

Mise en place du Groupement Sanitaire Territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma : Une réforme pilote de gouvernance sanitaire régionalisée au Maroc

Implementation of the Territorial Health Group of Tanger -Tetouan -Al Hoceima: A Pilot Reform for Regionalized Health Governance in Morocco.

Auteur 1 : BAALLA Abdeslam,

Auteur 1 : JELLOULI Tarik,

BAALLA Abdeslam, (ORCID: 0009-0002-8388-7905, Doctorant)

Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Économie, Finance et Management des Organisations
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès, Maroc

JELLOULI Tarik, (Enseignant chercheur)

Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Économie, Finance et Management des Organisations
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès, Maroc

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : BAALLA .A & JELLOULI .T (2025). « Mise en place du Groupement Sanitaire Territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma : Une réforme pilote de gouvernance sanitaire régionalisée au Maroc », African Scientific Journal « Volume 03, Num 32 » pp: 0551 – 0568.



DOI : 10.5281/zenodo.17351734
Copyright © 2025 – ASJ



Résumé

Cet article explore la mise en œuvre du Groupement Sanitaire Territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (GST TTA), projet pilote visant à instaurer une gouvernance sanitaire décentralisée au Maroc, conformément au principe de régionalisation avancée (Constitution de 2011, lois 06-22 et 08-22). À travers une approche qualitative combinant revue de littérature, analyse documentaire et mobilisation des cadres théoriques du management public, l'étude analyse comment le GST TTA peut surmonter les défis structurels tels que la centralisation historique, les disparités régionales et les contraintes de ressources. En s'inspirant des modèles de décentralisation sanitaire en Espagne, en France et au Canada, l'analyse propose plusieurs conditions de succès : clarification des compétences, renforcement des capacités locales, financement équitable et pilotage participatif. Structuré en trois pôles (gouvernance, administratif, sanitaire) et centré sur le projet médical régional, le GST TTA vise à optimiser la coordination et l'accès aux soins. Quatre principes directeurs sont suggérés : territorialisation adaptée, autonomie renforcée, évaluation collaborative et développement des capacités. Ce projet pilote offre une opportunité d'innovation en vue d'une généralisation nationale, sous réserve d'investissements soutenus dans les ressources humaines, les systèmes d'information et la coordination intersectorielle. Des études empiriques futures seront nécessaires pour évaluer les impacts réels sur l'équité et l'efficacité du système de santé marocain.

Mots clés :

coordination des soins; décentralisation sanitaire; équité; gouvernance régionale; groupement sanitaire territorial; management public; Maroc.

Abstract

This article examines the implementation of the Territorial Health Group of Tanger-Tetouan-Al Hoceima (THG TTA), a pilot project aimed at establishing decentralized health governance in Morocco, in line with the principle of advanced regionalization (2011 Constitution, Laws 06-22 and 08-22). Using a qualitative approach that combines a literature review, documentary analysis, and the application of public management theoretical frameworks, this study analyzes how the THG TTA can overcome structural challenges such as historical centralization, regional disparities, and resource constraints. Drawing on decentralized healthcare models from Spain, France, and Canada, the analysis identifies key success conditions: clarification of competencies, strengthening of local capacities, equitable financing, and participatory governance. Structured around three poles (governance, administrative, and healthcare) and centered on the Regional Medical Project, the THG TTA seeks to optimize care coordination and access. Four guiding principles are proposed: needs-based territorialization, enhanced autonomy, collaborative evaluation, and capacity building. This pilot project offers an opportunity for innovation toward nationwide implementation, contingent upon sustained investment in human resources, information systems, and intersectoral coordination. Future empirical studies will be necessary to assess its real impact on equity and the efficiency of Morocco's healthcare system.

Keywords

care coordination; equity; health decentralization; Morocco; public management; regional governance; territorial healthcare group.

Introduction

Le système de santé marocain est confronté à des défis structurels persistants : disparités régionales marquées, centralisation décisionnelle et ressources limitées. Pour y remédier, les lois 06-22 et 08-22 ont instauré les groupements sanitaires territoriaux (GST), instruments clés d'une gouvernance territorialisée inscrite dans la dynamique de régionalisation avancée initiée par la constitution de 2011.

Le groupement sanitaire territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (GST-TTA), désigné projet pilote national, met en œuvre une nouvelle architecture organisationnelle visant à améliorer l'intégration et la coordination des services de santé à l'échelle régionale. Dans un contexte marqué par une centralisation historique et des capacités locales hétérogènes, il se présente comme un laboratoire d'innovation institutionnelle, financière et managériale.

Cet article cherche à répondre à la question suivante : **comment le GST-TTA peut-il instaurer une gouvernance sanitaire territorialisée efficace dans un contexte de contraintes structurelles ?** L'analyse mobilise les apports des théories du management public ; à savoir, théorie de l'agence (Pollitt, 2017), théorie fondée sur les ressources (Resource-Based-View) (Barney, 1991) et structuration organisationnelle (Giddens, 1984), et s'appuie sur des expériences internationales de décentralisation sanitaire (Espagne, France, Canada) documentées dans la littérature (Saltman et al., 2007; Vos et al., 2015). En proposant un modèle de gouvernance adapté aux réalités institutionnelles et socio-économiques marocaines, cette étude vise à éclairer les conditions de succès pour la généralisation des GST à l'échelle nationale.

1. Cadre institutionnel et organisationnel du GST Tanger-Tétouan-Al Hoceïma

1.1 Contexte légal et stratégique

Le Groupement Sanitaire Territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma s'inscrit dans la réforme sanitaire marocaine, portée par deux textes juridiques majeurs : la loi 06-22 relative à l'organisation du système de santé (Royaume du Maroc, 2022) et la loi 08-22 portant création des GST (Royaume du Maroc, 2023). Ces dispositions prolongent le titre neuf de la constitution du Royaume du Maroc, qui consacre la régionalisation avancée et la décentralisation de l'action publique, y compris dans le secteur de la santé (Royaume du Maroc, 2011).

L'objectif stratégique est de transférer effectivement certaines compétences décisionnelles vers l'échelon régional, afin d'adapter les politiques publiques de santé aux besoins locaux, tout en respectant les principes de bonne gouvernance, d'équité et de proximité.

Désigné projet pilote national, le GST-TTA teste un modèle organisationnel visant :

- L'autonomie régionale : rapprochement de la décision des réalités sanitaires locales par la délégation de compétences aux gestionnaires régionaux.
- La coordination intégrée des soins : articulation fluide entre services primaires, secondaires et tertiaires.
- L'allocation équitable des ressources : distribution des moyens proportionnelle aux besoins épidémiologiques et démographiques, mesurés notamment par le ratio médecins/habitants, la couverture vaccinale et l'accès aux soins spécialisés (World Health Organization, 2024).

Ce modèle, tout en répondant aux limites de la centralisation, suppose un renforcement des capacités locales en ressources humaines, techniques et financières afin de garantir son efficacité (Saltman et al., 2007).

1.2 Organisation générale du GST-TTA

1.2.1 Structure tripartite

Le Groupement Sanitaire Territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (GST-TTA) s'appuie sur une structure tripartite articulée autour de trois pôles fonctionnels interdépendants, garantissant une gestion cohérente et efficace du système de santé régional.

Le pôle de gouvernance générale, placé sous l'autorité du Directeur général, assure le pilotage stratégique à l'échelle régionale. Ses missions englobent l'élaboration de la carte sanitaire et la coordination du projet médical régional (PMR), la prévention et la surveillance épidémiologique, le développement de la recherche appliquée et de la formation continue, ainsi que le suivi de l'innovation. Il supervise également les systèmes d'information hospitaliers interopérables, intégrant tableaux de bord et outils de business intelligence, et garantit l'audit, le contrôle de gestion et l'amélioration continue, tout en assurant la communication institutionnelle et l'information publique.

Le pôle administratif assure le soutien logistique et opérationnel du GST TTA. Il prend en charge la gestion des ressources humaines, incluant le recrutement, la planification des carrières et le dialogue social. Il pilote les affaires financières, la comptabilité publique et la performance économique, ainsi que les achats, l'approvisionnement et la gestion de la pharmacie centrale. Il veille à la maintenance et à la valorisation du patrimoine hospitalier, garantissant la disponibilité et la qualité des infrastructures.

Le pôle sanitaire coordonne et met en œuvre les prestations de soins au niveau territorial. Il pilote le PMR et les plans d'action régionaux, assure la gestion des établissements de santé ; du centre hospitalier universitaire (CHU) aux centres de santé de proximité, et coordonne les

services transversaux tels que la pharmacie régionale, le service d'aide médicale urgente (SAMU) et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Cette organisation permet de combiner efficacité administrative et qualité des soins, tout en favorisant l'intégration des services à l'échelle du territoire.

1.2.2 Instances de gouvernance

Le Groupement Sanitaire Territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (GST-TTA) s'appuie sur un modèle de gouvernance articulé autour de deux instances principales, complémentaires dans leurs rôles et responsabilités.

- Le Conseil d'administration constitue l'organe décisionnel du groupement. Il définit les orientations stratégiques, valide le budget, approuve les projets d'établissement et adopte les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qui précisent les engagements réciproques entre les structures de santé et les autorités de tutelle. Le conseil veille également à la planification et à la priorisation des investissements, de manière à garantir une allocation équitable et efficace des ressources humaines, matérielles et financières au sein du territoire.
- En complément, les comités médico-techniques jouent un rôle consultatif essentiel. Ils regroupent des professionnels issus des domaines médicaux, paramédicaux et administratifs, et apportent une expertise technique dans la prise de décision. Leur mission est d'accompagner le conseil d'administration dans la définition des orientations cliniques et organisationnelles, en veillant à la cohérence entre la stratégie institutionnelle et les réalités de terrain.

Cette double structure, à la fois décisionnelle et consultative, illustre la volonté du GST-TTA de promouvoir une gouvernance participative, fondée sur la concertation, la transparence et l'équilibre entre logique administrative et logique médicale.

1.3 Organisation des formations hospitalières

L'organisation hospitalière au sein du GST-TTA repose sur une structuration hiérarchisée et complémentaire, conçue pour garantir une gradation des soins selon la complexité des pathologies et les besoins des patients. Trois niveaux se distinguent : tertiaire, secondaire et primaire, chacun jouant un rôle précis dans la continuité du service public de santé.

- Le niveau tertiaire regroupe les établissements de référence assurant la prise en charge des cas complexes nécessitant une expertise technique et médicale élevée. Ces hôpitaux disposent de services spécialisés en chirurgie, imagerie et réanimation, et participent activement à la formation clinique des étudiants en médecine et en soins infirmiers. La

Commission Médicale Consultative (CMC) y assure la représentation du corps médical et contribue à l'élaboration des politiques cliniques et pédagogiques, renforçant ainsi la cohérence entre soins, enseignement et recherche.

- Le niveau secondaire correspond aux hôpitaux régionaux et provinciaux, dont la mission est d'assurer les soins de complexité intermédiaire. Ils disposent de services d'urgences, de consultations spécialisées et d'unités pharmaceutiques et paramédicales. Ces structures constituent un maillon essentiel entre les soins de proximité et les établissements de référence, assurant la continuité du parcours de soins et la répartition équilibrée des charges hospitalières sur le territoire.
- Le niveau primaire représente la base du système sanitaire. Il regroupe les centres de santé urbains et ruraux, ainsi que les hôpitaux locaux. Ce niveau est principalement dédié à la prévention, à la promotion de la santé et au suivi médical courant. Il assure les services de médecine générale, de santé reproductive, de vaccination et de gestion des maladies chroniques. Le système de référence et de contre-référence permet d'orienter les patients vers le niveau de soins le plus approprié, garantissant ainsi une prise en charge progressive et coordonnée.

Cette organisation tripartite permet non seulement d'améliorer la continuité des soins, mais aussi de renforcer la complémentarité entre les structures hospitalières. Elle favorise une gestion plus rationnelle des ressources et une meilleure réponse aux besoins de santé de la population régionale.

1.4 Approche intégrée et réseau fonctionnel

Le GST-TTA adopte une approche intégrée de la gouvernance sanitaire, fondée sur la coopération entre les établissements et la coordination entre les niveaux de soins. Cette approche vise à dépasser la logique institutionnelle cloisonnée pour instaurer un réseau fonctionnel capable d'assurer une prise en charge fluide et continue des patients à l'échelle du territoire.

La circulation de l'information médicale entre les structures constitue l'un des fondements de cette dynamique intégrée. Grâce à l'interopérabilité des systèmes numériques, les établissements peuvent échanger des données en temps réel, favorisant une meilleure coordination des interventions et une réduction des ruptures dans le parcours de soins. Cette innovation technologique soutient une gouvernance plus réactive et plus transparente.

La collaboration clinique inter-niveaux joue également un rôle essentiel. Elle permet d'harmoniser les pratiques professionnelles, de mutualiser les compétences et de renforcer la

continuité thérapeutique. Dans cette logique, le Parcours Médical Régional (PMR) représente un instrument central. Il structure la prise en charge du patient tout au long de son parcours, depuis la prévention jusqu'à la réhabilitation, tout en assurant une cohérence entre les acteurs du réseau de soins.

Comme le soulignent Breton, Brousselle, Boivin et Lamothe (2014), les réseaux intégrés de services constituent un levier fondamental pour améliorer la qualité, l'efficacité et la durabilité des systèmes de santé. Le modèle adopté par le GST-TTA s'inscrit ainsi dans une démarche d'intégration progressive visant à rapprocher les services du citoyen, à rationaliser les ressources et à renforcer la solidarité territoriale en matière de santé (Breton et al., 2014).

2. Méthodologie

Cette étude adopte une approche qualitative exploratoire visant à analyser la mise en œuvre du Groupement Sanitaire Territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (GST TTA) et à identifier les conditions de succès d'une gouvernance sanitaire territorialisée dans le contexte marocain. La collecte des données repose sur une analyse documentaire systématique incluant les textes législatifs et réglementaires (lois 06-22 et 08-22), les rapports institutionnels du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, ainsi que la littérature scientifique sur les modèles de décentralisation sanitaire en Espagne, France et Canada.

Les informations recueillies ont été codifiées et analysées thématiquement, en mobilisant des cadres conceptuels du management public, tels que la théorie de l'agence, la Resource-Based View et la structuration organisationnelle. Une analyse comparative a été menée pour identifier les bonnes pratiques internationales et adapter les enseignements au contexte marocain (Getch & Lute, 2019; Vos et al., 2015). La triangulation des données issues des sources documentaires et de la littérature académique permet d'assurer la fiabilité et la validité des résultats.

Il est important de souligner que cette recherche repose sur des données documentaires et théoriques ; elle devra être complétée par des études empiriques ultérieures afin d'évaluer concrètement l'impact du GST TTA sur l'équité, la coordination et la performance du système de santé régional.

3. Cadre théorique et apports du management public

3.1 Gouvernance territoriale des services de santé

La gouvernance territoriale en santé publique désigne l'ensemble des processus, mécanismes et acteurs mobilisés à l'échelle locale ou régionale pour orienter, coordonner et piloter les politiques de santé (Benz & Papadopoulos, 2006; Swyngedouw, 2005). Elle repose sur les

principes de subsidiarité, d'autonomie locale, de responsabilisation et de coordination interinstitutionnelle.

Ce modèle suppose un transfert de compétences et de 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 (Saltman et al., 2007). Dans le secteur de la santé, la décentralisation constitue un levier stratégique permettant d'adapter les services aux besoins spécifiques des populations, de favoriser la participation des acteurs locaux et de stimuler l'innovation organisationnelle (Bossert, 2002; Khider & Imichoui, 2020).

Elle peut se concrétiser par la déconcentration administrative, la dévolution politique ou l'octroi d'une autonomie fonctionnelle aux entités territoriales, chacune de ces modalités soulevant des enjeux particuliers en matière de coordination et de contrôle. Les bénéfices attendus sont notamment une plus grande réactivité, une responsabilisation accrue des acteurs et une meilleure intégration des services autour du patient. Cependant, ces résultats restent conditionnés par la clarté dans l'attribution des compétences, la capacité administrative des acteurs locaux et la qualité des mécanismes de pilotage (Pollitt & Bouckaert, 2004).

3.2 Expériences internationales

Différents pays offrent des illustrations variées de gouvernance territoriale en santé. En Espagne, les dix-sept communautés autonomes assurent la gestion quasi totale des services de santé, ce qui permet une adaptation fine aux besoins locaux, mais peut également générer des inégalités significatives interrégionales (García-Armesto et al., 2010). En France, la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2009 a marqué un tournant dans la coordination des politiques sanitaires à l'échelle régionale, sous la tutelle de l'État, favorisant la planification et le suivi stratégique tout en maintenant un contrôle centralisé (Borel, 2024). Au Canada, plus précisément au Québec, les Réseaux intégrés de services de santé (RISS) assurent l'organisation, la planification et l'intégration des services à l'échelle régionale, tout en maintenant une forte coordination avec le ministère de la Santé, ce qui renforce l'efficacité et la cohérence des interventions (Adandjesso, 2024; Smith et al., 2023).

Ces expériences démontrent que la réussite d'un modèle territorial repose sur plusieurs conditions essentielles, notamment l'existence d'une articulation claire des rôles entre les différents niveaux de décision, la mise en place de mécanismes de coordination solides et l'utilisation d'outils de pilotage performants pour assurer l'efficacité et la continuité des services.

3.3 Théories du management mobilisées

La théorie de l'agence, telle que formulée par Jensen et Meckling (1976) et Eisenhardt (1989), explique que les relations entre un principal et ses agents comportent des asymétries d'information et des divergences d'intérêts, pouvant générer des comportements opportunistes (Eisenhardt, 1989; Jensen & Meckling, 1976). Dans le cadre du GST TTA, le Ministère de la Santé et de la Protection sociale agit comme principal, tandis que le GST et ses établissements affiliés jouent le rôle d'agents. La prévention des risques, tels que la sous-performance ou le détournement de ressources, repose sur la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM), des audits réguliers et des systèmes d'indicateurs de suivi incluant la qualité, les délais d'attente et la couverture sanitaire.

La Resource Based View (Barney, 1991; Wernerfelt, 1984) souligne que les ressources internes rares, difficiles à imiter et bien organisées constituent un avantage compétitif durable. Appliquée au GST TTA, cette théorie révèle des écarts significatifs en ressources humaines et matérielles, ainsi que des différences de capital organisationnel, notamment dans les systèmes d'information hospitaliers. La performance du GST dépend ainsi de sa capacité à renforcer et mutualiser ces ressources au niveau territorial.

La structuration organisationnelle, selon Lawrence et Lorsch (1967), repose sur un équilibre entre différenciation et intégration (Lawrence & Lorsch, 1976), tandis que Mintzberg (1982) propose des configurations adaptées aux environnements complexes (Mintzberg, 1991). Le GST TTA, structuré selon un modèle tripartite gouvernance-administration-services sanitaires, doit concilier spécialisation claire des fonctions et intégration efficace, soutenue par le PMR et les systèmes d'information régionaux.

Enfin, le contrôle de gestion dans le secteur public dépasse la simple conformité et se concentre sur le pilotage stratégique (Anthony & Govindarajan, 2007; Demeestère, 2005). Dans le GST TTA, il se traduit par l'utilisation d'indicateurs multidimensionnels (qualité, accessibilité, efficacité et équité), des dispositifs de reporting, des tableaux de bord et un dialogue de gestion régulier, visant à concilier les exigences nationales et les réalités régionales.

3.4 Apports du management public

Le management public constitue un cadre analytique essentiel pour concevoir et piloter des structures telles que les GST. Inspiré du New Public (Hood, 1991; Osborne, 2006), il favorise l'optimisation des ressources, le pilotage par la performance (Bezes et al., 2011) et un contrôle stratégique de la gestion stratégique (Contandriopoulos et al., 2000). La réussite du GST TTA dépend de l'alignement entre les objectifs nationaux et les priorités régionales, de la capacité à

réduire les écarts de ressources entre territoires, de l'organisation souple mais intégrée et d'un pilotage fondé sur des indicateurs pertinents et opérationnels.

4. Cadre analytique de la performance territoriale

4.1 Définition de la performance en santé

La performance territoriale en santé articule trois objectifs interdépendants, selon le modèle Triple Aim développé par Berwick, Nolan et Whittington (2008) : améliorer la qualité des soins, optimiser la santé des populations et réduire les coûts par habitant. La qualité des soins peut être mesurée par des indicateurs tels que la sécurité des patients et le taux de satisfaction. L'optimisation de la santé des populations passe par des indicateurs comme la couverture vaccinale ou les actions de prévention. La réduction des coûts se traduit par l'efficacité dans l'utilisation des ressources, par exemple via le coût moyen par acte médical.

Dans le contexte du Groupement Sanitaire Territorial Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (GST TTA), ces objectifs nécessitent des indicateurs adaptés au territoire, notamment :

- le taux de satisfaction des patients pour évaluer la qualité des soins (Berwick et al., 2008).
- le pourcentage de population couverte par les soins primaires, illustrant l'accessibilité (Kaplan & Porter, 2011).
- le coût par acte médical, pour mesurer l'efficacité des ressources utilisées (Kaplan & Norton, 1996).

L'utilisation d'une approche Balanced Scorecard adaptée au secteur hospitalier permet d'intégrer ces dimensions de performance tout en tenant compte des spécificités régionales et des contraintes de ressources (Kaplan & Porter, 2011; Purbey et al., 2007).

4.2 Dispositifs intégrés de pilotage territorial

Le pilotage de la performance dans le GST TTA s'appuie sur plusieurs dispositifs complémentaires qui favorisent la coordination, la transparence et la redevabilité entre les différents acteurs territoriaux.

La contractualisation constitue un levier essentiel du pilotage territorial. Elle formalise les engagements entre l'État, les agences régionales et les établissements de santé autour d'objectifs partagés et d'indicateurs communs. Par exemple, la signature de contrats pluriannuels définissant des cibles telles que la réduction des délais d'accès aux soins spécialisés permet d'orienter les actions et ressources locales (Mausolff & Spence, 2008).

Les agences régionales de coordination, à l'image des GST, assurent l'adaptation des politiques nationales aux besoins territoriaux, notamment par la gestion équitable des ressources humaines

et techniques, et l'accompagnement des établissements dans l'amélioration continue de la performance (Saltman et al., 2007).

Le développement des systèmes d'information territoriaux intégrés est un levier stratégique pour un pilotage efficace. Ces systèmes permettent la remontée régulière d'indicateurs fiables, facilitent le partage sécurisé d'informations entre professionnels et améliorent la coordination des parcours de soins (Purbey et al., 2007; Saltman & Bankauskaite, 2006; Stenner et al., 2018). Leur succès repose toutefois sur l'interopérabilité, la formation des utilisateurs, la sécurité des données et l'ancrage d'une culture de pilotage basée sur l'usage des données.

Enfin, la gouvernance collaborative engage la participation active des professionnels de santé, gestionnaires, élus locaux et usagers dans la définition des priorités et le suivi des actions. Cette approche partenariale favorise une meilleure appropriation des objectifs et une coordination renforcée entre les acteurs, éléments essentiels dans un contexte marqué par des inégalités territoriales (Denis et al., 2001).

5. Enjeux et modèle adapté

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

La promulgation de la loi-cadre 06-22 (Royaume Du Maroc, 2022), relative au système national de santé, constitue une réforme majeure au Maroc, s'appuyant sur quatre piliers : gouvernance territoriale, refonte du financement, digitalisation et développement des ressources humaines. La loi 08-22 (Royaume du Maroc, 2023) instaure les groupements sanitaires territoriaux (GST), qui visent une régionalisation fonctionnelle de l'offre de soins. Cette réforme introduit des innovations telles que la déconcentration des pouvoirs décisionnels, l'intégration des soins et la contractualisation, mais se heurte à des verrous structurels persistants.

La gouvernance territoriale, encore en gestation, est freinée par une centralisation historique et une répartition inégale des ressources humaines (Berraho et al., 2023; Haut-Commissariat au Plan, 2023). Les capacités managériales régionales sont hétérogènes et insuffisamment dotées en systèmes d'information intégrés, ce qui limite la mise en œuvre effective des réformes (Darmstadt et al., 2023). Malgré la reconnaissance constitutionnelle de la régionalisation avancée, sa traduction concrète dans le secteur de la santé reste incomplète.

Les GST, bien que non encore opérationnels, représentent une innovation majeure offrant une gouvernance territoriale partenariale et une allocation efficiente des ressources. Elles promettent une proximité décisionnelle renforcée, une mutualisation des ressources et un cadre de concertation élargi. Cependant, les risques incluent la duplication des structures, la fragmentation des politiques et l'aggravation des inégalités territoriales.

5.2 Conditions de réussite d'une réforme différenciée et contextualisée

Pour assurer le succès des GST, plusieurs conditions prioritaires doivent être respectées :

- renforcement des capacités locales : Investir dans la formation, l'accompagnement technique et le développement d'outils décisionnels adaptés (Debie et al., 2022; Organisation mondiale de la Santé, 2024).
- clarification des responsabilités : Définir clairement les rôles entre administration centrale, agences déconcentrées et GST, notamment en matière de pilotage stratégique et de gestion opérationnelle (Saltman et al., 2007).
- réforme du financement : Mettre en place des mécanismes de péréquation fondés sur des critères objectifs (démographie, morbidité) afin de garantir l'équité territoriale (Costa-i-Font & Greer, 2013).
- pilotage intégré et partenarial : Instaurer des instances multi-acteurs, des dispositifs de suivi territorialisés et des outils partagés (Contandriopoulos et al., 2000; Denis et al., 2001).
- acceptabilité sociale et transformation culturelle : Promouvoir la communication, la reconnaissance locale et une culture de responsabilité et transparence (Bezes et al., 2011; Osborne, 2006).

5.3 Vers un modèle de gouvernance adapté aux spécificités marocaines

L'analyse des réformes internationales offre des enseignements précieux :

- Espagne : décentralisation forte avec coordination centrale nécessaire pour limiter les disparités (Saltman et al., 2007).
- France : Groupements Hospitaliers de Territoire favorisant la coopération entre établissements avec un établissement support central (Ministère de la Santé, 2016).
- Canada (Québec) : Réseaux Intégrés de Services de Santé avec gouvernance régionale forte et suivi par indicateurs populationnels (Marchildon et al., 2006).

Ces modèles réussis reposent sur une autonomie réelle au niveau régional, des mécanismes robustes de coordination verticale et des outils de pilotage orientés vers les besoins des populations.

5.4 Principes directeurs pour les GST au Maroc

Pour le contexte marocain, quatre principes clés sont proposés :

- territorialisation fondée sur les besoins : Diagnostic épidémiologique et socio-économique local (ex. : cartographie des maladies chroniques à TTA) pour guider l'allocation des ressources.
- autonomie de gestion : Marges budgétaires et décisionnelles renforcées, avec des contrats de performance (réduction des délais d'accès aux soins spécialisés).
- évaluation participative : Implication des professionnels, usagers et élus via des comités d'évaluation, avec enquêtes de satisfaction trimestrielles.
- renforcement des capacités : Formation des gestionnaires (contrôle de gestion) et mise en place de systèmes d'information interopérables.

Conclusion

La mise en place des groupements sanitaires territoriaux, à travers le projet pilote de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma, représente une étape ambitieuse vers une gouvernance sanitaire territorialisée au Maroc. En s'appuyant sur les théories du management public et les expériences internationales, cette réforme identifie des conditions clés de succès : clarification des rôles, systèmes d'évaluation robustes et gouvernance participative.

La mise en place des Groupements Sanitaires Territoriaux, à travers le projet pilote de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma, constitue une étape stratégique vers une gouvernance sanitaire territorialisée au Maroc. Les analyses récentes soulignent que le succès de cette réforme dépend de la clarification des rôles, de la mise en place de systèmes d'évaluation robustes et de la promotion d'une gouvernance participative (Baalla & Jellouli, 2025).

Les principes directeurs identifiés, territorialisation fondée sur les besoins, autonomie de gestion renforcée, évaluation participative et renforcement des capacités, offrent une feuille de route claire pour assurer l'équité et l'efficacité du système. Le GST TTA, en tant que laboratoire régional, pourrait servir de modèle pour une généralisation nationale, à condition que des investissements durables soient réalisés dans les ressources humaines, les infrastructures numériques et la coordination intersectorielle (Baalla & Jellouli, 2025).

Les principes directeurs proposés, territorialisation fondée sur les besoins, autonomie de gestion renforcée, évaluation participative et renforcement des capacités, offrent une feuille de route claire pour une réforme équitable et efficace. Le GST TTA, en tant que laboratoire, pourrait inspirer une généralisation nationale, à condition d'investir durablement dans les ressources humaines, les infrastructures numériques et la coordination intersectorielle.

Enfin, des recherches futures, basées sur l'analyse empirique des résultats du GST TTA, seront nécessaires pour valider ces recommandations et mesurer leur impact sur l'équité territoriale et la performance globale du système de santé marocain.

Bibliographie

- Adandjesso, K. E. A. (2024). L'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé au Québec: Entre modèle patient partenaire et gouvernance intersectorielle: *La Revue Des Sciences de Gestion*, N° 327(1), 31–41. <https://doi.org/10.3917/rsg.327.0031>
- Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2007). *Management control systems* (12th ed). McGraw-Hill/Irwin.
- Baalla, A., & Jellouli, T. (2025). Gouvernance territoriale et performance des services de santé: Perspectives pour les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc. *European Scientific Journal, ESJ*, 21(22), 185. <https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n22p185>
- Baalla, A., & Jellouli, T. (2025). *Le management des ressources humaines dans les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc: Une réforme anticipative pour une gouvernance durable*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.16973255>
- Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/014920639101700108>
- Benz, A., & Papadopoulos, I. (Eds). (2006). *Governance and Democracy* (0 edn). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203086162>
- Berraho, M., El Harch, I., Benmaamar, S., Maiouak, M., & Hachri, H. (2023). *Morocco: A primary health care case study in the context of the COVID-19 pandemic*. <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/morocco-a-primary-health-care-case-study-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>
- 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>
- Bezes, P., Demazière, D., Bianic, T. L., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., Pierru, F., & Evetts, J. (2011). New Public Management et professions dans l'État: Au-delà des oppositions, quelles recompositions? *Sociologie Du Travail*, 53(3), 293–348. <https://doi.org/10.4000/sdt.8348>
- Borel, L. (2024). *Le double changement: du concept au modèle d'action managériale. Le cas du pilotage de la transformation des organisations territoriales de santé par les Agences régionales de santé, à travers la réforme des Dispositifs d'appui à la coordination* [Doctoral dissertation]. Université Paris-Saclay.
- Bossert, T. J. (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. <https://doi.org/10.1093/heapol/17.1.14>

- Breton, M., Brousselle, A., Boivin, A., & Lamothe, L. (2014). *Réformer la gouvernance des systèmes de santé: Vers des réseaux intégrés de services*. Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). [Evaluation in the health sector: Concepts and methods]. *Revue D'épidemiologie Et De Sante Publique*, 48(6), 517–539.
- Costa-i-Font, J., & Greer, S. L. (Eds). (2013). *Federalism and decentralization in European health and social care*. Palgrave Macmillan.
- Darmstadt, G. L., Al Jaifi, N. H., Arif, S., Bahl, R., Blennow, M., Cavallera, V., Chou, D., Chou, R., Comrie-Thomson, L., Edmond, K., Feng, Q., Riera, P. F., Grummer-Strawn, L., Gupta, S., Hill, Z., Idowu, A. A., Kenner, C., Kirabira, V. N., Klinkott, R., ... Yunis, K. (2023). New World Health Organization recommendations for care of preterm or low birth weight infants: Health policy. *eClinicalMedicine*, 63, 102155. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102155>
- Debie, A., Khatri, R. B., & Assefa, Y. (2022). Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: A narrative review and synthesis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00858-7>
- Demeestère, René. (2005). *Le contrôle de gestion dans le secteur public* (2e éd). LGDJ.
- Denis, J.-L., Lamothe, L., & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809–837. <https://doi.org/10.2307/3069417>
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency Theory: An Assessment and Review. *The Academy of Management Review*, 14(1), 57. <https://doi.org/10.2307/258191>
- García-Armesto, S., Begoña Abadía-Taira, M., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., & Bernal-Delgado, E. (2010). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(4), 1–295, xix–xx.
- Getch, S. E., & Lute, R. M. (2019). Advancing Integrated Healthcare: A Step by Step Guide for Primary Care Physicians and Behavioral Health Clinicians. *Missouri Medicine*, 116(5), 384–388.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Polity Press.
- Haut-Commissariat au Plan. (2023). *Les indicateurs sociaux du Maroc: Édition 2023* (pp. 171–172). Haut-Commissariat au Plan.

- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- 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. [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *Using the balanced scorecard as a strategic management system*. 74(1), 75–85.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–52, 54, 56-61 passim.
- Khider, A. E., & Imichoui, H. (2020). La régionalisation, nouveau mode de gouvernance du système de santé: État des lieux pour le cas du Maroc. *European Scientific Journal, ESJ*, 16(16), 154. <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n16p154>
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1976). *Organization and environment: Managing differentiation and integration* (6. print). Grad. School of Business Administration, Harvard Univ.
- Marchildon, G. P., Mossialos, E., & Allin, S. (with European Observatory on Health Systems and Policies). (2006). *Health systems in transition: Canada*. University of Toronto Press.
- Mausolff, C., & Spence, J. (2008). Performance Measurement and Program Effectiveness: A Structural Equation Modeling Approach. *International Journal of Public Administration*, 31(6), 595–615. <https://doi.org/10.1080/01900690701640929>
- Mintzberg, H. (1991). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice Hall.
- Organisation mondiale de la Santé. (2024). *Rapport d'activité 2022-2023 du Bureau de l'OMS au Maroc*. Bureau régional de la Méditerranée orientale. <https://applications.emro.who.int/docs/9789292742478-fre.pdf>
- Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance?¹. *Public Management Review*, 8(3), 377–387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>
- Pollitt, C. (2017). *Public management reform: A comparative analysis - into the age of austerity* (Fourth edition). Oxford University Press.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford University Press Oxford. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199268481.001.0001>
- 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/10.1108/17410400710731446>

Royaume Du Maroc, Bulletin Officiel n° 5964 bis. Loi-cadre relative à la Constitution du Royaume du Maroc (2011).

Royaume Du Maroc, Bulletin Officiel No. 7151 Loi cadre 06-22 relative au système national de santé (2022).

Royaume Du Maroc, Official Bulletin No. 7213 Loi 08-22 relative à la création des groupements sanitaires territoriaux (2023).

Saltman, R. B., & Bankauskaite, V. (2006). Conceptualizing decentralization in European health systems: A functional perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 1(2), 127–147. <https://doi.org/10.1017/S1744133105001209>

Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbæk, K. (Eds). (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. Open Univ. Press.

Smith, R. W., Jarvis, T., Sandhu, H. S., Pinto, A. D., O'Neill, M., Di Ruggiero, E., Pawa, J., Rosella, L., & Allin, S. (2023). Centralization and integration of public health systems: Perspectives of public health leaders on factors facilitating and impeding COVID-19 responses in three Canadian provinces. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 127, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.011>

Stenner, K., Edwards, J., Mold, F., Otter, S., Courtenay, M., Moore, A., & Carey, N. (2018). Medicines management activity with physiotherapy and podiatry: A systematic mixed studies review. *Health Policy*, 122(12), 1333–1339. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.004>

Swyngedouw, E. (2005). Governance Innovation and the Citizen: The Janus Face of Governance-beyond-the-State. *Urban Studies*, 42(11), 1991–2006. <https://doi.org/10.1080/00420980500279869>

Vos, A. A., Van Veen, M. J., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E. A., & Bonsel, G. J. (2015). An instrument for broadened risk assessment in antenatal health care including non-medical issues. *International Journal of Integrated Care*, 15(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.1512>

Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, 5(2), 171–180. <https://doi.org/10.1002/smj.4250050207>

World Health Organization. (2024). *Rapport de Situation Sur la Santé Bucco-Dentaire Dans le Monde: Vers la Couverture Sanitaire Universelle Pour la Santé Bucco-dentaire d'ici à 2030. Résumé Pour la Région Africaine* (1st ed). World Health Organization.