

Assurance maladie et déserts médicaux: Cas du Maroc

Health insurance and medical deserts: The case of Morocco

Abdelati Zouine, Fatima Touhami, Abdellatif Moustatraf, Nabil Tilaoui

Laboratoire de Recherche Pluridisciplinaire en Economie et Gestion (LARPEG), Faculté d'économie et de gestion, Université Sultane Moulay Slimane, Béni-Mellal-Maroc

RÉSUMÉ

Introduction : La généralisation de l'assurance maladie est une ambition majeure au Maroc. Cependant, elle se confronte à des grands déséquilibres de répartition des ressources. L'étude explore les voies par lesquelles elle peut remédier à ces déséquilibres.

Méthodes : L'étude adopte une méthode mixte, quantitative par une analyse en composante principale couplée par l'étude de la concentration et qualitative par l'examen des textes encadrant l'assurance maladie.

Résultats : L'ACP révèle une forte corrélation entre les neuf indicateurs d'offre de soins (coefficients compris entre 0,804 et 0,992), avec un indice KMO de 0,709, confirmant l'adéquation des données. Deux axes résument 96,37 % de la variance totale, l'un correspondant au niveau global d'équipement sanitaire et l'autre opposant offre publique et privée. La carte factorielle montre six régions sous-dotées. A l'échelle provinciale, les indices de Gini > 0,5 montrent des inégalités graves de répartition, toutes les valeurs étant supérieures au seuil de 0,5 qui caractérise une inégalité critique.

Discussion : L'assurance maladie marocaine affiche un objectif d'équité mais ne comporte aucune disposition territoriale explicite ; la gouvernance est centralisée et l'article 1er interdit toute discrimination liée à la zone de résidence. Les incitations fiscales pour l'investissement privé dans les zones sous-dotées sont faibles (0,5 % de la dépense fiscale en 2024). Des pistes internationales existent, mais leur mise en œuvre au Maroc se heurte à des obstacles technologiques, financiers et de gouvernance.

Conclusions : Les leviers à mobiliser par l'assurance maladie sont multiples partant d'une discrimination positive à l'égard des assurés résidant dans ces régions.

Mots clés : Assurance maladie - couverture - accès aux soins - désert médical.

ABSTRACT

Introduction: Universal health coverage is a key objective in Morocco. However, it faces significant imbalances in the distribution of resources. The study explores ways in which these imbalances can be addressed.

Methods: The study adopts a mixed-methods approach, combining quantitative analysis using principal component analysis with an examination of concentration, and qualitative analysis through a review of the legislation governing health insurance.

Results: The PCA reveals a strong correlation between the nine healthcare provision indicators (coefficients ranging from 0.804 to 0.992), with a KMO index of 0.709, confirming the suitability of the data. Two axes account for 96.37% of the total variance, one corresponding to the overall level of healthcare provision and the other contrasting public and private provision. The factor map shows six under-resourced regions. At the provincial level, Gini indices > 0.5 indicate severe inequalities in distribution, with all values exceeding the 0.5 threshold that characterises critical inequality.

Discussion: The Moroccan health insurance system has an equity objective but contains no explicit territorial provisions; governance is centralised and Article 1 prohibits any discrimination based on area of residence. Fiscal incentives for private investment in underserved areas are low (0.5% of tax expenditure in 2024). International approaches exist, but their implementation in Morocco faces technological, financial and governance obstacles.

Conclusions: There are multiple levers that health insurance can mobilise, starting with positive discrimination in favour of insured persons residing in these regions.

Keywords : health insurance - coverage - access to healthcare - medical desert

Correspondance

Abdelati Zouine

Laboratoire de Recherche Pluridisciplinaire en Economie et Gestion (LARPEG), Faculté d'économie et de gestion, Université Sultane Moulay Slimane, Béni-Mellal-Maroc

Email: abdelati.zouine@usms.ma

Ce qu'on sait du sujet:

- La difficile définition consensuelle des « déserts médicaux »
- Les expériences étrangères de correction par l'assurance maladie.

Ce que l'article apporte:

- Une mesure chiffrée et cartographiée des inégalités territoriales;
- La mise en évidence d'un verrou juridique central par l'article premier de la loi 65-00 qui interdit toute discrimination liée à la zone de résidence, ce qui empêche théoriquement la mise en place de mécanismes correcteurs comme une discrimination positive;
- Des leviers opérationnels propres à l'assurance maladie.

INTRODUCTION

La généralisation de la couverture médicale est une ambition partagée des différents acteurs de la société marocaine. Cependant une interrogation centrale se pose, être couvert par un régime d'assurance maladie est une condition suffisante pour se soigner ? Dans plusieurs régions, le déficit en formations sanitaires ainsi qu'en ressources humaines crée une contradiction paradoxale : une couverture théorique sans un accès réel et équitable aux soins.

Le rapport du nouveau modèle de développement indique [1] : *les citoyens exigent désormais une offre de soins de qualité accessible à tous, en termes de coût et de proximité. Les attentes dans ce domaine portent sur le renforcement conséquent des effectifs du personnel médical et sur la répartition équitable [...] La couverture médicale est considérée comme un droit fondamental. Tous insistent sur la qualité des services auxquels cette couverture doit donner accès.*

Cette déclaration provenant d'une source officielle elle interpelle le territoire comme unité d'analyse et de programmation des politiques publiques particulièrement celle de l'offre de soins, et en plus, elle considère la couverture médicale comme droit fondamental permettant de faciliter l'accessibilité aux soins de qualité.

En 2023, la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé introduisait la notion de carte sanitaire nationale et régionale comme instrument qui fixe les orientations générales pour la répartition de l'offre de soins au niveau national et régional. Selon cette loi, la carte sanitaire sert de cadre pour l'orientation, la planification et la répartition des ressources en matière de santé, dans l'objectif d'assurer une couverture équilibrée et adaptée aux vrais besoins de la population abstraction faite de leur région de résidence.

Les déséquilibres territoriaux de l'offre de soins nationale peuvent créer des zones qu'on peut les qualifier de déserts médicaux. Ce terme est emprunté dans le domaine de

santé publique pour désigner l'existence d'obstacles d'accès aux soins sur un territoire donné. Pour Flinterman la notion est utilisée pour qualifier un territoire où les niveaux de personnel et de services de santé sont faibles, paqué par des problèmes d'accessibilité, des besoins non satisfaits de la population, ou les deux à la fois [2]. Alors que Brinzac le définit comme une zone où les besoins de santé ne sont pas satisfaits en raison d'un accès inadéquat ou de la mauvaise qualité des services, cette zone se caractérise par des ressources sanitaires insuffisantes, longs délais d'attente, coûts élevés et des obstacles socioculturels [3]. Cette deuxième définition intègre la dimension qualitative par la prise en compte des délais d'attente ainsi que des obstacles socioculturels.

Généralement, on trouve trois familles des méthodes de définition des zones déficitaires en matière de santé. La première regroupe les méthodes des indicateurs de Densité et des Ratios, et retiennent deux indicateurs : le Ratio médecins/population, pour définir les zones en pénurie de soins primaires [4] et la Densité de médecins, comme indicateur spatial pour l'études des inégalités d'accès [5]. La deuxième regroupe les méthodes basées sur les Systèmes d'Information Géographique évaluant la proximité spatiale des populations par rapport à l'emplacement des prestataires [6]. Elles sont appelées méthodes de zone desserte flottante, avec variantes dites Enhanced Two-Step Floating Catchment Area [7]. Et la troisième englobe les méthodes utilisant l'Indice intégré d'accessibilité spatiale qui couvre plusieurs dimensions de soins et permet une substituabilité entre les secteurs [8] et le temps perdu par les patients pour obtenir un traitement [9]. Avec des indicateurs alternatifs d'accès spatial, ces méthodes donnent des images très différentes du classement des unités de recensement et d'identification des zones mal desservies [10-11].

L'objectif de l'étude est de mettre en évidence les limites territoriales de l'effectivité de l'assurance maladie au Maroc, en montrant comment les déséquilibres spatiaux de l'offre de soins transforment une couverture financière théoriquement universelle en un accès différencié aux services de santé. Par contrainte des données disponibles, nous retenons la première approche des déserts médicaux pour les développements qui suivent.

Alors « comment expliquer que la généralisation de l'assurance maladie au Maroc, censée garantir l'équité d'accès, n'intègre aucun mécanisme correcteur face aux déserts médicaux ? Cette absence relève-t-elle d'un oubli technique, d'un choix politique implicite, ou d'une impossibilité structurelle liée à la gouvernance du système ? »

MÉTHODES

Méthode d'analyse

Cette étude adopte une approche mixte, elle articule analyse quantitative spatiale et examen des textes

encadrant l'assurance maladie et l'offre de soins nationale, dans l'objectif de saisir tant les dimensions géographiques et structurelles des inégalités d'accès aux soins que les cadres normatifs qui les influencent. La première étape repose sur une analyse en composantes principales (ACP) appliquée aux indicateurs de densité médicale et d'infrastructures sanitaires à l'échelle régionale. Cela nous permet de réduire la dimensionnalité du phénomène des déserts médicaux en synthétisant les variables clés en facteurs composites. L'ACP permet d'identifier les territoires vulnérables et offre une cartographie des disparités. L'ACP est utilisée pour évaluer le système de fourniture de soins dans les zones révélant des disparités importantes en termes de ressources médicales et de facteurs géographiques [12]. La deuxième étape est une analyse de la concentration des ressources via la courbe de Lorenz et l'indice de Gini, menée sur la distribution des professionnels de santé et des équipements médicaux au niveau provincial. L'indice de Gini est utilisé pour évaluer les disparités de prestation de soins, car il quantifie l'inégalité dans la répartition des ressources entre différents territoires [13]. Cette mesure d'inégalité de répartition conduit à quantifier l'écart entre une distribution équitable théorique et la concentration réelle observée. Couplée à l'ACP, elle affine la vision des déséquilibres territoriaux, en objectivant le degré de polarisation des moyens sanitaires et en identifiant les zones souffrant d'une sous-dotation critique. L'étude est complétée par l'analyse des textes juridiques encadrant le système de l'assurance maladie et celui de l'organisation de l'offre de soins au Maroc et ceux concernant la carte sanitaire. Notre analyse confronte le cadre normatif à une réalité territoriale révélée par l'analyse des données statistiques. Cette triangulation offrira une vision intégrée, reliant un diagnostic territorial objectivé et une analyse du cadre réglementaire.

Variables de l'étude

Sur la base de statistiques officielles du ministère de la santé du rapport santé en chiffre 2023, nous avons dégagé neuf (9) indicateurs d'équipement médical sur lesquels l'ACP est appliquée pour cartographier les régions. Ces

indicateurs concernent : (i) hôpitaux publics, (ii) cliniques privées, (iii) capacité litière publique, (iv) capacité litière privées, (v) nombre de médecins généralistes publics, (vi) nombre de médecins généralistes privés, (vii) nombre de médecins spécialistes publics, (viii) nombre de médecins spécialistes privés et (ix) nombre de pharmacies en mode tiers payant.

Pour l'étude de la concentration de l'offre de soins au niveau des provinces et préfectures, et sur la base des statistiques officielles disponibles au même rapport, quatre indicateurs sont retenus : (i) nombre des infrastructures médicales publiques, (ii) nombre des cliniques privées, (iii) nombre des médecins publics et (iv) nombre des médecins privés par province.

Néanmoins, notre étude, comme tout autre travail, des biais potentiels peuvent l'affecter. Un Biais de mesure, car les indicateurs retenus sont des indicateurs de structure, pas de performance ni d'accessibilité réelle. Un hôpital existe, mais rien ne garantit qu'il soit fonctionnel, ou si ses services sont-ils tous ouverts ou si les médecins sont-ils réellement présents. Et un biais institutionnel, car les données proviennent du ministère de la Santé. Ces données sont déclaratives, les cliniques privées ne déclarent pas toujours exactement leur personnel, politiquement sensibles car le ministère peut avoir intérêt à « lisser » les chiffres et enfin partielles car les données 2023 sont les dernières, mais la situation peut évoluer.

Sources de données

Il s'agit de données secondaires publiquement consultables, aucune approbation n'est requise car il s'agit de données publiques anonymes.

RÉSULTATS

L'analyse en composante principale

Le tableau 1 donne les corrélations entre les différentes variables, les valeurs varient entre 0,804 et 0,992 ce qui permettra de dire que l'ACP fournira une bonne représentation de l'information par les axes obtenus.

Tableau 1. Matrice de corrélation

	Hôpitaux publics	Cliniques privées	Capacité litière publique	Capacité litière privée	Médecins généralistes publics	Médecins spécialistes publics	Médecins généralistes privés	Médecins spécialistes privés	Pharmacies en tiers payant
Hôpitaux publics	1								
Cliniques privées	0,878	1							
Capacité litière publique	0,978	0,893	1						
Capacité litière privée	0,826	0,988	0,829	1					
Médecins généralistes publics	0,977	0,904	0,988	0,846	1				
Médecins spécialistes publics	0,885	0,871	0,947	0,81	0,918	1			
Médecins généralistes privés	0,866	0,992	0,877	0,988	0,885	0,876	1		
Médecins spécialistes privés	0,819	0,977	0,84	0,986	0,843	0,86	0,989	1	
Pharmacies en tiers payant	0,851	0,845	0,896	0,804	0,888	0,921	0,837	0,85	1

Source : par les auteurs, sortie SPSS (santé en chiffres 2023)

Le tableau 2 donne l'indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) qui mesure la qualité d'échantillonnage. La valeur de cet indice est de 0,709 qui est supérieure à 0,700 donc les données sont bien adaptées à l'ACP.

Tableau 2. Indice KMO et test de Bartlett

Indice KMO		,709
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-carré approx.	216,822
	ddl	36
	Signification	,000

Source : les auteurs, sortie SPSS (santé en chiffres 2023)

Le tableau 3 donne la proportion de variance de chaque variable expliquée par l'ensemble des axes retenus. On y trouve que l'ensemble des valeurs sont supérieures à 0,8 on conclut donc que l'ensemble des variables sont très bien représentées par les axes. La même conclusion est confirmée par le tableau 4 de la variance totale expliquée qui atteint 96,37% par les deux axes.

Tableau 3. Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
Hôpitaux publics	1,000	,942
Cliniques privées	1,000	,991
Capacité litière publique	1,000	,988
Capacité litière privée	1,000	,994
Médecins généralistes publics	1,000	,972
Médecins spécialistes publicS	1,000	,926
Médecins généralistes privés	1,000	,995
Médecins spécialistes privés	1,000	,989
Pharmacies en tiers payant	1,000	,876

Source : les auteurs, sortie SPSS (santé en chiffres 2023)

Tableau 4. Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	8,16	90,706	90,706	8,16	90,706	90,706
2	0,51	5,651	96,357	0,51	5,651	96,357
3	0,21	2,311	98,668			
4	0,08	0,895	99,562			
5	0,02	0,26	99,823			
6	0,01	0,081	99,903			
7	0,01	0,067	99,97			
8	0	0,024	99,995			
9	0	0,005	100			

Source : les auteurs, sortie SPSS (santé en chiffres 2023)

Le tableau 5 donne la matrice des composantes qui servira pour l'interprétation des axes factoriels.

Tableau 5. Matrice des composantes

	Composante	
	1	2
Hôpitaux publics	,974	-,203
Cliniques privées	,970	-,232
Capacité litière publique	,962	,214
Capacité litière privée	,962	,250
Médecins généralistes publics	,953	-,285
Médecins spécialistes publics	,943	,190
Médecins généralistes privés	,943	-,325
Médecins spécialistes privés	,943	,230
Pharmacies en tiers payant	,920	,172

Source : les auteurs, sortie SPSS (santé en chiffres 2023)

La figure 1 montre la représentation des différentes régions par rapport aux deux axes retenus par l'ACP. On y constate que les douze régions du royaume forment quatre groupes, les membres de chaque groupe partagent les mêmes caractéristiques par rapport aux variables de l'étude ce qui explique leur représentation de proximité sur la carte factorielle.

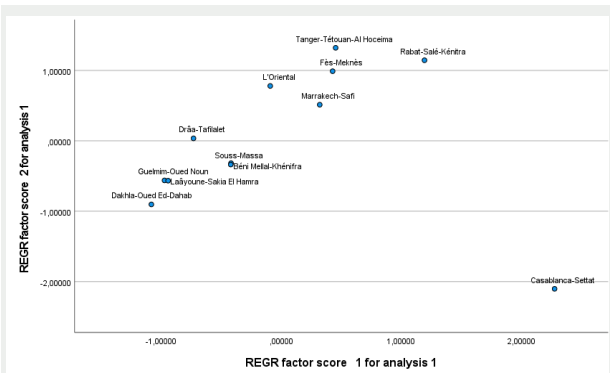


Figure 1. Carte factorielle

Quant aux axes factoriels, selon la figure 1 et le tableau 4, l'axe 1 concentre 90,7 % de la variance totale, alors que l'axe 2 en ajoute 5,6 % soit 96,3% au total. On en déduit que les deux premières composantes retiennent l'essentiel de l'information contenue dans les variables initiales. Par ailleurs, à partir du tableau 3, les qualités de représentation sont très élevées, ce qui signifie que les variables de l'offre de soins sont bien résumées par ce plan factoriel.

Quant à la signification des axes, le tableau 5, montre des charges positives très élevées pour l'ensemble des variables sur la première composante. La totalité de ces variables « varient dans le même sens » sur le premier axe et y contribuent fortement. Cet axe peut donc être interprété comme un indice synthétique du « niveau global d'équipement sanitaire ». Pour une région donnée, si son score est élevé sur l'axe 1 on peut dire que c'est une région bien dotée. Le cas contraire, si elle affiche un score faible (ou négatif) sur l'axe 1 on peut dire que c'est une région sous-dotée en termes d'offre de soins, toutes variables confondues.

Même que le deuxième axe ne représente que 5,65 % de la variance totale, son apport est essentiel pour comprendre la structure des territoires de soins. Les chargements révèlent une opposition entre les variables d'offre publique et les variables d'offre privée. Un territoire avec un coefficient positif est orienté vers le secteur public, lorsque ce coefficient est négatif, cela indique une prédominance de l'offre privée. Cette opposition, est ce qui permet de distinguer visuellement les groupes sur la figure 1 : deux territoires peuvent avoir un niveau global de densité sanitaire similaire (même abscisse) mais se différencier radicalement par leur modèle d'organisation (ordonnée positive ou négative). Dès lors, le deuxième axe apporte une information qualitative pour caractériser les déserts médicaux, car un même niveau d'équipement peut masquer des réalités différentes selon que l'offre est publique ou privée.

L'étude de concentration

La figure 2 donne les courbes de concentration des médecins publics, médecins privés, infrastructures publiques et cliniques privées au niveau provinciale.

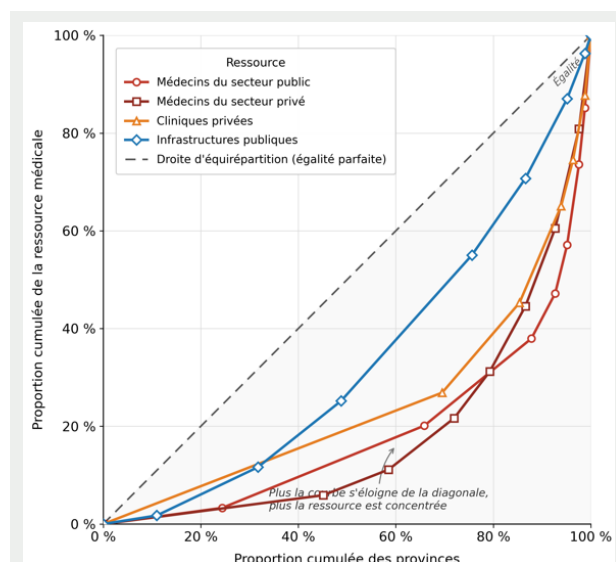


Figure 2. Courbes de LORENZ

Les indices de GINI associés sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 6. Indices de GINI

Indicateur	Indice de GINI	Commentaire
médecins du secteur public	0,63	Toutes les valeurs sont supérieures à 0,5 ce qui renvoie à une inégalité grave de répartition
médecins du secteur privé	0,67	
infrastructures publiques	0,73	
cliniques privées	0,51	

Source : les auteurs, sortie Excel (santé en chiffres 2023)

Pour synthétiser, l'axe 1 renvoie au niveau général d'équipement, l'axe 2 renvoie à la composition public/privé de cet équipement. Les courbes de concentration

viennent confirmer les inégalités de répartition des infrastructures à l'échelle des provinces, le même constat est perçu au niveau de la répartition des ressources humaines et ce pour les deux composantes de l'offre nationale publique et privée.

DISCUSSION

Ces résultats relèvent un paradoxe central : alors que la couverture médicale progresse vers l'universalité, l'accès effectif aux soins demeure fortement conditionné par la géographie de l'offre sanitaire. Cette dissociation interroge le rôle et les limites du système d'assurance maladie dans la correction des inégalités territoriales.

On conclut que l'offre de soins nationale souffre de grands déséquilibres touchant la répartition des ressources, produisant des territoires qualifiables de déserts médicaux (figure 1). Six régions sont sous-dotées, tant dans le secteur public que privé. Cette situation entraîne d'importantes difficultés d'accès aux soins pour les résidents, y compris ceux couverts par l'assurance maladie obligatoire.

Au Maroc, le système de production de soins est mixte. L'offre publique relève des choix publics et des orientations budgétaires, tandis que pour l'offre privée, il n'existe pas de texte précis. Plusieurs textes comportent des dispositions relatives à l'encadrement de l'offre privée (loi cadre n° 34.09 [15], loi-cadre n° 06-22 [16], loi n° 131.13 [17], loi n° 65.00 [14]). Hormis la régulation du métier, ces textes ne favorisent pas la dimension territoriale de l'investissement privé, notamment dans les régions sous-dotées.

Par ailleurs, les incitations fiscales pour encourager l'offre privée dans les régions sous-équipées ne dépassent pas 153 millions de dirhams, soit 0,5% de la dépense fiscale en 2024, ce qui traduit une absence de logique territoriale. Le rapport sur la dépense fiscale accompagnant la loi de finances 2025 indique l'existence en 2024 de 12 mesures visant à alléger le coût de la santé (11 exonérations totales et un droit à déduction, dont 10 destinées aux producteurs de soins). Ces mesures ne font aucune référence à une répartition territoriale ; cinq d'entre elles sont nominatives et destinées à des producteurs déjà implantés à Casablanca et Rabat [18].

Certes, la lutte contre les déserts médicaux est une politique structurelle et intégrée. Notre interrogation porte sur le rôle que peut jouer l'assurance maladie dans cette lutte et les obstacles à son action. L'importance de l'assurance maladie vient de la célérité de ses outils, contrairement aux actions sur les infrastructures ou les ressources humaines, dont l'impact est plus lent. Cependant, cette option ne peut être une solution durable à cause de son impact sur les équilibres financiers du système, surtout face à une forte demande issue des zones enclavées.

La loi 65-00 propose comme objectif central un accès équitable et universel. Son préambule accorde à l'Etat la mission d'organiser harmonieusement l'offre de soins sur le territoire, ce qui implique théoriquement une gestion régionale. Cependant, aucune disposition explicite

concernant la dimension territoriale n'est évoquée [14]. Sur le plan de la gouvernance, le système est géré au niveau national par la CNOPS et la CNSS. Leurs agences territoriales n'ont que des tâches administratives, sans prérogatives sur la politique de couverture régionale.

L'absence de dispositions territoriales explicites menace le principe d'équité. Une gouvernance centralisée linéarise l'apport en considérant que tous les assurés font face aux mêmes contraintes d'accès. Face aux déserts médicaux, l'action de l'assurance pourrait partir d'une discrimination positive en faveur de ces zones, via des politiques ciblées pour minimiser les obstacles [19]. Mais cette discrimination positive nécessite une révision en profondeur du texte de la loi 65-00 qui interdit toute discrimination liée, entre autres, à la zone de résidence. Cette assertion est discutable à trois égards : premièrement, la non-discrimination n'est acceptable que si tous les assurés bénéficient des mêmes conditions d'accessibilité géographique, ce qui n'est pas le cas ; deuxièmement, le préambule retient les principes de solidarité et cohésion sociale, qui peuvent fonder une discrimination positive au profit des déserts médicaux ; troisièmement, la discrimination prohibée concerne essentiellement la manipulation des cotisations.

Confronté à l'expérience internationale, le modèle marocain est relativement en retard. En effet, à l'échelle internationale, des mesures variées ont été prises par la mobilisation des outils de l'assurance maladie. On trouve l'octroi d'incitations financières par l'assurance maladie pour les médecins exerçant en zone déficitaire à partir de 2004 en France et 2007 en Allemagne [20]. Au Brésil on propose des majorations des tarifs de remboursement pour les médecins exerçant en zones sous-dotées [21]. A la Colombie, l'instauration d'un système de péréquation, Fonds d'équipement territorial alimenté par une fraction des cotisations d'assurance [22] et enfin la prise en charge des actes de la télémedecine par l'assurance maladie comme en Afrique du sud [23].

Parmi les solutions envisageables pour le cas marocain : la télésanté. Sa consécration par la loi n°131-13 et la loi n° 34.09 témoigne d'une prise de conscience. Mais avant de décider sa prise en charge par l'assurance maladie, il faut interroger sa faisabilité. Les contraintes sont technologiques (manque d'accès internet, d'infrastructure, confidentialité des données) [24], culturelles (résistances au changement, privilège des interactions directes [25-26]), et institutionnelles (formation insuffisante des professionnels [27-28]).

L'action sur le transport sanitaire est également envisageable via sa prise en charge par l'assurance maladie. La persistance de la non-prise en charge des frais de déplacement constitue une double pénalité. Le Conseil Économique, Social et Environnemental préconise une prise en charge du transport sanitaire privé par l'assurance maladie [29]. Au moins trois obstacles : la multiplicité des acteurs dans un secteur manquant d'organisation [29] ; la charge financière qui peut aggraver le déficit de la CNOPS [30] et la définition des zones comme déserts médicaux et des bénéficiaires éligibles.

On peut aussi envisager une assurance maladie complémentaire subventionnée strictement aux individus

provenant de zones qualifiées comme déserts médicaux [31]. Enfin, la gouvernance du système d'assurance maladie qui doit passer à un modèle plus décentralisé. L'intérêt réside dans la proximité aux réalités territoriales, conduisant à des prestations plus adaptées [32]. A titre comparatif, la gouvernance de l'assurance maladie de base en France est organisée à deux niveaux : au niveau central, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie définit la stratégie nationale ; au niveau local, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie constituent le pilier territorial, jouant un rôle actif pour faciliter l'accès aux soins.

CONCLUSION

Même avec les efforts déployés par les autorités publiques pour l'équipement sanitaire, la persistance des déserts médicaux au Maroc est un constat indéniable. Les déséquilibres territoriaux contribuent toujours à produire des obstacles sérieux face à l'accès aux soins surtout ceux liés à la géographie. D'une région à l'autre les conditions d'accessibilité peuvent entraîner une charge financière importante face aux assurés ce qui contredit le principe d'équité de l'assurance maladie.

L'assurance maladie, en l'absence de mécanismes correcteurs territorialisés, tend davantage à révéler qu'à corriger les inégalités spatiales d'accès aux soins. Sa capacité à devenir un levier de réduction des déserts médicaux dépendrait de son évolution simultanée sur les plans financiers, économiques et de gouvernance. De façon générale, l'assurance maladie peut améliorer l'accès aux soins de santé par la proposition de mécanismes de prise en charge et de remboursement susceptibles de réduire, même partiellement, la charge financière des individus en leur permettant de rechercher plus facilement les services médicaux [33].

Bien que la mobilisation des outils de l'assurance maladie soit un élément essentiel de la lutte contre les déserts médicaux, il ne s'agit pas d'une solution autonome. Des stratégies intégrées incluant le développement de la main-d'œuvre, les innovations technologiques et les réformes de gouvernance sont nécessaires pour relever de manière efficace les défis multidimensionnels que posent les déserts médicaux.

Ces efforts nécessitent à la fois la coordination et la collaboration entre les différents intervenants en matière de santé en l'occurrence les autorités de santé publique, les décideurs locaux et les prestataires de soins de santé afin de garantir un accès équitable à des services de santé de qualité pour toutes les populations quelle que soit leur position géographique.

RÉFÉRENCES

1. Commission Spéciale sur le Modèle de Développement, Le nouveau modèle de développement, Avril 2021.
2. Flinterman, L. (2023). A roadmap out of medical deserts into supportive health workforce initiatives and policies, results from the ROUTE-HWF study. *European Journal of Public Health*, 33. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.615>
3. Brînzac, M. G., Kuhlmann, E., Dussault, G., Ungureanu, M.,

- Cherecheş, R. M., & Baba, C. O. (2024). Defining medical deserts—an international consensus-building exercise. *European Journal of Public Health*, 34(Supplement_3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1585>
4. Weinhold, I. et Gurtner, S. (2014). "Understanding shortages of sufficient health care in rural areas." *Health Policy* 118(2): 201-214.
 5. Baier, N., Pieper, J., Schweikart, J., et al. (2020). "Capturing modelled and perceived spatial access to ambulatory health care services in rural and urban areas in Germany." *Soc Sci Med* 265: 113328.
 6. Whitehead, J., Pearson, A. L., Lawrenson, R., et al. (2020). "Defining general practitioner and population catchments for spatial equity studies using patient enrolment data in Waikato, New Zealand." *Applied Geography* 115: 102137.
 7. Xia, T., Song, X., Zhang, H., et al. (2019). "Measuring spatio-temporal accessibility to emergency medical services through big GPS data." *Health & Place* 56: 53-62.
 8. Shah, T. I., Milosavljevic, S. et Bath, B. (2017). "Measuring geographical accessibility to rural and remote health care services: Challenges and considerations." *Spat Spatiotemporal Epidemiol* 21: 87- 96.
 9. Xia, T., Song, X., Zhang, H., et al. (2019). "Measuring spatio-temporal accessibility to emergency medical services through big GPS data." *Health & Place* 56: 53-62.
 10. Burke, A. et Jones, A. (2019). "The development of an index of rural deprivation: A case study of Norfolk, England." *Social Science & Medicine* 227: 93-103.
 11. Daly, M. R., Mellor, J. M. et Millones, M. (2019). "Defining Primary Care Shortage Areas: Do GIS-based Measures Yield Different Results?" *Journal of Rural Health* 35(1): 22-34.
 12. Lieschke, A. (2023). Regional assessment of medical care provision system by principal component analysis. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(4), 734. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2077_22
 13. Mojiri, A., & Ashtari Nezhad, E. (2024). Measuring Inequality in the Distribution of Manpower and Healthcare Facilities Within Iran's Health Sector. *International Journal of Basic Science in Medicine*, 9(3), 93–101. <https://doi.org/10.34172/ijbsm.47678>
 14. La loi numéro 65-00 portant code de la couverture médicale de base promulguée par le Dahir n° 1.02.296 du 25 rejev 1423 (3 octobre 2002)
 15. La loi cadre n° 34.09 relative au système de santé et à l'offre de soins
 16. La loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé
 17. La loi n° 131.13 relative à l'exercice de la médecine promulguée par le Dahir n° 1.15.26 du 29 rabii II 1436 (19 février 2015)
 18. Ministère de l'économie et des finances du Maroc, rapport sur les dépenses fiscales 2025
 19. Bonal, M., Padilla, C., Chevillard, G., & Lucas-Gabrielli, V. (2024). A French classification to describe medical deserts: a multi-professional approach based on the first contact with the healthcare system. *International Journal of Health Geographics*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12942-024-00366-7>
 20. Hassenteufel, P., Schwyer, F.-X., Gerlinger, T. et Reiter, R. (2020). Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne. *Revue française des affaires sociales*, 33-56. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0033>.
 21. Santos, L. M., Oliveira, A., Trindade, J. S., Barreto, I. C., Palmeira, P. A., Comes, Y., Santos, F. O., Santos, W., Oliveira, J. P., Pessoa, V. M., & Shimizu, H. E. (2017). Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(2), 103–112. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.178236>
 22. Vargas Peña, G. S., & Ruiz Sánchez, L. E. (2020). Caracterización de los recobros realizados por Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia al FOSYGA por atenciones NO POS. 2010 – 2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1), 1–15. <https://doi.org/10.17533/UDEA.RFNSP.E339527>
 23. Agbeyangi, A. O., & Lukose, J. M. (2025). Telemedicine Adoption and Prospects in Sub-Sahara Africa: A Systematic Review with a Focus on South Africa, Kenya, and Nigeria. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 13(7), 762. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070762>
 24. Venkataraman, A., Fatma, N., Edirippulige, S., & Ramamohan, V. (2024). Facilitators and Barriers for Telemedicine Systems in India from Multiple Stakeholder Perspectives and Settings: A Systematic Review. *Telemedicine Journal and E-Health*. <https://doi.org/10.1089/tmj.2023.0297>
 25. Pratama, R. D., Mahmudah, A., Septiana, L., & Rita, R. S. (2023). Implementation of Telemedicine in Medical Practice: Opportunities and Barriers. <https://doi.org/10.59613/global.v1i2.16>
 26. Braga, A. L. L. F. (2022). Study on Progress and Challenges Associated with the Use of Telemedicine in Sub-Saharan Africa (pp. 44–50). Book Publisher International (a part of SCIENTEDOMAIN International). <https://doi.org/10.9734/bpi/nhmmr/v3/2794c>
 27. Bernabe, M., & Ebardo, R. (2024). Barriers Leading to the Discontinuance of Telemedicine among Healthcare Providers: A Systematic Review. *Data & Metadata*, 4, 440. <https://doi.org/10.56294/dm2025440>
 28. Shaderkin, I. A. (2022). Telemedicine barriers and ways to overcome them. *Российский Журнал Телемедицины и Электронного Здравоохранения*, 8(2), 59–76. <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2022-8-2-59-76>
 29. Conseil Economique, Social et Environnemental du Maroc, Améliorer la prise en charge des urgences médicales pour préserver et sauver des vies et contribuer à assurer des soins de qualité pour tous, Auto-saisine n°68/2023, 2023
 30. Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale du Maroc, Rapport d'activité 2023, 2023.
 31. Askarzade, E., Gorji, H. A., & Arabloo, J. (2024). The Role of Supplementary Insurance in Achieving Universal Health Coverage: A Comprehensive Review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. <https://doi.org/10.47176/mjiri.38.28>
 32. Polton, D. (2017). La gouvernance des systèmes de santé et d'assurance maladie, une perspective internationale. *Regards*, 52(2), 175-185. <https://doi.org/10.3917/regar.052.0175>.
 33. DiPietro Mager, N. A., DiPietro Mager, N. A., Zollinger, T. W., Turman, J., Zhang, J., Dixon, B. E., & Dixon, B. E. (2021). Routine Healthcare Utilization Among Reproductive-Age Women Residing in a Rural Maternity Care Desert. *Journal of Community Health*, 46(1), 108–116. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00852-6>