

Évolution et Défis de la Gouvernance des Ressources Humaines en Santé au Maroc : Analyse des Réformes, des Performances et des Perspectives

Evolution and Challenges of Human Resources Governance in Health in Morocco: Analysis of Reforms, Performances, and Future Perspectives

Mohammed Karsi¹, Boughaleb Aazelarab²

1. "Laboratoire de biostatistique, recherche clinique et épidémiologie (Ibrce)", Faculté de médecine et de la pharmacie de Rabat, Rabat, Maroc
2. Laboratoire des Sciences Économiques et Politiques Publiques. Université Ibn Tofail – Kénitra, Maroc

RÉSUMÉ

Introduction: La réforme de la gouvernance des ressources humaines en santé (RHS) au Maroc (2021-2025) vise à répondre à la pénurie et à la maldistribution du personnel de santé. Cette étude en évalue la performance à mi-parcours.

Méthodes: L'analyse repose sur l'examen des documents officiels et du cadre juridique encadrant la réforme des RHS.

Résultats: Les résultats montrent des avancées quantitatives et administratives notables, notamment l'augmentation des capacités de formation et des effectifs du secteur public, ainsi que la modernisation des processus de gestion des RHS. Toutefois, des défis structurels persistent, en particulier la maldistribution territoriale, la concentration du personnel dans les hôpitaux au détriment des soins primaires et une densité globale inférieure au seuil recommandé par l'OMS.

Conclusion: La nouvelle architecture de gouvernance, fondée sur la régionalisation et l'institution de la « Fonction Sanitaire », offre un cadre juridique prometteur. Néanmoins, l'impact des incitations financières pour les zones difficiles et de la rémunération à la performance reste à évaluer. La réforme a permis d'augmenter le volume des RHS et de moderniser leur gestion, mais l'enjeu majeur demeure l'amélioration de leur répartition équitable.

Mots clés : Ressources humaines en santé ; gouvernance ; régionalisation ; Maroc ; politique de santé publique.

ABSTRACT

Introduction: The reform of health workforce governance in Morocco (2021–2025) aims to address the shortage and territorial maldistribution of health personnel. This study assesses the reform's performance at mid-term.

Methods: The analysis is based on a review of official documents and the legal framework governing the health workforce reform.

Results: The findings show notable quantitative and administrative achievements, including an increase in training capacity and public sector staffing, as well as the modernization of human resource management processes. However, major structural challenges persist, particularly territorial maldistribution, the concentration of personnel in hospitals at the expense of primary health care, and an overall workforce density below the threshold recommended by the World Health Organization.

Conclusion: The new governance architecture, based on regionalization and the establishment of the "Health Function," provides a promising legal framework. Nevertheless, the impact of financial incentives for underserved areas and performance-based remuneration remains to be fully assessed. While the reform has increased the volume of the health workforce and modernized its management, the main challenge remains achieving a more equitable distribution.

Keywords: Health workforce; Governance; Regionalization; Human resources for health; Morocco; Health system reform

Correspondance

Mohammed Karsi

"Laboratoire de biostatistique, recherche clinique et épidémiologie (Ibrce)", Faculté de médecine et de la pharmacie de Rabat, Rabat, Maroc

Email: mohammed.karsi@gmail.com

INTRODUCTION

Les ressources humaines en santé (RHS) constituent le pilier de tout système de santé performant, indispensables à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des Objectifs de Développement Durable (ODD) [1]. Pourtant, de nombreux pays, particulièrement ceux à revenu faible et intermédiaire, font face à une crise des RHS caractérisée par des pénuries, une répartition inéquitable du personnel et des difficultés d'attraction et de rétention, notamment dans les zones rurales et isolées [2,3]. Face à ce défi mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a élaboré une stratégie globale visant à guider les États membres dans l'optimisation de la performance, de la qualité et de l'impact de leur personnel de santé [1].

La Région africaine de l'OMS est particulièrement touchée par ces défis, concentrant une part importante de la charge de morbidité mondiale tout en disposant de ressources humaines limitées [4]. C'est dans ce contexte que le Royaume du Maroc a initié une refonte ambitieuse de son système de santé, impulsée par les Hautes Orientations Royales visant à généraliser la protection sociale à l'ensemble des citoyens d'ici 2025. Cette réforme reconnaît le capital humain comme la pierre angulaire de sa réussite [5]. Le diagnostic initial, établi en 2020, mettait en évidence une densité de personnel de santé de seulement 1,75 pour 1000 habitants, un chiffre bien en deçà du seuil de 4,45 recommandé par l'OMS pour atteindre les ODD [1], ainsi que des déséquilibres marqués entre les zones urbaines et rurales et entre les régions [5].

Conscient de ce diagnostic, le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a déployé une stratégie de gouvernance des RHS pour la période 2021-2025, articulée autour de cinq axes majeurs : le repositionnement de la fonction RH, la promotion de la motivation, la réduction des déséquilibres, le développement des capacités et le dialogue social [5]. Alors que les analyses internationales [2,3] et les cadres stratégiques mondiaux [1] et régionaux [4] sont bien définis, l'analyse de la mise en œuvre à mi-parcours et des premiers résultats au niveau national est essentielle pour ajuster les politiques et partager les leçons apprises.

Dans quelle mesure la réforme marocaine de gouvernance des ressources humaines en santé (2021-2025) parvient-elle à concilier l'augmentation quantitative du personnel médical avec une répartition équitable et une amélioration qualitative des performances, face aux défis persistants de pénurie, de maldistribution territoriale et d'attractivité des zones rurales ?

Cet article a pour objectif d'analyser l'évolution de la gouvernance des RHS au Maroc, en évaluant la performance des réformes entreprises entre 2021 et 2025 au regard des défis initiaux. Il examine spécifiquement les stratégies de régionalisation, d'attractivité, de formation et de motivation du personnel, ainsi que les perspectives pour atteindre les objectifs nationaux et internationaux.

REVUE DE LITTÉRATURE

Cette section établit le cadre conceptuel et théorique nécessaire à l'analyse de la réforme des RHS au Maroc. Elle explore d'abord la littérature scientifique internationale qui documente les causes profondes de la crise des RHS, en s'appuyant sur les modèles des facteurs d'attraction-rétention et des déterminants « push-pull ». Ensuite, elle examine les leviers stratégiques et les « bouquets d'interventions » préconisés par les organisations internationales pour corriger ces déséquilibres. Enfin, elle présente le cadre stratégique et juridique spécifique au Maroc, positionnant ainsi l'étude comme une évaluation de la mise en œuvre de cette politique nationale.

Le Défi Mondial des Ressources Humaines en Santé (RHS)

La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité du personnel de santé sont des conditions préalables à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des Objectifs de Développement Durable (ODD). La Stratégie mondiale de l'OMS pour les ressources humaines pour la santé : Workforce 2030, souligne que sans un investissement stratégique dans les RHS, les progrès vers l'amélioration des résultats sanitaires mondiaux resteront compromis [1].

Déterminants des Déséquilibres : Facteurs d'Attraction et de Rétention

Pour analyser la crise des RHS, la littérature scientifique utilise souvent le modèle des "facteurs d'incitation et de rejet" (push-pull factors) qui décryptent les dynamiques de mobilité du personnel. Les facteurs de rejet (push) sont les conditions qui poussent le personnel à quitter une zone (souvent rurale), tandis que les facteurs d'attraction (pull) sont ceux qui les attirent vers une autre (souvent urbaine ou à l'étranger) [2]. Ces déterminants, comme le soulignent Dussault et Franceschini, peuvent être regroupés en plusieurs catégories interdépendantes : individuels et personnels (origine géographique, responsabilités familiales), professionnels (salaires, conditions de travail, perspectives de carrière) et socio-économiques (qualité de vie, logement, éducation des enfants) [3].

Leviers Stratégiques pour la Gouvernance des RHS

Face à la complexité de ces défis, la littérature préconise l'abandon des interventions isolées au profit de "bouquets d'interventions" (bundles of interventions) [2]. Ces approches intégrées combinent plusieurs leviers d'action pour créer un environnement globalement plus attractif. Les stratégies reconnues efficaces se classent en quatre grandes catégories : éducatives (adapter les programmes de formation, décentraliser les institutions), réglementaires (service civil, liaison entre licence et service), financières (primes, avantages en nature, bourses) et de soutien professionnel et personnel (amélioration des conditions de travail, supervision,

parcours de carrière) [1,2,3]. Le succès de la gouvernance des RHS dépend de la capacité des décideurs à combiner ces différents leviers de manière cohérente et adaptée au contexte national.

Le Cadre Stratégique et Juridique Marocain et le Positionnement de la Recherche

La Région africaine fait face aux défis les plus critiques en matière de RHS, avec la plus faible densité de personnel de santé au monde, ce qui a justifié l'élaboration d'un cadre d'action régional spécifique [4]. C'est dans cette perspective que le Royaume du Maroc a non seulement défini une vision administrative dans sa "Stratégie de développement des Ressources Humaines" [8], mais a surtout gravé ses ambitions dans le marbre de la loi. En effet, la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé constitue le fondement juridique de la réforme et place la valorisation du capital humain au cœur des priorités nationales [9].

Cette volonté politique a été concrétisée par la promulgation de la loi n° 09.22 relative à la fonction sanitaire, texte d'application qui donne corps à la réforme des RHS [10]. Cette loi institue formellement un statut spécifique pour les professionnels de santé, une rémunération liée à la performance et des incitations pour les zones difficiles [10].

Alors que ce cadre doctrinal [8] et cet édifice juridique [9,10] exposent les intentions, l'analyse de leur mise en œuvre concrète est essentielle. Cet article vise précisément à combler cette lacune en évaluant la performance de cette stratégie, telle que mesurée dans les bilans officiels [5,6,7], offrant ainsi des leçons sur l'écart potentiel entre la vision stratégique et les réalisations sur le terrain.

METHODOLOGIE

Cette étude adopte une approche d'analyse de cas descriptive et évaluative, centrée sur la réforme de la gouvernance des RHS au Maroc pour la période 2021-2025. La méthodologie repose sur une analyse documentaire approfondie et croisée de plusieurs sources de données primaires officielles.

Sources des Données

La robustesse de l'analyse est assurée par la triangulation de quatre types de documents officiels, chacun remplissant une fonction complémentaire :

→ Le cadre juridique fondateur : La loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé [9] et sa loi d'application, la loi n° 09.22 relative à la fonction sanitaire [10], sont utilisées pour comprendre les fondements légaux, les obligations de l'État et les mécanismes institutionnels de la réforme des RHS.

→ Le cadre stratégique : Le document "Stratégie de développement des Ressources Humaines du Ministère de la santé" [8] est mobilisé pour identifier la vision, les intentions politiques et les axes d'intervention qui sous-

tendent la réforme.

→ Le bilan de performance : Le rapport "Bilan des réalisations en matière de Gestion des Ressources Humaines, Période 2021-2025" [5] constitue la source principale pour évaluer les actions concrètement menées, les processus mis en œuvre et les résultats qualitatifs déclarés à mi-parcours.

→ Les données statistiques : Les rapports "Comptes Nationaux de la Santé - 2022" [6] et "Santé en chiffres 2023" [7] fournissent les données quantitatives les plus récentes sur les effectifs, la densité, la répartition et le financement des RHS, permettant de chiffrer les tendances et de mesurer l'ampleur des évolutions.

Pour contextualiser les performances du Maroc, ces données nationales ont été mises en perspective avec les cadres de référence internationaux et régionaux, notamment la "Global strategy on human resources for health: Workforce 2030" de l'OMS [1] et sa déclinaison régionale pour l'Afrique [4].

Analyse des Données et Indicateurs

L'analyse des données est structurée selon les cinq axes stratégiques de la réforme marocaine, tels que définis dans le document de référence [5]. Pour chaque axe, des indicateurs quantitatifs clés ont été extraits et analysés de manière comparative et évolutive (2020 vs. 2023/2025). Les principaux indicateurs mobilisés sont :

→ Disponibilité et répartition du personnel : Densité des médecins et infirmiers pour 1000 habitants (globale et par région), évolution du nombre de professionnels de santé (public et privé), balance entrées-sorties par région, et analyse comparative avec le seuil critique de l'OMS de 4,45/1000 habitants.

→ Développement des capacités : Évolution du nombre de postes budgétaires alloués, places pédagogiques créées dans les instituts de formation (ISPITS, IFPS), et diversification des filières de formation.

→ Motivation et performance administrative : Réduction des délais moyens pour la régularisation des avancements et des indemnités, et pour l'activation des décisions de mutation.

→ Gouvernance et dialogue social : Analyse chronologique de la décentralisation de la fonction RH et décompte des instances de dialogue social.

L'évaluation de la performance est réalisée en comparant les résultats observés aux objectifs fixés dans les documents stratégiques et au diagnostic initial de 2020.

Limites de la Méthodologie

Il convient de noter les limites inhérentes à cette approche. L'étude reposant sur des données secondaires institutionnelles, elle est dépendante de la qualité et de la disponibilité des informations fournies par les sources officielles. L'analyse est descriptive et ne prétend pas établir de liens de causalité formels, mais plutôt des corrélations et des plausibilités entre les stratégies déployées et les résultats observés. Enfin, le bilan étant à

mi-parcours, les conclusions sur l'impact à long terme de la réforme doivent être considérées comme préliminaires.

RESULTATS

L'analyse des données issues des documents officiels du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale [5, 7] et du cadre législatif afférent [9, 10] met en évidence les performances de la gouvernance des RHS sur la période 2021-2025. Les résultats sont présentés ci-après selon les cinq axes stratégiques de la réforme.

Axe 1 : Le repositionnement de la Fonction RH et la Régionalisation

La transition d'un modèle de gestion centralisé vers une gouvernance régionalisée constitue un résultat majeur de la réforme. L'évolution chronologique des modes de gestion (Figure 1) montre une accélération de la décentralisation, passant d'initiatives pilotes en 2005 à la création des 16 Directions Régionales de la Santé (DRS) en 2011, et aboutissant en 2023 à l'adoption des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) dotés de l'autonomie administrative et financière [5]. Ce repositionnement stratégique a été accompagné par une dématérialisation de certains actes (concours, avancements) et un renforcement des actes de GRH au niveau des DRSPS depuis 2020 [5].

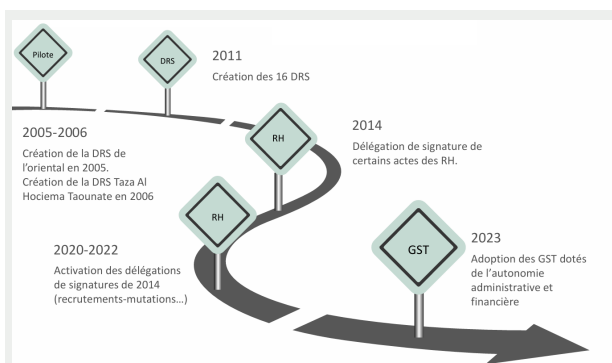


Figure 1. Schéma chronologique de l'actualisation des modes de gestion

Source : MSPS, DRH, Bilan des réalisations [5].

Axe 2 : La Réduction des Déséquilibres et l'Augmentation de la Densité

L'axe visant à réduire la pénurie et les déséquilibres territoriaux présente des résultats quantitatifs significatifs. La densité globale de médecins et infirmiers pour 1000 habitants est passée de 1,75 en 2020 à 2,05 au début de 2025, se rapprochant de l'objectif de l'OMS de 4,45 (Figure 2) [5]. Cette progression a été soutenue par une politique de recrutement volontariste, avec 5 500 postes budgétaires créés annuellement entre 2021 et 2023 [5], et une augmentation de l'effectif des médecins du secteur public de 12,5 % entre 2021 et 2023 [7].

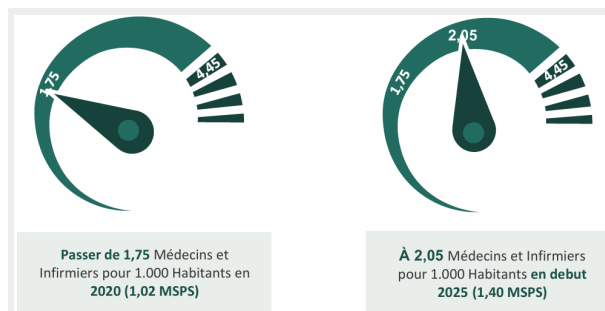


Figure 2. Graphique de l'évolution des indicateurs RH (2020-2025)

Source : MSPS, DRH, Bilan des réalisations [5].

Cependant, la maldistribution territoriale persiste. La Figure 3 illustre la densité de personnel infirmier et médical dans le secteur public par région, mettant en évidence d'importantes disparités. Des régions comme Laâyoune-Sakia El Hamra (3,04 pour 1000 hab.) et Guelmim-Oued Noun (2,67 pour 1000 hab.) sont nettement mieux dotées que des régions comme Casablanca-Settat (1,25 pour 1000 hab.) ou Souss-Massa (1,22 pour 1000 hab.) [5]. De plus, le système de santé demeure hospitalo-centré : en 2023, 11 837 médecins exerçaient dans le réseau hospitalier public contre seulement 3 077 dans le Réseau des Soins de Santé Primaires [7].

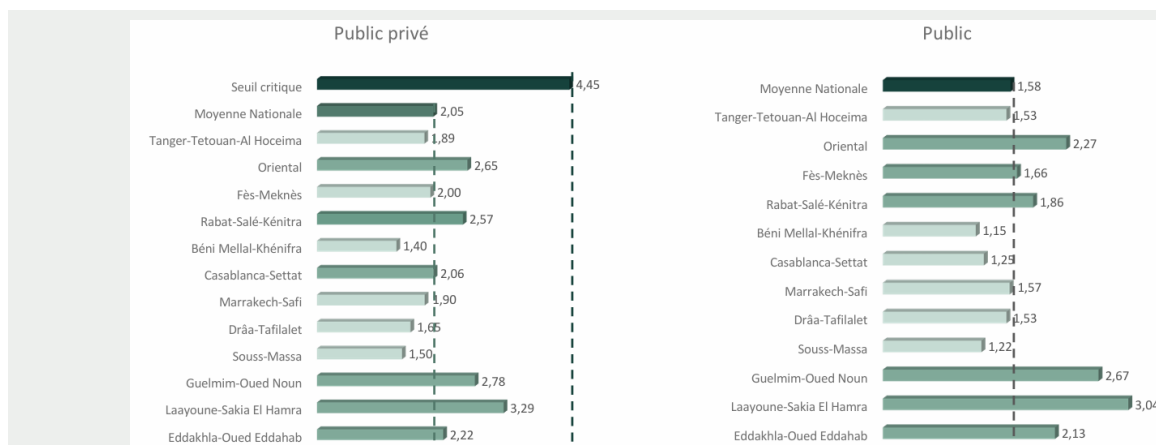


Figure 3. Graphique en barres de la densité des médecins et infirmiers pour 1000 habitants par région

Source : MSPS, DRH, Bilan des réalisations [5].

Axe 3 : Le Développement et le Renforcement des Capacités

La stratégie de renforcement du capital humain s'est traduite par une augmentation massive des capacités de formation, détaillée dans la figure 4. Entre 2019 et 2024, le nombre de places pédagogiques au niveau des ISPITS a augmenté de 206 % pour le cycle Licence et de 353 % pour le cycle Master. Sur la même période, les places dans les IFPS ont crû de 297 % [5]. Cet effort est désormais encadré par la loi n° 09-22, qui rend la formation continue obligatoire pour les professionnels [10].

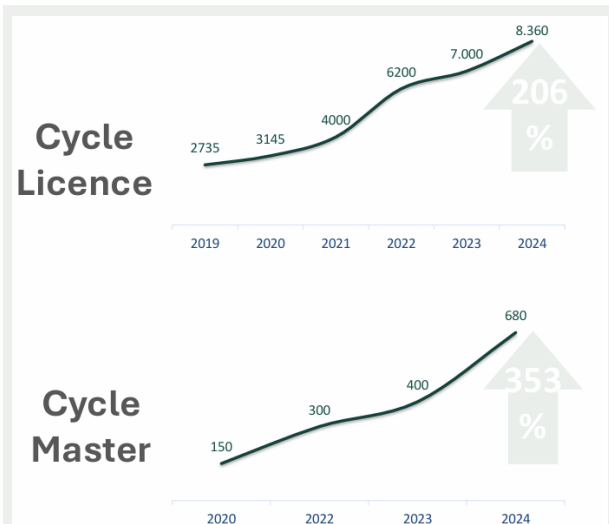


Figure 4. synthétique de l'évolution des places pédagogiques (ISPITS et IFPS) entre 2019 et 2024

Source : MSPS, DRH, Bilan des réalisations [5].

Axe 4 : La Promotion de la Satisfaction et de la Motivation

Des progrès notables ont été enregistrés dans la modernisation des processus administratifs. La Figure 5 illustre la réduction des délais moyens de traitement : entre 2021 et 2024, le nombre de jours pour la régularisation des avancements de grade a été réduit de 46 %, et celui pour la régularisation des indemnités de 25 % [5]. Sur le plan réglementaire, la loi n° 09-22 a institué la "Fonction Sanitaire", créant un cadre statutaire spécifique et introduisant une rémunération variable liée à la performance ainsi qu'une indemnité pour exercice en zones difficiles, visant à motiver et fidéliser le personnel [10].

Axe 5 : La Communication et le Dialogue Social

La gouvernance de la réforme s'est appuyée sur un dialogue social structuré. Sur la période 2022-2024, 145 réunions et rencontres ont été tenues avec les partenaires sociaux, soit une moyenne de 36 par an. Ce processus a abouti à la signature de deux accords majeurs, en février 2022 et juillet 2024, entre le gouvernement et les syndicats du secteur [5].

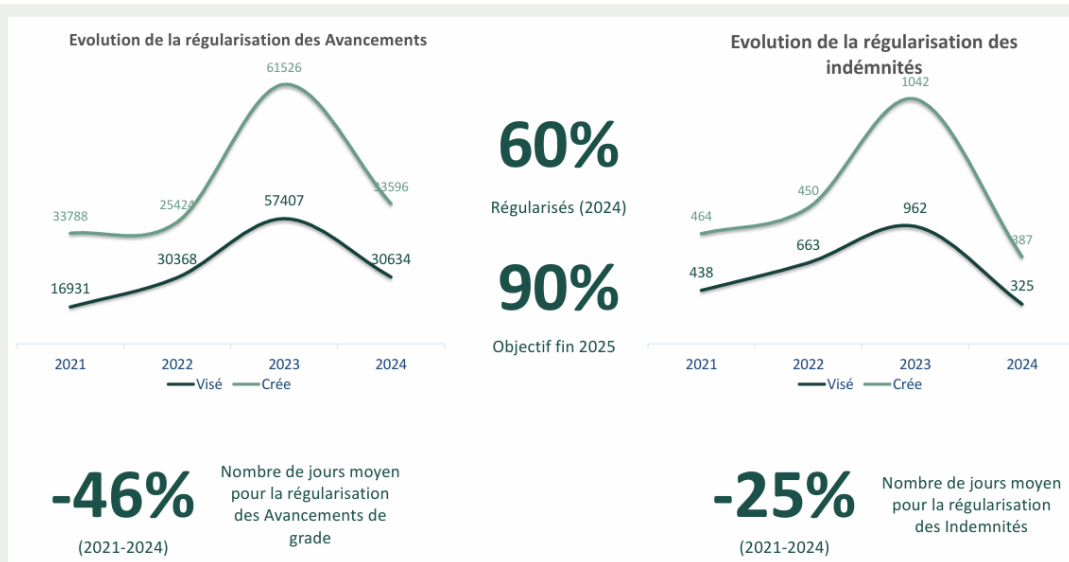


Figure 5. Graphique de l'évolution de la régularisation des situations administratives

Source : MSPS, DRH, Bilan des réalisations [5]

DISCUSSION

L'analyse des résultats de la politique de gouvernance des RHS au Maroc révèle une dynamique complexe, marquée par des succès quantitatifs indéniables mais aussi par la

persistance de défis structurels profonds. Cette discussion se propose d'interpréter ces performances à la lumière du cadre stratégique et juridique national, ainsi que des cadres de référence internationaux.

Une Réforme aux Succès Quantitatifs mais aux Défis Qualitatifs Persistants

Les résultats confirment que la stratégie marocaine a produit des effets quantitatifs notables et rapides. L'augmentation massive des places de formation (+206 % en Licence ISPITS) et la création soutenue de postes budgétaires [5] constituent une réponse directe et vigoureuse à la pénurie de personnel initialement diagnostiquée. De même, l'amélioration significative des indicateurs de gestion administrative, comme la réduction de 46 % du délai de régularisation des avancements [5], témoigne d'une modernisation réelle des processus RH, en phase avec l'objectif de motivation du personnel. Cependant, ces succès quantitatifs masquent des défis qualitatifs et structurels qui demeurent. L'augmentation de la densité globale du personnel (de 1,75 à 2,05 pour 1000 habitants) reste encore très loin du seuil de 4,45/1000 habitants recommandé par l'OMS pour une couverture sanitaire efficace [1, 5]. Plus critique encore, la maldistribution territoriale, identifiée comme un problème clé par Lehmann et al. [2] et Dussault & Franceschini [3], n'est pas encore résolue. La Figure 3 [5] montre que la concentration du personnel dans les régions de l'axe Atlantique persiste, ce qui suggère que les mécanismes incitatifs ne sont pas encore parvenus à contrebalancer les puissants facteurs d'attraction des grands centres urbains [2,3]. La forte concentration du personnel au niveau hospitalier au détriment des soins primaires [7] est une autre facette de ce déséquilibre structurel.

La Gouvernance Régionalisée : Entre Potentiel Juridique et Réalité Opérationnelle

La mise en place des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), consacrée par la loi-cadre 06-22 [9], représente une avancée institutionnelle majeure vers la décentralisation de la gouvernance sanitaire. Cette régionalisation est en accord avec les recommandations internationales qui prônent une gestion de proximité pour mieux adapter les ressources aux besoins locaux [4].

Toutefois, une tension apparaît entre l'autonomie juridique accordée aux GST et la réalité de la gestion des carrières. La pleine effectivité de cette décentralisation dépendra de la capacité des GST à mobiliser les leviers prévus par la loi n° 09-22, notamment la rémunération variable et les incitations pour les zones difficiles, afin d'orienter la mobilité du personnel [10]. La réussite de la régionalisation se mesurera à sa capacité à inverser les tendances de la maldistribution, un défi que les systèmes de santé peinent souvent à relever [3].

L'Équilibre du « Bouquet d'Interventions » : un Levier Financier à Consolider

La stratégie marocaine peut être analysée comme un "bouquet d'interventions" tel que conceptualisé par Lehmann et al. [2]. Elle combine de manière visible des stratégies éducatives (augmentation massive de la formation), administratives (modernisation des

processus) et de gouvernance (dialogue social) [5,8].

Cependant, le levier des incitations financières, bien que juridiquement institué [10], semble être le moins développé dans les résultats à mi-parcours. Si la loi n° 09-22 est prometteuse avec son indemnité pour les zones difficiles et sa rémunération à la performance, les bilans actuels ne permettent pas encore de mesurer leur impact réel sur l'attractivité des postes. L'expérience internationale montre que sans incitations financières substantielles et ciblées, les autres mesures peinent à corriger seules la répartition géographique du personnel [2,3]. La mise en œuvre effective et le financement adéquat de ces nouveaux leviers de rémunération seront donc déterminants pour la prochaine phase de la réforme.

Positionnement du Maroc dans le Contexte International et Africain

Malgré les progrès, le Maroc reste en deçà de certains pays de la région en termes de densité médicale. La comparaison internationale présentée dans le bilan (voir diapositive 14 du Bilan [5]) montre un retard par rapport à la Tunisie et à la moyenne de la Méditerranée orientale, ce qui met en perspective l'ampleur de l'effort à fournir. L'ouverture aux compétences étrangères et à la diaspora, inscrite dans la loi-cadre [9], est une reconnaissance pragmatique de ce défi et une stratégie pour accélérer le transfert de compétences, en phase avec la Stratégie mondiale de l'OMS [1]. Cette approche, si elle est bien régulée, pourrait être un levier de développement, mais elle souligne aussi la nécessité pour le Maroc de devenir plus compétitif sur le marché mondial des talents en santé.

CONCLUSION

La réforme de la gouvernance des ressources humaines en santé (RHS) au Maroc, initiée sur la période 2021-2025, représente un effort stratégique et législatif ambitieux pour répondre à la double crise de la pénurie et de la maldistribution du personnel de santé. L'analyse à mi-parcours de sa mise en œuvre révèle une politique de rupture, marquée par des avancées significatives mais également par la persistance de défis structurels profonds.

Les principaux succès de la réforme sont d'ordre quantitatif et administratif. Grâce à une politique volontariste, le Maroc a réussi à augmenter de manière significative ses capacités de formation et les effectifs du secteur public, améliorant ainsi la densité globale du personnel de santé. Parallèlement, la modernisation des processus de gestion RH, illustrée par la réduction drastique des délais administratifs, a contribué à améliorer l'environnement de travail et la motivation du personnel.

Cependant, ces avancées quantitatives n'ont pas encore permis de résoudre le problème qualitatif de la répartition équitable des ressources. Les déséquilibres territoriaux entre régions et la concentration du personnel dans les structures hospitalières au détriment des soins primaires

demeurent des défis majeurs. La nouvelle architecture de gouvernance, basée sur la régionalisation et la création de la "Fonction Sanitaire", constitue un cadre juridique prometteur. Toutefois, son succès dépendra de la mise en œuvre effective de ses leviers les plus novateurs, notamment les incitations financières ciblées et la rémunération à la performance, dont l'impact reste encore à évaluer.

En réponse à notre question de recherche, l'évolution de la gouvernance des RHS au Maroc a permis des progrès notables en termes d'augmentation de l'offre de formation et de modernisation administrative. Néanmoins, elle peine encore à traduire ces gains en une répartition territoriale plus équitable. La performance est donc contrastée : la réforme a réussi à augmenter le "volume" de RHS, mais le défi reste entier pour en optimiser la "distribution".

Pour la suite, plusieurs recommandations peuvent être formulées. Premièrement, il est impératif d'accélérer la mise en œuvre des décrets d'application relatifs aux incitations financières pour les zones difficiles afin de rendre ces postes réellement attractifs. Deuxièmement, il est crucial de renforcer les capacités managériales des nouveaux Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) pour qu'ils puissent exercer pleinement leur autonomie et piloter une gestion prévisionnelle des emplois adaptée aux besoins de leur territoire. Enfin, pour affiner la planification, il serait pertinent d'adopter des outils méthodologiques reconnus internationalement, comme le "Workload Indicators of Staffing Need" (WISN) de l'OMS, pour passer d'une planification basée sur des ratios à une planification basée sur la charge de travail réelle.

De futures recherches pourraient se concentrer sur l'évaluation de l'impact de la nouvelle politique de rémunération sur la performance et la rétention du personnel, ainsi que sur l'analyse qualitative des facteurs de motivation des jeunes professionnels de santé dans le nouveau contexte de la fonction sanitaire.

et des Ressources Financières; 2023 ;

8. Ministère de la Santé, Direction des Ressources Humaines. Stratégie de développement des Ressources Humaines du Ministère de la santé. Rabat: Ministère de la Santé ;
9. Royaume du Maroc. Dahir n° 1-22-77 portant promulgation de la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé. Bull Off n° 7178. 2022 Dec 9:829-33 ;
10. Royaume du Maroc. Dahir n° 1.23.51 portant promulgation de la loi n° 09.22 relative à la fonction sanitaire. Bull Off n° 7213. 2023 Jun 28:5719-21.

REFERENCE

1. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016
2. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. BMC Health Serv Res. 2008;8(19) ;
3. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Hum Resour Health. 2006;4(12) ;
4. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. The African regional framework for the implementation of the global strategy on human resources for health: workforce 2030. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2020 ;
5. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Bilan des réalisations en matière de Gestion des Ressources Humaines, Période 2021-2025. Rabat: Direction des Ressources Humaines; 2024 ;
6. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Comptes Nationaux de la Santé - 2022. Rabat: Direction de la Planification et des Ressources Financières 2022 ;
7. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Santé en chiffres 2023. Rabat: Direction de la Planification