

L'offre de soins au Maroc entre réformes sanitaires, disparités territoriales et complémentarité public-privé : analyse de l'état des lieux et des perspectives de gouvernance

The healthcare supply in Morocco between health reforms, territorial disparities, and public-private complementarity: an analysis of the current situation and governance perspectives.

Auteur 1 : ABOUCHAMA ABDERRAHIM.

Auteur 2 : OUALJI IMANE.

ABOUCHAMA ABDERRAHIM (Doctorant)
Faculté des Sciences Juridiques et Politiques Settat
Université Hassan 1er de Settat

OUALJI IMANE (Professeure de l'Enseignement Supérieur)
Faculté des Sciences Juridiques et Politiques de Settat
Université Hassan 1er de Settat

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 : ABOUCHAMA .A & OUALJI .I (2026) « L'offre de soins au Maroc entre réformes sanitaires, disparités territoriales et complémentarité public-privé : analyse de l'état des lieux et des perspectives de gouvernance », African Scientific Journal « Volume 03, Num 36 » pp: 2232 – 2257.



DOI : 10.5281/zenodo.20847173

Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

Le système de santé marocain connaît depuis plusieurs années une dynamique de transformation profonde, marquée par la généralisation progressive de la protection sociale, la réforme de la gouvernance sanitaire et la volonté de réduire les inégalités d'accès aux soins. Dans ce contexte, l'offre de soins constitue un enjeu central, dans la mesure où elle conditionne la capacité du système à répondre efficacement aux besoins sanitaires de la population. Cet article vise à analyser l'état des lieux de l'offre de soins au Maroc, en mettant l'accent sur les infrastructures sanitaires, les ressources humaines, la répartition territoriale des établissements de santé et la complémentarité entre les secteurs public et privé.

La recherche adopte une approche descriptive et analytique fondée sur l'exploitation de données statistiques relatives aux établissements de soins de santé de base, au réseau hospitalier, aux cliniques privées et aux ressources humaines médicales et paramédicales. Elle mobilise également une analyse documentaire du cadre juridique encadrant l'offre de soins, notamment la Constitution de 2011 et la loi-cadre n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins. Les résultats mettent en évidence une amélioration quantitative de certaines composantes de l'offre sanitaire, mais aussi la persistance de fortes disparités régionales, d'un déficit en ressources humaines et d'une concentration importante des infrastructures et des professionnels de santé dans les grandes régions urbaines. L'étude souligne enfin l'importance d'une gouvernance territoriale renforcée et d'un partenariat public-privé mieux encadré afin d'accompagner la réforme du système de santé marocain.

Mots clés : système de santé ; offre de soins ; Maroc ; secteur public ; secteur privé ; ressources humaines ; gouvernance sanitaire.

Abstract

The Moroccan health system has undergone significant transformation in recent years, driven by the gradual generalization of social protection, health governance reforms, and the need to reduce inequalities in access to healthcare. In this context, healthcare provision represents a central issue, as it determines the system's ability to respond effectively to the health needs of the population. This article aims to analyze the current state of healthcare provision in Morocco, focusing on health infrastructure, human resources, territorial distribution of healthcare facilities, and the complementarity between the public and private sectors.

The study adopts a descriptive and analytical approach based on the examination of statistical data relating to primary healthcare facilities, the hospital network, private clinics, and medical and paramedical human resources. It also relies on documentary analysis of the legal framework governing healthcare provision, particularly the 2011 Constitution and Framework Law No. 34-09 relating to the health system and healthcare provision. The findings reveal quantitative improvements in certain components of the health system, but also persistent regional disparities, shortages in human resources, and a strong concentration of healthcare infrastructure and professionals in major urban regions. The study highlights the need for stronger territorial governance and better-regulated public-private partnerships to support the reform of the Moroccan healthcare system.

Keywords : health system; healthcare provision; Morocco; public sector; private sector; human resources; health governance.

1. Introduction

La santé constitue un droit fondamental et un déterminant essentiel du développement humain, économique et social. Elle ne peut être appréhendée uniquement comme un secteur technique ou médical, mais comme un domaine stratégique dans lequel se croisent les enjeux de justice sociale, de gouvernance publique, de financement, d'aménagement territorial et de performance des services publics. Au Maroc, la question de l'accès aux soins occupe une place centrale dans les politiques publiques, particulièrement depuis l'adoption de la Constitution de 2011, qui consacre l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité organisée par l'État.

Le système de santé marocain repose sur une organisation plurielle, articulant un secteur public, un secteur privé à but lucratif, un secteur privé à but non lucratif ainsi qu'un secteur informel de médecine traditionnelle. Cette pluralité traduit la diversité des acteurs intervenant dans la production des soins, mais elle soulève également des défis importants en matière de coordination, de régulation, de qualité et d'équité. L'offre de soins, entendue comme l'ensemble des infrastructures, ressources humaines, équipements et services destinés à répondre aux besoins sanitaires de la population, constitue ainsi un indicateur majeur de la capacité du système de santé à assurer sa mission.

Depuis l'indépendance, le système de santé marocain a connu plusieurs phases d'évolution. La première phase a été marquée par la construction progressive d'un système national de santé fondé sur la responsabilité de l'État dans la protection de la santé publique. La deuxième phase s'est inscrite dans la dynamique internationale des soins de santé primaires, notamment après la déclaration d'Alma-Ata, qui a mis l'accent sur la réduction des inégalités sanitaires et le renforcement des structures de base. La troisième phase, amorcée à partir des années 1990, correspond à une période de réformes successives visant à améliorer la gouvernance du secteur, à renforcer le financement de la santé et à progresser vers la couverture sanitaire universelle.

Toutefois, malgré les efforts engagés, l'offre de soins au Maroc demeure confrontée à plusieurs contraintes structurelles. Les données disponibles montrent une répartition inégale des établissements de soins de santé de base, des hôpitaux, des cliniques privées et des ressources humaines entre les régions. Les grandes régions urbaines, notamment Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kénitra, Fès-Meknès et Marrakech-Safi, concentrent une part importante des infrastructures et des professionnels de santé, tandis que les régions périphériques ou faiblement urbanisées restent relativement moins dotées. À ces disparités territoriales s'ajoutent un déficit

en ressources humaines, des insuffisances en équipements biomédicaux, des contraintes budgétaires et des difficultés de gouvernance.

Dans ce cadre, la réforme du système de santé marocain s'inscrit dans une logique de modernisation globale. Elle vise à renforcer la valorisation des ressources humaines, à réhabiliter l'offre sanitaire, à consolider la dimension régionale, à améliorer la gouvernance et à accompagner le chantier royal de généralisation de la protection sociale. La complémentarité entre le secteur public et le secteur privé apparaît également comme un enjeu stratégique. En effet, le secteur privé occupe une place importante dans l'offre de soins, notamment en matière de cliniques, de cabinets médicaux, de laboratoires, de pharmacies, de centres de radiologie et d'hémodialyse. Cependant, son rôle doit être encadré afin de garantir l'équité, la transparence et l'accès universel aux soins.

La problématique centrale de cet article peut donc être formulée ainsi :

Dans quelle mesure l'état actuel de l'offre de soins au Maroc permet-il de répondre aux exigences d'équité, d'accessibilité et de qualité, et comment la complémentarité public-privé peut-elle contribuer à la réforme du système de santé ?

À partir de cette problématique, cet article poursuit trois objectifs principaux. Le premier consiste à dresser un état des lieux de l'offre de soins au Maroc à travers l'analyse des infrastructures sanitaires publiques et privées. Le deuxième vise à examiner la répartition territoriale des ressources humaines médicales et paramédicales afin d'identifier les principaux déséquilibres régionaux. Le troisième objectif est d'analyser le cadre juridique et les perspectives de gouvernance permettant d'améliorer l'efficacité, l'équité et la qualité du système de santé marocain.

L'intérêt scientifique de cette recherche réside dans sa volonté de croiser l'analyse juridique, institutionnelle et statistique de l'offre de soins. Elle permet ainsi de mieux comprendre les tensions entre les ambitions de réforme et les contraintes structurelles du système. Sur le plan pratique, l'article propose une lecture utile aux décideurs publics, aux professionnels de santé et aux acteurs privés engagés dans la transformation du secteur sanitaire marocain.

2. Méthodologie de recherche :

Cette recherche adopte une approche **descriptive, analytique et documentaire**. Ce choix méthodologique se justifie par la nature du sujet étudié, qui nécessite à la fois une compréhension institutionnelle du système de santé marocain, une analyse juridique du cadre de l'offre de soins et une exploitation des données statistiques relatives aux infrastructures et aux ressources humaines.

2.1. Nature de la recherche

L'étude s'inscrit dans une démarche descriptive dans la mesure où elle vise à présenter l'état actuel de l'offre de soins au Maroc. Elle cherche à identifier les principales composantes du système sanitaire, notamment les établissements de soins de santé de base, le réseau hospitalier, les infrastructures privées, les ressources humaines médicales et paramédicales, ainsi que les dispositifs de planification sanitaire.

Elle est également analytique, car elle ne se limite pas à une présentation des données. Elle cherche à interpréter les chiffres disponibles, à dégager les tendances dominantes et à mettre en évidence les déséquilibres territoriaux, les écarts entre public et privé, ainsi que les limites de gouvernance qui affectent la performance globale du système.

Enfin, la recherche est documentaire, puisqu'elle repose sur l'exploitation de textes juridiques, de données institutionnelles et de documents relatifs à la politique sanitaire au Maroc.

2.2. Sources des données

Les données mobilisées dans cette étude proviennent principalement de trois catégories de sources.

La première catégorie concerne les textes juridiques et réglementaires, notamment la Constitution marocaine de 2011, qui consacre le droit d'accès aux soins, ainsi que la loi-cadre n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins. Ces textes permettent de situer l'offre sanitaire dans son cadre normatif et institutionnel.

La deuxième catégorie concerne les données statistiques relatives à l'offre de soins, notamment la répartition des établissements de soins de santé de base, des structures hospitalières, des cliniques privées, des cabinets médicaux, des laboratoires, des pharmacies et des centres spécialisés.

La troisième catégorie concerne les données relatives aux ressources humaines, incluant les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, les sages-femmes et les autres professionnels de santé exerçant dans les secteurs public et privé.

2.3. Méthode d'analyse des données

L'analyse des données repose sur une méthode statistique descriptive. Les tableaux disponibles ont été exploités afin de comparer les régions, d'identifier les zones les mieux dotées et celles qui connaissent une insuffisance relative en infrastructures et en ressources humaines.

L'analyse a été organisée autour de quatre axes principaux :

Premièrement, l'analyse de la répartition des établissements de soins de santé de base permet d'évaluer le degré de couverture territoriale, en particulier entre les zones urbaines et rurales.

Deuxièmement, l'analyse du réseau hospitalier permet d'apprécier la disponibilité des hôpitaux provinciaux, régionaux, interrégionaux, psychiatriques, des centres d'oncologie et des centres d'hémodialyse.

Troisièmement, l'analyse du secteur privé permet de mesurer son poids dans l'offre nationale de soins, notamment à travers les cliniques privées, les cabinets médicaux, les laboratoires d'analyse, les pharmacies et les centres spécialisés.

Quatrièmement, l'analyse des ressources humaines vise à mettre en évidence les écarts entre régions et entre secteurs public et privé, en tenant compte de la concentration des médecins et des spécialistes dans les grandes régions urbaines.

2.4. Limites méthodologiques

Comme toute recherche fondée sur des données secondaires, cette étude présente certaines limites. Les données disponibles permettent de dresser un état des lieux global, mais elles ne permettent pas toujours d'apprécier la qualité effective des soins, la satisfaction des usagers ou la performance réelle des établissements. De même, certaines données peuvent varier selon les sources, les années de référence ou les critères de classification retenus.

Malgré ces limites, l'approche adoptée permet de proposer une lecture structurée et utile de l'offre de soins au Maroc, en croisant les dimensions institutionnelle, juridique, territoriale et organisationnelle.

3. Cadre théorique et juridique de l'offre de soins au Maroc :

L'analyse de l'offre de soins au Maroc nécessite une double lecture : d'une part, une lecture théorique permettant de comprendre les fonctions, les composantes et les finalités d'un système de santé ; d'autre part, une lecture juridique permettant de situer cette offre dans son cadre normatif national. En effet, l'offre de soins ne se limite pas à l'existence d'infrastructures sanitaires ou de ressources humaines. Elle renvoie également à l'organisation institutionnelle, à la répartition territoriale des services, à la qualité des prestations, à l'équité d'accès et à la responsabilité de l'État dans la garantie du droit à la santé.

3.1. Fondements théoriques du système de santé

Un système de santé peut être défini comme l'ensemble des organisations, institutions, ressources, acteurs et dispositifs qui contribuent à la mise en œuvre de la politique sanitaire d'un pays. Il comprend les soins formels assurés par les médecins, les hôpitaux, les centres de santé et les établissements médico-sociaux, mais il peut également inclure des pratiques informelles, notamment la médecine traditionnelle, particulièrement présente dans certains milieux ruraux. Cette conception large permet de comprendre que le système de santé ne se

réduit pas aux structures médicales, mais englobe aussi les mécanismes de financement, de gouvernance, de planification et de régulation.

Sur le plan fonctionnel, les systèmes de santé remplissent généralement quatre missions principales : la prestation des services de santé, la création et la mobilisation des ressources, le financement des soins et la gestion administrative. Ces fonctions sont fortement influencées par les choix politiques et institutionnels de chaque pays, notamment par le poids respectif accordé au secteur public, au secteur privé et aux mécanismes de solidarité nationale. Dans cette perspective, le système de santé marocain se caractérise par une organisation mixte, combinant une intervention publique structurante et une participation importante du secteur privé.

La finalité principale d'un système de santé est de répondre aux besoins sanitaires de la population à travers des actions de prévention, de promotion, de restauration de la santé et d'éducation sanitaire. Cette finalité implique une identification préalable des besoins de la population, une hiérarchisation des priorités sanitaires et une mobilisation adaptée des ressources disponibles. Ainsi, l'efficacité d'un système de santé dépend de sa capacité à offrir des soins accessibles, continus, équitables et de qualité.

Dans cette optique, la qualité des soins constitue une dimension centrale. Un système de santé performant doit pouvoir assurer des prestations qui augmentent la probabilité d'amélioration de l'état de santé des individus et des populations. Cela suppose une gouvernance efficace, un personnel qualifié, des mécanismes de financement adaptés, des systèmes d'information fiables et des établissements suffisamment équipés. La qualité doit être appréciée à travers plusieurs critères : l'efficacité, la sécurité, l'équité, l'intégration des services et l'adaptation aux besoins des patients.

3.2. Concept d'offre de soins : composantes et portée analytique

L'offre de soins désigne l'ensemble des infrastructures, installations, services, ressources humaines et moyens matériels mobilisés pour répondre aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités. Elle comprend les soins de santé primaires, les services hospitaliers, les établissements médico-sociaux, les dispositifs d'urgence médicale, ainsi que les prestations fournies par les secteurs public et privé.

Dans le cas marocain, l'offre de soins repose sur plusieurs composantes complémentaires. Le secteur public comprend notamment les établissements de soins de santé de base, le réseau hospitalier, les institutions spécialisées, les laboratoires nationaux et certains services spécifiques. Le secteur privé à but lucratif regroupe les cliniques privées, les cabinets médicaux, les laboratoires d'analyse, les cabinets de radiologie, les pharmacies, les cabinets dentaires et

les centres spécialisés. À côté de ces deux composantes, on retrouve également un secteur privé à but non lucratif ainsi qu'un secteur informel de médecine traditionnelle.

L'offre de soins ne doit donc pas être analysée uniquement sous l'angle quantitatif, c'est-à-dire à partir du nombre d'établissements, de lits hospitaliers ou de professionnels de santé. Elle doit également être étudiée sous l'angle qualitatif et territorial. Une offre de soins peut être abondante au niveau national, mais insuffisamment équitable si elle est concentrée dans certaines régions au détriment d'autres territoires. De même, la présence d'infrastructures sanitaires ne garantit pas nécessairement la qualité des prestations si les ressources humaines, les équipements et les mécanismes de gouvernance ne sont pas adaptés.

Ainsi, l'analyse de l'offre de soins au Maroc doit prendre en considération plusieurs dimensions : la disponibilité des infrastructures, la répartition territoriale des établissements, l'accessibilité géographique et financière, la disponibilité des ressources humaines, la complémentarité public-privé, la qualité des prestations et la capacité de gouvernance du système sanitaire.

3.3. Organisation institutionnelle de l'offre de soins au Maroc

Le système national de santé marocain repose sur une organisation décentralisée et hiérarchisée de l'offre de soins. Cette organisation vise à assurer une couverture progressive des besoins sanitaires à travers différents niveaux de prise en charge. Le ministère chargé de la santé occupe une place centrale dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de la politique sanitaire nationale. Il intervient notamment dans l'élaboration des politiques de santé publique, la réglementation des médicaments et produits pharmaceutiques, la planification sanitaire, l'organisation des établissements publics et la tutelle des institutions qui lui sont rattachées.

L'organisation de l'offre publique repose principalement sur quatre réseaux. Le premier est le réseau des établissements de soins de santé primaires, qui constitue le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. Il regroupe les centres de santé urbains et ruraux, les dispensaires ruraux et certaines structures spécialisées d'appui. Le deuxième est le réseau hospitalier, composé des hôpitaux provinciaux ou préfectoraux, des hôpitaux régionaux, des hôpitaux interrégionaux, des hôpitaux psychiatriques, des centres régionaux d'oncologie et des centres d'hémodialyse. Le troisième est le réseau intégré des soins d'urgence médicale, destiné à assurer une réponse rapide aux situations de détresse médicale. Le quatrième est le réseau des établissements médico-sociaux, orienté vers la prise en charge médicale et sociale des personnes à besoins spécifiques.

Cette organisation en réseaux traduit une volonté de structuration progressive de l'offre sanitaire selon les besoins de la population, les niveaux de spécialisation et les territoires de

santé. Elle permet également de distinguer les soins de proximité, les soins hospitaliers spécialisés, les urgences médicales et les prestations médico-sociales.

3.4. Le droit à la santé dans la Constitution marocaine de 2011

Sur le plan juridique, l'offre de soins au Maroc s'inscrit d'abord dans le cadre constitutionnel. La Constitution de 2011 consacre explicitement le droit d'accès aux soins de santé. Son article 31 affirme que l'État, les établissements publics et les collectivités territoriales doivent mobiliser les moyens disponibles afin de faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État.

Cette disposition constitutionnelle est fondamentale, car elle établit un lien direct entre la santé, la citoyenneté et la responsabilité publique. Le droit à la santé devient ainsi une obligation pour les pouvoirs publics, qui doivent agir pour garantir l'accessibilité, l'équité et la continuité des soins. La Constitution ne se limite pas à reconnaître un droit abstrait ; elle impose également une mobilisation institutionnelle et territoriale en faveur de l'accès aux services de santé.

L'article 34 de la Constitution renforce cette orientation en prévoyant des politiques publiques destinées aux personnes et catégories à besoins spécifiques. Il s'agit notamment des femmes, des mères, des enfants, des personnes âgées et des personnes en situation de vulnérabilité. Cette disposition élargit la portée du droit à la santé en y intégrant la logique de protection des groupes vulnérables et de réduction des inégalités sociales.

Ainsi, le cadre constitutionnel marocain fonde juridiquement la responsabilité de l'État dans l'organisation de l'offre de soins et dans la garantie de l'accès équitable aux services sanitaires.

3.5. La loi-cadre n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins

La loi-cadre n°34-09 constitue un texte central dans l'organisation juridique du système de santé marocain. Elle précise les principes fondamentaux de l'action de l'État en matière de santé et définit les bases de l'organisation de l'offre de soins. Elle traduit les orientations constitutionnelles en dispositions plus opérationnelles, notamment en matière de carte sanitaire, de schémas régionaux de l'offre de soins, de complémentarité entre les secteurs public et privé et de droits des usagers.

Selon l'article 9 de cette loi-cadre, l'offre de soins est composée des infrastructures et installations de santé fixes ou mobiles relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leur sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités. Cette définition présente l'intérêt d'adopter une vision globale de

l'offre sanitaire, intégrant à la fois les structures, les professionnels, les équipements et les services.

La loi-cadre introduit également une logique de planification territoriale. Elle insiste sur la nécessité d'organiser l'offre de soins sur la base de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins. Ces outils permettent d'identifier les besoins sanitaires, de prévoir l'implantation des établissements, d'organiser la répartition des ressources humaines et de planifier les équipements biomédicaux lourds. La carte sanitaire vise ainsi à assurer une répartition équilibrée et équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national.

3.6. Les réseaux constitutifs de l'offre publique de soins

La réglementation marocaine distingue plusieurs réseaux constitutifs de l'offre publique de soins. Le réseau des établissements de soins de santé primaires constitue le socle de proximité du système sanitaire. En milieu rural, il comprend les centres de santé ruraux de premier et de deuxième niveau. En milieu urbain, il comprend les centres de santé urbains de premier et de deuxième niveau. Ces structures sont appuyées par des centres spécialisés tels que les centres de référence pour la santé reproductive, les centres de diagnostic et de traitement des maladies respiratoires et les laboratoires de santé publique.

Le réseau hospitalier constitue le niveau de prise en charge des soins spécialisés et hospitaliers. Il comprend les hôpitaux préfectoraux ou provinciaux, les hôpitaux régionaux, les centres hospitaliers interrégionaux, les hôpitaux psychiatriques, les centres régionaux d'oncologie et les centres d'hémodialyse. Cette organisation repose sur une hiérarchisation des niveaux de soins. Les centres hospitaliers provinciaux ou préfectoraux assurent généralement des prestations de premier niveau ; les centres hospitaliers régionaux assurent des prestations de deuxième niveau ; et les centres hospitaliers interrégionaux, notamment à vocation universitaire, assurent des prestations spécialisées de troisième niveau.

Le réseau intégré des soins d'urgence médicale a pour mission d'assurer une assistance médicale rapide aux malades, blessés, femmes enceintes et parturientes en situation de détresse. Il comprend les urgences médicales de proximité, les urgences préhospitalières et les urgences médico-hospitalières. Cette organisation vise à améliorer la réactivité du système face aux urgences et à assurer l'orientation des patients vers la structure la plus adaptée.

Enfin, le réseau des établissements médico-sociaux assure une prise en charge médicale accompagnée d'un soutien social pour les personnes à besoins spécifiques. Il comprend notamment les espaces santé-jeunes, les centres de rééducation, les centres d'appareillage orthopédique, les centres d'addictologie, les centres médico-universitaires et les centres de

soins palliatifs. Cette composante témoigne de l'élargissement progressif de l'offre de soins vers des besoins sanitaires et sociaux plus spécifiques.

3.7. La carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins

La carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins constituent des instruments essentiels de planification. Ils permettent d'organiser l'implantation des infrastructures, la répartition des ressources humaines et la programmation des équipements biomédicaux en fonction des besoins de la population, des caractéristiques territoriales et des profils épidémiologiques régionaux.

Les normes d'implantation des infrastructures sanitaires reposent notamment sur des critères démographiques et territoriaux. Par exemple, la création d'un centre de santé rural de premier niveau est prévue pour une population minimale de desserte de 7 000 habitants, tandis qu'un centre de santé rural de deuxième niveau correspond à une population minimale de 25 000 habitants. En milieu urbain, un centre de santé urbain de premier niveau correspond à une population minimale de 25 000 habitants, alors qu'un centre de santé urbain de deuxième niveau correspond à une population minimale de 50 000 habitants.

Pour le réseau hospitalier, la planification du nombre de lits doit tenir compte de la taille de la population, du taux d'admission, de la durée moyenne de séjour et du taux d'occupation moyen. Cette approche traduit une volonté de rationaliser la programmation hospitalière à partir d'indicateurs objectifs, même si sa mise en œuvre reste dépendante des ressources disponibles et des capacités de gouvernance territoriale.

Le schéma régional de l'offre de soins constitue, quant à lui, un outil de projection et de régulation. Il vise à prévoir les évolutions nécessaires de l'offre sanitaire afin de satisfaire la demande de santé. Il permet également d'orienter l'allocation des ressources, d'approuver les projets d'établissement et de conduire les processus de contractualisation. Son rôle est particulièrement important dans un contexte marqué par des disparités territoriales et par la nécessité de renforcer la régionalisation sanitaire.

3.8. Complémentarité public-privé et gouvernance de l'offre de soins

L'un des enjeux majeurs du cadre juridique et institutionnel de l'offre de soins au Maroc réside dans la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé. Le secteur public demeure le garant principal de l'accès équitable aux soins, de la planification sanitaire et de la régulation du système. Il joue un rôle central dans la couverture territoriale, la prévention, la gestion des urgences, la prise en charge des populations vulnérables et la mise en œuvre des politiques nationales de santé.

Le secteur privé, quant à lui, représente une composante incontournable de l'offre nationale de soins. Il contribue à la mobilisation de capitaux, à l'innovation, à la création d'emplois, à la disponibilité de certaines technologies médicales et à l'élargissement de l'offre de services. Toutefois, son intervention doit s'inscrire dans un cadre régulé afin de garantir la transparence, l'équité, la qualité des prestations et la protection des droits des patients. Le contenu fourni souligne que la participation du secteur privé peut être efficace si elle est encadrée par des conditions claires, des mécanismes de gouvernance adaptés et des incitations favorables à l'investissement responsable.

Dans cette perspective, les partenariats public-privé peuvent constituer un levier de modernisation de l'offre de soins. Ils peuvent contribuer au financement d'infrastructures modernes, à l'acquisition de technologies médicales, à la formation du personnel et à l'amélioration de la qualité des prestations. Cependant, ces partenariats doivent être transparents, responsables et conformes aux principes d'équité et d'accès universel aux soins, afin d'éviter les risques de privatisation excessive ou de conflits d'intérêts.

4. Résultats et analyse des tableaux statistiques :

Cette section présente les résultats issus de l'analyse statistique descriptive de l'offre de soins au Maroc. Les données portent sur les établissements de soins de santé de base, l'offre hospitalière publique, les infrastructures privées et les ressources humaines médicales. L'objectif est d'identifier les tendances majeures, les déséquilibres territoriaux et les limites structurelles du système de santé marocain. Les données exploitées montrent notamment la répartition des ESSB par région, l'existence de 159 hôpitaux publics avec 26 031 lits, ainsi que 439 cliniques privées en 2023.

4.1. Répartition régionale des établissements de soins de santé de base

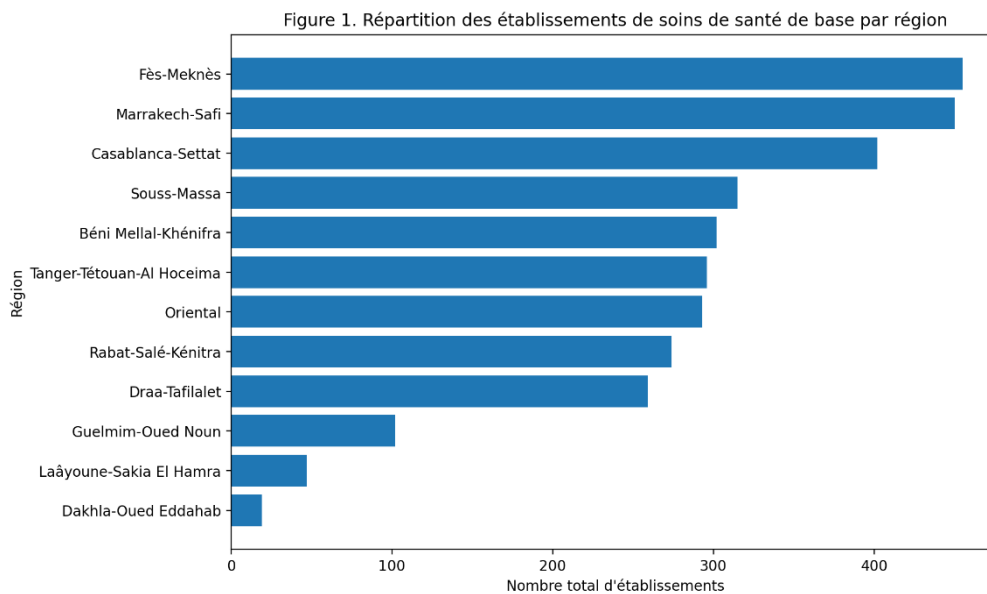
Tableau 1 : Répartition des établissements de soins de santé de base par région

Région	CSR1	CSR2	CSU1	CSU2	CDTMR	DR	LSP	CRSR	Total
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	63	62	76	16	6	63	4	6	296
Oriental	70	78	63	17	5	52	5	3	293
Fès-Meknès	112	61	97	20	10	144	7	4	455
Rabat-Salé-Kénitra	70	23	95	29	6	42	3	6	274
Casablanca-Settat	108	23	147	48	17	46	6	7	402
Béni Mellal-Khénifra	79	51	46	5	5	108	4	4	302
Marrakech-Safi	164	61	82	15	7	114	4	3	450

Draa-Tafilalet	65	55	21	8	2	104	2	2	259
Souss-Massa	88	53	35	19	6	106	4	4	315
Guelmim-Oued Noun	29	13	18	4	1	35	1	1	102
Laâyoune-Sakia El Hamra	7	1	21	2	2	12	1	1	47
Dakhla-Oued Eddahab	0	4	4	2	1	6	1	1	19

Source : élaboré par l'auteur à partir des données relatives aux ESSB figurant dans le document de base.

Figure 1 : Répartition des établissements de soins de santé de base par région



Source : élaboré par l'auteur à partir des données du document de base.

L'analyse montre une répartition très différenciée des établissements de soins de santé de base selon les régions. La région Fès-Meknès arrive en première position avec 455 établissements, suivie de Marrakech-Safi avec 450 établissements et de Casablanca-Settat avec 402 établissements. Ces trois régions disposent donc d'un réseau relativement dense de structures de proximité.

À l'inverse, les régions du Sud apparaissent beaucoup moins dotées. Dakhla-Oued Eddahab ne compte que 19 établissements, Laâyoune-Sakia El Hamra en compte 47, tandis que Guelmim-Oued Noun en compte 102. Cette situation traduit une forte disparité territoriale dans la distribution des structures sanitaires de base.

Sur le plan scientifique, ce résultat montre que l'offre de soins de proximité au Maroc reste marquée par une logique de concentration dans les régions les plus peuplées ou les plus structurées. Toutefois, le nombre d'établissements ne permet pas à lui seul d'évaluer l'efficacité

de l'offre de soins. Il doit être complété par l'analyse des ressources humaines, des équipements, de la qualité des prestations et de l'accessibilité effective aux services de santé.

4.2. Analyse de l'offre hospitalière publique

Tableau 2 : Principaux indicateurs du réseau hospitalier public au Maroc

Indicateur	Valeur
Nombre total d'hôpitaux publics	159
Capacité hospitalière totale	26 031 lits
Nombre d'hôpitaux psychiatriques	11
Capacité des hôpitaux psychiatriques	1 508 lits
Centres publics d'hémodialyse	133
Appareils publics de dialyse	2 779
Unités de mammographie	130
Scanographes	176
IRM	27
Installations de radiologie standard	339
TEP-scan	2

Source : élaboré par l'auteur à partir des données du document de base.

Le tableau 2 met en évidence une offre hospitalière publique relativement structurée, avec 159 hôpitaux et une capacité globale de 26 031 lits. Toutefois, certains indicateurs révèlent des insuffisances importantes, notamment en matière de santé mentale et de haute technologie médicale. Le Maroc ne dispose que de 11 hôpitaux psychiatriques pour une capacité de 1 508 lits, ce qui demeure limité au regard des besoins croissants en santé mentale.

L'insuffisance des équipements lourds constitue également une contrainte importante. Le nombre d'IRM, limité à 27 unités, et le nombre de TEP-scan, limité à 2, montrent que l'accès aux examens spécialisés reste fortement contraint. Cette situation peut entraîner des délais de diagnostic, une surcharge des établissements les mieux équipés et des déplacements coûteux pour les patients issus des régions périphériques.

Ces résultats montrent que le défi du système hospitalier marocain n'est pas seulement quantitatif. Il concerne aussi la qualité technique de l'offre, la disponibilité des équipements spécialisés et la capacité des établissements publics à répondre aux pathologies complexes.

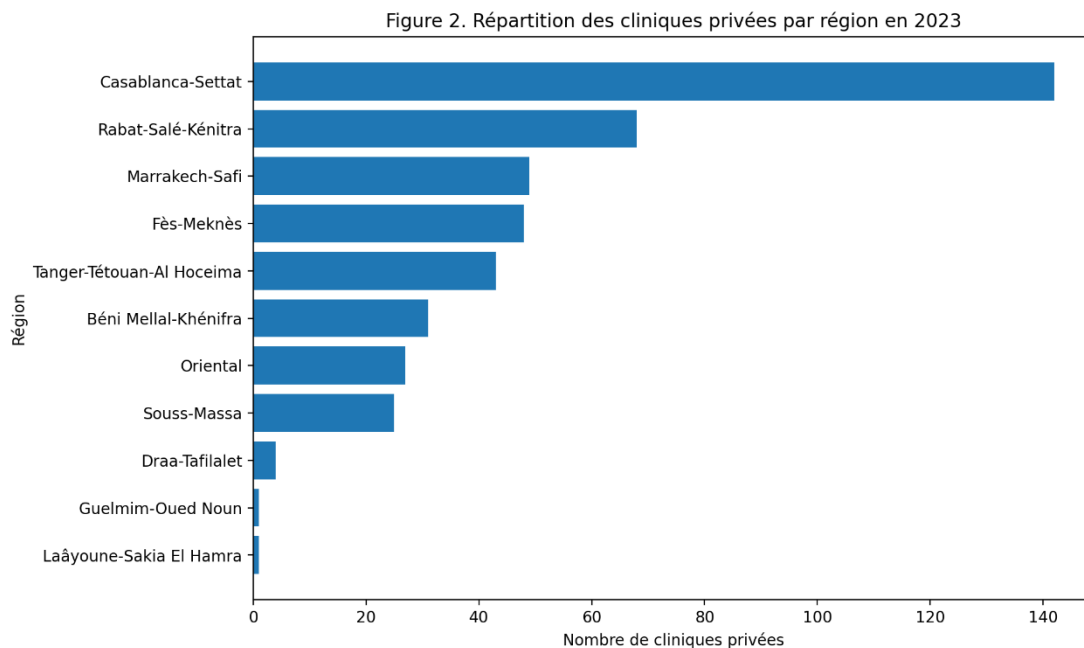
4.3. Répartition régionale des cliniques privées

Tableau 3 : Répartition des cliniques privées par région en 2023

Région	Nombre de cliniques privées
Casablanca-Settat	142
Rabat-Salé-Kénitra	68
Marrakech-Safi	49
Fès-Meknès	48
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	43
Béni Mellal-Khénifra	31
Oriental	27
Souss-Massa	25
Draa-Tafilalet	4
Guelmim-Oued Noun	1
Laâyoune-Sakia El Hamra	1

Source : élaboré par l'auteur à partir des données relatives au secteur privé.

Figure 2 : Répartition des cliniques privées par région en 2023



Source : élaboré par l'auteur à partir des données du document de base.

Le tableau 3 et la figure 2 montrent une forte concentration du secteur privé dans les régions économiquement les plus dynamiques. La région Casablanca-Settat concentre à elle seule 142 cliniques privées, soit un niveau largement supérieur aux autres régions. Elle est suivie par

Rabat-Salé-Kénitra avec 68 cliniques, puis par Marrakech-Safi avec 49 cliniques et Fès-Meknès avec 48 cliniques.

À l'opposé, certaines régions apparaissent presque absentes de l'offre privée. Guelmim-Oued Noun et Laâyoune-Sakia El Hamra ne comptent chacune qu'une seule clinique, tandis que Draa-Tafilalet n'en compte que quatre. Cette concentration révèle que l'implantation du privé obéit principalement à des logiques de densité urbaine, de solvabilité de la demande et d'attractivité économique.

D'un point de vue analytique, le secteur privé représente un acteur majeur de l'offre de soins, mais son développement ne garantit pas automatiquement l'équité territoriale. Au contraire, lorsqu'il n'est pas encadré par une régulation publique efficace, il peut renforcer les déséquilibres entre les grandes régions urbaines et les territoires périphériques.

4.4. Poids du secteur privé dans l'offre de soins

Tableau 4 : Principales composantes du secteur privé de santé

Composante du secteur privé	Nombre
Cliniques privées	439
Lits privés	16 591
Cabinets de consultation médicale	12 994
Cabinets de radiologie	339
Laboratoires d'analyse	740
Cabinets dentaires	4 885
Pharmacies	9 939
Centres de kinésithérapie	975
Centres d'hémodialyse	259
Infirmieries	608

Source : élaboré par l'auteur à partir des données du document de base.

Le tableau 4 confirme le poids considérable du secteur privé dans l'offre nationale de soins. Avec 439 cliniques privées, 16 591 lits, près de 13 000 cabinets médicaux, 740 laboratoires d'analyse et 9 939 pharmacies, le privé représente une composante incontournable du système de santé marocain.

Cette présence massive du privé peut contribuer à réduire la pression sur les établissements publics, à diversifier l'offre de soins et à améliorer l'accès à certaines prestations spécialisées. Toutefois, cette contribution reste conditionnée par la capacité financière des patients, le niveau de couverture médicale et la disponibilité territoriale des services.

Ainsi, le secteur privé constitue à la fois une opportunité et un défi. Il représente une opportunité parce qu'il mobilise des ressources, des compétences et des équipements. Mais il constitue aussi un défi dans la mesure où son développement doit être encadré pour éviter une médecine à deux vitesses, marquée par une différence d'accès entre les populations solvables et les populations vulnérables.

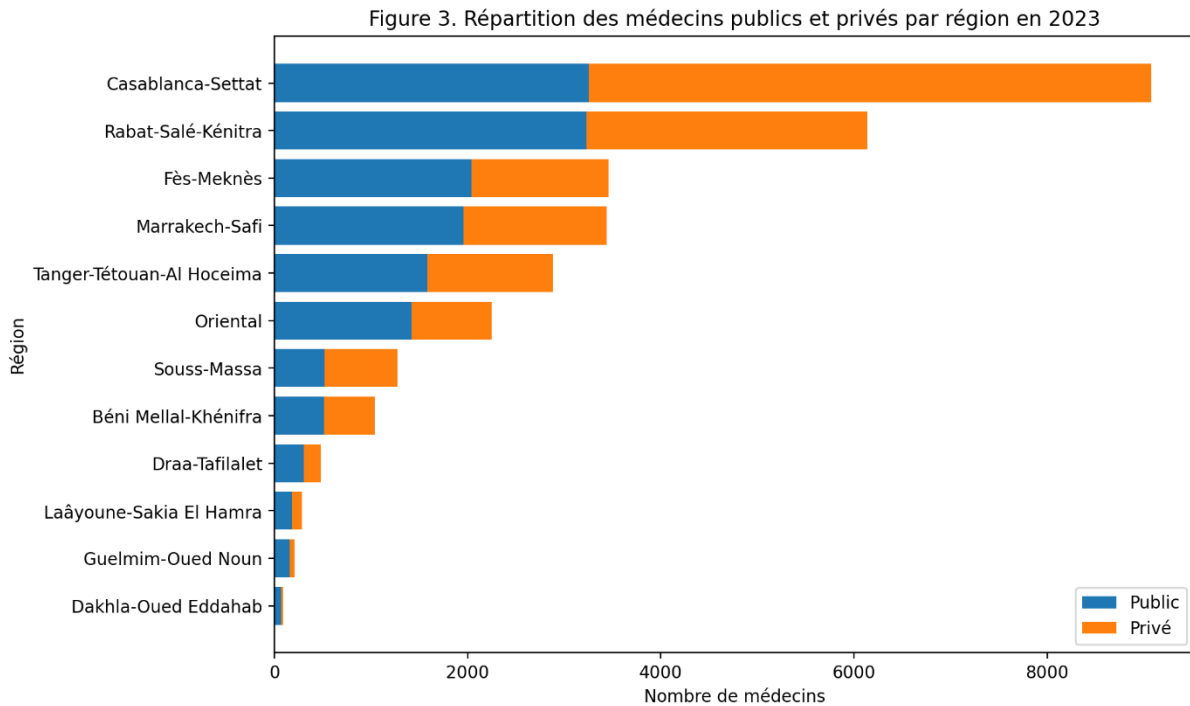
4.5. Répartition régionale des médecins dans les secteurs public et privé

Tableau 5 : Répartition des médecins publics et privés par région en 2023

Région	Médecins publics	Médecins privés	Total médecins
Casablanca-Settat	3 255	5 826	9 081
Rabat-Salé-Kénitra	3 235	2 906	6 141
Fès-Meknès	2 039	1 424	3 463
Marrakech-Safi	1 961	1 480	3 441
Tanger-Tétouan-Al Hoceima	1 582	1 302	2 884
Oriental	1 422	827	2 249
Souss-Massa	521	753	1 274
Béni Mellal-Khénifra	515	522	1 037
Draa-Tafilalet	304	181	485
Laâyoune-Sakia El Hamra	185	102	287
Guelmim-Oued Noun	159	50	209
Dakhla-Oued Eddahab	71	21	92

Source : élaboré par l'auteur à partir des données relatives aux ressources humaines médicales publiques et privées.

Figure 3 : Répartition des médecins publics et privés par région en 2023



Source : élaboré par l'auteur à partir des données du document de base.

Le tableau 5 montre une forte concentration des médecins dans un nombre limité de régions. Casablanca-Settat occupe la première place avec 9 081 médecins, dont 3 255 dans le secteur public et 5 826 dans le secteur privé. Elle est suivie par Rabat-Salé-Kénitra avec 6 141 médecins, puis par Fès-Meknès avec 3 463 médecins et Marrakech-Safi avec 3 441 médecins. En revanche, les régions du Sud disposent d'effectifs très faibles. Dakhla-Oued Eddahab ne compte que 92 médecins, Guelmim-Oued Noun seulement 209, et Laâyoune-Sakia El Hamra 287. Ces écarts révèlent une forte inégalité dans la répartition du capital humain médical.

L'analyse comparée entre public et privé montre aussi que, dans certaines régions, le secteur privé dépasse largement le secteur public. C'est le cas de Casablanca-Settat, où les médecins privés sont nettement plus nombreux que les médecins publics. À l'inverse, dans d'autres régions moins attractives, le secteur public demeure le principal support de l'offre médicale.

Sur le plan scientifique, ce résultat confirme que les ressources humaines constituent le principal point de tension du système de santé marocain. L'existence d'infrastructures ne suffit pas à garantir l'accès aux soins si les médecins, infirmiers et spécialistes ne sont pas disponibles en nombre suffisant et de manière équilibrée sur le territoire.

5. Discussion des résultats :

La discussion des résultats permet d'interpréter les données statistiques présentées précédemment à la lumière du cadre théorique et juridique de l'offre de soins au Maroc. Les résultats obtenus montrent que le système de santé marocain dispose d'une offre de soins diversifiée, composée d'un secteur public structuré, d'un secteur privé dynamique et d'un cadre juridique relativement avancé. Toutefois, cette offre demeure marquée par des déséquilibres territoriaux, un déficit en ressources humaines, une insuffisance d'équipements spécialisés et une gouvernance encore perfectible.

5.1. Une offre de soins en progression, mais encore inégalement répartie

Les résultats montrent que le Maroc dispose d'un réseau important d'établissements de soins de santé de base, avec une présence notable dans plusieurs régions telles que Fès-Meknès, Marrakech-Safi et Casablanca-Settat. Cette dynamique traduit les efforts engagés par les pouvoirs publics pour renforcer l'accès aux soins de proximité et améliorer la couverture sanitaire territoriale.

Cependant, l'analyse statistique révèle une forte disparité entre les régions. Les régions les plus peuplées et les plus urbanisées concentrent une part importante des infrastructures sanitaires, tandis que les régions du Sud et les zones à faible densité démographique restent relativement sous-dotées. Cette situation pose un problème d'équité territoriale, dans la mesure où l'accès aux soins ne dépend pas uniquement de l'existence d'un droit juridique, mais aussi de la disponibilité effective des services sanitaires sur le territoire.

Ainsi, même si la Constitution marocaine de 2011 consacre l'égal accès des citoyens aux soins de santé et à la protection sociale, l'effectivité de ce droit reste conditionnée par la capacité du système à réduire les écarts régionaux. Le cadre juridique existe, mais sa traduction concrète nécessite une planification territoriale plus équilibrée, notamment à travers la carte sanitaire et les schémas régionaux de l'offre de soins.

5.2. Le déficit en ressources humaines : un frein majeur à la performance du système

L'un des résultats les plus importants de l'analyse concerne la question des ressources humaines. Les données montrent que le système de santé marocain souffre d'un déficit significatif en médecins, infirmiers et spécialistes. Cette situation est particulièrement préoccupante, car la disponibilité des infrastructures ne suffit pas à garantir la qualité des soins si les ressources humaines nécessaires ne sont pas présentes.

Le manque de professionnels de santé touche surtout certaines spécialités médicales, notamment l'oncologie, la chirurgie cardiovasculaire, la génétique, l'immunologie ou encore certaines spécialités chirurgicales rares. Ce déficit peut avoir des conséquences directes sur les délais de prise en charge, la qualité du diagnostic et la capacité des hôpitaux publics à répondre aux besoins complexes de la population.

La concentration des médecins dans les grandes régions urbaines constitue également une limite importante. Casablanca-Settat et Rabat-Salé-Kénitra concentrent une grande partie des professionnels de santé, alors que des régions comme Dakhla-Oued Eddahab, Guelmim-Oued Noun ou Laâyoune-Sakia El Hamra disposent d'effectifs beaucoup plus faibles. Cette répartition déséquilibrée renforce les inégalités territoriales et oblige parfois les patients à se déplacer vers les grands centres urbains pour accéder à des soins spécialisés.

Ainsi, la réforme du système de santé ne peut réussir sans une politique ambitieuse de valorisation, de formation, de motivation et de répartition équitable des ressources humaines. Le document de base souligne d'ailleurs que la nouvelle réforme sanitaire repose notamment sur la valorisation des ressources humaines, la réhabilitation de l'offre sanitaire, la dimension régionale et la gouvernance.

5.3. Le secteur privé : un acteur indispensable, mais insuffisamment équilibré territorialement

Les résultats montrent que le secteur privé occupe une place importante dans l'offre de soins au Maroc. Il contribue à la disponibilité des cliniques, des cabinets médicaux, des laboratoires d'analyse, des pharmacies, des centres de radiologie et des centres d'hémodialyse. Cette présence permet de compléter l'offre publique et de répondre à une partie importante de la demande de soins.

Cependant, l'analyse de la répartition des cliniques privées révèle une concentration très forte dans les régions économiquement attractives, notamment Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kénitra, Marrakech-Safi et Fès-Meknès. Cette concentration s'explique par des facteurs économiques : densité de population, pouvoir d'achat, solvabilité des patients, présence d'assurances et rentabilité des investissements médicaux.

Le secteur privé peut donc contribuer à améliorer l'offre de soins, mais il ne peut pas garantir à lui seul l'équité territoriale. Son implantation obéit généralement à une logique de marché, ce qui peut laisser certaines régions moins attractives en situation de sous-équipement. C'est pourquoi la complémentarité public-privé doit être pensée dans un cadre régulé, transparent et orienté vers l'intérêt général.

Les partenariats public-privé peuvent constituer une solution pertinente pour renforcer l'offre sanitaire, financer des infrastructures modernes, acquérir des équipements médicaux avancés et améliorer la qualité des services. Toutefois, ces partenariats doivent être bien encadrés afin d'éviter les risques de privatisation excessive, de conflits d'intérêts ou de renforcement des inégalités d'accès aux soins.

5.4. Les équipements spécialisés : un enjeu central de qualité et d'égalité d'accès

L'analyse des équipements biomédicaux montre que le système public dispose de certains équipements techniques importants, mais leur nombre reste limité face aux besoins croissants de la population. Le faible nombre d'IRM, de TEP-scan, d'unités spécialisées et d'équipements lourds constitue une contrainte majeure, notamment pour les pathologies complexes comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies neurologiques ou les maladies chroniques. Cette insuffisance peut produire plusieurs effets négatifs. D'abord, elle peut allonger les délais de diagnostic. Ensuite, elle peut provoquer une surcharge des établissements les mieux équipés. Enfin, elle peut aggraver les inégalités territoriales, car les patients vivant dans les régions moins dotées doivent souvent se déplacer vers les grandes villes.

La question des équipements ne doit donc pas être analysée seulement comme un problème technique. Elle renvoie aussi à la justice territoriale, à la qualité des soins et à la performance globale du système sanitaire. Une réforme efficace doit ainsi intégrer la modernisation des plateaux techniques, la maintenance des équipements, la formation du personnel et la répartition équilibrée des infrastructures spécialisées.

5.5. La gouvernance sanitaire : condition essentielle de la réforme

Les résultats confirment que les défis du système de santé marocain ne sont pas uniquement liés au nombre d'hôpitaux, de cliniques ou de médecins. Ils relèvent également de la gouvernance. La gouvernance sanitaire concerne la capacité des pouvoirs publics à planifier, réguler, coordonner, contrôler et évaluer l'offre de soins.

La loi-cadre n°34-09 insiste sur l'importance de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins. Ces outils doivent permettre d'assurer une répartition équilibrée des infrastructures, des ressources humaines et des équipements selon les besoins de chaque territoire. Toutefois, leur efficacité dépend de leur mise en œuvre réelle, de la qualité des données disponibles et de la capacité des acteurs régionaux à participer à la planification sanitaire.

Dans ce sens, la régionalisation avancée peut constituer une opportunité pour rapprocher la décision sanitaire des réalités locales. Les besoins d'une région fortement urbanisée ne sont pas les mêmes que ceux d'une région rurale, montagneuse ou saharienne. Une gouvernance territoriale efficace doit donc tenir compte des caractéristiques démographiques, géographiques, économiques et épidémiologiques propres à chaque région.

Conclusion

L'objectif de cet article était d'analyser l'état des lieux de l'offre de soins au Maroc à travers une lecture à la fois statistique, juridique et institutionnelle. L'étude a permis de mettre en évidence les principales caractéristiques du système de santé marocain, en insistant sur la répartition des établissements de soins de santé de base, du réseau hospitalier, des infrastructures privées et des ressources humaines médicales.

Les résultats montrent que le Maroc dispose d'une offre de soins relativement diversifiée, reposant sur un secteur public structuré et un secteur privé dynamique. Le secteur public assure une mission essentielle de service public, notamment à travers les établissements de soins de santé de base, les hôpitaux publics, les centres spécialisés et les dispositifs de proximité. De son côté, le secteur privé occupe une place importante dans l'offre nationale de soins, notamment à travers les cliniques, les cabinets médicaux, les laboratoires, les pharmacies et les centres spécialisés. Cette complémentarité constitue un levier important pour accompagner la réforme du système de santé marocain.

Cependant, l'analyse statistique a également révélé plusieurs fragilités structurelles. La première concerne les disparités territoriales. Les régions les plus peuplées et les plus développées, notamment Casablanca-Settat, Rabat-Salé-Kénitra, Fès-Meknès et Marrakech-Safi, concentrent une part importante des infrastructures, des équipements et des professionnels de santé. À l'inverse, certaines régions périphériques ou faiblement peuplées demeurent moins dotées, ce qui limite l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins.

La deuxième fragilité concerne les ressources humaines. Malgré les efforts engagés, le système de santé marocain reste confronté à un déficit en médecins, infirmiers et spécialistes. Cette contrainte affecte directement la qualité, la continuité et la disponibilité des prestations sanitaires. Elle confirme que la réussite de toute réforme sanitaire ne dépend pas uniquement de la construction d'infrastructures, mais aussi de la capacité à former, attirer, motiver et répartir équitablement les professionnels de santé.

La troisième fragilité concerne les équipements biomédicaux et les structures spécialisées. Les données analysées montrent que certains équipements lourds et certains services spécialisés restent insuffisants, notamment dans les régions éloignées. Cette situation peut engendrer des délais de prise en charge, des déplacements coûteux pour les patients et une aggravation des inégalités territoriales.

Sur le plan juridique, l'étude a montré que le Maroc dispose d'un cadre normatif important, notamment à travers la Constitution de 2011 et la loi-cadre n°34-09 relative au système de santé

et à l'offre de soins. Ce cadre consacre le droit d'accès aux soins et organise l'offre sanitaire autour de la carte sanitaire, des schémas régionaux de l'offre de soins et de la complémentarité entre les secteurs public et privé. Toutefois, l'enjeu principal demeure celui de l'effectivité de ces dispositions sur le terrain. La reconnaissance juridique du droit à la santé doit être accompagnée par une gouvernance territoriale efficace, une planification équitable et une mobilisation suffisante des ressources.

Ainsi, la réforme du système de santé marocain doit être pensée comme un processus global, articulant plusieurs dimensions : la réduction des disparités régionales, la valorisation des ressources humaines, la modernisation des équipements, la régulation du secteur privé et le renforcement de la gouvernance sanitaire. La complémentarité public-privé peut représenter une opportunité réelle, à condition qu'elle soit encadrée par des règles transparentes, équitables et orientées vers l'intérêt général. Le secteur privé peut contribuer à l'amélioration de l'offre de soins, mais son action doit être coordonnée avec les objectifs publics de justice sociale, de qualité et d'accès universel aux soins.

En définitive, cette recherche montre que l'offre de soins au Maroc se trouve à un moment charnière. Les réformes engagées ouvrent des perspectives importantes pour améliorer la couverture sanitaire, renforcer la protection sociale et moderniser le système de santé. Néanmoins, leur réussite dépendra de la capacité des pouvoirs publics à dépasser une logique purement quantitative pour adopter une approche intégrée, fondée sur l'équité territoriale, la qualité des soins, la performance organisationnelle et la responsabilité publique.

Comme perspective de recherche, il serait pertinent de compléter cette analyse par une étude empirique auprès des professionnels de santé, des responsables hospitaliers et des usagers afin d'évaluer la perception de la qualité des soins, les obstacles à l'accès aux services sanitaires et l'impact réel des réformes sur la satisfaction des citoyens. Une analyse comparative entre régions pourrait également permettre de mieux identifier les facteurs qui expliquent les écarts de performance territoriale et de proposer des politiques publiques plus ciblées.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Banque mondiale. (2013). *Partenariats public-privé dans le secteur de la santé : Guide de bonnes pratiques*. Banque mondiale.
- (2) Constitution du Royaume du Maroc. (2011). *Dahir n° 1-11-91 du 27 chaabane 1432 portant promulgation du texte de la Constitution*. Bulletin officiel du Royaume du Maroc.
- (3) EFQM. (2013). *EFQM excellence model*. European Foundation for Quality Management.
- (4) International Organization for Standardization. (2015). *ISO 9001:2015 : Systèmes de management de la qualité — Exigences*. ISO.
- (5) Loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins. (2011). *Bulletin officiel du Royaume du Maroc*.
- (6) Ministère de la Santé. (2018). *Plan Santé 2025 : Santé 2025, pour un système de santé moderne, performant et accessible*. Royaume du Maroc.
- (7) Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2023). *Carte sanitaire 2023 : Offre de soins au Maroc*. Royaume du Maroc.
- (8) Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2023). *Statistiques sanitaires nationales : Infrastructures sanitaires, ressources humaines et équipements biomédicaux*. Royaume du Maroc.
- (9) Organisation mondiale de la santé. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. OMS.
- (10) Organisation mondiale de la santé. (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*. OMS.
- (11) Organisation mondiale de la santé. (2010). *Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle*. OMS.
- (12) Organisation mondiale de la santé. (2015). *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : Personnel de santé 2030*. OMS.
- (13) Organisation mondiale de la santé. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. OMS, OCDE et Banque mondiale.
- (14) Organisation mondiale de la santé. (2021). *Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens*. OMS.

- (15) Programme des Nations Unies pour le Développement. (2005). *Initiative Nationale pour le Développement Humain au Maroc : Rapport de présentation*. PNUD.
- (16) Royaume du Maroc. (1994). *Décret n° 2-94-285 du 17 jourmada II 1415 relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la Santé publique*. Bulletin officiel du Royaume du Maroc.
- (17) Royaume du Maroc. (2011). *Loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins*. Bulletin officiel du Royaume du Maroc.
- (18) Royaume du Maroc. (2013). *Loi n° 86-12 relative aux contrats de partenariat public-privé*. Bulletin officiel du Royaume du Maroc.
- (19) Royaume du Maroc. (2021). *Loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale*. Bulletin officiel du Royaume du Maroc.
- (20) Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
- (21) World Bank. (2018). *Public-private partnerships for health: PPPs are here and growing*. World Bank Group.
- (22) World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care*. WHO.
- (23) World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. WHO.
- (24) World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. WHO.
- (25) World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. WHO.
- (26) World Health Organization. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report*. WHO.
- (27) World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, & World Bank. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. World Health Organization.