**, par la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé et par la création des Groupements sanitaires territoriaux. La loi-cadre n° 06-22 inscrit notamment la répartition équilibrée et équitable de

l'offre de soins parmi les objectifs de la réforme du système national de santé et prévoit des instruments de planification territoriale adaptés aux besoins des populations (Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, 2022). La loi n° 08-22 vient, quant à elle, donner une traduction institutionnelle à cette orientation à travers les Groupements sanitaires territoriaux (Loi n° 08-22 relative à la création des Groupements sanitaires territoriaux, 2023). Ces réformes constituent des **atouts majeurs** pour permettre au Maroc de passer d'une organisation principalement centralisée à une gouvernance sanitaire davantage territorialisée.

L'analyse comparative des expériences française, allemande et espagnole confirme qu'il n'existe pas un modèle unique de territorialisation de la santé. La France illustre une organisation régionale fondée principalement sur la déconcentration et la planification sanitaire à travers les Agences régionales de santé ; l'Allemagne met en évidence l'articulation entre fédéralisme, solidarité de l'assurance maladie et participation des acteurs ; l'Espagne montre qu'une décentralisation sanitaire importante peut être conciliée avec la cohésion nationale grâce à des mécanismes de coordination et de solidarité interterritoriale. Ces expériences ne constituent donc pas des modèles à reproduire mécaniquement au Maroc, mais des éléments de comparaison permettant de mieux apprécier les choix institutionnels marocains.

Le Maroc dispose en réalité de **ses propres capacités et de ses propres fondements pour réussir cette transformation**. La reconnaissance constitutionnelle de l'égal accès aux soins, la régionalisation avancée, l'existence d'un cadre législatif spécifique, la généralisation de la protection sociale et la création des Groupements sanitaires territoriaux constituent autant de leviers susceptibles de renforcer l'effectivité de l'action sanitaire sur l'ensemble du territoire. La diversité géographique, démographique et socio-économique du Royaume constitue également un argument en faveur d'une organisation capable d'adapter les réponses sanitaires aux caractéristiques propres de chaque territoire.

Toutefois, la présence de ces atouts juridiques et institutionnels ne garantit pas, à elle seule, la réussite de la territorialisation. Celle-ci dépendra de la capacité à transformer les réformes adoptées en **capacités effectives d'action territoriale**. Les Groupements sanitaires territoriaux devront ainsi disposer de compétences clairement définies, de ressources humaines suffisantes, de financements adaptés et d'outils de planification permettant d'identifier avec précision les besoins des populations. La carte sanitaire devra devenir un véritable instrument de régulation et

d'équité territoriale, permettant d'orienter prioritairement les ressources vers les territoires connaissant les déficits les plus importants.

La réussite de la réforme nécessitera également de renforcer les soins de santé primaires, de réduire les inégalités dans la répartition territoriale des professionnels, de développer la transformation numérique et la télémédecine, d'améliorer les systèmes d'information et de renforcer la coordination entre les différents niveaux du système de santé. La participation des collectivités territoriales, des professionnels, des associations et des citoyens devra également être consolidée afin que la territorialisation puisse répondre aux besoins réels des populations.

Dans cette perspective, l'enjeu n'est pas de choisir entre **centralisation et décentralisation**, mais de construire un équilibre entre **garantie nationale et adaptation territoriale**. L'État doit conserver son rôle de garant de la solidarité nationale, de l'égalité des droits, de la qualité et des standards sanitaires communs. Les structures territoriales doivent, quant à elles, disposer d'une capacité suffisante pour adapter l'organisation et les moyens de soins aux réalités locales.

C'est précisément dans cet équilibre que se trouve la véritable portée de la territorialisation pour l'**État social marocain**. L'État social ne signifie pas nécessairement une uniformité absolue dans la répartition des ressources ; il implique au contraire la capacité de mobiliser davantage de moyens en faveur des territoires qui en ont le plus besoin. L'égalité réelle peut ainsi justifier une allocation différenciée des ressources afin de compenser les désavantages liés à l'éloignement, à la pauvreté, à la faible densité médicale ou à l'insuffisance des infrastructures.

Ainsi conçue, la territorialisation de la santé apparaît comme **une forme renouvelée de l'État social marocain** : un État qui garantit à tous un socle commun de droits et de prestations, qui assure la solidarité entre les territoires et qui adapte ses interventions aux besoins différenciés des populations. Elle permet dès lors de dépasser l'opposition entre unité nationale et diversité territoriale en faisant de la différenciation des moyens un instrument au service de l'égalité.

En définitive, **la territorialisation de la santé peut devenir au Maroc bien plus qu'une réforme administrative**. Elle peut constituer un véritable instrument de **justice sociale, d'équité territoriale, de cohésion nationale et d'effectivité du droit constitutionnel à la santé**. La réussite de cette transformation dépendra moins de la multiplication des structures que de leur capacité réelle à produire des résultats mesurables en matière d'accès, de qualité, de proximité et d'égalité des soins. C'est à cette condition que la réforme pourra pleinement contribuer à la

construction d'un État social marocain plus équitable, plus proche des citoyens et davantage adapté aux réalités de ses territoires.

BIBLIOGRAPHIE

- ✓ Comité des droits économiques, sociaux et culturels. (2000). *Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, E/C.12/2000/4. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. [Texte officiel de l'Observation générale n° 14](#)
- ✓ Comité fédéral commun (Gemeinsamer Bundesausschuss). (s. d.). *Le Comité fédéral commun : Qui nous sommes et ce que nous faisons*. [Site officiel du Comité fédéral commun](#)
- ✓ Code social allemand, Livre V : Assurance maladie légale (Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung), § 70. (1988). République fédérale d'Allemagne. [Texte officiel du § 70](#)
- ✓ Constitution du 27 octobre 1946. (1946). République française. [Préambule de la Constitution de 1946](#)
- ✓ Constitution du Royaume du Maroc. (2011). Royaume du Maroc.
- ✓ Constitution espagnole (Constitución Española). (1978). *Bulletin officiel de l'État espagnol*. [Texte officiel de la Constitution espagnole](#)
- ✓ Décret royal n° 1207/2006 du 20 octobre portant réglementation de la gestion du Fonds de cohésion sanitaire. (2006). *Bulletin officiel de l'État espagnol*. [Texte officiel](#)
- ✓ Loi 14/1986 du 25 avril, Loi générale sur la santé (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). (1986). *Bulletin officiel de l'État espagnol*. [Texte officiel](#)
- ✓ Loi 16/2003 du 28 mai relative à la cohésion et à la qualité du Système national de santé (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud). (2003). *Bulletin officiel de l'État espagnol*. [Texte officiel](#)
- ✓ Loi fondamentale de la République fédérale d'Allemagne. (1949). République fédérale d'Allemagne. [Texte officiel de la Loi fondamentale](#)
- ✓ Loi n° 08-22 relative à la création des Groupements sanitaires territoriaux. (2023). *Bulletin officiel du Royaume du Maroc*.

- ✓ *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (2009). Journal officiel de la République française. [Texte officiel de la loi HPST](#)*
- ✓ *Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, Dahir n° 1-22-77 du 9 décembre 2022. (2022). Bulletin officiel du Royaume du Maroc. [Texte officiel en français](#)*
- ✓ *Loi organique n° 111-14 relative aux régions, Dahir n° 1-15-83 du 7 juillet 2015. (2015). Bulletin officiel du Royaume du Maroc.*
- ✓ *Ministère fédéral allemand de la Santé. (2020). Le système de santé allemand : Performant, sûr, éprouvé. Bundesministerium für Gesundheit. [Publication du ministère fédéral allemand de la Santé](#)*
- ✓ *Nations Unies. (1966). Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Nations Unies.*
- ✓ *Organisation mondiale de la Santé. (1946). Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. [Constitution de l'OMS](#)*