ESI Preprints **Not Peer-reviewed**

Gouvernance territoriale et performance des services de santé : Quelles perspectives pour les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc ?

Abdeslam Baalla, Doctorant
Tarik Jellouli, Enseignant chercheur
Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Économie,
Finance et Management des Organisations (LIREFIMO), Maroc
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales (FSJES) de Fès
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès, Maroc

Doi: 10.19044/esipreprint.7.2025.p156

Approved: 08 July 2025
Posted: 10 July 2025

Copyright 2025 Author(s)
Under Creative Commons CC-BY 4.0
OPEN ACCESS

Cite As:
Baalla, A. & Jellouli, T. (2025). *Gouvernance territoriale et performance des services de santé : Quelles perspectives pour les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc ?*. ESI Preprints. https://doi.org/10.19044/esipreprint.7.2025.p156

Résumé

Le Maroc a initié une réforme ambitieuse de son système de santé, portée par la loi-cadre 06-22 et la loi 08.22, qui vise à renforcer l'équité et l'efficacité des services à travers une gouvernance territoriale renouvelée. La création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), bien qu'encore en phase de conception, constitue une avancée majeure dans cette dynamique. Cet article propose une réflexion théorique sur les conditions de réussite de ce nouveau modèle organisationnel, à partir des apports du management public, des théories de la gouvernance et des outils de pilotage de la performance en santé. La méthodologie repose sur une revue de littérature ciblée, enrichie par une analyse comparative de réformes similaires au Canada, en Espagne, et en France. Cette approche permet de construire un cadre d'analyse qui basé sur les principes de gouvernance, de performance des services publics, et de structuration territoriale. Les résultats soulignent que le succès des GST dépendra de plusieurs facteurs : une territorialisation fondée sur les besoins populationnels, une autonomie effective des entités locales, des dispositifs d'évaluation participative, ainsi qu'un renforcement des capacités managériales et institutionnelles. La réforme ne pourra aboutir

sans un pilotage différencié, intégré et sensible aux réalités locales. L'article plaide ainsi pour une gouvernance agile, fondée sur la coordination multi-niveau, la responsabilisation des acteurs et l'expérimentation territoriale. Des recherches empiriques futures seront nécessaires pour accompagner et évaluer l'impact de cette réforme sur la performance des services de santé au niveau territorial.

Mots clés : Gouvernance territoriale, Réforme de la santé, Groupements Sanitaires Territoriaux, Pilotage stratégique, Management public

Territorial Governance and the Performance of Health Services: What Are the Prospects for Territorial Health Groups in Morocco?

Abdeslam Baalla, PhD Student
Tarik Jellouli, Research Professor
Interdisciplinary Research Laboratory in Economics, Finance and Management of Organizations (LIREFIMO), Morocco Faculty of Law, Economic and Social Sciences of Fez Sidi Mohamed Ben Abdellah University of Fez, Morocco

Abstract

Morocco has embarked on an ambitious reform of its health system, driven by Framework Law 06-22 and Law 08.22, aiming to enhance equity and efficiency through renewed territorial governance. The creation of Territorial Health Groups (Groupements Sanitaires Territoriaux, GST), although still at the design stage, represents a major institutional innovation in this context. This article offers a theoretical reflection on the conditions required for the success of this new organizational model, drawing on insights from public management, governance theories, and performance management tools in healthcare systems. The methodology is based on a targeted literature review, supplemented by a comparative analysis of similar reforms in France, Spain, and Canada. This approach supports the construction of an analytical framework that combines governance principles, public service performance objectives, and territorial structuration. Findings highlight that the success of GST implementation will depend on several key factors: a territorialization based on population needs, genuine autonomy of local entities, participatory evaluation systems, and the strengthening of local managerial and institutional capacities. The reform cannot succeed without a differentiated, integrated form of strategic steering

that is responsive to local realities. The article advocates for adaptive governance, grounded in multi-level coordination, accountability, and territorial experimentation. Future empirical research will be essential to monitor, support, and evaluate the real impact of this transformation on the performance of territorial health services.

Keywords: Territorial governance, Health reform, Territorial Health Groups, Strategic steering, Public management

Introduction

Dans un contexte mondial de transformation des systèmes de santé, marqué par la recherche d'un équilibre entre l'amélioration de la qualité des soins, la réduction des coûts et meilleure expérience pour les usagers, de nombreux pays ont engagé des réformes structurelles profondes (WHO, 2007). Le cadre conceptuel du Triple Aim, proposé en 2008 par Berwick, Nolan et Whittington, synthétise cette ambition en articulant trois objectifs fondamentaux : améliorer l'expérience des soins pour les patients, renforcer et améliorer la santé des populations, et réduire le coût des soins de santé par habitant. Ces principes ont influencé les politiques de santé à l'échelle internationale, encourageant des logiques de décentralisation, d'intégration des services et de gouvernance territoriale.

Le Maroc n'échappe pas à cette dynamique. Il est confronté à des inégalités régionales persistantes en matière d'accès aux soins, à une centralisation historique de la décision et à une fragmentation des structures de santé. Le pays a inauguré une réforme ambitieuse à travers l'adoption de la loi-cadre 06-22 relative au système national de santé (BO 7151, 2022), complétée notamment par la loi 08.22 (BO 7213, 2023). Ces textes visent à instaurer une nouvelle architecture de gouvernance sanitaire, fondée principalement sur la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST). Ces entités qui sont encore au stade de conceptualisation, s'inscrivent dans une volonté de régionaliser la gestion des services de santé afin de les adapter aux besoins locaux, tout en renforçant la coordination, la performance et l'efficience du système de santé.

La création des GST constitue une innovation institutionnelle majeure dans l'histoire des politiques de santé au Maroc. En proposant une gouvernance territorialisée et intégrée, cette réforme vise à rompre avec la centralisation historique du système de santé et à mieux adapter les services aux besoins locaux. Elle s'inscrit dans une réflexion théorique plus large sur la gouvernance multiniveaux (Sabel & Zeitlin, 2012), l'intégration territoriale des soins (Valentijn et al., 2013), et la décentralisation fonctionnelle comme levier d'efficience (Saltman et al., 2007). Ces approches permettent de penser les GST comme un dispositif de

réorganisation des rapports entre l'État, les territoires et les professionnels de santé autour des objectifs communs, de performance, de coordination et d'adaptation contextuelle. Toutefois, la mise en œuvre de cette réforme soulève de nombreux défis dans un contexte national marqué par de fortes disparités régionales, des capacités administratives inégales, et une culture organisationnelle encore dominée par des logiques verticales (OMS, 2022 ; Benmaamar et al., 2016), autant d'éléments qui pourraient freiner l'opérationnalisation effective des GST.

Dans cette perspective, les GST apparaissent comme une réponse organisationnelle nouvelle, alignée sur les standards internationaux de gouvernance intégrée. Cependant, la transition d'un système centralisé vers une gouvernance territorialisée pose une question centrale : **Quelles sont les conditions de réussite de cette transformation, et quels types de ressources, d'outils de pilotage et de mécanismes de coordination doivent être mobilisés pour garantir l'efficacité, l'équité et la soutenabilité de ces structures émergentes ?**

De cette problématique, plusieurs interrogations fondamentales émergent :

- ✓ Quelles ressources sont nécessaires pour assurer la mise en œuvre efficace des GST au Maroc ?
- ✓ Quels outils de pilotage doivent être mobilisés pour soutenir la performance territoriale des services de santé ?
- ✓ Quels mécanismes de coordination sont indispensables pour garantir l'intégration des soins et la synergie des politiques publiques ?

Face à l'absence de données empiriques consolidées sur les GST, encore au stade de projet, cet article propose une démarche exploratoire et théorique, fondée sur une revue de littérature ciblée mobilisant des références issues des champs du management public, du contrôle de gestion en santé et des sciences de la gouvernance territoriale. L'objectif est double : (1) analyser les enjeux liés à la mise en œuvre d'une gouvernance territoriale performante dans le contexte marocain, et (2) proposer un cadre conceptuel mobilisable pour accompagner la structuration des GST, à travers une synthèse critique des approches managériales existantes.

Cadres conceptuels mobilisés

Gouvernance territoriale des services de santé

La gouvernance territoriale dans le champ de la santé publique désigne l'ensemble des mécanismes, des processus et des acteurs mobilisés à l'échelle locale ou régionale pour orienter, coordonner et piloter les politiques de santé. Elle se base sur les principes de subsidiarité, d'autonomie locale, de responsabilisation et de coordination

interinstitutionnelle (Swyngedouw, 2005 ; Benz & Papadopoulos, 2006). Ce type de gouvernance implique une redistribution des compétences et des ressources depuis le niveau central vers les niveaux régionaux, afin de rapprocher la décision des réalités territoriales et d'accroître l'efficacité des politiques publiques.

Dans le secteur de la santé, la décentralisation est fréquemment invoquée comme levier pour améliorer l'adéquation des services aux besoins de la population, renforcer la participation des acteurs locaux, et favoriser l'innovation organisationnelle (Saltman et al., 2007). Elle peut prendre plusieurs formes : déconcentration administrative, dévolution politique, ou autonomie fonctionnelle des entités territoriales. Chacune de ces modalités soulève des enjeux distincts en termes de contrôle, de coordination et d'évaluation de la performance (Bossert & Beauvais, 2002).

Les bénéfices attendus de la gouvernance territoriale en santé incluent une très grande réactivité face aux spécificités locales, une responsabilisation accrue des gestionnaires publics, ainsi qu'une meilleure intégration des services autour du patient. Toutefois, ces effets dépendent de la clarté des compétences attribuées, de la capacité administrative des acteurs locaux, et de la qualité des mécanismes de pilotage (Pollitt & Bouckaert, 2011).

Plusieurs pays européens ont mis en œuvre des modèles décentralisés de gouvernance sanitaire qui peuvent servir d'exemples comparatifs. En Espagne, la décentralisation est plus poussée : les 17 communautés autonomes disposent de larges compétences en matière de gestion des services de santé, ce qui leur permet d'adapter les politiques aux spécificités locales (Costa-Font & Rico, 2006). En France, les Agences Régionales de Santé (ARS), créées en 2009, assurent la coordination des politiques de santé au niveau régional tout en restant sous tutelle de l'État (Loriot, 2014). L'Italie, quant à elle, a transféré une grande partie de ses compétences sanitaires aux régions, ce qui a engendré une diversité de modèles de gestion et des inégalités interrégionales, mais aussi des innovations organisationnelles notables (France et Taroni, 2005).

Ces expériences illustrent la variété des configurations possibles en matière de gouvernance territoriale, et montrent que la réussite d'un tel modèle dépend d'une articulation efficace entre les niveaux de décision, d'une clarté dans la répartition des rôles, et d'un pilotage fondé sur des outils de gestion adaptés.

Théories du management mobilisé

L'analyse des dynamiques de gouvernance territoriale dans les services de santé nécessite un recours à plusieurs théories issues du

management public et stratégique, qui permettent d'éclairer les enjeux d'alignement entre structures, acteurs, ressources et mécanismes de contrôle.

La théorie de l'agence

Formulée par Jensen & Meckling (1976) et approfondie par Eisenhardt (1989), la théorie de l'agence postule l'existence d'un contrat implicite ou explicite entre un principal (détenteur des ressources ou du pouvoir) et un agent (chargé de les gérer). Cette relation est marquée par des asymétries d'information et des divergences d'intérêts, susceptibles de générer des comportements opportunistes. Dans le contexte des Groupements Sanitaires Territoriaux, cette théorie permet d'analyser les tensions potentielles entre les autorités centrales (ministère de la santé et de la protection sociale), les directions régionales, les centres hospitaliers universitaires et les responsables locaux d'établissement. Elle souligne l'importance des mécanismes d'incitation, de monitoring et de régulation contractuelle pour limiter les risques d'aléa moral ou de défaillance de gouvernance (Kettunen & Kallio, 2021).

La théorie des ressources

La Resource-Based View (RBV), développée par Wernerfelt (1984) puis consolidée par Barney (1991), propose de centrer l'analyse stratégique sur les ressources internes d'une organisation, considérées comme hétérogènes, immobiles et sources d'avantage compétitif. Appliquée à la gouvernance sanitaire territoriale, cette approche invite à évaluer les capacités différenciées des régions ou structures à mobiliser et combiner des ressources humaines, financières, technologiques ou symboliques. Elle met également en évidence les écarts de « capacités stratégiques » entre territoires, avec des implications directes pour la mise en œuvre équitable et performante des GST.

La structuration organisationnelle

Les travaux de Lawrence & Lorsch (1967) ont montré que la performance organisationnelle dépend de la capacité d'une structure à articuler différenciation (spécialisation des unités) et intégration (coordination des activités). Mintzberg (1982), quant à lui, a proposé une typologie des configurations structurelles, dont certaines (comme l'organisation divisionnalisée ou la structure adhocratique) peuvent éclairer les choix organisationnels pertinents pour les futures entités GST. Ces approches permettent d'interroger la manière dont les structures sanitaires territoriales peuvent articuler différents niveaux de pilotage, de manière souple mais cohérente.

Le contrôle de gestion dans le secteur public

Les travaux consacrés au contrôle de gestion dans les organisations publiques offrent un cadre analytique pertinent pour appréhender les mécanismes de régulation de la performance dans un environnement non marchand. Dans le secteur de la santé, plusieurs auteurs ont mis en évidence les spécificités du pilotage des établissements, marqué par une pluralité d'objectifs, des tensions entre les logiques professionnelles et les logiques gestionnaires, ainsi qu'une complexité accrue dans la mesure de la performance (Demeestère, 2005 ; Nobre, 2009). Face à ces enjeux, certains auteurs plaident pour un système de contrôle davantage orienté vers l'apprentissage organisationnel, fondé sur des indicateurs multidimensionnels (qualité, efficacité, équité) en cohérence avec les valeurs du service public (Anthony & Govindarajan, 2007). Dans cette optique, l'instauration de dispositifs tels que le reporting, le dialogue de gestion ou encore l'évaluation continue est fréquemment identifiée comme un levier stratégique essentiel, notamment dans le cadre de la mise en œuvre des politiques de régionalisation sanitaire (Demeestère, 2005 ; Nobre, 2009 ; Anthony & Govindarajan, 2007).

Les apports du management public : ressources, performance et contrôle

L'approche par le management public constitue un cadre d'analyse complémentaire pertinent pour comprendre la transformation des systèmes de santé, notamment dans la mise en œuvre de nouvelles structures territoriales telles que les GST. Cette approche dépasse une lecture strictement institutionnelle ou juridique en mettant l'accent sur les conditions organisationnelles, humaines et techniques indispensables à une gouvernance efficace (Hood, 1991 ; Osborne, 2006).

Dans la continuité des réformes inspirées du New Public Management (NPM), les administrations publiques ont été encouragées à adopter des logiques empruntées au secteur privé : culture de la performance, pilotage par les résultats, responsabilisation des gestionnaires et contrôle de l'efficience (Pollitt & Bouckaert, 2011). Bien que ces principes aient suscité des controverses, ils ont également renouvelé les outils disponibles pour repenser la réforme des services publics, notamment en matière de gestion des ressources, d'évaluation des performances et de coordination.

Premièrement, la gestion des ressources (humaines, financières et techniques) apparaît comme un élément central. Un modèle de gouvernance territoriale efficace ne peut fonctionner que si les entités locales disposent des capacités nécessaires pour exercer leurs missions. Cela suppose une répartition claire des moyens entre les différents niveaux d'administration,

une montée en compétences des acteurs locaux, ainsi que la mise en place de mécanismes de soutien appropriés (Vignon, 2016).

Deuxièmement, la recherche de performance repose sur l'instauration des indicateurs de résultats et des objectifs communs, permettant de mesurer l'efficacité des politiques mises en œuvre et d'en assurer le suivi. Toutefois, Bezes et al. (2011) soulignent que la construction d'une culture de la performance dans le secteur public est un processus long et complexe, qui requiert une transformation progressive des logiques professionnelles ainsi qu'une évolution des instruments de gestion.

Troisièmement, le contrôle de gestion se positionne comme un levier stratégique fondamental. Il ne s'agit plus uniquement de contrôler la conformité des actions, mais de piloter l'activité à travers des outils d'aide à la décision, alignés sur des objectifs de qualité, d'efficience et d'équité. Dans les systèmes de santé, cela implique une coordination renforcée entre les gestionnaires, les professionnels de santé et les institutions publiques (Champagne et al., 2004).

Ces apports théoriques et pratiques permettent ainsi de mieux appréhender les conditions nécessaires à la réussite d'un modèle de gouvernance territoriale en santé au Maroc. Dans un contexte de transition caractérisé par des disparités de capacités entre régions, un contrôle centralisé historiquement prégnant et une autonomie locale limitée, l'intégration de management public comme cadre d'analyse s'avère essentielle pour garantir une réforme effective et durable.

Performance des services de santé dans une approche territoriale

Définition de la performance en santé

La notion de performance dans les services de santé a connu une transformation notable au fil des dernières décennies, en lien avec la modernisation des systèmes publics et l'émergence des réformes inspirées du New Public Management. Dans une approche territorialisée, la performance ne peut se limiter à des indicateurs financiers ou d'activité ; elle doit être comprise comme l'articulation de trois objectifs stratégiques interdépendants : la qualité des soins, l'accessibilité pour les populations et l'efficience dans l'utilisation des ressources (Berwick, Nolan & Whittington, 2008 ; Kaplan & Porter, 2011).

Le modèle du Triple Aim, développé par Berwick et al. (2008), constitue une référence internationale reprise notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce modèle repose sur trois piliers fondamentaux :

- Améliorer l'expérience des soins (qualité, sécurité, satisfaction) ;
- Améliorer la santé des populations (prévention, équité, couverture) ;
- Réduire les coûts par habitant (efficience, rationalisation des moyens).

Dans cette perspective, la gestion des ressources humaines constitue un levier fondamental pour renforcer la performance territoriale, notamment dans les contextes marqués par des déséquilibres régionaux (Dieleman & Harnmeijer, 2006). Elle implique une répartition équitable des effectifs, un investissement dans la formation continue, la reconnaissance professionnelle et l'implication des soignants dans les dynamiques locales de pilotage.

L'évaluation de la performance, quant à elle, nécessite des outils adaptés à la complexité des environnements sanitaires. Une approche combinant indicateurs qualitatifs et quantitatifs permettrait de mieux refléter la réalité des établissements, notamment à travers l'usage d'un Balanced Scorecard adapté aux spécificités hospitalières (Purbey, Mukherjee & Bhar, 2007). Parallèlement, les dispositifs de contrôle de gestion doivent répondre aux exigences de transparence, de redevabilité et de pilotage stratégique, tout en évitant les effets pervers d'un suivi uniquement comptable (Merchant & Van der Stede, 2007).

Enfin, une approche territorialisée de la performance suppose une prise en compte des besoins spécifiques des populations locales et des capacités différenciées des institutions régionales. Elle requiert un pilotage multiniveau, articulant des objectifs nationaux avec une autonomie de gestion à l'échelle locale, dans une logique d'adaptation aux contextes.

Le rôle de pilotage et de contrôle de gestion

Dans un contexte de territorialisation progressive des politiques de santé au Maroc, le pilotage de la performance constitue un enjeu stratégique majeur. Il ne s'agit plus seulement de contrôler l'exécution administrative ou budgétaire, mais d'accompagner la gouvernance locale des soins à travers des outils d'aide à la décision, des indicateurs partagés, et une culture de suivi-évaluation. Le contrôle de gestion, historiquement centré sur des logiques financières, tend à évoluer vers une fonction stratégique, favorisant l'amélioration continue.

Classiquement, ce pilotage repose sur plusieurs dispositifs complémentaires :

- Le contrôle budgétaire et le pilotage par objectifs, permettant d'allouer les ressources selon des priorités sanitaires définies ;
- Les tableaux de bord stratégiques, combinant indicateurs quantitatifs (taux d'occupation, délais d'attente, coûts par acte) et qualitatifs (satisfaction des usagers, qualité perçue) (Kaplan & Norton, 1996) ;
- Des méthodes avancées de costing, comme l'Activity-Based Costing (ABC), qui affinent l'analyse des coûts par activité ou parcours de soins, et améliorent la compréhension des leviers d'efficience (Neumann, Sanders et al., 2016).

Dans le secteur de la santé, ces outils s'inscrivent progressivement dans une logique de création de valeur pour le patient, conformément aux principes du Value-Based Healthcare (Porter, 2010), et dans des démarches de contractualisation entre les différents niveaux de gouvernance (Marchesnay, 2005).

Cependant, ces dispositifs rencontrent des limites, surtout lorsqu'ils sont appliqués sans adaptation aux contextes publics et territoriaux spécifiques :

- Une réduction excessive de la performance à des indicateurs quantitatifs, au détriment des dimensions qualitatives et contextuelles ;
- Des difficultés à concilier les logiques et objectifs des différents acteurs (soignants, gestionnaires, décideurs) ;
- Un risque de rigidification de l'action locale via des normes descendantes peu adaptées aux spécificités régionales.

Face à ces défis, des approches plus intégrées commencent à émerger, privilégiant :

- Un pilotage stratégique centré sur des objectifs de santé publique et des résultats pour les populations ;
- La concertation interprofessionnelle, pour favoriser l'appropriation des outils par les acteurs locaux ;
- La prise en compte des réalités territoriales, en laissant des marges d'ajustement aux entités de terrain (Bezes & Siné, 2011 ; Bartoli, 2009).

Dans ce contexte marocain où les structures de gouvernance territoriale comme les GST ne sont pas encore pleinement opérationnelles, le contrôle de gestion peut néanmoins devenir un levier d'apprentissage organisationnel essentiel, soutenant une dynamique collective de pilotage basée sur la redevabilité mutuelle, et permettant d'articuler gestion, évaluation et stratégie pour une amélioration continue des politiques de santé territoriale.

Dispositifs de pilotage de la performance territoriale

La territorialisation des politiques de santé nécessite la mise en place de dispositifs de pilotage adaptés aux dynamiques locales, capables de soutenir la coordination entre les différents acteurs, de garantir la qualité des services et de répondre aux priorités sanitaires régionales. Ces dispositifs ne relèvent pas uniquement de la gestion technique ; ils traduisent également des choix en matière de gouvernance, de responsabilisation et d'articulation entre niveaux de décision.

La contractualisation comme outil de pilotage partagé

La contractualisation constitue un levier essentiel du pilotage territorial en santé. Elle permet de formaliser les engagements réciproques entre l'État, les agences sanitaires et les acteurs locaux, autour d'objectifs de santé publique et d'indicateurs de suivi partagés. Ce mécanisme vise à renforcer la coordination des actions, à favoriser une allocation efficiente des ressources, et à instaurer une logique de redevabilité.

En France, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), signés entre les agences régionales de santé (ARS) et les établissements de santé, permettent d'aligner financement et performance sur la base de priorités négociées (Perrin, 2010). Les Contrats Locaux de Santé (CLS), quant à eux, favorisent la mise en œuvre de politiques adaptées aux besoins territoriaux (Moisdon, 2017).

La contractualisation participe ainsi à une gouvernance plus intégrée et stratégique, à condition de s'appuyer sur des outils de pilotage clairs, des données fiables, et des compétences adaptées au niveau local (Bartoli, 2009 ; Bezes & Siné, 2011).

Le rôle des agences de régulation et de coordination

Dans le contexte marocain, la réussite d'un pilotage territorial en santé dépend fortement de l'émergence d'acteurs intermédiaires capables de relayer, coordonner et adapter les orientations nationales aux réalités locales. La récente réforme du système de santé, notamment par la création prévue des GST, s'inscrit dans cette perspective.

Bien que ces structures ne soient pas encore pleinement instaurées, elles visent à renforcer la coordination des soins, à promouvoir l'intégration territoriale et à instaurer une gouvernance partagée entre les différents niveaux d'action. À l'image des agences régionales de santé existant dans plusieurs pays, les GST devraient jouer un rôle central, notamment en :

- Assurant la mise en œuvre des politiques régionales de santé publique
- Organisant la répartition territoriale des ressources humaines et techniques
- Accompagnant les établissements dans le pilotage de leur performance
- Coordonnant les plans d'action régionaux selon les besoins de santé des populations.

Selon Saltman, Bankauskaite et Vrangbæk (2007), la réussite de telles agences de régulation repose sur leur capacité à conjuguer les logiques descendantes (orientations nationales) et les logiques ascendantes (besoins locaux), au sein d'un cadre de régulation souple, fondé sur la négociation, la transparence et la responsabilisation.

Au Maroc, le succès futur des GST dépendra largement de leur montée en compétences, de leur autonomie de gestion effective, ainsi que de leur capacité à produire et utiliser des données fiables pour un pilotage territorial adapté et efficient.

Les systèmes d'information territoriaux intégrés

Le développement de systèmes d'information territoriaux intégrés constitue un levier stratégique essentiel pour un pilotage local efficace de la performance en santé. Au Maroc, la réforme du système de santé portée par la loi 06-22 prévoit la création des GST, qui vise à structurer l'offre de soins à l'échelle régionale. Bien que ces structures ne soient pas encore opérationnelles, leur réussite dépendra fortement de la capacité à mettre en place des systèmes d'information interopérables et fiables.

Ces systèmes permettront, à terme, une remontée régulière des indicateurs de performance, un partage d'informations sécurisé entre professionnels, et une meilleure coordination des parcours de soins. Ils offriront également une visibilité accrue sur les besoins sanitaires réels des populations, facilitant l'adaptation des politiques de santé au niveau territorial. Comme le rappellent Delas Martin et Minvielle (2018), l'intégration des systèmes d'information favorise une approche transversale et décloisonnée de la performance, indispensable dans les environnements complexes.

Pour être pleinement efficaces dans le contexte marocain, ces outils devront répondre aux plusieurs défis : assurer leur interopérabilité, former les professionnels à leur usage, garantir la sécurité des données personnelles, et ancrer une culture de pilotage fondée sur l'usage des données à tous les niveaux de décision.

Participation des acteurs et gouvernance collaborative

Dans le cadre du pilotage territorial en santé au Maroc, les dispositifs performants reposent de plus en plus sur une gouvernance collaborative impliquant une large participation des acteurs concernés. La co-construction des objectifs de santé avec les professionnels de santé, les gestionnaires, les élus locaux et les usagers favorise une meilleure appropriation des résultats et permet d'ajuster plus efficacement les actions mises en œuvre.

Cette approche participative s'inscrit dans une logique de gouvernance partenariale, fondée sur la confiance mutuelle, la transparence des processus et la flexibilité organisationnelle. Elle contribue ainsi à renforcer l'adhésion aux politiques de santé territorialisées et à améliorer la coordination entre les différents niveaux d'intervention (Denis et al., 2011).
Dans un contexte marocain marqué par une diversité territoriale et des inégalités en matière d'accès aux soins, cette gouvernance collaborative

apparaît comme un levier essentiel pour adapter les réponses aux besoins locaux et garantir la réussite des réformes structurelles, telles que la mise en place des GST.

Une réforme ambitieuse à l'épreuve du terrain : enjeux des GST au Maroc

La promulgation de la loi-cadre 06-22 (BO 7151, 2022), relative au système national de santé, marque un tournant majeur dans la politique sanitaire marocaine. Elle initie une réforme ambitieuse fondée sur quatre piliers : la gouvernance territoriale, la refonte du financement, la digitalisation du système et le développement des ressources humaines. Cette dynamique est renforcée par la loi 08-22 (BO 7213, 2023), qui prévoit la création des GST, appelés à devenir des entités d'une régionalisation fonctionnelle de l'offre de soins.

Les textes fondateurs introduisent des innovations importantes : déconcentration du pouvoir décisionnel, intégration des soins (préventifs, curatifs, promotionnels), contractualisation entre acteurs et promotion d'une gestion par objectifs. Cependant, la mise en œuvre de cette réforme se heurte à des verrous structurels persistants.

Une gouvernance territoriale encore en gestation

Malgré les avancées législatives récentes, la centralisation historique du système de santé marocain continue de freiner l'autonomie effective des régions en matière de planification, de financement et de gestion des ressources (Berraho, 2017). Le transfert des compétences demeure flou et inégal d'une région à l'autre, sans s'accompagner d'un renforcement suffisant des moyens humains, techniques ou logistiques.

En particulier, les ressources humaines en santé sont à la fois insuffisantes en nombre et inégalement réparties sur le territoire. Les écarts entre régions en matière de médecins, d'infirmiers ou de cadres gestionnaires limitent la capacité des entités locales à assumer les responsabilités accrues qui leur sont confiées (OMS, 2022 ; Haut-Commissariat au Plan, 2021).

Par ailleurs, les capacités institutionnelles et managériales des acteurs régionaux restent très hétérogènes. La pénurie de professionnels qualifiés dans des domaines clés (pilotage stratégique, gestion, évaluation) constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre effective des réformes (OMS, 2022 ; Najem, 2019). À cela s'ajoutent un manque de systèmes d'information intégrés, une faible approche de la donnée, et une coordination intersectorielle limitée, qui affaiblissent la performance globale du système à l'échelle territoriale.

Enfin, bien que la régionalisation avancée soit consacrée par la Constitution de 2011 et encadrée par la loi organique 111-14, sa traduction

concrète dans le secteur de la santé demeure incomplète. Ce décalage entre ambition politique et réalité administrative soulève des interrogations sur la faisabilité de la réforme, dans un contexte où les préconditions structurelles d'un transfert efficace des responsabilités régionales ne sont pas encore réunies (Ouassou & Allali, 2022).

Les GST : promesses d'un changement systémique

Les GST, bien que non encore implantés, constituent une innovation institutionnelle majeure. Leur conception vise à rassembler, sous une entité territoriale unique, les structures hospitalières, les centres de santé, les services de santé publique, et à leur conférer une autonomie de gestion accrue. Ce modèle, inspiré de pratiques internationales, promet une meilleure transversalité des soins, une allocation plus efficiente des ressources et une gouvernance territorialisée et partenariale (Ministère de la Santé, 2023).
Parmi les opportunités identifiées :

- Une proximité décisionnelle renforcée, favorisant l'adaptation des actions aux réalités locales
- Une mutualisation des ressources et une rationalisation des structures
- Un cadre propice à la concertation entre acteurs publics, collectivités territoriales et société civile.

Cependant, plusieurs risques doivent être anticipés :

- Une duplication des structures si les responsabilités entre les différents échelons ne sont pas clarifiées
- Une fragmentation des politiques publiques, en l'absence de mécanismes robustes de coordination verticale et horizontale
- Un renforcement des inégalités territoriales si les régions moins dotées ne reçoivent pas un accompagnement différencié.

Conditions de réussite d'une réforme différenciée et contextualisée

Pour que les GST deviennent des leviers efficaces de transformation, plusieurs conditions doivent être réunies :

- **Renforcement des capacités locales** : Un investissement massif dans la formation, l'accompagnement technique et le développement de systèmes d'aide à la décision est nécessaire pour doter les régions des compétences indispensables à la gestion intégrée de l'offre de soins (OMS, 2022).
- **Clarification des responsabilités** : La réussite de la décentralisation passe par une définition claire des rôles entre le niveau central, les agences déconcentrées et les futurs GST. Des fonctions telles que le pilotage stratégique, la gestion opérationnelle ou la régulation doivent être réparties de façon cohérente (Saltman et al., 2007).

- **Réforme du financement** : L'instauration de mécanismes de péréquation interrégionale est indispensable pour éviter une territorialisation inéquitable. Une allocation fondée sur des critères de besoins sanitaires (démographie, précarité, morbidité) favoriserait l'équité (Costa-Font & Greer, 2012 ; Benamar, 2021).
- **Développement d'un pilotage intégré et partenarial** : La mise en place d'instances de concertation multi-acteurs, de dispositifs de suivi-évaluation territorialisés et d'outils partagés (tableaux de bord, contrats d'objectifs) renforcera la cohérence de l'action publique (Denis et al., 2011 ; Champagne et al., 2004).
- **Acceptabilité sociale et transformation culturelle** : L'adhésion des professionnels et des usagers est cruciale. Cela suppose une communication claire, une reconnaissance des pratiques locales et une transition vers une culture de la responsabilité, de la transparence et de la performance (Bezes et al., 2011 ; Osborne, 2006).

Vers un modèle de gouvernance adapté aux spécificités marocaines

La réussite de l'implantation des Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc ne pourra reposer uniquement sur des textes juridiques ou des intentions programmatiques. Elle exige une réflexion approfondie sur les modèles de gouvernance territoriale les plus adaptés au contexte marocain, marqué à la fois par une volonté de décentralisation et par des contraintes structurelles importantes.

Dans cette optique, l'analyse de réformes internationales similaires peut offrir des renseignements transposables, à condition de tenir compte des spécificités institutionnelles, sociales et économiques locales. En parallèle, des principes directeurs doivent être définis pour encadrer le développement progressif des GST et garantir leur efficacité, leur équité et leur acceptabilité sociale.

Inspirations internationales transposables

L'analyse comparée de réformes internationales en matière de gouvernance territoriale de la santé permet de dégager des renseignements transposables au contexte marocain. Plusieurs pays ont expérimenté des modèles de régionalisation sanitaire avancée, tout en prenant en compte leurs spécificités institutionnelles et culturelles.

En Espagne, le système de santé est hautement décentralisé, les 17 communautés autonomes disposant d'un large pouvoir en matière de gestion sanitaire. Cela leur permet d'adapter les politiques aux besoins régionaux, mais suppose aussi un pilotage central fort pour éviter les disparités excessives. L'exemple espagnol illustre à la fois le potentiel de proximité et

les risques de fragmentation en l'absence de mécanismes de péréquation et de coordination interterritoriale (Saltman et al., 2007).

En France, la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) par la loi de modernisation de 2016 visant à renforcer la coopération entre établissements publics de santé d'un même territoire. Chaque GHT dispose d'un projet médical unifié et d'une stratégie commune de gestion des ressources, notamment humaines et logistiques. Ce modèle met en avant la coordination entre hôpitaux autour d'un établissement support, tout en laissant subsister des marges d'autonomie locale (Ministère de la Santé, 2016).

Le Canada, enfin, offre l'exemple de Réseaux Intégrés de Services de Santé (RISS), notamment au Québec, qui visent à regrouper l'ensemble des services (prévention, soins de première ligne, hôpitaux) dans une logique de parcours de soins fluide et intégré. Ce modèle repose sur une gouvernance régionale forte, des outils numériques variés et un suivi rigoureux de la performance par indicateurs populationnels (Marchildon, 2013).

Ces expériences montrent qu'un modèle réussi de gouvernance territoriale repose sur :

- Une autonomie effective de décision au niveau régional.
- Des mécanismes robustes de coordination verticale entre national et local.
- Des outils de pilotage par les besoins populationnels et la performance collective.

Propositions de principes directeurs pour les GST au Maroc

Au regard de l'analyse précédente et des spécificités marocaines (disparités régionales, centralisation administrative, limites des ressources humaines), plusieurs directeurs principaux peuvent être proposés pour guider la mise en œuvre des Groupements Sanitaires Territoriaux :

Territorialisation fondée sur les besoins populationnels

Les GST doivent être conçus en fonction de diagnostics territoriaux précis intégrant les données socio-démographiques, épidémiologiques et socio-économiques. Cela suppose le développement d'outils de cartographie sanitaire et d'évaluation des besoins à l'échelle régionale, permettant d'allouer les ressources de manière équitable et efficiente.

Autonomie de gestion des établissements

La réforme ne pourra réussir sans un réel transfert de compétences et de marges de manœuvre budgétaires aux structures régionales. Cela implique notamment :

- Des instances locales de gouvernance disposant de leviers décisionnels.
- Des directeurs de groupements responsabilisés dans la gestion des ressources.
- Des contrats de performance définissant les engagements entre niveaux de l'administration.

Évaluation participative de la performance

Plutôt qu'un pilotage purement technocratique, il est nécessaire de construire une gouvernance participative, associant les professionnels de santé, les représentants des usagers et les élus locaux à l'évaluation des politiques. La performance doit être mesurée non seulement en termes d'efficience, mais aussi de qualité perçue, d'accessibilité et d'impact sur les inégalités.

Renforcement des capacités locales (RH, pilotage, outils numériques)

Le succès des GST dépendra largement de la capacité des territoires à mobiliser des ressources humaines qualifiées, à développer des compétences en gestion et en pilotage stratégique, et à s'appuyer sur des systèmes d'information performants. Cela nécessite un plan national de soutien à la montée en compétence, la création de fonctions de contrôle de gestion territoriale, et l'investissement dans des solutions numériques interopérables.

Conclusion et perspectives

Cette contribution théorique visait à éclairer les enjeux de la territorialisation de la gouvernance sanitaire au Maroc, dans le cadre de la réforme portée par la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST). En mobilisant des apports issus du management public, de la gouvernance territoriale et du contrôle de gestion, elle a permis de mettre en évidence les conditions concrètes de réussite d'un tel projet de transformation.

La problématique posée trouve plusieurs éléments de réponse dans cette étude. La réussite des GST dépend fondamentalement de leur capacité à articuler quatre dimensions majeures :

- Une autonomie de gestion locale réelle, adossée à des compétences décisionnelles clairement définies ;
- Un pilotage stratégique multidimensionnel, fondé sur des indicateurs de résultats, des outils numériques interopérables, et une stratégie du suivi-évaluation ;
- Une coordination verticale et horizontale renforcée, pour garantir la cohérence des politiques publiques et limiter les effets de fragmentation ;

- Une gouvernance fondée sur les besoins populationnels, intégrant la diversité des contextes territoriaux et favorisant l'inclusion des acteurs locaux.

L'analyse de modèles internationaux (France, Espagne, Canada) souligne qu'il n'existe pas de solution unique, mais des configurations adaptables à chaque contexte national. Le Maroc, en raison de son histoire administrative centralisée, de ses inégalités régionales et de ses défis en matière de ressources humaines, doit construire un modèle de gouvernance différencié, progressif et expérimental. La réforme des GST ne pourra réussir sans une stratégie nationale d'accompagnement, incluant formation, investissement dans les systèmes d'information, clarification des compétences, et développement d'une culture de la performance.

Recommandations opérationnelles

Pour traduire cette vision en actions concrètes, cinq recommandations peuvent être formulées :

- Instaurer un cadre de gouvernance multi-niveaux cohérent, avec une répartition claire des responsabilités entre niveaux central, régional et local.
- Renforcer les capacités locales, via des programmes de formation, un accompagnement technique et la professionnalisation des fonctions de gestion territoriale.
- Adopter un système de financement équitable, reposant sur des critères objectifs (démographie, morbidité, précarité) et des mécanismes de péréquation.
- Promouvoir une nouvelle méthode du pilotage par la performance, associant tous les acteurs (professionnels, usagers, ...) à la définition et au suivi des objectifs.
- Favoriser l'expérimentation territoriale, avec des dispositifs flexibles, évaluables et ajustables selon les contextes.

Perspectives de recherche

Ce travail est un premier pas vers des futurs travaux empiriques, indispensables pour accompagner la réforme sur le terrain. Trois axes apparaissent prioritaires :

- L'analyse des premières expérimentations de GST, une fois leur mise en œuvre effective ;
- L'étude des modalités de coordination entre acteurs, aux différents niveaux de gouvernance ;
- L'évaluation des impacts de la réforme sur l'équité d'accès, la qualité perçue des soins et la satisfaction des usagers.

Bref, la réforme des GST constitue une opportunité historique pour transformer en profondeur le système de santé marocain. Sa réussite ne dépendra pas seulement des lois votées, mais de la capacité collective à construire une gouvernance territoriale, performante et durable, en phase avec les besoins réels de la population.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2007). *Management control systems* (12th ed.). McGraw-Hill Education.
2. Barney, J. B. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management, 17*(1), 99-120.
3. Bartoli, A. (2009). *Management dans les organisations publiques* (3e éd.). Dunod.
4. Benamar, L. (2021). Les inégalités territoriales dans le système de santé au Maroc. *Revue Marocaine d'Administration Publique*, (172), 101–118.
5. Benz, A., & Papadopoulos, Y. (2006). *Governance and Democracy: Comparing National, European and International Experiences*. Routledge.
6. Berraho, A. (2017). Gouvernance et réforme de la santé au Maroc : une lecture critique. *Revue Marocaine de Santé Publique, 3*(2), 45–52.
7. Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs, 27*(3), 759–769. https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759
8. Bezes, P., & Siné, A. (2011). Gouverner (par) la performance : usages, légitimités et controverses. *Revue française d'administration publique, 137-138*(1–2), 7–14. https://doi.org/10.3917/rfap.137.0007
9. Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., & Benamouzig, D. (2011). *New Public Management à la française. Les trajectoires locales d'un modèle global*. Presses Universitaires de France.
10. Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A

comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning, 17*(1), 14–31.
11. Bulletin Officiel 7151 (2022). *Loi-cadre 06-22 relative au système national de santé*.
12. Bulletin Officiel 7213 (2023). *Loi 08.22 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux*.
13. Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Pineault, R. (2004). La mise en œuvre : le chaînon manquant dans l'évaluation des systèmes de santé. *Ruptures, 9*(1), 30–47.
14. Costa-Font, J., & Greer, S. (2012). *Federalism and decentralization in European health and social care*. Palgrave Macmillan.
15. Costa-Font, J., & Rico, A. (2006). Devolution and the interregional inequalities in health and healthcare in Spain. *Regional Studies, 40*(8), 875–887.
16. Delas, C., Gonnin-Bolo, C., & Plunian, R. (2018). Performance et territoires : quelles conditions de réussite ? *Gestions Hospitalières*, (574), 286–291.
17. Demeestère, R. (2005). Contrôle de gestion dans les hôpitaux : entre performance économique et missions de service public. *Revue Française de Comptabilité*, 384, 48–51.
18. Demeestère, R. (2005). *Le pilotage de la performance dans les établissements de santé : entre régulation externe et mobilisation interne*. Les Études Hospitalières.
19. Denis, J.-L., Forest, P.-G., Langley, A., & Béland, F. (2011). Leadership and strategic change in healthcare organizations: From knowledge to action. *Health Systems & Reform, 1*(2), 111–121.
20. Dieleman, M., & Harnmeijer, J. W. (2006). *Improving health worker performance: In search of promising practices*. World Health Organization. https://www.who.int/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf
21. Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *Academy of Management Review, 14*(1), 57–74.
22. France, G., & Taroni, F. (2005). The evolution of health policy-making in Italy. *Journal of Health Politics, Policy and Law, 30*(1–2), 169–187.
23. Haut-Commissariat au Plan (2021). *Rapport sur les disparités territoriales dans l'accès aux soins au Maroc*.
24. Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration, 69*(1), 3–19.
25. Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics, 3*(4), 305–360.

26. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business Press.
27. Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review, 89*(9), 46–52.
28. Kettunen, P., & Kallio, J. (2021). The role of agency theory in public management research: An overview. *Public Management Review, 23*(2), 205–227.
29. Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Harvard Business School Press.
30. Loriot, D. (2014). La gouvernance des ARS : entre déconcentration et nouvelle gestion publique. *Revue Française d'Administration Publique, 149*(1), 87–100.
31. Marchesnay, M. (2005). Management public et logique de service. *Revue française de gestion*, (157), 199–214.
32. Marchildon, G. P. (2013). *Health Systems in Transition: Canada*. WHO Regional Office for Europe.
33. Merchant, K. A., & Van der Stede, W. A. (2007). *Management control systems: Performance measurement, evaluation and incentives* (2nd ed.). Pearson Education.
34. Ministère de la Santé (France). (2016). *Instruction DGOS/PF2 relative à la mise en œuvre des GHT*.
35. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2023). *Note de présentation sur la mise en œuvre des Groupements Sanitaires Territoriaux*.
36. Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation.
37. Moisdon, J.-C. (2017). Les contrats locaux de santé comme instruments d'action publique. *Revue française d'administration publique, 161*, 27–39. https://doi.org/10.3917/rfap.161.0027
38. Najem, M. (2019). La gouvernance du système de santé marocain à l'épreuve de la régionalisation avancée. *Revue de Santé et Développement*, (11), 47–63.
39. Neumann, P. J., Sanders, G. D., Russell, L. B., Siegel, J. E., & Ganiats, T. G. (Eds.). (2016). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Oxford University Press.
40. Nobre, F. (2009). Les spécificités du contrôle de gestion dans les organisations publiques hospitalières : une analyse institutionnelle. *Revue Internationale de Gestion, 34*(1), 102–110.
41. Nobre, H. (2006). Contrôle de gestion hospitalier et performance des établissements de santé. *Revue Française de Gestion*.

42. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2022). *Profil du système de santé du Maroc*. Bureau régional de la Méditerranée orientale.
43. Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review, 8*(3), 377–387.
44. Ouassou, H., & Allali, K. (2022). Décentralisation et gouvernance locale de la santé au Maroc : enjeux et perspectives. *Revue Internationale des Sciences Administratives, 88*(3), 523–540.
45. Perrin, J. (2010). La contractualisation dans les systèmes de santé : enjeux et modalités. *Revue Hospitalière de France*, (527), 35–40.
46. Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford University Press.
47. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine, 363*(26), 2477–2481.
48. Purbey, S., Mukherjee, K., & Bhar, C. (2007). Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management, 56*(3), 241–251. https://doi.org/10.1108/17410400710731416
49. Sabel, C. F., & Zeitlin, J. (2012). Experimentalist Governance. In *The Oxford Handbook of Governance*.
50. Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (2007). *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*. McGraw-Hill Education.
51. Swyngedouw, E. (2005). Governance Innovation and the Citizen: The Janus Face of Governance-beyond-the-State. *Urban Studies, 42*(11), 1991–2006.
52. Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13.
53. Vignon, J. (2016). Territoires et politiques de santé : vers une recomposition des responsabilités ? *Santé Publique, 28*(1), 123–129.
54. Wernerfelt, B. (1984). A Resource-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal, 5*(2), 171–180.