International Journal of Strategic Management and Economic Studies (IJSMES)
ISSN: 2791-299X

Valorisation du capital humain en santé et équité territoriale dans la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc

Une revue de littérature critique

Health human capital development and territorial equity in the reform of Morocco's Territorial Health Groups : *A critical literature review*

Hajar BRIJOU, (*Doctorante-chercheure)*
Laboratoire de Recherche en Management des Organisations, Droit des Affaires et Développement Durable (LARMODAD)
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales-Souissi Université Mohammed V de Rabat, Maroc

Mustapha OUKASSI, (*Enseignant-chercheur*)
Laboratoire de Recherche en Management des Organisations, Droit des Affaires et Développement Durable (LARMODAD)
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales -Souissi Université Mohammed V de Rabat, Maroc

Digital Object Identifier (DOI): https://doi.org/10.5281/zenodo.**24379961**

Published in: Volume 5 Issue 6

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

Résumé

Le Maroc a engagé depuis 2022 une refonte de son système de santé, dont les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) constituent la pierre angulaire. Cet article propose une revue de littérature critique pour examiner dans quelle mesure la valorisation du capital humain en santé peut améliorer l'accès aux soins et réduire les disparités régionales dans ce cadre. L'analyse mobilise trois ancrages théoriques, la théorie du capital humain, la justice sociale et territoriale, et le modèle de l'OMS pour les ressources humaines en santé, ainsi que des travaux scientifiques et des rapports institutionnels couvrant la période 2000-2026. Le diagnostic met en évidence un déficit quantitatif de professionnels, une forte concentration territoriale, une émigration médicale et des capacités de formation en expansion mais encore insuffisantes. L'analyse de la réforme montre que les GST offrent des leviers de décloisonnement, de mutualisation et de responsabilisation locale, dont la portée dépend des capacités managériales, de l'autonomie réelle et du financement. Quatre leviers sont discutés : la formation, l'attractivité et la rétention, la gouvernance, et la technologie. L'article conclut que la valorisation du capital humain est une condition nécessaire mais non suffisante, et ouvre des pistes de recherche empirique sur les premiers GST.

Mots-clés : capital humain ; ressources humaines en santé ; inégalités régionales ; Groupements Sanitaires Territoriaux ; Maroc

Classification JEL : I14, I15, I18, J24, R58

Type du papier : Revue de littérature critique

Abstract

Since 2022, Morocco has been undertaking a structural reform of its health system, with the Territorial Health Groups (THGs) as its cornerstone. This article presents a critical literature review examining to what extent the development of health human capital can improve access to care and reduce regional disparities within this framework. The analysis draws on three theoretical foundations, human capital theory, social and territorial justice, and the WHO health workforce model, as well as scientific publications and institutional reports covering 2000 to 2026. The diagnosis highlights a quantitative shortage of professionals, strong territorial concentration, medical emigration, and training capacities that are expanding but still insufficient. The analysis of the reform shows that THGs offer levers for integration, resource pooling and local accountability, whose scope depends on managerial capacity, real autonomy and funding. Four levers are discussed: training, attractiveness and retention, governance, and technology. The article concludes that health human capital development is a necessary but not sufficient condition, and suggests directions for empirical research on the first operational THGs.

Keywords : human capital ; human resources for health; regional inequalities; Territorial Health Groups; Morocco

JEL Classification : I14, I15, I18, J24, R58

Paper type : Critical literature revie

1. Introduction

Depuis 2022, le Royaume du Maroc est engagé dans une refonte structurelle de son système de santé. Confronté à une transition démographique et épidémiologique marquée par la progression des maladies chroniques, ainsi qu'à des attentes croissantes en matière de qualité des services, le pays a adopté la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé (Dahir n° 1-22-77, 2022) et la loi n° 08-22 portant création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) (Dahir n° 1-23-50, 2023). Ces textes prolongent le Nouveau Modèle de Développement (CSMD, 2021) et la généralisation de la protection sociale (Dahir n° 1-21-30, 2021), et visent à consolider la couverture sanitaire universelle et à approfondir la régionalisation avancée. Les GST, établissements publics régionaux regroupant l'offre de soins publique d'un même territoire, doivent décloisonner la gestion des ressources humaines, réformer la gouvernance et instaurer de nouveaux modes de rémunération et d'attractivité.

La réussite de cette réorganisation dépend toutefois en grande partie des ressources humaines en santé (RHS), aujourd'hui sous forte contrainte. En 2023, le Maroc comptait 0,80 médecin et 1,03 infirmier ou sage-femme pour 1 000 habitants, très en deçà des repères de 1,72 et de 4,5 retenus pour suivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle (Al Hassani et al. 2026), et le déficit national a été chiffré à 97 566 postes, dont 32 522 médecins (MSPS, 2021). Cette pénurie se double d'une forte inégalité territoriale : en 2021, la couverture médicale allait d'un médecin pour 897 habitants à Casablanca-Settat à un médecin pour 3 396 habitants à Drâa-Tafilalet (Zahidi et al. 2022), et 57,4 % des médecins publics exercent dans trois régions seulement (Al Hassani et al. 2026). L'émigration médicale l'aggrave : plus des deux tiers des étudiants en dernière année de médecine déclarent envisager de quitter le pays (Sylla et al. 2021). Ces tensions s'inscrivent dans un contexte de financement contraint : le budget du ministère de la Santé oscille entre 6 et 7 % du budget de l'État, contre 15 % selon la Déclaration d'Abuja (OUA, 2001), et les paiements directs des ménages représentent encore 38 % des dépenses de santé (MSPS, 2025b).

La littérature mobilise de longue date la théorie du capital humain (Becker, 1964), les principes de justice distributive (Rawls, 1971) et le cadre de gestion des RHS de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2006). Les travaux récents sur les GST portent soit sur le management des ressources humaines dans une perspective théorique (Baalla & Jellouli, 2025), soit sur la répartition quantitative de l'offre de soins entre régions (Ouzren & Lait Hmiddan, 2026). À notre connaissance, l'articulation entre la valorisation du capital humain et l'objectif d'équité territoriale dans le cadre des GST reste peu synthétisée. Cet article propose donc une revue de littérature critique pour répondre à la question suivante : dans quelle mesure la valorisation et le développement du capital humain en santé peuvent-ils améliorer l'accès aux soins et réduire les disparités régionales dans le cadre de la réforme des GST ?

La revue s'appuie sur un corpus de travaux scientifiques sélectionnés à partir des principales bases de données en sciences de gestion et en santé publique, complétés par des rapports institutionnels nationaux et internationaux, sur la période 2000-2026. Ont été retenus en priorité les travaux traitant explicitement des ressources humaines en santé, des réformes du système de santé marocain et des enjeux d'équité territoriale. Les données chiffrées proviennent de sources hétérogènes (publications académiques, rapports institutionnels…) et leurs écarts sont discutés lorsqu'ils influencent l'analyse. L'article s'organise en quatre parties, suivies d'une conclusion : le cadre théorique et conceptuel, le diagnostic de la situation des professionnels de santé au Maroc, l'analyse de la réforme des GST sous l'angle des ressources humaines, et la discussion des leviers stratégiques de valorisation du capital humain.

2. Cadre théorique et conceptuel

Cette première partie vise à préciser les concepts structurants de l'analyse et à présenter les principaux cadres théoriques mobilisés pour penser la place du capital humain dans la réforme du système de santé marocain, en particulier dans le cadre des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST).

2.1 Définition des concepts clés

Capital humain en santé

Le capital humain en santé fait référence à l'ensemble des compétences, connaissances et aptitudes des professionnels de santé qui contribuent à la qualité et à la performance des soins. D'après Becker (1964), le capital humain correspond aux compétences qu'un individu acquiert par l'éducation, la formation et l'expérience. Dans le domaine de la santé, il inclut les médecins, infirmiers, pharmaciens, techniciens et autres professionnels dont le savoir-faire détermine directement la performance du système de soins.

Les fondements de cette notion remontent à Adam Smith (1776), qui comparait le travailleur qualifié à une « machine dispendieuse » dont l'investissement en éducation doit être compensé par des revenus futurs plus élevés. Cette approche a été prolongée par les économistes classiques, qui ont souligné le rôle de la main-d'œuvre qualifiée dans la croissance économique. Plus récemment, des auteurs tels que Schultz (1971) ont insisté sur l'éducation et la formation professionnelle comme investissements générant des rendements économiques et sociaux.

Dans le contexte marocain, le capital humain en santé est aujourd'hui au cœur des préoccupations des pouvoirs publics, en raison des déficits quantitatifs et qualitatifs en ressources humaines, ainsi que des fortes inégalités territoriales de répartition des professionnels de santé.

Valorisation du capital humain

La valorisation du capital humain renvoie aux stratégies mises en œuvre pour optimiser le potentiel des professionnels de santé, afin d'accroître leur productivité, leur satisfaction et leur fidélité. Schultz (1971) a montré que l'éducation et la formation professionnelle constituent des investissements générant des rendements économiques. Dans le secteur de la santé, cela se traduit par des actions de formation continue, des incitations professionnelles et l'amélioration des conditions de travail.

Plusieurs auteurs ont proposé des définitions complémentaires de la valorisation du capital humain. Becker (1964) la conçoit comme l'investissement en éducation et en formation qui augmente la productivité et les revenus des individus. Mincer (1974) la mesure à travers le retour sur investissement en éducation, en établissant un lien entre niveau d'études, expérience professionnelle et revenus. Sen (1999) met l'accent sur l'amélioration des capacités et du bien-être, soulignant l'importance de l'éducation et de la santé pour le développement humain. Dans le contexte des réformes marocaines, la valorisation du capital humain en santé ne se limite pas à une logique de rendement économique. Elle intègre également des dimensions de bien-être, de capacités réelles des individus et de développement territorial, en lien avec les objectifs de couverture sanitaire universelle et de réduction des inégalités régionales.

Inégalités régionales en santé

Les inégalités régionales en matière d'accès aux soins représentent un défi majeur pour les systèmes de santé des pays en développement, y compris le Maroc. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010), les disparités d'accès aux professionnels de santé qualifiés sont liées à des facteurs géographiques, économiques et infrastructurels. Dans le contexte

marocain, elles se manifestent par une concentration des ressources dans les grandes villes, notamment Casablanca et Rabat, au détriment des zones rurales et périurbaines. Les chiffres présentés en introduction (un médecin pour 897 habitants à Casablanca-Settat contre un pour 3 396 à Drâa-Tafilalet, 57,4 % des médecins publics concentrés dans trois régions) mettent en lumière l'ampleur de ces disparités et soulignent l'urgence de mettre en œuvre des politiques publiques adaptés pour y faire face.

Groupements Sanitaires Territoriaux (GST)

Les GST ne sont pas seulement un nouveau découpage administratif. Ils constituent une nouvelle architecture de gouvernance du système de santé marocain, fondée sur la régionalisation avancée, l'autonomie de gestion et la mutualisation des ressources. Établissements publics régionaux, ils regroupent l'offre de soins publique d'un même territoire et reprennent, dans cette logique, une partie des missions de gestion assurées jusque-là par les Directions régionales de la santé (DRS). Dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière et de gestion, ils sont placés sous la tutelle de l'État et s'inscrivent dans la réforme globale portée par la loi-cadre n° 06-22 et la loi n° 08-22 (Dahir n° 1-22-77, 2022 ; Dahir n° 1-23-50, 2023).

Dans ce cadre, les ressources humaines en santé ne sont plus pensées uniquement au niveau central, mais aussi à l'échelle de chaque territoire. Les GST visent à décloisonner la gestion des ressources humaines entre hôpitaux, centres de santé et autres structures de soins, à mutualiser les compétences et les effectifs au sein d'un même territoire, et à responsabiliser les acteurs locaux dans la gestion des carrières, des affectations et des incitations. Leur objectif est de rapprocher les soins des populations éloignées et de mieux répartir les ressources humaines en santé, afin de promouvoir la couverture sanitaire universelle et de renforcer l'efficience de l'offre de soins (Ministère de la Santé, 2023).

La littérature émergente met en avant leur potentiel pour améliorer la coordination interhospitalière, la mutualisation des ressources et la performance globale du système. Elle souligne aussi les défis liés à la taille des structures, aux différences de culture professionnelle entre milieux urbain et rural, et aux risques de corporatisme (Baalla & Jellouli, 2025 ; Ouzren & Lait Hmiddan, 2026).

2.2 Ancrages théoriques : trois perspectives complémentaires

Afin d'éclairer la problématique de cet article, cette section mobilise trois ancrages théoriques complémentaires : la théorie de l'investissement en capital humain, les principes de justice sociale et territoriale, ainsi que le cadre de gestion des ressources humaines en santé développé par l'Organisation mondiale de la santé.

a. Théorie de l'investissement en capital humain

La théorie de l'investissement en capital humain, développée notamment par Becker et Mincer, postule que les dépenses en éducation, formation et santé constituent des investissements destinés à accroître la productivité des individus et, par conséquent, leurs revenus futurs (Becker, 1964 ; Mincer, 1974). En considérant l'éducation et la formation comme des investissements comparables à ceux réalisés dans le capital physique, cette théorie explique les écarts de revenus selon les niveaux de qualification et l'impact de ces investissements sur la croissance économique.

Les individus, en investissant dans leur propre capital humain, augmentent leur productivité et leur employabilité, mais doivent également prendre en compte les coûts d'opportunité associés (temps, ressources financières). Cette approche a largement servi à justifier des politiques publiques visant à renforcer les systèmes éducatifs et de santé. Elle est toutefois critiquée pour

sa tendance à négliger les facteurs non économiques et les inégalités structurelles dans l'accès aux opportunités de formation et d'emploi.
Dans le contexte marocain, cette théorie éclaire les choix d'investissement dans la formation des professionnels de santé et les politiques de rétention des talents, notamment face à l'émigration médicale et aux déficits régionaux en ressources humaines.

b. Théorie de la justice sociale et territoriale

La théorie de la justice sociale cherche à promouvoir une distribution équitable des ressources, des droits et des opportunités au sein d'une société. Elle repose sur l'idée que chaque individu doit bénéficier d'un accès égal aux biens économiques, aux opportunités éducatives et à la protection sociale, indépendamment de son origine ou de sa situation personnelle.
Rawls (1971) est l'un des principaux représentants de cette approche avec sa conception de la « justice comme équité ». Il propose deux principes fondamentaux :

- **le principe de liberté**, garantissant des droits égaux pour tous ;
- **le principe de différence**, selon lequel les inégalités sociales et économiques ne sont justifiées que si elles profitent aux membres les plus défavorisés de la société.

Sen (1999) et Nussbaum (2011) ont enrichi cette perspective par l'approche par les capabilités : la justice ne se limite pas à la distribution des ressources, elle concerne aussi la capacité réelle des individus à les utiliser pour mener une vie autonome et épanouie.
Appliquée au système de santé, cette approche met l'accent sur l'équité dans la répartition des ressources sanitaires, des chances d'accès aux soins et des droits sociaux. Transposée à l'échelle des territoires, elle conduit à considérer comme injustifiée toute inégalité d'accès aux professionnels de santé qui ne bénéficie pas aux populations les moins bien dotées. Elle offre ainsi un cadre pertinent pour interroger la répartition territoriale des ressources humaines en santé et les politiques de réduction des inégalités régionales dans le cadre des GST.

Dans le cas du Maroc, la théorie de la justice sociale offre un cadre pertinent pour interroger la répartition territoriale des ressources humaines en santé et les politiques publiques visant à réduire les inégalités régionales d'accès aux soins, notamment dans le cadre des GST.

c. Modèle de développement des ressources humaines en santé

Le cadre proposé par l'OMS (2006) offre un troisième niveau de lecture, plus opérationnel. Il structure la réflexion autour de plusieurs fonctions clés : planification des effectifs, formation initiale et continue, répartition géographique, motivation et rétention, gestion de la performance, technologie et innovation, gouvernance et régulation, et capacité de réponse aux crises sanitaires. Il est particulièrement utile pour analyser les forces et faiblesses du système marocain en matière de RHS, pour identifier les leviers que les GST peuvent activer au niveau territorial (incitations ciblées, gestion de proximité, parcours professionnels adaptés) et pour penser la cohérence entre les objectifs nationaux (couverture sanitaire universelle, équité) et leurs déclinaisons régionales (projets médicaux régionaux, politiques locales de ressources humaines).
Concrètement, la planification consiste à estimer les besoins futurs en personnel en fonction de la démographie, des besoins sanitaires et des tendances épidémiologiques, afin d'ajuster les capacités de formation et de recrutement. La formation doit être alignée sur les besoins du système et intégrer les nouvelles technologies. La répartition géographique suppose des incitations financières, professionnelles et sociales pour attirer et retenir les professionnels dans les zones sous-dotées, notamment rurales. La motivation et la rétention reposent sur des politiques salariales compétitives, des conditions de travail adéquates, des perspectives de carrière claires et des programmes de bien-être, afin de limiter l'émigration et le turnover. La gestion de la performance combine évaluation des compétences, amélioration continue de la qualité et incitations fondées sur des objectifs mesurables. Le numérique (téléformation,

systèmes d'information, télémédecine) renforce les compétences, optimise la gestion des professionnels et améliore l'accès aux soins dans les zones éloignées. La gouvernance définit le rôle de l'État, des ordres professionnels et des établissements dans la régulation des pratiques et la protection des droits des professionnels et des usagers. Enfin, la réponse aux crises sanitaires passe par la formation accélérée, la mobilisation de personnel supplémentaire et la redistribution des ressources humaines disponibles.

Au Maroc, le développement des RHS est au cœur des réformes actuelles, notamment avec la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) et des GST. Le pays fait face à des défis majeurs de répartition des ressources humaines, avec une concentration des professionnels de santé dans les grands centres urbains. Des efforts sont déployés pour former davantage de professionnels, améliorer leurs conditions de travail et les inciter à exercer dans les zones rurales. Les GST sont censés permettre une meilleure organisation régionale des services de santé et une répartition plus efficace des ressources humaines entre les différentes régions.

La littérature récente sur les GST souligne que leur réussite dépendra largement de la capacité à décliner ce modèle au niveau territorial, en adaptant les politiques de ressources humaines aux besoins spécifiques de chaque région et en renforçant les capacités managériales locales (Baalla & Jellouli, 2025 ; Ouzren & Lait Hmiddan, 2026).

Les trois ancrages théoriques mobilisés (capital humain, justice sociale, modèle OMS des RHS) offrent des grilles de lecture complémentaires mais présentent aussi des limites. La théorie du capital humain, centrée sur la productivité et les rendements économiques, peut occulter les dimensions non marchandes du soin et les logiques de service public. La théorie de la justice sociale, bien que pertinente pour interroger l'équité, reste normative et ne dit pas comment opérationnaliser concrètement les principes de redistribution. Le modèle OMS des RHS, enfin, fournit un cadre opérationnel utile mais suppose des capacités de gouvernance et de financement qui font partiellement défaut au Maroc. Cette triple entrée théorique permet néanmoins d'éviter une lecture unidimensionnelle de la réforme et d'interroger simultanément ses dimensions économiques, éthiques et managériales.

Tableau 1 : Articulation des trois ancrages théoriques dans l'analyse des GST

Source : élaboration de l'auteur, d'après Becker (1964), Schultz (1971), Mincer (1974), Rawls (1971), Sen (1999), Nussbaum (2011) et OMS (2006).

Ancrage	Question posée	Apport pour l'analyse	Limite principale	Lien avec les GST
Capital humain (Becker, Schultz, Mincer)	Comment rentabiliser et retenir les compétences ?	Justifie l'investissement en formation et les politiques de rétention	Néglige les logiques de service public et les inégalités structurelles	Formation territorialisée, fidélisation des professionnels
Justice sociale et territoriale (Rawls, Sen, Nussbaum)	La répartition des professionnels est-elle équitable ?	Fournit le critère d'évaluation : l'accès des populations les moins dotées	Normatif, peu opérationnel	Réduction des écarts entre régions et entre milieux urbain et rural
Modèle OMS des RHS (2006)	Quelles fonctions activer et dans quel ordre ?	Cadre opérationnel de planification, de répartition et de gouvernance	Suppose des capacités de gouvernance et de financement	Leviers territoriaux : incitations, SIRH, parcours de carrière

3. Diagnostic de la situation des professionnels de santé au Maroc

Cette partie dresse un état des lieux actualisé des ressources humaines en santé au Maroc, en s'appuyant sur des données récentes (2023-2025) et des analyses issues de la littérature. Elle met en lumière les tensions structurelles qui pèsent sur le système et leurs implications pour la réforme des GST.

3.1 Un déficit quantitatif persistant malgré les efforts récents

Les données les plus récentes confirment l'ampleur du déficit en professionnels de santé. En 2023, le Maroc comptait 0,80 médecin et 1,03 infirmier ou sage-femme pour 1 000 habitants, très en deçà des repères de 1,72 et de 4,5 pour 1 000 retenus pour suivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle (Al Hassani et al. 2026). Le ministère de la Santé donne une densité voisine, d'un médecin pour 1 255 habitants (MSPS, 2023), de même que la Banque mondiale, avec 7,9 médecins pour 10 000 habitants (Banque mondiale, 2025). La carte sanitaire recense 32 665 médecins tous secteurs confondus en 2024, dont 15 452 dans le secteur public et 17 213 dans le privé (MSPS, 2024a), puis 34 173 en 2025, dont 15 631 dans le public et 18 542 dans le privé (MSPS, 2025a). Ce dernier effectif est très proche des 34 170 médecins retenus par Ouzren et Lait Hmiddan (2026), ce qui suggère que leur densité de 9,23 pour 10 000 habitants correspond à une année plus récente que 2023. Ces écarts reflètent vraisemblablement des différences de période et de périmètre professionnel, mais ils ne remettent pas en cause le diagnostic : la densité nationale reste très inférieure aux repères internationaux.

Les estimations du déficit varient selon les sources. Le ministère de la Santé a chiffré à 97 566 postes le déficit national en professionnels de santé, dont 32 522 médecins (MSPS, 2021). La Cour des comptes (2022) estime pour sa part qu'il manque 47 000 médecins, avec un déficit qui pourrait atteindre 53 000 d'ici 2035 si aucune mesure structurelle n'est prise. Ces chiffres, établis à des dates et selon des méthodes différentes, convergent sur l'ordre de grandeur plus que sur la valeur exacte. Le Chef du Gouvernement a fixé comme objectif de dépasser 90 000 professionnels de santé à l'horizon 2026, afin de franchir le seuil de 24 professionnels pour 10 000 habitants, puis d'atteindre 45 en 2030 (Chef du Gouvernement, 2025). L'échéance de 2026 arrive désormais à terme et son bilan reste à documenter.

Tableau 2 : Estimations divergentes de la densité et du déficit en professionnels de santé
Source : élaboration de l'auteur, d'après Al Hassani et al. (2026), MSPS (2021, 2023, 2024a, 2025a), Banque mondiale (2025), Ouzren & Lait Hmiddan (2026) et Cour des comptes (2023).

Indicateur	Valeur	Source	Année
Densité médicale nationale	0,80 pour 1 000 habitants (8 pour 10 000)	Al Hassani et al. (2026)	2023
Densité médicale nationale	1 médecin pour 1 255 habitants (environ 8 pour 10 000)	MSPS	2023
Densité médicale nationale	7,9 pour 10 000 habitants	Banque mondiale (2025)	2023

Densité médicale nationale	9,23 pour 10 000 habitants	Ouzren & Lait Hmiddan (2026)	Données les plus récentes
Nombre de médecins	32 665 (15 452 public, 17 213 privé)	MSPS, Carte sanitaire	2024
Nombre de médecins	34 173 (15 631 public, 18 542 privé)	MSPS, Carte sanitaire	2025
Nombre de médecins	34 170	Ouzren & Lait Hmiddan (2026)	2023
Déficit en professionnels de santé	97 566 postes, dont 32 522 médecins	MSPS	2021
Déficit en médecins	47 000, puis 53 000 d'ici 2035	Cour des comptes (2022)	Projection 2023-2035

3.2 Une répartition territoriale à deux vitesses

La pénurie marocaine tient autant à la répartition des professionnels qu'à leur nombre. En 2021, la couverture médicale allait d'un médecin pour 897 habitants à Casablanca-Settat à un médecin pour 3 396 habitants à Drâa-Tafilalet, soit un écart d'environ 3,8 fois (Zahidi et al., 2022). Selon Al Hassani et al. (2026), qui s'appuient sur la carte sanitaire, 57,4 % des médecins publics exercent dans trois régions seulement : Casablanca-Settat, Marrakech-Safi et Fès-Meknès. Cette concentration dans les grandes métropoles n'est pas propre au Maroc : en Algérie voisine, la concentration des praticiens dans les zones urbaines et aisées, au détriment des zones rurales, est également documentée (Zehnati, 2021). Ces écarts régionaux datent de 2021 et devront être actualisés lorsque des données plus récentes seront publiées.

La concentration territoriale se double d'un clivage entre secteurs. D'après Al Hassani et al. (2026), 50,9 % des médecins exercent dans le privé. La carte sanitaire confirme cette orientation et montre qu'elle s'accentue : le secteur privé compte 17 213 médecins sur 32 665 en 2024, soit 52,7 %, puis 18 542 sur 34 173 en 2025, soit 54,3 %, alors que les effectifs publics progressent à peine, de 15 452 à 15 631 (MSPS, 2024a, 2025a ; calculs de l'auteur). Le privé est lui-même très concentré : Casablanca-Settat regroupe à elle seule 6 186 des médecins privés en 2024, soit environ 36 % (MSPS, 2024a ; calculs de l'auteur). Les médecins du privé étant libres de choisir leur lieu d'installation, leur répartition obéit surtout à des logiques de marché, comme le montre l'exemple algérien (Zehnati, 2021). Cela tend à laisser au secteur public la charge des zones moins attractives.

Le personnel paramédical constitue l'autre pilier du système. En 2023, le secteur public comptait 62 651 agents de santé, dont 38 725 infirmiers et techniciens de santé, soit 62 % du total, des professionnels dont le rôle est central pour les soins primaires (Al Hassani et al., 2026).

La pénurie est donc à deux vitesses : elle combine un déficit global avec une concentration des médecins dans quelques régions métropolitaines et dans le secteur privé. Pour les GST, l'enjeu porte moins sur la seule faiblesse des effectifs que sur leur répartition territoriale.

3.3 L'émigration médicale : une perte structurelle du capital humain

L'émigration des médecins marocains est décrite comme un phénomène durable plutôt que conjoncturel (Benabdallah & Chekrouni, 2023 ; Morabety & Morabety, 2022). Faute de statistiques officielles consolidées, son ampleur n'est connue que par des estimations. L'économiste Djamila Chekrouni, citée par *Le Monde*, évoque environ 700 départs par an, la France restant la première destination, devant le Canada, la Belgique, l'Allemagne et les pays du Golfe (Morocco World News, 2026). Un professeur de la faculté de médecine avance pour sa part environ 600 départs annuels (El Fakir, cité par Bladi.net, 2025). Ces chiffres relayés par la presse sont cohérents entre eux, mais ils ne reposent pas sur une base administrative et doivent être maniés avec prudence. En France, le Conseil national de l'Ordre des médecins recensait près de 7 000 médecins nés au Maroc en 2017, ce qui en faisait la deuxième communauté de médecins nés à l'étranger (CNOM, 2017).

Les déterminants du départ ressortent d'enquêtes auprès d'étudiants et de professionnels. Dans une étude publiée dans l'*European Journal of Public Health*, des chercheurs de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca ont interrogé 251 étudiants de dernière année de médecine : 70,1 % déclaraient vouloir quitter le pays après leur diplôme, en citant surtout leur insatisfaction à l'égard de la rémunération (97 %), de la formation (95,2 %) et de l'image des médecins dans les médias (83,6 %) (Sylla et al. 2021). Une enquête auprès de professionnels de santé du secteur public marocain documente elle aussi ces intentions de départ (Idrissi et al. 2023). Ces travaux mesurent des intentions et non des départs effectifs, reposent sur des échantillons limités et auto-déclarés, et le premier n'est qu'un résumé de communication. Ils identifient néanmoins des leviers sur lesquels les politiques publiques peuvent agir : la rémunération, la qualité de la formation et les conditions de travail.

Pour le Maroc, cette émigration représente une perte de capital humain au sens de Becker (1964) : l'État finance la formation de professionnels dont il ne tire pas pleinement bénéfice, ce qui réduit la capacité de soins et alourdit la charge des praticiens restants. Elle est susceptible de peser davantage sur les régions déjà sous-dotées, qui recrutent et fidélisent plus difficilement.

3.4 Des capacités de formation en expansion mais insuffisantes sans rétention

Le Maroc a engagé une montée en charge de son dispositif de formation. Entre 2019 et 2023, dans le secteur public, les inscriptions ont augmenté de 96 % en médecine et pharmacie et de 171 % dans les filières paramédicales, tandis que les diplômés progressaient respectivement de 43 % et de 72 % (Al Hassani et al. 2026). La capacité d'accueil des Instituts supérieurs des professions infirmières et techniques de santé (ISPITS) est passée de 4 000 places en 2021-2022 à plus de 7 000 en 2023-2024, soit une hausse de près de 75 %, et celle des facultés de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire a augmenté de 88 % entre 2019 et 2024, avec un objectif de 7 543 places à partir de 2027 (Chef du Gouvernement, 2025). Pour 2024-2025, la capacité en cycle licence des ISPITS était fixée à 9 100 places réparties sur 24 instituts (MSPS, 2024b). Ces efforts ont déjà un effet mesurable : l'effectif du secteur public a augmenté de 27 % entre 2019 et 2023, soit plus de six fois la croissance de la population (Al Hassani et al. 2026).

Cet effort reste toutefois insuffisant au regard des besoins. En 2023, les densités de professionnels demeuraient très inférieures aux repères internationaux (Al Hassani et al. 2026), alors que la demande de soins augmente avec la transition démographique et épidémiologique. Le rythme de formation devra encore s'accélérer au cours des prochaines années pour combler le déficit.

Former davantage ne suffit pas non plus, car l'effet net dépend de l'absorption des diplômés par le système et de leur rétention. Les contraintes budgétaires en donnent un exemple : à Rabat-Salé-Kénitra, des diplômés des ISPITS ont manifesté pour dénoncer l'ouverture de seulement

190 postes budgétaires pour plus de 800 diplômés de la région, et le ministère s'est engagé à recruter les nouveaux diplômés et à ajuster le nombre d'admissions aux besoins réels (Hespress, 2026).
L'enjeu de la rétention est tout aussi décisif : les départs à l'étranger (voir 3.3) et la difficulté d'affecter des professionnels dans les zones sous-dotées réduisent le gain net de la formation. Les recommandations de l'OMS (2010) et la revue systématique de Russell et al. (2021) convergent sur un point : les interventions éducatives, comme la sélection préférentielle d'étudiants d'origine rurale et la formation décentralisée en zone rurale, sont associées à une meilleure rétention rurale, alors que les obligations fortement coercitives donnent de moins bons résultats à moyen terme. Cette revue porte toutefois sur des pays à revenu élevé, et sa transposition au Maroc reste à tester.

3.5 Gouvernance et financement : des marges de progression importantes

Le budget du ministère de la Santé oscille entre 6 et 7 % du budget de l'État, loin des 15 % recommandés par la Déclaration d'Abuja. Ce sous-financement limite les capacités d'investissement dans la formation, l'équipement et l'amélioration des conditions de travail. Les paiements directs des ménages représentaient 38 % des dépenses totales de santé en 2022, contre 45,6 % en 2018 (MSPS, 2025b). Cette baisse est en partie attribuée à l'extension de la couverture médicale, mais le niveau reste supérieur au plafond de 25 % recommandé par l'OMS, ce qui fait peser un fardeau important sur les populations vulnérables.

Sur le plan de la gouvernance, le Nouveau Modèle de Développement relève notamment un manque de responsabilisation des acteurs et l'absence d'un système structuré d'assurance qualité (CSMD, 2021). Ces faiblesses peuvent se répercuter sur les conditions d'exercice : charge de travail, reconnaissance, perspectives d'évolution et climat organisationnel.

3.1 Implications pour la réforme des GST

Ce diagnostic éclaire les défis que doivent relever les GST. La réussite de la réforme dépendra de leur capacité à :

- **planifier territorialement** les effectifs en fonction des besoins spécifiques de chaque région ;
- **renforcer l'attractivité** des zones sous-dotées par des incitations ciblées (logement, primes, perspectives de carrière) ;
- **coordonner public-privé** pour optimiser la répartition des ressources humaines sur chaque territoire ;
- **instaurer une gouvernance de proximité** plus réactive aux besoins des professionnels et des usagers ;
- **accélérer la formation** en partenariat avec les instituts régionaux et les CHU.

Les GST représentent une opportunité de repenser la gestion des ressources humaines à l'échelle territoriale, mais leur succès dépendra de la capacité à transformer les structures en leviers concrets d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des inégalités régionales. L'analyse révèle des difficultés qui vont au-delà du simple manque de médecins. La pénurie et la concentration des professionnels dans certaines zones sont bien réelles, mais les données récentes (2023-2025) montrent aussi des progrès possibles dans la formation et l'organisation des carrières. L'exode des médecins, souvent décrit comme une fuite massive, semble traduire des problèmes plus profonds liés aux conditions d'exercice, à la reconnaissance professionnelle et à la manière dont le système est piloté et gouverné. Les ambitions du gouvernement, notamment atteindre 90 000 professionnels à l'horizon 2026, témoignent d'une prise de

conscience, mais leur réalisation dépendra de la capacité à faire des GST des outils concrets et efficaces. Il s'agit donc d'adopter une vision équilibrée, ni excessivement optimiste ni défaitiste.

4. Analyse de la réforme des GST sous l'angle des ressources humaines

Cette partie analyse la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) à travers le prisme des ressources humaines en santé. Elle examine en quoi cette réorganisation institutionnelle peut constituer un levier de valorisation du capital humain et de réduction des inégalités régionales, tout en identifiant les conditions de réussite et les risques potentiels.

4.1 Les GST comme nouvelle architecture de gouvernance territoriale

Les GST, institués par la loi n° 08-22, transforment en profondeur la gouvernance du système de santé marocain. En regroupant l'offre de soins publique d'un même territoire sous une seule autorité, ils visent à remplacer la logique de silos par une approche intégrée et territorialisée. Cette réorganisation a trois implications directes pour la gestion des ressources humaines.
La première est le décloisonnement : les GST permettent de dépasser les barrières entre hôpitaux, centres de santé et autres structures de soins, ce qui devrait faciliter la mobilité des professionnels au sein d'un même territoire. La deuxième est la mutualisation : la mise en commun des effectifs et des compétences peut ouvrir la voie à une allocation plus efficiente des ressources humaines, en fonction des besoins réels de chaque établissement. La troisième est la responsabilisation locale : dotés d'une autonomie de gestion, les GST peuvent adapter leurs politiques de ressources humaines aux spécificités de leur territoire (incitations ciblées, parcours professionnels, gestion de proximité). À ce stade, ces effets restent prospectifs : ils découlent de la logique de la réforme et des recommandations de la littérature sur la décentralisation et l'autonomie hospitalière, plus que de résultats observés.
Cette architecture s'inscrit dans une logique de régionalisation avancée, où chaque territoire devient responsable de la performance de son système de santé, tout en restant articulé avec les orientations nationales, notamment la couverture sanitaire universelle (CSU) et le Pacte national pour la santé. Son déploiement est progressif : le GST de la région pilote de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma est déjà opérationnel, et cinq directeurs généraux de GST ont été nommés le 9 avril 2026 (Médias24, 2026).

4.2 Les GST face aux défis des ressources humaines

Les GST héritent des défis structurels identifiés dans le diagnostic et doivent y apporter des réponses opérationnelles. Plusieurs enjeux se dégagent :

a. La répartition territoriale des effectifs

Les GST disposent d'un levier majeur : la capacité d'organiser la répartition des professionnels au sein de leur territoire. Contrairement à la logique centralisée antérieure, ils peuvent identifier les zones sous-dotées et y affecter prioritairement des ressources, organiser des rotations de personnel entre établissements urbains et ruraux, et mettre en place des incitations territorialisées (primes, logement, perspectives de carrière). Cette capacité dépendra toutefois des moyens financiers et managériaux dont ils disposeront, ainsi que de leur autonomie réelle vis-à-vis du niveau central.
Toutefois, cette capacité dépendra des moyens financiers et managériaux dont disposeront les GST, ainsi que de leur autonomie réelle face au niveau central.

b. L'attractivité et la rétention des talents

Les GST peuvent contribuer à répondre à l'émigration médicale et au turnover, sans pouvoir à eux seuls en corriger les déterminants structurels (rémunération, carrière, formation). En offrant de meilleures conditions de travail, des perspectives de carrière claires et une reconnaissance professionnelle, ils peuvent contribuer à fidéliser les professionnels. Ces facteurs sont précisément ceux que les étudiants en médecine citent pour justifier leur intention de partir (Sylla et al. 2021). Plusieurs pistes sont envisageables : des parcours professionnels territorialisés qui combinent mobilité et développement des compétences, des partenariats avec les instituts de formation pour adapter les cursus aux besoins locaux, et des dispositifs de reconnaissance tels que la valorisation des expériences en zone rurale ou l'accès prioritaire à certaines formations.

c. La coordination public-privé

Les GST regroupent principalement l'offre publique, mais leur réussite dépendra aussi de leur capacité à coordonner leur action avec le secteur privé, majoritairement urbain. Des formes de partenariat public-privé territorialisé pourraient optimiser la répartition des ressources humaines et améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées.

4.3 Points forts et points faibles des GST du point de vue des RHS

La littérature émergente sur les GST (Baalla & Jellouli, 2025 ; Ouzren & Lait Hmiddan, 2026) met en évidence plusieurs forces et faiblesses, résumées dans le tableau suivant. À ce stade, elles relèvent surtout d'analyses prospectives plutôt que d'effets observés.

Du côté des forces, la mutualisation des ressources permet d'optimiser les effectifs et les compétences au sein d'un même territoire. L'organisation en groupement améliore la coordination du parcours de soins et rationalise la gestion des ressources. Enfin, en se structurant en GST, le secteur public gagne en poids face au secteur privé, ce qui renforce sa capacité de négociation et de partenariat.

Du côté des faiblesses, la taille des structures complique la gestion : certains GST regroupent plus de 350 établissements, ce qui fait craindre une reproduction des lourdeurs bureaucratiques. Les différences de culture professionnelle entre les CHU urbains et les centres hospitaliers régionaux et provinciaux ruraux peuvent entraver la coopération. Le corporatisme, c'est-à-dire la défense d'intérêts catégoriels au détriment de l'intérêt général, peut créer des tensions et dégrader le climat de travail. Enfin, l'augmentation rapide du nombre de patients, notamment âgés et atteints de maladies chroniques, contraste avec des effectifs de soins qui stagnent, ce qui pèse sur la qualité des soins.

Tableau 3 : Forces et faiblesses des GST du point de vue des ressources humaines
Source : élaboration de l'auteur, d'après Baalla & Jellouli (2025) et Ouzren & Lait Hmiddan (2026).

Forces	Faiblesses
Mutualisation des effectifs et des compétences au sein d'un territoire	Taille importante des structures (jusqu'à plus de 350 établissements pour certains GST)
Meilleure coordination du parcours de soins et gestion rationalisée	Différences de culture professionnelle entre milieux urbain et rural

Poids accru du secteur public face au secteur privé	Risque de corporatisme et de dégradation du climat de travail
Autonomie de gestion permettant des politiques RH territorialisées	Déséquilibre entre hausse du nombre de patients et stagnation des effectifs

4.4 Conditions de réussite des GST

Cinq conditions structurelles conditionnent la réussite des GST. D'abord, des capacités managériales locales : il faut former des cadres intermédiaires capables de gérer les ressources humaines de manière stratégique et adaptative. Ensuite, une autonomie réelle, c'est-à-dire une marge de manœuvre suffisante en matière de gestion des carrières, des affectations et des incitations. Troisièmement, des systèmes d'information : des outils de pilotage (systèmes d'information RH, tableaux de bord) sont nécessaires pour suivre les effectifs, les besoins et la performance. Quatrièmement, un financement adéquat, afin de donner aux politiques de ressources humaines territorialisées les moyens de leur mise en œuvre. Enfin, une évaluation continue, avec des mécanismes de suivi et de reddition de comptes pour ajuster les politiques en fonction des résultats.

4.5 Synthèse : un paradoxe à gérer

L'analyse des GST du point de vue des ressources humaines révèle un paradoxe évident : si la réforme cherche à décentraliser et à ancrer localement la gestion des ressources humaines de santé, son efficacité repose pourtant sur des compétences managériales territoriales qui peinent encore à se mettre en place. Nous ne pouvons pas ignorer les risques des dérives, comme le repli corporatiste, les conflits entre logiques urbaines et rurales, ou même la persistance d'inégalités sous des formes renouvelées.

Pourtant les GST ouvrent une porte inédites pour repenser autrement les parcours professionnels, le partage d'expertises et la gouvernance de proximité .Leur véritable réussite ne tiendra pas tant à leur structure formelle qu'à leur impact réel sur l'attractivité des territoires, la fidélisation des professionnels et l'amélioration de la qualité des soins.

Il faudra rester particulièrement attentif aux effets indésirables possibles, tels qu'une centralisation déguisée, des écarts entre GST ou un sentiment de déception si les attentes ne sont pas satisfaites.

5. Discussion : leviers stratégiques de valorisation du capital humain

Cette partie synthétise les enseignements des parties précédentes et propose des leviers stratégiques pour valoriser et développer le capital humain en santé dans le cadre des GST. Elle discute également des conditions de réussite et des limites de ces leviers. Le tableau suivant rattache chaque levier aux trois ancrages théoriques présentés précédemment.

Tableau 4 : Leviers stratégiques et ancrages théoriques
Source : élaboration de l'auteur, d'après OMS (2006, 2010), Becker (1964), Rawls (1971), Sen (1999) et Sylla et al. (2021), à partir du diagnostic présenté en partie 3.

Levier	Ancrage théorique mobilisé	Problème du diagnostic visé
Formation adaptée aux besoins territoriaux	Capital humain ; modèle OMS (formation)	Déficit quantitatif et qualitatif
Attractivité et rétention en zones sous-dotées	Justice territoriale ; modèle OMS (répartition, motivation)	Concentration régionale, émigration
Gouvernance et gestion territoriale des RHS	Modèle OMS (gouvernance, planification)	Faible responsabilisation, pilotage insuffisant
Technologie et innovation	Modèle OMS (technologie) ; justice territoriale	Isolement des zones éloignées

5.1 Renforcer la formation et l'adéquation formation-besoins

La formation est un levier central de valorisation du capital humain, au sens de Becker (1964) et de Schultz (1971). Trois orientations se dégagent.

La première consiste à adapter les cursus aux besoins territoriaux. En partenariat avec les instituts de formation (ISPITS, facultés de médecine), les GST peuvent identifier les besoins propres à leur territoire, comme les spécialités manquantes ou les compétences à développer, ajuster en conséquence les programmes de formation initiale et continue, et proposer des formations courtes et certifiantes pour répondre aux besoins urgents.

La deuxième est le développement de la formation continue, qui maintient et actualise les compétences des professionnels en exercice. Les GST peuvent mettre en place des plans de formation territorialisés, recourir à la téléformation et à l'apprentissage en ligne pour atteindre les zones éloignées, et nouer des partenariats avec des centres d'expertise nationaux et internationaux.

La troisième est la valorisation des expériences rurales : accès prioritaire à certaines formations spécialisées, reconnaissance dans les parcours de carrière, et création de statuts spécifiques tels que référent territorial ou expert rural.

5.2 Améliorer l'attractivité et la rétention dans les zones sous-dotées

L'attractivité des zones sous-dotées est un enjeu majeur pour réduire les inégalités régionales. Les recommandations de l'OMS (2010) sur l'accès aux professionnels de santé en zones rurales et reculées regroupent les mesures de rétention en quatre familles : l'éducation, la réglementation, les incitations financières, et le soutien personnel et professionnel. Les leviers suivants s'inscrivent dans cette logique.

Sur le plan financier et matériel, les GST peuvent instaurer des primes territorialisées pour les professionnels exerçant en zone rurale ou enclavée, prendre en charge le logement ou mettre à disposition des logements de fonction, et accorder des aides à la mobilité et au transport.

Sur le plan de la carrière, ils peuvent proposer des parcours professionnels territorialisés combinant mobilité et développement des compétences, offrir un accès accéléré à certains grades ou spécialités aux professionnels qui acceptent des affectations en zone sous-dotée, et reconnaître les expériences rurales dans les promotions.

Sur le plan des conditions de travail, enfin, il s'agit d'équiper les établissements en matériel et technologies modernes, de réduire la charge de travail par un recrutement ciblé, et de proposer

un soutien psychologique et des programmes de bien-être au travail. Ces dernières mesures répondent directement aux motifs que les étudiants en médecine invoquent pour envisager de quitter le pays (Sylla et al., 2021).

5.3 Renforcer la gouvernance et la gestion territoriale des RHS

Les GST offrent un cadre favorable pour repenser la gouvernance des ressources humaines autour de trois axes.
Le premier est le développement des capacités managériales locales : former des cadres intermédiaires capables de piloter les ressources humaines de façon stratégique, créer des postes de responsables RH au niveau de chaque GST, et doter ces derniers d'outils de pilotage (systèmes d'information RH, tableaux de bord).
Le deuxième est l'instauration d'une gouvernance participative : associer les professionnels de santé à la définition des politiques locales de ressources humaines, créer des instances de dialogue social au niveau territorial, et favoriser la transparence et la reddition de comptes.

Le troisième est la coordination avec le secteur privé : développer des partenariats public-privé territorialisés, conclure des conventions de collaboration entre les GST et les établissements privés, et coordonner les politiques de formation et de recrutement.

5.4 Utiliser la technologie et l'innovation comme leviers

La technologie peut contribuer à valoriser le capital humain et à réduire les inégalités territoriales, à condition d'être pensée comme un appui aux professionnels et non comme un substitut.
La télémédecine et la télé-expertise connectent les professionnels des zones rurales aux centres d'expertise urbains, ce qui réduit l'isolement professionnel, améliore la qualité des soins et optimise l'usage des compétences spécialisées. Les systèmes d'information en santé permettent de suivre les effectifs, les besoins et la performance, d'appuyer la planification des recrutements et des affectations, et d'améliorer la traçabilité et la continuité des soins. Les plateformes de formation à distance rendent la formation continue accessible depuis les zones éloignées, mutualisent les ressources pédagogiques au niveau national et permettent de certifier les compétences acquises.

5.5 Limites et conditions de réussite

Les leviers identifiés sont cohérents avec les cadres théoriques mobilisés et avec le contexte marocain, mais leur mise en œuvre se heurte à plusieurs contraintes. Les contraintes budgétaires pèsent d'abord : le sous-financement du secteur de la santé limite les marges de manœuvre. Les contraintes organisationnelles suivent, car la transformation des pratiques managériales demande du temps. Enfin, les contraintes culturelles comptent : le corporatisme et les résistances au changement peuvent freiner la réforme.
Leur réussite dépendra de la capacité à maintenir une volonté politique forte sur la durée, à allouer des ressources financières suffisantes, à former les acteurs locaux aux nouvelles pratiques managériales, et à instaurer des mécanismes d'évaluation et d'ajustement continus.
Il convient aussi de rappeler la portée de cette discussion. Les leviers mis en avant, formation, incitations, gouvernance et outils technologiques, s'inscrivent bien dans les attendus des études existantes et prennent en compte la réalité marocaine. Pourtant, leur application concrète se heurte à des contraintes budgétaires, à l'organisation des services et à des résistances culturelles profondes.

Repenser la place du capital humain ne se résume pas à appliquer une série de mesures techniques, cela demande un changement plus profond des états d'esprit, des méthodes de management et des normes au sein des administrations. Les GST offrent un cadre porteur pour

annoncer cette évolution, mais ils ne garantissent pas à eux seuls sa réussite. Il faut instaurer un veille attentifs aux risques de dérives comme un recentrage excessif du pouvoir, des écarts entre territoires ou un sentiment de frustration si l'engagement pris ne sont pas suivis d'effets. L'enjeu sera de préserver une volonté politique soutenue, de mettre en place des assises bien claires et de mobiliser les ressources nécessaires

6. Conclusion générale

Cet article visait à répondre à la question suivante : dans quelle mesure la valorisation et le Cet article visait à répondre à la question suivante : dans quelle mesure la valorisation et le développement du capital humain en santé peuvent-ils améliorer l'accès aux soins et réduire les disparités régionales dans le cadre de la réforme des GST ? La revue de littérature conduite permet de formuler quatre réponses.

Premièrement, la valorisation du capital humain apparaît comme une condition nécessaire, mais non suffisante, de l'amélioration de l'accès aux soins et de la réduction des inégalités régionales. Les données récentes (2023-2025) confirment l'ampleur des défis : déficit quantitatif de professionnels, concentration territoriale, émigration médicale. Elles révèlent aussi des marges de progression, notamment le renforcement des capacités de formation, les objectifs fixés par le gouvernement et la réforme des GST. Les facteurs qui poussent les professionnels et les futurs médecins à partir (conditions de travail, qualité de la formation, rémunération, perspectives de carrière) sont précisément ceux sur lesquels agit la valorisation du capital humain, ce qui en fait un levier pertinent.

Deuxièmement, les GST peuvent offrir une opportunité inédite de repenser la gestion des ressources humaines à l'échelle territoriale. En décloisonnant, en mutualisant et en responsabilisant la gestion des RHS, ils peuvent contribuer à une répartition plus équitable des professionnels et à une meilleure attractivité des zones sous-dotées.

Troisièmement, cette opportunité reste conditionnée par des facteurs structurels : des capacités managériales locales, une autonomie réelle, un financement adéquat, des systèmes d'information fiables et une évaluation continue. Sans eux, la réforme risque de reproduire, sous une forme nouvelle, les déséquilibres existants.

Enfin, la valorisation du capital humain ne peut se réduire à une somme de mesures techniques. Elle suppose une transformation des mentalités, des pratiques managériales et des cultures professionnelles. Les GST constituent un cadre prometteur, dont les effets devront être confirmés empiriquement : leur succès se mesurera à leurs effets concrets sur l'attractivité des territoires, la rétention des professionnels et la qualité des soins.

Apports de l'article

Sur le plan théorique, l'article met en relation trois cadres rarement associés dans l'étude de la réforme marocaine : la théorie du capital humain, la justice sociale et territoriale, et le modèle de l'OMS pour les ressources humaines en santé. Cette mise en relation, résumée dans les tableaux 1 et 4, permet d'interroger simultanément les dimensions économique, éthique et managériale de la réforme.

Sur le plan managérial, l'article identifie des leviers actionnables par les GST, organisés en quatre axes : formation, attractivité et rétention, gouvernance, technologie. Il en précise les conditions de réussite et les risques.

Limites

Cet article est une revue de littérature critique et mobilise des travaux et rapports existants, sans collecte de données primaires. Cette démarche convient à une réforme récente, pour laquelle la littérature académique est encore peu abondante, mais elle limite la portée des conclusions à une analyse de cohérence entre cadres théoriques, diagnostic et leviers d'action. La réforme des GST étant en cours de déploiement, les retours d'expérience sont encore rares, et les leviers proposés doivent être compris comme des pistes d'action appuyées par la littérature, que les études empiriques à venir pourront confirmer ou nuancer.

Pistes de recherche futures

Trois directions semblent prioritaires. La première est la conduite d'études empiriques sur les premiers GST opérationnels, par exemple des études de cas ou des enquêtes auprès des professionnels, pour documenter les pratiques de gestion des ressources humaines et les résistances rencontrées. Les premiers travaux exploratoires menés dans la région pilote de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (Lyamani & Atik, 2026) en ouvrent la voie. La deuxième est la comparaison avec d'autres pays ayant engagé des réformes territoriales similaires, afin d'identifier les mesures de rétention et de répartition qui ont fait leurs preuves. La troisième est l'évaluation des effets concrets des GST sur l'accès aux soins, la répartition territoriale des professionnels et la qualité des services, à partir d'indicateurs suivis dans le temps.

Bibliographie

1) Al Hassani, W., El Achhab, Y., Nejjari, C., & Belghiti Alaoui, A. (2026). Health workforce trends and planning in Morocco: A READ-based systematic document analysis. *BMC Research Notes, 19*, 6. https://doi.org/10.1186/s13104-025-07578-5
2) Baalla, A., & Jellouli, T. (2025). Le management des ressources humaines dans les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc : une réforme anticipative pour une gouvernance durable. *HAL*. https://doi.org/10.5281/zenodo.16884837
3) Becker, G. S. (1964). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. National Bureau of Economic Research.
4) Benabdallah, Z., & Chekrouni, D. (2023). The emigration of Moroccan doctors to Europe. *RIMAK International Journal of Humanities and Social Sciences, 5*, 149-175. https://doi.org/10.47832/2717-8293.21.10
5) Bladi.net. (2025). Le Maroc perd ses talents année après année. https://www.bladi.net/maroc-perd-talents-annee-annee,115086.html
6) Chef du Gouvernement. (2025). *Exposé sur le système sanitaire national, séance plénière de questions orales sur la politique générale, Chambre des représentants*. Royaume du Maroc.
7) Commission spéciale sur le modèle de développement. (2021). *Le nouveau modèle de développement : Libérer les énergies et restaurer la confiance pour accélérer la marche vers le progrès et la prospérité pour tous* (Rapport général). Royaume du Maroc.

8) Conseil national de l'Ordre des médecins. (2017). *Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2017*. CNOM. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1sogkeq/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
9) Cour des comptes. (2022). *Rapport annuel au titre de l'année 2021*. Royaume du Maroc.
10) Dahir n° 1-21-30 portant promulgation de la loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale. (2021). *Bulletin officiel du Royaume du Maroc*.
11) Dahir n° 1-22-77 portant promulgation de la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé. (2022). *Bulletin officiel du Royaume du Maroc*.
12) Dahir n° 1-23-50 portant promulgation de la loi n° 08-22 portant création des Groupements Sanitaires Territoriaux. (2023). *Bulletin officiel du Royaume du Maroc*.
13) Hespress. (2026). Après l'escalade des étudiants infirmiers, le MS promet l'embauche de tous les diplômés. https://fr.hespress.com/439775-439775.html
14) Idrissi, B. I., Kawakaba, S., & Taya, H. (2023). The migration intention of public health professionals in Morocco: Results of a survey. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 4*, 121-142. https://doi.org/10.5281/ZENODO.7981329
15) Lyamani, A., & Atik, M. (2026). La gestion des ressources humaines dans les Groupements Sanitaires Territoriaux : étude exploratoire de la région pilote de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma. *International Journal of Economics and Management Sciences, 5*(2), 278-295.
16) Médias24. (2026, 23 avril). Territorial Health Groups reform faces its first real test in the field. https://medias24.com/2026/04/23/territorial-health-groups-reform-faces-its-first-real-test-in-the-field-1664675/
17) Mincer, J. (1974). *Schooling, experience, and earnings*. National Bureau of Economic Research.
18) Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2021). *Déficit en ressources humaines en santé : chiffres présentés devant la Chambre des représentants*. Royaume du Maroc.
19) Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2023). *Santé en chiffres 2023*. Royaume du Maroc.
20) Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2024a). *Carte sanitaire 2024*. Royaume du Maroc.
21) Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2024b). *Communiqué de la 10e réunion de la commission centrale de coordination de la formation des ISPITS*. Royaume du Maroc.
22) Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2025a). *Carte sanitaire 2025*. Royaume du Maroc.
23) Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2025b). *Comptes nationaux de la santé 2022*. Royaume du Maroc.
24) Morabety, A. E., & Morabety, M. E. (2022). The impact of brain drain on development: A case study of Morocco. *Contemporary Arab Affairs, 15*(2), 52-71. https://doi.org/10.1525/caa.2022.15.2.52
25) Morocco World News. (2026). Le Monde : Morocco loses 700 doctors a year amid shortage of 28,000. https://www.moroccoworldnews.com/2026/07/328886/le-monde-morocco-loses-700-doctors-a-year-amid-shortage-of-28000/
26) Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: The human development approach*. Harvard University Press.

27) Organisation de l'unité africaine. (2001). *Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes*. Abuja.
28) Organisation mondiale de la santé. (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé*. OMS.
29) Organisation mondiale de la santé. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*. OMS.
30) Ouzren, L., & Lait Hmiddan, N. (2026). Analyse de la répartition des ressources sanitaires par région au Maroc. *Revue des Sciences Infirmières et Techniques de Santé, 5*(2). https://revues.imist.ma/index.php/RSITS/fr_CA/article/download/65842/34298
31) Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Harvard University Press.
32) Russell, D., Mathew, S., Fitts, M., Liddle, Z., Murakami-Gold, L., Campbell, N., Ramjan, M., Zhao, Y., Hines, S., Humphreys, J. S., & Wakerman, J. (2021). Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health, 19*, 103. https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7
33) Schultz, T. W. (1971). *Investment in human capital : The role of education and of research*. Free Press.
34) Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
35) Smith, A. (1776). *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*. W. Strahan & T. Cadell.
36) Sylla, A., El Ouadih, S., Barknan, K., Hassoune, S., & Nani, S. (2021). Migration intention of final year medical students. *European Journal of Public Health, 31*, ckab165.448. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab165.448
37) Zahidi, K., Moustatraf, A., Zahidi, A., Naji, S., & Obtel, M. (2022). Universal health coverage in Morocco: The way to reduce inequalities: A cross-sectional study. *The Open Public Health Journal, 15*, e187494452212220. https://doi.org/10.2174/18749445-v15-e221226-2022-160
38) Zehnati, A. (2021). Dynamics of the geographical distribution of private physicians in Algeria. *Cybergeo: European Journal of Geography*. https://journals.openedition.org/cybergeo/36723