

Les groupements territoriaux dans le secteur de la santé: Enjeux et défis *Territorial Health Groups: Defeat and challenges*

Nada EL KORRI

Enseignante-chercheur
à la Faculté des Sciences Juridiques,
Economiques Sociales de Meknès
Université Moulay Ismail

Mohammed ZINE DINE

Doctorant chercheur
à la Faculté des Sciences Juridiques,
Economiques Sociales de Fès
Université SIDI MOHAMED BEN
ABEDELLEH

RESUME:

Le changement social ayant anticipé la réforme du système national de santé a permis au secteur de la santé de se réjouir d'une réglementation propre tenant compte de la spécificité et des caractéristiques du secteur.

Le nouvel arsenal juridique dédié au secteur s'efforce de rapprocher les intérêts des acteurs classiques du système, à savoir « patient-médecin » et les situer dans une approche moderne qui rejoint les Hautes directives Royales visant à desservir la population de manière équitable et équilibrée sur l'ensemble du Royaume.

Cette nouvelle âme insufflée dans le secteur appelle davantage des efforts à déployer et des défis à lever quant à la bonne applicabilité des nouvelles dispositions juridiques.

Mots clés: Refonte du système de santé, secteur public, professionnels de santé, qualité de soins, soins de proximité.

ABSTRAT:

The social revolution that anticipated the national health reform had enabled the health sector to be delighted to have a specific legislative framework reflecting the specificity of the sector.

The new framework of the sector tries to combine the interests of the classical partnership « Doctor & Patient » in order to approach each of them in a modern concept that reaches the High Royal Directives aiming to serve the population as fair and balanced as possible throughout the whole Kingdom.

This new soul that covers the sector needs to manage much more attempts and to overcome the challenges so as to make sure about the right application of the new legislative framework.

Keywords: Reform of health sector, public sector, healthcare professionals, quality of care, local care.

Introduction:

La Constitution du Royaume appelle l'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales à œuvrer à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits déclinés et énumérés à l'article 31, en mettant en avant « **le droit aux soins de santé** ».

Cette priorité de valeur Constitutionnelle accordée à l'égal accès aux soins de santé, tire son essence de l'analyse du système national de santé qui souffre d'une disparité de répartition de l'offre de soins, d'une mauvaise coordination du parcours de soins et d'une pénurie de ressources humaines.

La nécessité récurrente de refondre le système de santé émane d'emblée d'une volonté de règne, exprimée par le discours Royal prononcé à l'occasion de la fête du Trône du 30 juillet 2018: « **Refondre en profondeur le système national de santé, qui se caractérise par des inégalités criantes et une faible gestion ...** »

Partant de cet intérêt particulier accordé à la refonte du système national de santé, les griefs incitant à cette refonte se matérialisent par « une gouvernance sanitaire nationale et régionale décriée, une offre de soins inéquitable, insuffisante et non performante ». ¹

Ainsi, étant donné que la loi-cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins a porté ses limites pour desservir la population de manière équilibrée et équitable sur l'ensemble du territoire national, elle fut aussitôt abrogée et remplacée par la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé. ²

En l'occurrence, au regard des dispositions de l'article 32 de la loi-cadre n° 06-22 précitée, « **l'Etat veille à la création de (...) groupements sanitaires territoriaux, sous forme d'établissements publics chargés, au niveau régional, de la mise en œuvre de la politique de l'Etat dans le domaine de la santé.**

Chaque groupement comprend tous les établissements de santé relevant du secteur public situés dans son ressort territorial ».

De part les dispositions juridiques de la loi-cadre n° 06-22 en vigueur, il semble que celle-ci constitue un terrain propice qui cède la voie aux groupements sanitaires territoriaux, lesquels permettront l'intégration de l'ensemble des établissements de santé au sein d'une région, plaçant le patient au cœur de l'organisation des soins.

Une approche centrée sur le patient ne peut être mise en exergue qu'à travers l'exécution des Hautes directives Royales incorporées dans le préambule de la loi-cadre n°

¹ **Formation continue** organisée par l'ISPITS d'Oujda, le 19 octobre 2023, sous le thème: « **Le système national de santé: organisation, refonte et perspectives** » .

² Loi promulguée par le Dahir n° 1-22-77 du 14 jourmada I 1444 (9 décembre 2022), publiée au BO n° 7178 du 16/03/2023.

06-22 susvisée, qui consistent à « **opérer une véritable mise à niveau du système de santé, conformément aux meilleurs standards et en synergie totale entre secteurs public et privé** ».¹

C'est ainsi que la loi-cadre envisage de faire face aux contraintes qui entravent l'amélioration de l'offre de soins au niveau territorial. Les orientations de ladite loi-cadre ont cédé la relève à l'entrée en vigueur de la loi n° 08-22 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux,² chargés de la mise en œuvre de la politique de l'Etat dans le domaine de la santé au niveau régional, et la loi n° 09-22 relative à la création de la fonction sanitaire³ qui tend à prendre en considération les spécificités des fonctions et des professions du secteur de la santé.

En interpellant l'application des textes connexes à la question plaçant le patient au cœur de la refonte et mettant en valeur le professionnel de santé, le législateur tend à assurer une offre de soins adaptée aux demandes spécifiques de la population du Royaume. Pour répondre aux aspirations de la population et aux attentes des professionnels de santé, les textes juridiques se combinent afin d'atteindre les objectifs escomptés par l'arsenal juridique en vigueur.

Pour ce faire, **les textes juridiques songent-ils à une parfaite articulation entre les droits des patients et les revendications des professionnels de santé ? Cette problématique a pour corollaire de s'interroger sur la position, en l'occurrence, de la jurisprudence face à la pénurie des professionnels de santé qui entrave tout processus de refonte.**

Pour approcher cette problématique, nous allons nous atteler, dans un premier temps, à une analyse descriptive des textes juridiques en vigueur, en étroite liaison avec la question, pour pouvoir alimenter cette analyse par des cas d'espèces jurisprudentiels inédits, centrés sur les revendications des professionnels de santé, dans un second temps.

I. Les textes juridiques mettant en balance les droits des patients et des professionnels de santé:

« La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui

¹ Extrait du discours Royal adressé aux membres du Parlement, à l'occasion de l'ouverture de la 1^{ère} session de la 1^{ère} année législative de la 11^{ème} législature, afin de donner ses Hautes directives au gouvernement pour parachever les grands projets déjà lancés, à commencer par la généralisation de la protection sociale qui bénéficie de la Haute sollicitude de Sa Majesté.

² Loi promulguée par le Dahir n° 1.23.50 du 9 dhou Al-lhija 1444 (28 juin 2023), publiée au B.O n° 5701 du 17/07/2023 (version arabe).

³ Loi promulguée par le Dahir n° 1.23.51 du 9 dhou Al-lhija 1444 (28 juin 2023), publiée au B.O n° 7213 du 17/07/2023 (version arabe).

recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé ».¹

La volonté de refondre le système national de santé répond à l'ambition d'assurer la meilleure qualité de soins, en garantissant, s'il y a lieu, une répartition équitable et en encourageant l'innovation.²

Dans cette perspective, nous allons, au cours de cette première partie, prêter une lecture attentive aux textes juridiques, d'application, qui se préoccupent du droit du patient à l'accès aux soins de qualité et le droit du professionnel de santé aux meilleures conditions dignes de profession.

A. Les textes juridiques plaçant le patient au pivot du système de santé:

La mise à niveau de l'offre de soins est un pilier essentiel de la refonte du système national de santé, énoncée par la loi-cadre n° 06-22 précitée. Son objectif est de répondre aux attentes du citoyen marocain, en améliorant ainsi l'accès aux services de santé et en renforçant leur qualité. Elle vise également à assurer une répartition équitable des services hospitaliers sur l'ensemble du territoire en mettant en place des infrastructures adéquates.³

La nouvelle réforme du système de la santé s'inscrit parmi les priorités stratégiques de la politique du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, qui garantit les conditions nécessaires de la mise en œuvre des chantiers de la réforme qui place le patient au cœur de ce système. Cette réforme exige la mise en place des structures hospitalières aptes à suivre ce changement social.⁴

Ce changement social a interpellé le Ministère de tutelle à rénover et réhabiliter un nombre d'infrastructures de santé afin d'en assurer la conformité avec les normes de services de santé de qualité, à proximité des citoyens.⁵

Cette évolution sociale, s'intéressant aux exigences du patient, rejoint cette notion de « démocratie sanitaire » qui permet de protéger le patient et de lui reconnaître un statut particulier, en raison de la reconnaissance de sa vulnérabilité et de la particularité de la relation de soins. Le patient acquiert, in fine, un statut juridique particulier lui assurant une protection adaptée aux rapports d'asymétrie entre le profane et l'expert, mais aussi entre l'institution et l'usager.⁶

¹ Déclaration d'Helenski sur la santé dans toutes les politiques, 2013, OMS (WHA 67.12) 2014.

² « Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe » in « Revue française des affaires sociales », DREES Ministère de la Santé, N° 2006/2, p. 364.

³ REVUE DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE « Réalisations Phares 2022/2023, la refonte en progrès ... » P. 18.

⁴ Ibidem, P. 18.

⁵ Ibidem, P. 18.

⁶ Lucile SERGENT « Malades en action, démocratie sanitaire en question », chapitre de l'ouvrage « La naissance de la démocratie sanitaire » érès, 2023 P. 49 à 63.

La démocratie sanitaire trouve, de prime abord, son fondement dans les dispositions de l'article 31 de la Constitution qui garantie le droit d'accès aux soins de santé à tout individu en le qualifiant, en l'occurrence, de « citoyenne » et de « citoyen ».

A cette précision, s'adjoint la particularité de la relation qui unit le médecin au patient. La doctrine et la jurisprudence s'accordent sur l'originalité et la spécificité du rapport qui s'établit entre le médecin et le patient. L'originalité de ce rapport est qualifiée par l'expression juridique de « **contrat sui generis** ». ¹

La spécificité de la qualification laisse entendre que les parties au contrat sui generis ne sont pas tenues par un formalisme écrit, et les rapports existants entre médecin et patient entraînent pour le médecin une obligation de moyens, qui consiste à déployer tous les moyens de nature à réaliser un certain résultat, sans pour autant garantir la guérison, à charge de donner au patient des soins consciencieux et attentifs conformément aux données acquises de la science.²

Le particularisme de la relation « médecin-patient » se cristallise, en revanche, autour de l'action médicale. Une action purement « **scientifique, intellectuelle, psychologique et humanitaire** ». ³

Cette obligation de moyens incombant au médecin, ne constitue pas pour autant une circonstance atténuante pour le médecin. Au fil de l'évolution sociale, l'obligation de moyens est étroitement rattachée aux devoirs généraux du médecin rappelés dans le code de déontologie de la profession médicale.⁴

A cet effet, « le médecin est au service de l'individu et de la santé publique », « Il déploie tous les efforts possibles afin de sauvegarder la vie de ses patients, défendre leur intérêt, soigner leurs maladies et apaiser leurs souffrances » ⁵, « il doit apporter les soins à tous ses patients avec le même degré d'intérêt, de responsabilité et de conscience professionnelle,... Il doit toujours faire preuve de haute moralité et adopter une attitude courtoise et respectueuse envers la personne ayant recours à ses services » ⁶. « Afin d'assurer à ses patients des prestations conformes aux données actuelles de la science et aux règles de bonne pratiques, il doit entretenir et perfectionner régulièrement ses connaissances dans le cadre de son engagement, à suivre l'évolution continue de la profession ».⁷

¹ Leila BEN SEDRINE ECH CHERIF EL KETTANI, Préface du Professeur Paul BLANC « **La responsabilité civile, pénale et disciplinaire du médecin au Maroc, Insuffisance et défaillances d'un système** », Pub REMALD, Col. Manuels et Travaux Universitaires, première éd. 2006. P. 52.

² *Ibidem*, P. 53.

³ *Ibidem*, P. 53.

⁴ Décret n° 2-21-225 du 6 Kaada 1442 (17 juin 2021) relatif au Code de déontologie de la profession médicale, publié au BO n° 7066 du 17/2/2022.

⁵ Article 5 du décret n° 2-21-225.

⁶ Article 8 du décret n° 2-21-225.

⁷ Article 18 du décret n° 2-21-225.

« Il exerce sa profession..., ayant pour seules motivations sa science, son savoir et sa conscience », « il s'engage à garantir un traitement responsable et des soins consciencieux, fondés sur les données scientifiques prouvées et acquises, en se faisant assister par ses collaborateurs et en faisant appel, s'il y a lieu, à des avis et des services complémentaires », ¹ et « doit établir son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire et en ayant recours, dans la mesure du possible aux méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, solliciter l'aide appropriée ». ²

L'obligation récurrente de donner aux patients des soins consciencieux conformes aux données actuelles de la science est reproduite par le biais de l'article 8 de la loi n° 09.22 relative à la création de la fonction sanitaire, qui impose aux Groupements Sanitaires Territoriaux d'assurer une formation continue au profit des professionnels de santé, tout au long de leur parcours professionnel, afin de leur permettre d'intégrer les dernières avancées médicales et répondre aux besoins spécifiques du système national de santé.

Ces devoirs d'ordre déontologique, conforte la thèse faisant du contrat médical un contrat sui generis, fondé sur une action médicale scientifique, morale et humanitaire. Concrètement, un usager du système de santé doit, à tout moment, pouvoir obtenir des soins auprès d'un professionnel compétent et informé des éventuels investigations et traitements déjà mis en œuvre dans des délais raisonnables, quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques, saisonnières du territoire. ³

Ces exigences transcrites explicitement et implicitement dans le nouvel arsenal juridique ne peuvent que témoigner de l'évolution sociale et de l'évolution parcourue par la législation en la matière, faisant du patient un citoyen plus exigeant en termes de qualité et de proximité de soins et faisant du professionnel de santé un citoyen tenu de s'acquitter d'une obligation de moyens, lourde en conséquence.

A ces doléances exprimées par le patient, s'imbriquent d'autres défis auxquels le système de santé demeure confronté et qui s'expliquent par l'émergence de nouvelles maladies, de nouveaux métiers de la santé, de nouveaux risques environnementaux et dérèglement climatique, l'évolution technologique, la transition démographique et épidémiologique et une demande accrue de soins. ⁴

¹ Article 37 du décret n° 2-21-225.

² Article 38 du décret n° 2-21-225.

³ Magali BOUTEILLE-BRIGANT « **Les indispensables du droit médical** », chapitre d'ouvrage « **Accès aux soins et liberté de choix du médecin par le patient** », col. Plein Droit, éd. ellipses, 2016, P. 65 à 72.

⁴ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale « **La refonte du système de santé marocain: entre le passé, le présent et les défis du futur** », présenté par le **Pr. Khalid AIT TALEB**, le 22 mai 2024.

Pratiquement, la loi n° 08.22 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux, permettra d'asseoir un programme médical régional, un parcours de soins coordonné, une carte sanitaire régionale et un Réseau Intégré de Soins d'Urgences Médicales.¹

Quant à la loi n° 09.22 relative à la création de la fonction sanitaire, elle tend à améliorer les conditions de travail et partant, trouver une ligne médiane entre les droits des patients qui exigent des soins de proximité et de qualité et les revendications des professionnels de santé qui invoquent dignité, sécurité et assurance à l'occasion de l'exercice de leurs professions.

B. Les textes juridiques confortant les doléances des professionnels de santé:

Etant axée sur la valorisation des ressources humaines, la loi n° 09.22 relative à la création de la fonction sanitaire table sur l'amélioration des conditions de travail dans le secteur public de santé pour attirer davantage de professionnels, tout en leur accordant des avantages complémentaires qui s'expriment par un salaire variable incitant à la performance, en sus du salaire fixe.² Cette loi permet, en outre, une complémentarité entre les secteurs public et privé, dans le cadre d'un partenariat public-privé, et un renforcement de mécanismes de protection juridique assurée à ces ressources humaines.

La synergie sollicitée des secteurs public et privé suscite à la fois complémentarité et compétitivité des secteurs.

L'article 6 de la loi n° 09.22 susvisée, immunise les professionnels de santé contre toute menace ou outrage porté à leur encontre. A cet égard, se sont les règles de responsabilité administrative des services de santé publics qui seront transposées, au cas par cas, en la matière. Il s'agit, notamment, des articles 79 et 80 du Dahir formant code des Obligations et des Contrats, à moins que la jurisprudence n'en convienne autrement.

Au regard des dispositions de l'article 6 de la loi n° 09.22 dont il s'agit, les Groupements Sanitaires Territoriaux se substituent aux professionnels de santé en matière de responsabilité médicale.

L'interprétation consacrée par la Cour de cassation à l'article 79 du Dahir formant code des Obligations et des Contrats a été entérinée par la doctrine, tout en faisant le distinguo entre la responsabilité fondée sur le risque, appelée encore responsabilité objective et la responsabilité fondée sur la faute du service public hospitalier. Ce faisant, il a été dédié à chaque responsabilité un champ d'application propre.

C'est ainsi que l'indemnisation des préjudices résultant du fonctionnement de l'administration constitue le champ d'application de la responsabilité **fondée sur le risque**,

¹ Ibidem.

² Ibidem.

tandis que l'indemnisation des préjudices résultant des fautes d'imprudence commises par les fonctionnaires de l'Etat constitue le champ d'application de la responsabilité fondée sur **la faute du service public hospitalier**.¹

A cet égard, il convient de signaler que la position de la jurisprudence, évolue en fonction des mutations sociales et de l'évolution des déterminants sociaux. Des facteurs qui impactent fort la position de la jurisprudence et contribuent à en forger la position. Face à cette révolution sociale que connaît le secteur de la santé, la position de la jurisprudence tenant compte des nouveaux facteurs et éléments pourrait, éventuellement, connaître un revirement jurisprudentiel propice aux deux parties au contrat médical.

Un revirement jurisprudentiel est certes prévisible en ce sens, tant que cette qualification de « fonctionnaire de l'Etat » est substituée par « fonctionnaire relevant des établissements créés à cet effet ».

Pour ainsi rappeler la philosophie de la refonte dont il est question, il s'avère opportun de préciser que la présente refonte a pour ultime ambition d'atteindre « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».²

Le droit à la santé tel que perçu par l'OMS implique nécessairement les éléments visant à atteindre progressivement cet idéal état complet de bien être, qui se matérialisent notamment par la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'acceptabilité.

La disponibilité se traduit, en l'occurrence, par l'existence en nombre suffisant, d'établissements, de biens, de services et de programme de santé publique et de soins de santé. L'accessibilité, permet de jauger le degré d'accès à tous, au plan physique, économique et informationnel, sans discrimination aucune, aux établissements, aux biens et services de santé.³

La qualité correspond à l'obligation de prodiguer des soins et des prestations conformes aux données actuelles de la science. Quant à l'acceptabilité, elle rejoint cette obligation d'ordre éthique et déontologique pour accepter les différences culturelles de la population.

Pour pouvoir concrétiser ces éléments -disponibilité, accessibilité, qualité et acceptabilité- il convient de signaler que la mobilité des professionnels de santé, tant prônée par la loi n° 09.22 précitée, reste couverte de flou conceptuel tant que les modalités d'application de ladite loi n'ont toujours pas abouti par voie réglementaire.

¹ د. أحمد ادريوش "مسؤولية مرافق الصحة العمومية" سلسلة المعرفة القانونية، الكتاب السابع، الطبعة الأولى 1999. ص. 33

² Définition de la santé, incorporée dans le préambule de la Constitution de l'OMS.

³ Direction régionale de la Santé à la Région de Tanger Tétouan Al-Hoceima « **la santé un droit pour tous** », guide de référence en droit à la santé à l'usage des professionnels de soins et des acteurs de promotion de la santé, éd. 2017 p.13.

Ainsi, une éventuelle réticence à la mobilité et notamment à la requalification juridique du statut de « fonctionnaire public » en « fonctionnaire relevant des établissements créés à cet effet » pourrait susciter le sentiment de précarité et d'inconfort chez les professionnels de santé et ne peut qu'accroître le déficit exprimé en ressources humaines.¹

Par ricochet, si la pénurie en ressources humaines persiste contre une offre abondante de soins, l'ambition de prise de rendez-vous dans des délais raisonnables pour le patient pourrait de nouveau être compromise. La pénurie en ressources humaines qui grève le secteur de la santé retentit et débouche, en conséquence, sur des délais rallongés de prise de rendez-vous.²

II. La position de la jurisprudence face à la pénurie des ressources humaines:

Face à la pénurie des ressources humaines dont pâtit le secteur public de santé, particulièrement en médecins généralistes et en médecins spécialistes, nous allons consacrer cette partie à l'étude des faits générateurs du déficit enregistré en professionnels de santé. Cette partie sera alimentée par des cas d'espèces jurisprudentiels inédits qui se sont prononcés sur le départ volontaire et les démissions présentées par ces médecins.

Dans cette optique, il convient de préciser que les avis divergent quant à la qualification de la relation liant le professionnel de santé à l'administration. Pour ce, les courants doctrinaux se sont partagés en trois, ceux qui qualifient le lien de statutaire et réglementaire, ceux qui le qualifient de contractuel se conformant à des règles juridiques spécifiques, comparées à celles prévues par le Dahir portant Statut Général de la Fonction Publique, et ceux qui le qualifient d'hybride puisant à la fois du lien statutaire et du lien contractuel.

Pour approcher cette question, nous allons décliner les fondements juridiques confortant les courants susvisés, afin de pouvoir mettre en lumière la position des juridictions nationales et les solutions apportées par la jurisprudence, en cas de résiliation du lien établi entre médecin et administration.

A. La position des juridictions de fond vis-à-vis de la résiliation d'engagement liant le professionnel de santé à l'administration

Etant donné que les courants doctrinaux précités ne parviennent pas à un consensus sur la question, il convient, à cet effet, de se référer aux cas d'espèces jurisprudentiels ayant statué sur les différentes formes de résiliation manifestées par le professionnel de santé.

La position de la jurisprudence s'est divisée en deux tendances, une position **restreignant** le pouvoir discrétionnaire de l'administration, qui ne lui octroie pas le droit de

¹ عبد المنعم الأنصاري "المقاربة الترايبية الجديدة في تدبير المرفق الصحي العمومي: قراءة في إحداث المجموعات الصحية الترايبية" منشور بمؤلف جماعي ثمرة أشغال المؤتمر العلمي الدولي حول تدبير المرافق العمومية المحلية الرهانات والتحديات المنظم من طرف مختبر الدراسات السياسية والحكامة الترايبية بكلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية بجامعة الحسن الثاني بتاريخ 7 مارس 2024، ص. 187.

² Royaume du Maroc Ministère de la Santé « **Opérationnalisation des Groupements de Santé Territoriaux (GST) dans la région de Rabat-Salé-Kénitra** », nov. 2022, p. 18.

refuser les démissions valablement exprimées par les médecins spécialistes. Une autre position **confortant** ce pouvoir discrétionnaire qui consiste à rejeter toutes les formes de résiliation d'engagement liant les médecins à l'administration.

a) Pour ce qui est de la position retraignant le pouvoir discrétionnaire de l'administration:

Au vu d'un jugement rendu par le tribunal administratif de Casablanca¹ « Attendu que la demande de démission n'a d'effet qu'autant qu'elle est acceptée par l'autorité investie du pouvoir de nomination, celle-ci ne peut, en revanche, jouir d'un pouvoir absolu, en ce sens, tant qu'elle doit prendre la décision dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de l'offre de démission, tel que l'exige l'article 77 du Dahir portant Statut Général de la Fonction Publique, et si l'autorité en question se garde de statuer à la demande au-delà du délai de soixante jours, à compter de la date de réception de la demande de démission, sa décision sera exposée à l'annulation pour violation de la loi ».

Au vu d'un autre jugement rendu par le tribunal administratif de Marrakech², il a été décidé que les résidents, ayant statut de fonctionnaires, peuvent contester le lien qui leur engage vis-à-vis de l'administration, à condition de restituer les frais de formation dont ils ont bénéficié à l'administration et ce, au regard du décret n° 2.91.527 relatif à la situation des externes, des internes et des résidents des centres hospitaliers. Partant, l'engagement contraignant ces résidents à travailler au profit du Ministère pour une durée de 8 ans, ne peut constituer une cause valable de refus de démission.

Cette tendance a été confirmée par un nombre d'arrêts rendus par la Cour de Cassation,³ qui a motivé sa position par la restitution des frais de formation versés par l'administration au profit des résidents, en cas de résiliation de l'engagement les liant à l'administration, avant l'écoulement de 8 ans convenus de service.

Nous voyons bien par la diversité de positions manifestée par la jurisprudence que la balance penche vers la restriction du pouvoir discrétionnaire de l'administration, du moment qu'elle permet au médecin résident ayant statut de fonctionnaire ou fonctionnaire stagiaire de résilier l'engagement qui le lie à l'administration, avant l'arrivée à échéance du terme convenu entre les parties, à charge de restituer les frais de formation versés par l'administration en sa faveur.

La restriction du pouvoir discrétionnaire de l'administration mène l'administration à accepter les démissions exprimées par les médecins spécialistes. Une position

¹ Jugement n° 2094, rendu par le tribunal administratif de Casablanca le 12/03/2009, affaire n° 243/4/2009, non publié.

² Jugement n° 467, rendu par le tribunal administratif de Marrakech le 18/10/2016, affaire n° 349/7110/2016, non publié.

³ Arrêt rendu par la Cour de Cassation n° 241/1 du 05/02/2015, affaire administrative n° 3568/4/1/2014, non publié.

jurisprudentielle qui forge le caractère contractuel de la relation liant le professionnel de santé à l'administration.

b) Quant à la position confortant le pouvoir discrétionnaire de l'administration:

Cette jurisprudence constante permettant aux médecins spécialistes de résilier tout engagement les liant à l'administration, à charge de lui restituer les frais de formation qui lui sont dus, a connu un revirement jurisprudentiel à compter de l'année 2016, date de la modification¹ du décret n° 2.91.527 précité.² Sur cette base, le médecin n'est pas seulement astreint de restituer les frais de formation versés par l'administration à son profit, mais ces frais sont portés au double, en cas de non-respect de la durée convenue entre les parties à l'engagement.

Par ce revirement jurisprudentiel, la Cour de Cassation confirme ainsi, les décisions de refus des démissions, sans pour autant que les juridictions de fond ne puissent changer de position.

Prenons, en l'espèce, le jugement du tribunal administratif de Rabat, qui a précisé que l'acceptation de la démission relève du pouvoir discrétionnaire de l'administration et échappe au contrôle juridictionnel. A ce sujet, l'administration doit simplement se garder d'en faire usage abusif.

Au vu d'un autre jugement rendu par le même tribunal, il a été décidé que le refus de la démission est l'expression du pouvoir d'appréciation dont dispose l'administration, en justifiant sa position par le besoin à combler en termes de ressources humaines, grâce auxquelles l'Etat œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyens aux soins de santé et ce, conformément aux dispositions de l'article 31 de la Constitution, sous peine d'engager la responsabilité administrative du Ministère de tutelle pour tout manquement d'ordre administratif, humain ou financier.³

Ainsi, de part la légitimité de la justice administrative, il a été établi que le centre hospitalier endosse sa responsabilité, s'il s'avère incapable de concorder l'offre de soins aux besoins de la demande, pour manque alarmant de ressources humaines.

La pénurie des ressources humaines constitue un facteur de risque majeur pour le requérant, et incite à faire emporter l'intérêt public sur l'intérêt personnel.

¹ Décret n° 2.15.990 du 7 Chaoual 1437 (12 juillet 2016) modifiant et complétant le décret n° 2.91.527 du 13/05/1993 relatif à la situation des externes, des internes et des résidents des centres hospitaliers.

² مجلة الوكالة القضائية للملكة، العدد الأول، ماي 2018، الصفحة 18.

³ Jugement n° 869 rendu par le tribunal administratif de Rabat du 07/03/2013, affaire n° 28/05/2013, non publié.

Ce même tribunal a concédé que l'interprétation littérale de l'article 32 bis du décret n° 2.91.527 précité, converge vers le fait que l'engagement contraignant les médecins à travailler pour une durée de 8 ans n'entraîne pas seulement l'obligation de restituer les frais de formation versés par l'administration en leur faveur, mais assortit aussi cette obligation d'une pénalité due pour résiliation abusive et unilatérale du lien contractuel, tant que la pénurie en ressources humaines compromet davantage la performance du système de santé.¹

Quoiqu'il convient de préciser que les dispositions de l'article 32 bis du décret n° 2.91.527 susvisé, permet aux médecins une flexibilité de recours à la démission, celle-ci demeure soumise à la libre appréciation de l'administration qui peut en limiter le recours ou en aménager un cadre d'action plus souple, en fonction de l'intérêt que requiert le service public hospitalier.

Il appert des positions divergentes ayant marqué les juridictions de fond, que la relation liant le médecin à l'administration est tantôt qualifiée « contractuelle », tantôt « statutaire », chose qui nous livre à connaître la position de la Cour de Cassation sur la question.

B. La position de la Cour de cassation vis-à-vis de la résiliation d'engagement liant le professionnel de santé à l'administration

Il convient de noter que les modifications introduites au décret n° 2.92.527 précité, servent de revirement jurisprudentiel ayant donné naissance à deux positions, l'une limitant la libre appréciation assignée à l'administration quant à l'acceptation des démissions formulées par les médecins, et l'autre confortant le pouvoir discrétionnaire de l'administration.

a) Pour ce qui est de la position limitant la libre appréciation de l'administration:

Il convient d'évoquer un arrêt rendu par la Cour de Cassation, qui permet au médecin de rompre l'engagement qui le lie à l'administration avant l'écoulement des 8 ans, objet de l'engagement, à charge pour le médecin de restituer les frais de formation versés par l'administration à son profit. Une position qui ne permet pas à l'administration d'invoquer son pouvoir discrétionnaire et non plus le motif de gestion des ressources humaines pour refuser les demandes de démission.²

Au vu d'un autre arrêt rendu par la même Cour, il a été établi que les dispositions du décret régissant la situation des externes, des internes et des résidents des centres hospitaliers, n'empêchent pas le résident d'exprimer sa volonté non équivoque de quitter les cadres de son administration ou service, conformément aux dispositions du Dahir portant Statut de la Fonction Publique, en laissant à l'administration la libre appréciation de statuer à la demande

¹ Jugement n° 1764 rendu par le tribunal administratif de Rabat le 10/05/2012, affaire n° 431/5/2011, non publié.

² Arrêt de la Cour de Cassation n° 1-344 rendu par la chambre administrative le 25/02/2016, affaire n° 302/4/1/2016, non publié.

de démission, qui peut lui exiger, le cas échéant, de lui restituer les frais de formation versés à cet effet, à son profit.

Cette tendance jurisprudentielle est restée constante jusqu'en 2016, date du revirement jurisprudentiel, prenant part au refus de la démission.

b) Quant à la position confortant le pouvoir discrétionnaire de l'administration:

En contre point et à compter de l'année 2016, la Cour de Cassation a abandonné une jurisprudence acquise limitant la libre appréciation de l'administration au sujet des démissions, en faveur d'un revirement jurisprudentiel qui confirme et conforte le pouvoir discrétionnaire de l'administration, suite aux modifications introduites au décret n° 2.92.527 précité.

Au vu d'un arrêt rendu, en l'occurrence, par la Cour de Cassation, il a été établi que l'article 32 bis du décret n° 2.92.527 précité, précise que la démission formulée par les médecins reste tributaire de l'acceptation de l'administration et ce, conformément aux dispositions des articles 77 et 78 du Dahir portant Statut Général de la fonction Publique. La démission, telle qu'elle est perçue par les dispositions des articles 77 et 78 précités, « résulte d'une demande écrite de l'intéressé marquant sa volonté non équivoque de quitter les cadres de son administration ou service, autrement que par l'admission à la retraite ». Considérant que l'engagement liant le fonctionnaire à l'administration est de nature **statutaire**, régit par les textes juridiques en vigueur, le médecin ne peut, de part sa volonté unilatérale, rompre le lien l'engageant vis-à-vis de l'administration.

Pour ce, il doit présenter, sous couvert de la voie hiérarchique, une demande écrite de démission, pour que l'autorité investie du pouvoir de nomination, y statue, dans le délai d'un mois, à compter de la date de réception de l'offre de démission.

Ce faisant, il importe de préciser que l'administration est investie du libre apanage et de **la libre appréciation** d'accepter ou de refuser la demande de démission, compte tenu du besoin exprimé par le service public hospitalier.¹

Attendu que les dispositions de l'article 32 bis du décret précité, ne peut empêcher le renvoi à l'application des dispositions des articles 77 et 78 du Dahir portant Statut de la Fonction Publique, qui demeurent d'application au sujet de la démission.

Et considérant que le cadre juridique régissant le cas d'espèce est l'article 230 du Dahir formant Code des Obligations et des Contrats qui prévoient que « les obligations contractuelles valablement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites, et ne peuvent être révoquées que de leur consentement mutuel ou dans les cas prévus par la loi. »

¹ Arrêt de la Cour de Cassation n° 1/172 rendu par la chambre administrative le 22/02/2018, Affaire administrative n° 1853/4/1/2017, non publié.

Le demandeur au pourvoi ne peut qu'assurer les 8 ans d'exercice auprès du service public hospitalier, en exécution des clauses du contrat. Sur ce, toutes les demandes de démission présentées par les médecins en question seront refusées sur la base des dispositions de l'article 32 bis et des articles 77 et 78 du Dahir portant Statut de la Fonction Publique, excepté le cas d'acceptation de la démission par l'administration, à charge de restituer les frais de formation versés au profit de l'intéressé. Lequel cas expose la décision de l'administration au pourvoi en cassation.

Conclusion:

Par cette révolution sociale que connaît le secteur de la santé, des efforts ont été consentis par le Ministère de tutelle en vue de doter le secteur d'un arsenal juridique propre et adapté à la spécificité du secteur qui l'individualise par cette relation sui generis établie entre le médecin et le patient incitant ces acteurs d'être au diapason des changements intervenus sur le plan socio-économique.

Les nouveaux paradigmes placent, ainsi, ces acteurs dans un contexte plus performant et plus exigeant interpellant le système national de santé à offrir des soins consciencieux de qualité et de proximité.

Face à cette exigence partagée par le professionnel de santé et le citoyen-usager des services publics de santé, l'on s'interroge sur la position de la jurisprudence à la lumière d'une législation propre au secteur de santé et d'un arsenal juridique spécifique, devant convenablement tenir les rênes des professionnels de santé, qui sollicitent un cadre d'exercice digne de profession qui pourrait limiter le fréquent exode des médecins, et les rênes des patients qui exigent un parcours de soins coordonné et de qualité.

Face à ce pronostic, il convient de prescrire le protocole de soins y approprié, qui vise à « accorder une définition claire au circuit d'accès des patients aux soins », chose qui leur permet de s'impliquer dans le parcours coordonné de soins et à « revoir le statut juridique des résidents, de sorte à les faire converger vers le statut contractuel ».¹ Une telle révision résoudrait, éventuellement, les tendances jurisprudentielles tiraillées à volonté en ces sens.

Si les défis à relever sont bien identifiés de par l'entrée en vigueur de l'arsenal juridique, objet de la réforme et de la refonte du secteur de la santé, l'on s'interroge sur l'éventuelle prise de relève assurée par les textes réglementaires censés fixer les modalités d'application de cet arsenal. Ces textes, en l'espèce, parviendront-ils à lever les défis laissés en suspens ?

¹ Royaume du Maroc Ministère de la Santé « **Opérationnalisation des Groupements de Santé Territoriaux (GST) dans la région de Rabat-Salé-Kénitra** », op.cit. p. 38.

Ce faisant, il importe de s'interroger sur si le citoyen-usager des services publics de santé et le professionnel de santé sont suffisamment mobilisés pour s'impliquer dans l'exécution de la nouvelle politique de l'Etat ?

Bibliographie en langue française:

Ouvrages

- ✓ Leila BEN SEDRINE ECH CHERIF EL KETTANI, Préface du Professeur Paul BLANC « **La responsabilité civile, pénale et disciplinaire du médecin au Maroc, Insuffisance et défaillances d'un système** », Pub REMALD, Col. Manuels et Travaux Universitaires, première éd. 2006.
- ✓ Magali BOUTEILLE-BRIGANT « **Les indispensables du droit médical** », chapitre d'ouvrage « **Accès aux soins et liberté de choix du médecin par le patient** », col. Plein Droit, éd. ellipses, 2016.
- ✓ Lucile SERGENT « **Malades en action, démocratie sanitaire en question** », chapitre de l'ouvrage « **La naissance de la démocratie sanitaire** » érés.

Articles

- ✓ Direction régionale de la Santé à la Région de Tanger Tétouan Al-Hoceima « **la santé un droit pour tous** », guide de référence en droit à la santé à l'usage des professionnels de soins et des acteurs de promotion de la santé, édition 2017.
- ✓ REVUE DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE « **Réalizations Phares 2022/2023, la refonte en progrès ...** ».
- ✓ « **Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe** » in « **Revue française des affaires sociales** », DREES Ministère de la Santé, N° 2006/2.
- ✓ Royaume du Maroc Ministère de la Santé « **Opérationnalisation des Groupements de Santé Territoriaux (GST) dans la région de Rabat-Salé-Kénitra** », novembre 2022.

Colloque:

- ✓ Exposé du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale « **La refonte du système de santé marocain: entre le passé, le présent et les défis du futur** », présenté par le Pr. Khalid AIT TALEB, le 22 mai 2024.
- ✓ **Formation continue** organisée par l'ISPITS d'Oujda, le 19 octobre 2023, sous le thème: « **Le système national de santé Organisation, refonte et perspectives** » ;

Bibliographie en langue arabe:

المراجع باللغة العربية:

مراجع:

- ✓ د. أحمد ادريوش "مسؤولية مرافق الصحة العمومية" سلسلة المعرفة القانونية، الكتاب السابع، الطبعة الأولى 1999.

مقالات:

- ✓ مجلة الوكالة القضائية للمملكة، العدد الأول، ماي 2018.

✓ د. عبد المنعم الأنصاري "المقاربة الترابية الجديدة في تدبير المرفق الصحي العمومي: قراءة في إحداث المجموعات الصحية الترابية" منشور بمؤلف جماعي ثمرة أشغال المؤتمر العلمي الدولي حول تدبير المرافق العمومية المحلية الرهانات والتحديات المنظم من طرف مختبر الدراسات السياسية والحكامة الترابية بكلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية بجامعة الحسن الثاني بتاريخ 7 مارس 2024، تنسيق دة. خديجة النصيري، د. صالح النشاط، د. محمد زين الدين، د. عبد الحفي الغربة.

أحكام قضائية غير منشورة:

- ✓ الحكم عدد 2094 الصادر عن المحكمة الإدارية بالدار البيضاء، بتاريخ 2009/12/03؛
- ✓ الحكم عدد 467 الصادر عن المحكمة الإدارية بمراكش بتاريخ 2016/10/18، ملف عدد 2016/7110/349؛
- ✓ قرار محكمة النقض عدد 241/1 بتاريخ 05/02/2015 في الملف الإداري عدد 3568/4/1/2014؛
- ✓ الحكم عدد 869 الصادر عن المحكمة الإدارية بالرباط، مؤرخ في 7 مارس 2013، ملف عدد 28/5/2013؛
- ✓ الحكم عدد 1764 الصادر عن المحكمة الإدارية بالرباط بتاريخ 2012/5/10، ملف عدد 2011/5/431؛
- ✓ قرار محكمة النقض عدد 1344 الصادر عن الغرفة الإدارية بتاريخ 2016/02/25 في الملف عدد 2016.14302؛
- ✓ قرار محكمة النقض عدد 1/172 الصادر عن الغرفة الإدارية والمؤرخ في 2018/02/22 ملف إداري عدد 2017/1/4/1853.