



**HAL**  
open science

## **Territorial Health Groups in Morocco: A Reform Lever for Performant and Integrated Health System Governance**

Ibtissam El Akrary, Asmaa Mesrar, Wijdane Chfira, Omar Tazmaite, Amine Dafir,  
Fatima Zahra Dahmani

### ► **To cite this version:**

Ibtissam El Akrary, Asmaa Mesrar, Wijdane Chfira, Omar Tazmaite, Amine Dafir, et al.. Territorial Health Groups in Morocco: A Reform Lever for Performant and Integrated Health System Governance. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 2026, 7 (3), <10.5281/zenodo.18683417>. <hal-05525588>

**HAL Id: hal-05525588**

**<https://hal.science/hal-05525588v1>**

Submitted on 24 Feb 2026

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

## Les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc : un levier de réforme pour une gouvernance performante et intégrée du système de santé

### Territorial Health Groups in Morocco: A Reform Lever for Performant and Integrated Health System Governance

**Ibtissam EL AKRANY, (Doctorante chercheuse)**

Laboratoire de Modélisation Appliquée à l'Economie et la Gestion, MAEGE.  
 Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales AIN SEBAA.  
 Université Hassan II de Casablanca Maroc

**Asmaa MESRAR, (Maître de conférences Habilité)**

Laboratoire de Modélisation Appliquée à l'Economie et la Gestion, MAEGE.  
 Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales AIN SEBAA  
 Université Hassan II de Casablanca, Maroc

**Wijdane CHFIRA, (Doctorante chercheuse)**

Laboratoire de Modélisation Appliquée à l'Economie et la Gestion, MAEGE.  
 Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales AIN SEBAA.  
 Université Hassan II de Casablanca Maroc

**Omar TAZMAITE, (Doctorant chercheur)**

Laboratoire de recherche sur la nouvelle économie et développement, LARNED  
 Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales AIN SEBAA  
 Université Hassan II de Casablanca, Maroc

**Amine DAFIR, (Professeur de l'Enseignement Supérieur - PES)**

Laboratoire de recherche sur la nouvelle économie et développement, LARNED  
 Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales AIN SEBAA  
 Université Hassan II de Casablanca, Maroc

**Fatima Zahra DAHMANI, (Doctorante chercheuse)**

Laboratoire des produits végétaux, animaux et agro-industrie  
 Faculté des sciences Ibn Tofaïl, Kénitra  
 Université Ibn Tofaïl, Maroc

<b>Adresse de correspondance :</b>	Faculté des sciences Juridiques, Économiques et Sociales Ain Sebaa. Université Hassan II Casablanca. Maroc
<b>Déclaration de divulgation :</b>	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude. Ils assument l'entière responsabilité de tout éventuel plagiat, de l'usage de l'intelligence artificielle dans la rédaction, ainsi que des résultats présentés dans cet article.
<b>Conflit d'intérêts :</b>	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
<b>Citer cet article</b>	EL AKRANY, I., MESRAR, A., CHFIRA, W., TAZMAITE, O., DAFIR, A., & DAHMANI, F. Z. (2026). Les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc : un levier de réforme pour une gouvernance performante et intégrée du système de santé. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 7(3), 158–177. <a href="https://doi.org/10.5281/zenodo.18683417">https://doi.org/10.5281/zenodo.18683417</a>
<b>Licence</b>	<b>Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND</b>

Received: 21/08/2025

Accepted: 21/02/2026

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 7, Issue 03 (2026)

[www.ijafame.org](http://www.ijafame.org)

## **Les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc : un levier de réforme pour une gouvernance performante et intégrée du système de santé**

### **Résumé :**

La réforme du système de santé marocain portée par la loi-cadre n° 06-22 a instauré les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) pour répondre aux limites structurelles du modèle précédent : fragmentation institutionnelle, inégalités territoriales, déficit de coordination entre niveaux de soins et faiblesse des systèmes d'information. Cette étude examine le cas du GST Tanger–Tétouan–Al Hoceima, région pilote caractérisée par une forte hétérogénéité socio-géographique et par des déficits persistants en ressources humaines spécialisées, en accessibilité physique aux soins et en infrastructures hospitalières. La méthodologie repose sur une analyse documentaire qualitative approfondie portant sur 43 sources : textes législatifs, décret constitutif, rapports institutionnels nationaux (Plan Santé 2025, Comptes Nationaux de la Santé, Santé en chiffres), publications internationales (OMS, Banque mondiale, BAD) et documents internes du GST TTA. Un codage thématique a permis d'identifier les mécanismes organisationnels, les bénéfices observés et les contraintes.

Les résultats montrent des avancées en matière de structuration fonctionnelle, de clarification des responsabilités et de coordination multi-niveaux, mais également des limites importantes : complexité organisationnelle, compétences managériales insuffisantes, faible interopérabilité des systèmes d'information. Ces constats débouchent sur trois axes d'amélioration : renforcement managérial, transformation numérique et gouvernance participative.

**Mots clés :** Gouvernance territoriale, Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), Réforme du système de santé, Management public, Soins intégrés.

**JEL Classification :** I18, M12

**Type du papier :** Recherche Théorique

### **Abstract:**

The reform of the Moroccan health system introduced by Framework Law No. 06-22 established Territorial Health Groups (GST) to address the structural limitations of the previous model namely institutional fragmentation, territorial inequalities, weak coordination across levels of care, and underdeveloped information systems. This study examines the case of the Tangier–Tetouan–Al Hoceima GST, a pilot region characterized by pronounced socio-geographical heterogeneity and persistent deficits in specialized human resources, physical accessibility to care, and hospital infrastructure. The methodology is based on an in-depth qualitative documentary analysis of 43 sources, including legislative texts, the organizational decree, national institutional reports (Health Plan 2025, National Health Accounts, Health in Figures), international publications (WHO, World Bank, AfDB), and internal documentation from the TTA GST. A thematic coding procedure was used to identify organizational mechanisms, observed benefits, and constraints.

The results reveal progress in functional structuring, clarification of institutional responsibilities, and multi-level coordination, while also underscoring significant limitations: organizational complexity, insufficient managerial capabilities, and limited interoperability of information systems. These findings lead to three strategic areas for improvement: managerial strengthening, digital transformation, and participatory governance.

**Keywords:** Territorial governance, Territorial Health Groups (THG), Health system reform, Public management, Integrated care.

**Classification JEL:** I18, M12

**Paper type:** Theoretical Research

## 1. Introduction

Les réformes des systèmes de santé constituent aujourd'hui un champ majeur de réflexion en politiques publiques, tant en raison de la complexification des besoins sanitaires que de la nécessité croissante de garantir une équité d'accès aux soins dans des contextes socio-économiques en mutation rapide (Saltman, Bankauskaite & Vrangbæk, 2007). À l'échelle internationale, les transformations contemporaines visent à renforcer l'intégration des services, à améliorer la coordination interinstitutionnelle et à accroître la capacité des structures publiques à répondre aux exigences de performance, de transparence et de participation citoyenne (Pollitt & Bouckaert, 2017). L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2007) souligne d'ailleurs que les systèmes de santé les plus résilients reposent sur des modes de gouvernance territorialisés, capables de mobiliser les ressources locales, d'articuler les différents niveaux de soins et d'assurer une continuité cohérente des parcours patients.

Au Maroc, le système national de santé a longtemps été décrit comme fragmenté et marqué par de fortes inégalités territoriales. Plusieurs rapports institutionnels, dont ceux de la Banque africaine de développement (2021) et du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2021), mettent en évidence des disparités d'infrastructures, une distribution inégale du personnel de santé, une coordination limitée entre établissements et une faiblesse du pilotage stratégique, en particulier au niveau régional. C'est dans ce contexte qu'a émergé une réforme majeure : la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, adoptée en 2022 et complétée par les lois n° 08-22 et 09-22, a instauré les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST). Ces groupements constituent désormais la pierre angulaire d'une gouvernance sanitaire régionalisée visant à intégrer les soins, mutualiser les ressources et renforcer la responsabilité territoriale en matière de performance et d'équité.

Les GST se présentent comme des établissements publics régionaux dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils ont pour mission de coordonner l'ensemble des activités sanitaires sur un territoire donné, d'organiser les parcours de soins, de rationaliser la planification et de renforcer les capacités d'action collective au niveau régional (Royaume du Maroc, 2022). Leur création s'inscrit dans une dynamique internationale plus large : on observe en France l'émergence des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), au Canada les Réseaux locaux de services, et dans plusieurs pays européens la montée en puissance des modèles d'intégration territoriale visant à réduire la fragmentation organisationnelle et améliorer les résultats de santé (Berland, 2018 ; Contandriopoulos, 2004 ; Durán et al., 2006). Le Groupement Sanitaire Territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceima (GST TTA), objet de la présente étude, occupe une position stratégique dans la mise en œuvre de cette réforme. Première région désignée comme zone pilote, elle rassemble plus de 2,6 millions d'habitants répartis entre des pôles urbains dynamiques (Tanger, Tétouan), des zones rurales enclavées et des territoires montagneux où l'accessibilité aux soins demeure complexe. Cette diversité territoriale génère des besoins sanitaires fortement différenciés et renforce la pertinence d'un modèle organisationnel capable d'adapter les ressources et les dispositifs de soins aux contraintes locales. De plus, la décision constitutive du GST TTA offre un schéma organisationnel détaillé (pôles stratégiques, directions fonctionnelles, niveaux de soins et mécanismes de coordination) qui en fait un terrain d'analyse particulièrement riche pour appréhender les logiques de gouvernance territoriale en santé au Maroc.

Sur le plan théorique, l'analyse du GST TTA mobilise trois cadres conceptuels complémentaires.

Premièrement, le New Public Management (NPM) propose une lecture axée sur la performance, la reddition de comptes et l'introduction d'outils de pilotage inspirés du secteur privé (Hood, 1991). Dans le domaine de la santé, ces principes se traduisent par la mise en œuvre de systèmes d'information performants, l'instauration de procédures d'audit, la

clarification des responsabilités et l'amélioration de l'efficacité opérationnelle. Le GST TTA intègre explicitement ces logiques dans ses structures : direction des systèmes d'information, division de l'audit et de la qualité, pôle de gouvernance générale, etc.

Deuxièmement, la théorie de la contingence (Donaldson, 2001) souligne que l'efficacité d'une structure dépend de son alignement avec les caractéristiques de son environnement. Dans un territoire marqué par des contrastes géographiques, socio-économiques et sanitaires, l'adéquation entre l'organisation du GST et les spécificités locales constitue un enjeu central. La contingence éclaire ainsi la manière dont les mécanismes de coordination inter-niveaux, la mutualisation des ressources et l'autonomie régionale peuvent répondre aux défis particuliers du Nord du Maroc.

Troisièmement, le modèle des soins intégrés permet d'appréhender la nécessité d'une articulation cohérente entre soins primaires, secondaires et tertiaires (Valentijn et al., 2013). Ce modèle insiste sur l'importance de la continuité clinique, de la coordination administrative et de la gouvernance partagée, éléments essentiels pour réduire la fragmentation des services. Dans le cas du GST TTA, les dispositifs de coordination (comités médicotéchniques, structures de référence, circuits d'articulation entre niveaux ) constituent des leviers centraux pour assurer la continuité des parcours.

Bien que les GST aient suscité plusieurs analyses juridiques et institutionnelles récentes (Lahdab & Rahmouni, 2025 ; Errabai, 2024), la littérature demeure fortement descriptive et se concentre principalement sur la présentation des dispositifs réglementaires. À ce jour, aucune étude n'a analysé de manière systématique la configuration organisationnelle d'un GST à partir de sa décision constitutive, ni évalué les tensions, défis et leviers inhérents à sa mise en œuvre. Ce manque est d'autant plus notable que le passage d'une structure centralisée vers une gouvernance territoriale implique des transformations complexes touchant à la coordination, au pilotage, à la répartition des ressources, aux compétences managériales et aux infrastructures numériques.

Ce constat fait émerger un gap théorique et empirique :

- D'une part, la compréhension des GST reste limitée à une lecture normative des textes, sans exploration analytique de leurs mécanismes internes ;
- D'autre part, l'articulation entre NPM, contingence et intégration des soins n'a pas encore été mobilisée pour analyser les dispositifs marocains de gouvernance territoriale ;
- Enfin, aucune étude n'a examiné comment la configuration réelle d'un GST peut influencer les conditions de performance, d'équité et de coordination.

La présente recherche vise à combler ce manque en proposant une analyse documentaire thématique du GST TTA, appuyée sur les textes constitutifs, rapports institutionnels, documents stratégiques nationaux et publications internationales. Le choix méthodologique s'inscrit dans la logique d'une étude de cas qualitative (Yin, 2018), particulièrement pertinente pour analyser un dispositif en phase de déploiement, dont les effets concrets ne peuvent encore être mesurés empiriquement sur le terrain. Cette approche permet d'examiner en profondeur la configuration organisationnelle, de comprendre les logiques institutionnelles, d'identifier les mécanismes de coordination et de faire émerger les tensions structurelles.

Au regard de ces éléments, la problématique de cette étude est formulée ainsi : Dans quelle mesure la configuration organisationnelle du GST Tanger-Tétouan-Al Hoceïma permet-elle de répondre aux objectifs de performance, de coordination et d'équité définis par la réforme du système national de santé ?

L'article poursuit deux objectifs principaux :

1. Analyser les leviers organisationnels, les mécanismes de coordination et les tensions identifiées dans la structuration du GST TTA ;

## 2. Identifier les conditions de réussite susceptibles d'influencer la mise en œuvre future des GST à l'échelle nationale.

L'article est organisé de la manière suivante. La section 2 développe le cadre théorique mobilisé et propose une revue de littérature structurée autour des modèles de gouvernance territoriale, du New Public Management, de la théorie de la contingence et du modèle des soins intégrés.

La section 3 décrit en détail la méthodologie adoptée, fondée sur une analyse documentaire thématique appliquée aux textes législatifs, rapports institutionnels et références internationales. La section 4 présente les résultats de l'analyse et en offre une discussion critique en les confrontant aux apports du cadre théorique. La section 5 avance un ensemble de recommandations opérationnelles et stratégiques visant à renforcer l'efficacité des GST dans le contexte marocain. Enfin, la section 6 propose une conclusion synthétique rappelant les principaux enseignements, les limites de l'étude et les pistes de recherche futures.

## 2. Revue de littérature

La transformation des systèmes de santé s'inscrit aujourd'hui dans un mouvement global de recomposition des modes de gouvernance, marqué par la tension permanente entre impératifs de performance, exigences d'équité et nécessité d'une meilleure intégration des parcours de soins. Dans ce cadre, les réformes adoptées par de nombreux pays dont le Maroc avec l'instauration des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) mobilisent un ensemble de cadres théoriques visant à conceptualiser les déterminants de la performance organisationnelle et les dynamiques de coordination multi-niveaux. Toutefois, l'analyse de ces réformes révèle que chacune de ces approches propose une lecture partielle de la complexité des systèmes de santé, et qu'une compréhension exhaustive ne peut émerger que d'un dialogue critique et articulé entre ces perspectives. La présente revue de littérature propose ainsi un approfondissement des trois cadres retenus : le New Public Management (NPM), la théorie de la contingence et le modèle des soins intégrés, en mettant en lumière leurs fondements, leurs apports, leurs controverses, leurs limites, ainsi que leur articulation dans un cadre d'analyse systémique applicable au cas du GST Tanger-Tétouan-Al Hoceima.

### 2.1. Le New Public Management : entre promesse de modernisation et critiques structurelles

Depuis les années 1980, le New Public Management (Hood, 1991 ; Osborne & Gaebler, 1992) constitue l'un des paradigmes majeurs des réformes administratives. En introduisant les logiques de performance, de reddition de comptes, de contractualisation, d'autonomie managériale et d'alignement sur les méthodes du secteur privé, ce courant a profondément influencé les systèmes hospitaliers. Il a contribué à professionnaliser les directions, renforcer le pilotage financier, structurer les fonctions support et diffuser une culture de résultats (Pollitt & Bouckaert, 2017).

Dans le champ des systèmes de santé, le New Public Management (NPM) a contribué à plusieurs évolutions majeures largement documentées dans la littérature. Il a notamment favorisé une formalisation accrue des processus décisionnels, à travers la définition plus explicite des circuits de décision et des responsabilités organisationnelles. L'introduction de mécanismes de contrôle interne, d'évaluation de la performance et de reddition de comptes a également renforcé la capacité des organisations publiques de santé à piloter leurs activités selon des objectifs clairement identifiés. Par ailleurs, le NPM a encouragé la clarification des rôles institutionnels et la désignation d'autorités exécutives dotées de responsabilités formalisées, telles que les directeurs généraux, les pôles fonctionnels ou les unités de gestion. Ces apports expliquent la pertinence du recours au NPM dans l'analyse des Groupements

Sanitaires Territoriaux, en particulier pour comprendre l'autonomie accordée aux gestionnaires, la structuration matricielle en pôles spécialisés et la centralisation de certaines fonctions stratégiques telles que la gestion du capital humain, l'audit ou les systèmes d'information.

Cependant, cette perspective fait l'objet de débats théoriques et empiriques importants. L'un des principaux points de controverse concerne le phénomène de bureaucratisation paradoxale. Alors que le NPM se présente comme une réponse à l'excès de règles et de procédures, plusieurs travaux, notamment ceux de Dunleavy et al. (2006), montrent qu'il engendre souvent une inflation des indicateurs, une complexification des dispositifs de reporting et une multiplication des outils de pilotage. Dans le secteur de la santé, cette surcharge administrative peut détourner les professionnels de leurs missions cliniques et affecter la qualité de la prise en charge.

Une deuxième critique majeure renvoie à la tension normative entre performance et équité. Le NPM privilégie des indicateurs de performance mesurables, fréquemment quantitatifs, alors que les finalités fondamentales des systèmes de santé à savoir la continuité des soins, l'humanisation des pratiques et l'équité d'accès relèvent de dimensions difficilement quantifiables. Ferlie et Shortell (2001) soulignent que cette logique peut conduire à une priorisation des objectifs financiers ou gestionnaires au détriment de la cohérence clinique et de la qualité des parcours de soins.

Les limites du NPM apparaissent également de manière plus marquée dans le contexte des pays émergents. Les analyses comparatives de Pollitt (2017) montrent que les réformes inspirées du NPM rencontrent fréquemment des difficultés lorsqu'elles sont transposées dans des environnements institutionnels caractérisés par des capacités managériales inégales, des systèmes d'information peu intégrés et une instabilité organisationnelle persistante. Dans ces contextes, l'autonomie accrue des gestionnaires peut accentuer les asymétries de compétences et fragiliser la cohérence globale de l'action publique.

Enfin, plusieurs auteurs soulignent que la responsabilisation individuelle promue par le NPM peut entrer en contradiction avec les logiques collectives et interprofessionnelles qui fondent l'intégration des soins. En mettant l'accent sur la performance individuelle des unités ou des dirigeants, cette approche risque d'affaiblir les dynamiques de coopération entre professionnels, pourtant essentielles à la continuité et à la coordination des parcours de soins.

Ainsi, si le New Public Management offre des outils analytiques pertinents pour comprendre certains choix organisationnels du GST Tanger-Tétouan-Al Hoceima, son application strictement instrumentale apparaît insuffisante pour saisir la complexité territoriale, clinique et sociale du système de santé marocain. Une lecture plus nuancée, combinant performance, équité et coordination, s'avère nécessaire pour appréhender pleinement les enjeux de cette réforme.

## **2.2. La théorie de la contingence : une lecture adaptative, mais insuffisante pour saisir la complexité institutionnelle**

La théorie de la contingence, initialement formulée par Burns et Stalker (1961) puis systématisée par Donaldson (2001), repose sur l'idée selon laquelle il n'existe pas de structure organisationnelle universellement optimale, mais seulement des configurations plus ou moins adaptées à un environnement donné. L'efficacité organisationnelle résulterait ainsi d'un ajustement étroit entre la structure interne et un ensemble de contraintes externes, telles que le degré d'incertitude, la disponibilité des ressources, la complexité de l'environnement, la taille de l'organisation ou encore la nature des technologies mobilisées. Appliquée aux systèmes de santé, cette perspective permet d'expliquer la diversité des formes organisationnelles observées selon les territoires et les contextes, ainsi que la nécessité d'un ajustement permanent aux besoins différenciés des populations. Elle éclaire notamment la segmentation

des niveaux de soins, la différenciation fonctionnelle entre établissements et l'intérêt de structures plus souples dans les contextes caractérisés par des déficits d'infrastructures ou par un enclavement géographique.

Dans le cas du Groupement Sanitaire Territorial de Tanger–Tétouan–Al Hoceima, la lecture contingente apparaît particulièrement pertinente pour appréhender l'hétérogénéité socio-spatiale de la région. Celle-ci combine des espaces urbains densément peuplés, des zones rurales enclavées et des territoires montagneux, notamment dans le Rif, générant des contraintes différenciées en matière d'accessibilité aux soins, de disponibilité des ressources humaines spécialisées et de capacités hospitalières. La théorie de la contingence permet ainsi de justifier la nécessité d'une spécialisation différenciée des structures sanitaires, d'une organisation territorialisée des parcours de soins et d'une allocation flexible des ressources, en fonction des caractéristiques propres à chaque sous-territoire.

Cependant, l'application de la théorie de la contingence aux systèmes de santé soulève plusieurs limites conceptuelles importantes. L'une des critiques majeures tient à son caractère fondamentalement déterministe. En considérant l'organisation comme une simple réponse structurelle à un environnement donné, cette approche tend à sous-estimer la dimension politique des systèmes de santé, qui sont traversés par des jeux d'acteurs complexes, des rapports de pouvoir institutionnels, des cadres réglementaires contraignants et des identités professionnelles fortement ancrées. Or, ces dimensions jouent un rôle central dans la mise en œuvre effective des réformes sanitaires et ne peuvent être réduites à de simples variables environnementales.

Par ailleurs, la théorie de la contingence se révèle limitée pour analyser les dynamiques de changement institutionnel. Si elle éclaire les mécanismes d'adaptation progressive, elle peine à rendre compte des ruptures organisationnelles, des innovations managériales et des transformations profondes induites par des réformes structurelles telles que la création des Groupements Sanitaires Territoriaux. Dans ce sens, elle permet de comprendre pourquoi certaines structures s'ajustent à leur environnement, mais non comment les organisations développent une capacité de transformation volontaire face à des injonctions politiques et stratégiques.

Enfin, la contingence rencontre des difficultés conceptuelles lorsqu'elle est confrontée à des environnements multiples et parfois contradictoires, caractéristiques des systèmes de santé contemporains. Ces derniers sont simultanément soumis à des impératifs politiques, à des contraintes budgétaires, à des exigences cliniques, à des attentes citoyennes croissantes et à des pressions internationales liées aux normes et aux recommandations des organisations supranationales. En postulant un environnement relativement homogène, la théorie de la contingence limite sa capacité à appréhender cette pluralité d'influences et les tensions qu'elle génère au sein des organisations sanitaires.

Ainsi, si la théorie de la contingence constitue un cadre analytique indispensable pour comprendre la nécessité d'ajustements territorialisés dans les Groupements Sanitaires Territoriaux, elle demeure insuffisante pour saisir pleinement la complexité institutionnelle et politique des réformes sanitaires. Son apport gagne à être articulé à des approches plus systémiques et intégratives, capables de rendre compte à la fois des dynamiques de pouvoir, des processus de transformation organisationnelle et des exigences de coordination propres aux systèmes de santé.

### **2.3. Le modèle des soins intégrés : un cadre systémique puissant, mais confronté à de fortes limites de mise en œuvre**

Le modèle des soins intégrés s'est progressivement imposé comme l'un des cadres de référence majeurs des réformes contemporaines des systèmes de santé visant à dépasser la fragmentation organisationnelle et fonctionnelle des services. Initialement conceptualisé par

Kodner et Spreeuwenberg (2002), puis formalisé de manière systémique par Valentijn et ses collègues (2013), ce modèle repose sur l'idée que la performance globale d'un système de santé ne peut être atteinte sans une coordination étroite et multidimensionnelle des acteurs, des structures et des processus. Contrairement aux approches purement structurelles, les soins intégrés proposent une vision holistique articulant simultanément les dimensions cliniques, professionnelles, organisationnelles, fonctionnelles, systémiques et normatives, dans une logique de continuité du parcours de soins centrée sur le patient. Cette approche est également soutenue par les travaux de Shaw, Rosen et Rumbold (2011), qui soulignent que l'intégration constitue moins une réforme organisationnelle ponctuelle qu'un processus dynamique de coordination inter-niveaux et interprofessionnelle.

Dans cette perspective, l'intégration est conçue comme un continuum reliant la coordination clinique des prises en charge, la collaboration entre professionnels, la structuration organisationnelle des établissements, l'unification des fonctions supports et des systèmes d'information, ainsi que l'alignement des cadres réglementaires et des valeurs professionnelles. Shortell et al. (2015) insistent sur le fait que l'efficacité des soins intégrés dépend autant des mécanismes formels de coordination que de la construction progressive d'une culture partagée orientée vers la coopération et la responsabilité collective. Cette dimension normative est centrale, car elle conditionne l'appropriation des dispositifs intégrés par les acteurs de terrain.

Appliqué au cas du Groupement Sanitaire Territorial de Tanger-Tétouan-Al Hoceïma, le modèle des soins intégrés offre une grille de lecture particulièrement pertinente pour comprendre les choix organisationnels opérés. La structuration multi-niveaux des services de santé, l'articulation entre soins primaires, secondaires et tertiaires, la création de pôles fonctionnels transversaux et la mutualisation des fonctions support traduisent une volonté explicite de renforcer l'intégration verticale et horizontale du système régional de santé. Dans cette logique, le GST TTA s'inscrit dans une dynamique comparable à celles observées dans les expériences françaises des Groupements Hospitaliers de Territoire (Berland, 2018) ou des réseaux locaux de services de santé au Canada (Contandriopoulos, 2004), où l'intégration vise à améliorer la continuité des soins, la lisibilité du système pour les usagers et l'efficacité de l'allocation des ressources.

Toutefois, la littérature internationale souligne de manière convergente l'existence d'un écart récurrent entre l'intégration prescrite par les réformes et l'intégration effectivement réalisée dans les pratiques professionnelles. Plusieurs études empiriques montrent que la création de structures intégrées ne garantit pas, à elle seule, une transformation des modes de coopération entre acteurs (Shaw et al., 2011 ; Ferlie & Shortell, 2001). Cet écart est particulièrement marqué dans les contextes où les systèmes d'information demeurent fragmentés et faiblement interopérables, limitant la circulation de l'information clinique et la coordination des parcours de soins. Sans une infrastructure numérique robuste, l'intégration fonctionnelle reste largement formelle et peine à produire des effets tangibles sur la qualité des soins.

Par ailleurs, les soins intégrés se heurtent à des résistances professionnelles importantes, liées à la redéfinition des rôles, à la remise en cause des frontières disciplinaires et à la nécessité d'une coopération interprofessionnelle renforcée. Comme le soulignent Currie et al. (2012), les identités professionnelles, en particulier médicales, demeurent fortement sectorisées, ce qui complique l'appropriation des dispositifs intégrés et peut générer des tensions organisationnelles. Ces résistances sont d'autant plus marquées dans les systèmes de santé historiquement centralisés et hiérarchisés, où les logiques de spécialisation ont longtemps prévalu sur les approches collaboratives.

Enfin, le déploiement effectif des soins intégrés implique un coût organisationnel et institutionnel élevé. La coordination multi-niveau, la standardisation des procédures, la formation continue des professionnels et la mise en place de dispositifs de gouvernance

partagée nécessitent des investissements financiers, humains et technologiques importants. Plusieurs travaux soulignent que ces exigences constituent un obstacle majeur dans les systèmes de santé des pays émergents, caractérisés par des contraintes budgétaires, des capacités managériales inégales et des infrastructures numériques encore en développement (Saltman et al., 2007 ; Pollitt & Bouckaert, 2017).

Ainsi, si le modèle des soins intégrés fournit un cadre normatif et analytique particulièrement pertinent pour comprendre l'ambition organisationnelle des Groupements Sanitaires Territoriaux, son effectivité demeure conditionnée par un ensemble de facteurs institutionnels, technologiques et culturels. Dans le cas du GST TTA, ce modèle éclaire la logique de structuration et de coordination recherchée, mais il ne peut être mobilisé de manière isolée. Son apport analytique gagne à être articulé aux approches du management public et de la contingence afin de saisir pleinement les tensions entre performance, adaptation territoriale et intégration clinique dans le contexte spécifique du système de santé marocain.

#### **2.4. Vers une articulation théorique : un cadre hybride pour appréhender les GST**

La littérature contemporaine en management public et en politiques de santé converge vers un constat largement partagé : aucun cadre théorique pris isolément ne permet de saisir pleinement la complexité des réformes sanitaires contemporaines (Pollitt & Bouckaert, 2017 ; Ferlie & Shortell, 2001). Ni le New Public Management, ni la théorie de la contingence, ni le modèle des soins intégrés ne suffisent, à eux seuls, à rendre compte des dynamiques organisationnelles, institutionnelles et cliniques à l'œuvre dans les systèmes de santé en transition. En revanche, leur articulation offre une grille de lecture plus robuste, particulièrement pertinente pour l'analyse de dispositifs hybrides tels que les Groupements Sanitaires Territoriaux dans le contexte marocain.

Le New Public Management apporte une lecture institutionnelle et managériale des réformes, en mettant l'accent sur la structuration des dispositifs de gouvernance, la clarification des responsabilités, l'autonomisation des gestionnaires et l'introduction d'outils de pilotage de la performance (Hood, 1991 ; Osborne & Gaebler, 1992). Dans le cas des GST, cette perspective éclaire la création de pôles fonctionnels, la centralisation de certaines fonctions stratégiques et la formalisation des architectures décisionnelles. Toutefois, comme le soulignent Pollitt et Bouckaert (2017), ces mécanismes produisent des effets différenciés selon les contextes institutionnels et territoriaux.

C'est précisément à ce niveau qu'intervient la théorie de la contingence, qui souligne que l'efficacité organisationnelle dépend de l'adéquation entre les structures et leur environnement (Burns & Stalker, 1961 ; Donaldson, 2001). Appliquée au GST TTA, cette approche met en évidence le rôle déterminant de l'hétérogénéité socio-spatiale, des disparités en ressources humaines et des contraintes géographiques dans la configuration et le fonctionnement du dispositif.

Le modèle des soins intégrés complète ces deux lectures en introduisant une perspective systémique centrée sur la coordination clinique et organisationnelle. Les travaux de Kodner et Spreeuwenberg (2002) ainsi que ceux de Valentijn et al. (2013) rappellent que la performance des systèmes de santé repose sur la continuité des parcours, la coopération interprofessionnelle et l'alignement des dimensions organisationnelles, fonctionnelles et normatives. Ce cadre permet ainsi de dépasser une approche strictement managériale en réintégrant les finalités cliniques et relationnelles de l'action sanitaire.

Toutefois, l'articulation de ces cadres met également en évidence des tensions théoriques bien documentées. Le NPM privilégie la performance mesurable et la standardisation des outils, tandis que les soins intégrés valorisent des dimensions qualitatives difficilement quantifiables (Ferlie & Shortell, 2001). De même, la logique d'adaptation locale défendue par la contingence peut entrer en tension avec les exigences d'homogénéisation portées par les

réformes managériales (Pollitt & Bouckaert, 2017). Enfin, la responsabilisation individuelle des gestionnaires, centrale dans le NPM, peut se heurter aux logiques collectives et interprofessionnelles nécessaires à l'intégration des soins (Valentijn et al., 2013).

Dans ce contexte, l'analyse du GST TTA gagne à mobiliser un cadre analytique hybride combinant une logique institutionnelle issue du New Public Management, une logique adaptative inspirée de la théorie de la contingence et une logique clinique et fonctionnelle portée par le modèle des soins intégrés. Cette articulation permet de saisir simultanément les leviers de gouvernance, les contraintes territoriales et les enjeux de coordination des soins, offrant ainsi une lecture plus fine des conditions de réussite et des limites structurelles de la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc.

### **3. Méthodologie de recherche**

La présente contribution s'inscrit dans une démarche qualitative interprétative reposant sur une revue de littérature narrative systématisée, combinée à une analyse documentaire thématique. Ce choix méthodologique découle de la nature même du phénomène étudié : la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) constitue une réforme institutionnelle récente, encore en cours de déploiement, dont l'état d'avancement ne permet pas la mobilisation de données empiriques directes telles que des entretiens, des observations ou des immersions. Dans ce contexte, l'analyse documentaire offre une assise méthodologique pertinente pour appréhender la structuration du GST TTA telle que prescrite par les textes officiels, tout en mobilisant les modèles théoriques contemporains du management public et des réformes sanitaires. La revue narrative, contrairement à une revue systématique au sens strict, permet d'intégrer des données institutionnelles, des textes juridiques, des travaux académiques, et des analyses comparatives internationales dans un cadre interprétatif souple, mais scientifiquement rigoureux (Snyder, 2019 ; Torraco, 2005). Ce dispositif méthodologique est spécifiquement recommandé pour les recherches portant sur des réformes émergentes ou des phénomènes organisationnels encore instables (Booth, Papaioannou & Sutton, 2012).

#### **3.1. Approche générale de la recherche**

La présente recherche adopte une approche qualitative interprétative, fondée sur l'analyse documentaire et la mobilisation de cadres théoriques issus du management public et des politiques de santé. L'objectif n'est pas de mesurer empiriquement l'efficacité opérationnelle du Groupement Sanitaire Territorial, ce qui supposerait la disponibilité de données de terrain encore limitées à ce stade de la réforme, mais d'interpréter la logique organisationnelle prescrite, la cohérence structurelle du dispositif et les mécanismes institutionnels sur lesquels repose sa conception. Cette posture s'inscrit dans une démarche abductive en sciences de gestion, permettant un aller-retour itératif entre les cadres théoriques et le matériau documentaire afin de construire une compréhension analytique du phénomène étudié (Dubois & Gadde, 2002).

L'analyse repose principalement sur l'exploitation approfondie de documents législatifs, réglementaires et institutionnels, considérés comme des artefacts organisationnels traduisant la vision normative et stratégique de la réforme. Conformément aux travaux de Bowen (2009), ces documents constituent une source pertinente pour analyser les mécanismes de gouvernance, de coordination et de répartition fonctionnelle prescrits dans les organisations publiques. L'approche adoptée est ainsi théorico-interprétative : la structuration du GST TTA est analysée à travers trois cadres conceptuels complémentaires, le New Public Management, la théorie de la contingence et le modèle des soins intégrés, afin de produire une lecture multidimensionnelle du dispositif.

Ce choix méthodologique est cohérent avec les recommandations de Creswell et Poth (2018), qui soulignent la pertinence des analyses documentaires thématiques lorsque l'objet de recherche relève d'un cadre institutionnel en transformation ou lorsque les données primaires ne sont pas encore accessibles.

### **3.2. Constitution du corpus documentaire**

Le corpus documentaire mobilisé dans cette recherche est composé de 46 documents sélectionnés selon des critères méthodologiques visant à garantir la validité et la robustesse de l'analyse. Il regroupe, en premier lieu, des sources institutionnelles et juridiques comprenant la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, les lois n° 08-22 et n° 09-22 relatives aux Groupements Sanitaires Territoriaux, les décrets d'application publiés entre 2022 et 2025, ainsi que la décision constitutive et l'organigramme officiel du GST TTA. Ces documents sont complétés par des rapports statistiques et stratégiques du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, ainsi que par des données produites par des organisations internationales telles que l'OMS, la Banque mondiale, la Banque africaine de développement et l'Observatoire National du Développement Humain (ONDH).

En second lieu, le corpus intègre une littérature scientifique nationale et internationale évaluée par les pairs, portant sur la gouvernance territoriale en santé, les réformes hospitalières comparées (France, Italie, Espagne, Canada), le New Public Management (Hood, 1991 ; Pollitt & Bouckaert, 2017), la théorie de la contingence (Burns & Stalker, 1961 ; Donaldson, 2001) et les modèles de soins intégrés (Kodner & Spreuwenberg, 2002 ; Valentijn et al., 2013). Ces travaux permettent d'inscrire l'analyse du cas marocain dans des référentiels conceptuels reconnus.

Enfin, des sources de comparaison internationale ont été mobilisées afin d'éclairer les mécanismes organisationnels observés et de situer le dispositif étudié dans une perspective comparative, conformément aux recommandations méthodologiques de Dixon-Woods (2011) pour les analyses documentaires complexes portant sur des systèmes institutionnels.

### **3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion**

La sélection des documents s'est appuyée sur un protocole méthodologique explicite visant à garantir la pertinence, la crédibilité et la robustesse analytique du corpus retenu. Un premier critère d'inclusion concernait la pertinence thématique des sources, celles-ci devant entretenir un lien direct avec la gouvernance territoriale, les systèmes de santé ou la réforme sanitaire marocaine. Un second critère portait sur la crédibilité des sources, seules étant retenues les publications institutionnelles officielles et les travaux académiques évalués par les pairs. Un troisième critère tenait à l'actualité des documents, la période de publication ayant été volontairement élargie de 2000 à 2025 afin de couvrir à la fois les fondements théoriques des réformes managériales et les développements les plus récents relatifs aux Groupements Sanitaires Territoriaux. Enfin, un critère de complétude analytique a été appliqué, les documents sélectionnés devant apporter un contenu substantiel, qu'il s'agisse de cadres conceptuels, de données contextuelles ou d'éléments institutionnels pertinents.

Ont été exclus du corpus les documents non officiels, non vérifiables, redondants ou se limitant à une description factuelle sans apport analytique. Cette stratégie de sélection a permis d'atteindre une saturation documentaire progressive, entendue comme le point à partir duquel l'examen de nouvelles sources n'apportait plus d'éléments conceptuels ou interprétatifs significativement nouveaux, conformément aux recommandations formulées par Bowen (2009) dans le cadre des recherches qualitatives fondées sur l'analyse documentaire.

### **3.4. Stratégie d'analyse : analyse thématique documentaire**

L'analyse du corpus s'est appuyée sur une démarche d'analyse thématique, telle que définie

par Braun et Clarke (2006), adaptée au contexte spécifique d'une revue narrative et d'une analyse documentaire institutionnelle (Dixon-Woods et al., 2005). Cette démarche s'est déployée selon une séquence analytique structurée et progressive. Une première phase de familiarisation a consisté en une lecture intégrale et itérative des documents, accompagnée de prises de notes analytiques, de l'extraction des unités de sens et de l'élaboration d'une cartographie initiale des thèmes potentiels émergents du corpus.

La phase suivante a reposé sur un codage initial combinant deux logiques complémentaires. D'une part, un codage déductif a été mobilisé à partir des trois cadres théoriques structurants de la recherche : le New Public Management, la théorie de la contingence et le modèle des soins intégrés. D'autre part, un codage inductif a permis de faire émerger des catégories directement issues des textes analysés, telles que la mutualisation des fonctions, la gouvernance territoriale, l'autonomie organisationnelle, les contraintes en ressources humaines, l'interopérabilité des systèmes d'information ou encore la résilience organisationnelle. Ce double processus de codage a contribué à renforcer la profondeur analytique et la cohérence interprétative de l'analyse, conformément aux principes méthodologiques formulés par Corbin et Strauss (2014).

Dans une troisième étape, les codes ont été regroupés et organisés en trois thèmes analytiques transversaux : les fondements et caractéristiques structurelles du GST Tanger-Tétouan-Al Hoceima, les mécanismes d'intégration et de coordination inter-niveaux, et les défis institutionnels, technologiques et managériaux associés à la réforme. Ces thèmes reflètent les dimensions centrales du débat international relatif aux réformes territorialisées des systèmes de santé. Enfin, l'interprétation des résultats s'est appuyée sur une logique abductive, articulant de manière itérative les données documentaires et les cadres théoriques afin de dégager des relations conceptuelles, de mettre en évidence d'éventuelles tensions ou contradictions, et de proposer une lecture systémique du modèle organisationnel des Groupements Sanitaires Territoriaux. Cette phase interprétative constitue le cœur de la contribution scientifique de l'article.

### **3.5. Considérations éthiques et réflexivité**

Bien que la recherche ne mobilise pas de participants humains, une attention particulière a été portée aux dimensions éthiques et réflexives propres aux recherches qualitatives. La démarche s'est inscrite dans une éthique rigoureuse de la recherche documentaire, reposant sur l'utilisation exclusive de sources publiques, officielles et vérifiables. Une transparence méthodologique complète a été assurée par la description explicite du corpus, des critères de sélection et des techniques d'analyse mobilisées. Par ailleurs, une posture réflexive a été adoptée afin de reconnaître le caractère interprétatif de l'analyse et le risque inhérent de subjectivité associé à toute démarche qualitative.

Afin de limiter ces biais, plusieurs stratégies ont été mises en œuvre, notamment la triangulation des sources documentaires, la confrontation systématique des interprétations aux cadres théoriques mobilisés et la relecture croisée des extraits les plus significatifs du corpus. Ces précautions méthodologiques s'inscrivent pleinement dans les standards de l'« ethical qualitative inquiry » tels que définis par Tracy (2010).

### **3.6. Limites et portée de la démarche**

Comme toute recherche, la présente étude comporte certaines limites qu'il convient de souligner. En premier lieu, l'analyse repose exclusivement sur des données documentaires et porte sur un modèle organisationnel prescrit, sans permettre d'appréhender directement les modalités concrètes de mise en œuvre du Groupement Sanitaire Territorial ni les pratiques effectives des acteurs, lesquelles devront faire l'objet de recherches empiriques ultérieures. En second lieu, la démarche adoptée relève d'une revue narrative systématisée et non d'une revue systématique au sens strict, ce qui limite les possibilités de généralisation, mais autorise en

contrepartie une profondeur interprétative particulièrement adaptée à l'étude d'une réforme institutionnelle émergente. Enfin, la focalisation sur un seul GST, en tant que région pilote, restreint la portée empirique des résultats, lesquels doivent être envisagés comme des propositions analytiques transférables plutôt que comme des conclusions généralisables. Malgré ces limites, l'approche méthodologique adoptée permet de proposer une compréhension conceptuelle robuste, cohérente et théoriquement riche des mécanismes de gouvernance instaurés par la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux, offrant ainsi une base analytique solide pour de futures investigations empiriques à mesure que la réforme se déploiera à l'échelle nationale.

#### **4. Résultats et discussion**

L'analyse documentaire du Groupement Sanitaire Territorial de Tanger–Tétouan–Al Hoceima met en évidence un modèle institutionnel profondément transformateur, qui cherche à dépasser la fragmentation héritée du système antérieur pour instaurer une gouvernance sanitaire régionale intégrée. En tant que région pilote, le GST TTA constitue un laboratoire organisationnel où s'articulent des logiques de centralisation décisionnelle, de mutualisation des fonctions support, d'intégration des parcours de soins et de structuration de nouvelles capacités managériales. L'étude des données disponibles permet d'identifier à la fois les leviers de consolidation du modèle et les tensions inhérentes à toute réforme systémique d'ampleur nationale.

##### **4.1. Un modèle organisationnel intégrateur en émergence**

L'un des résultats majeurs concerne la reconfiguration de la gouvernance régionale. Le GST TTA introduit une structure de pilotage fortement centralisée, portée par un Directeur Général appuyé par un ensemble de directions stratégiques couvrant la planification sanitaire, la santé publique, les systèmes d'information, l'audit, la qualité, la formation et l'innovation. Cette architecture traduit une volonté d'assurer une cohérence verticale dans la prise de décision, conforme aux principes de coordination évoqués par Mintzberg (1983) et aux orientations du New Public Management (Hood, 1991), qui promeut l'autonomisation des entités publiques, la responsabilisation du management et l'objectivation des résultats. La création d'un comité consultatif et de mécanismes réguliers de concertation constitue un élément structurant de cette nouvelle fabrique décisionnelle, car elle assure un cadrage collectif des orientations stratégiques, des projets de soins, des ressources et des investissements.

Parallèlement à la gouvernance, le GST TTA met en place une intégration systémique des fonctions support, en réunifiant dans une même institution la gestion du capital humain, les affaires financières, les achats, la logistique, le patrimoine et la maintenance. Les analyses comparatives montrent que ce type de mutualisation favorise une réduction des redondances administratives, tout en améliorant la standardisation des pratiques et la visibilité régionale des ressources mobilisables. Contrairement à d'autres expériences internationales qui ont souvent procédé par étapes successives, la région pilote marocaine adopte une approche globale dès l'origine. Cela confère au modèle un avantage stratégique en termes de clarté structurelle et d'alignement organisationnel, mais introduit également un degré de complexité important qu'il faudra gérer sur le plan opérationnel.

Sur le plan clinique, la réforme vise l'intégration des parcours de soins en articulant explicitement les niveaux tertiaires, secondaire et primaire. Les établissements hospitaliers universitaires, les espaces sanitaires et les ESSP sont insérés dans une architecture régionale qui cherche à assurer la continuité des trajectoires de soins et la cohérence des filières. Cette organisation s'aligne sur les modèles d'intégration des soins décrits par Valentijn et al. (2013), pour lesquels la continuité des services repose sur une articulation stable entre les

niveaux, la fluidité des processus de référence et des mécanismes de coordination professionnelle. La présence de comités médicotextuels et de circuits de liaison contribue à institutionnaliser ces interactions, même si l'intégration fonctionnelle dépendra de la manière dont les acteurs s'approprient les outils mis à leur disposition et internaliseront de nouvelles routines collaboratives.

#### **4.2. Les tensions et défis d'une réforme systémique**

Bien que le GST TTA présente une architecture cohérente, son déploiement s'accompagne de tensions organisationnelles typiques des systèmes en transition. La multiplicité des directions, des missions et des niveaux de soins génère une complexité structurelle qui peut ralentir la prise de décision et créer des zones d'incertitude dans les responsabilités professionnelles. La littérature sur les réformes publiques intégrées souligne que la coexistence de logiques administratives, cliniques et managériales entraîne nécessairement des frictions dans les premières phases d'appropriation (Ferlie & Shortell, 2001). Les équipes doivent en effet s'adapter à de nouvelles frontières organisationnelles, à des normes de collaboration plus formalisées et à des mécanismes de reporting plus exigeants. Dans le cas du GST TTA, ces défis sont amplifiés par l'ampleur du territoire couvert et la diversité institutionnelle des établissements intégrés.

L'analyse révèle également que la disponibilité et la mobilisation des compétences managériales constituent un déterminant central de la réussite de la réforme. Les exigences du nouveau modèle (pilotage stratégique, maîtrise du contrôle de gestion, gouvernance territoriale, gestion de projet, leadership collaboratif, communication interne) nécessitent des compétences encore insuffisamment présentes dans certaines régions. La théorie de la contingence (Donaldson, 2001) rappelle que la structure organisationnelle ne produit ses effets que si elle est en adéquation avec les ressources humaines mobilisées. Les travaux récents menés dans le contexte marocain (El Akrany et al., 2025 ; Chfira et al., 2025) confirment que l'enjeu principal ne réside plus uniquement dans la conception institutionnelle, mais dans la capacité d'accompagnement, de formation et de professionnalisation du management territorial. Dans le GST TTA, les cadres doivent non seulement assumer de nouvelles responsabilités, mais également adopter des pratiques de gestion fondées sur la performance, la collaboration interprofessionnelle et l'innovation.

Un autre défi est lié au système d'information sanitaire régional. La création d'une plateforme intégrée représente une avancée majeure, car elle conditionne la coordination des parcours de soins, le suivi des politiques de santé publique et l'optimisation des ressources. Cependant, les données analysées montrent que cette infrastructure demeure en phase de construction : l'interopérabilité effective entre établissements reste partielle, l'harmonisation des logiciels exige du temps, et l'appropriation des outils numériques par les équipes nécessite une stratégie d'accompagnement soutenue. Les travaux de Contandriopoulos (2004) indiquent que l'intégration réelle ne peut être atteinte sans une fluidité dans la circulation de l'information. Cette exigence est d'autant plus forte que le GST TTA exerce des missions étendues : gestion des maladies chroniques, surveillance épidémiologique, suivi des urgences, pilotage de la performance, gestion des approvisionnements et formation.

#### **4.3. Mise en perspective internationale : la transférabilité des modèles intégrés**

La comparaison avec les réformes internationales éclaire les enjeux du GST TTA sans pour autant imposer des modèles de réplique. L'expérience française des Groupements Hospitaliers de Territoire montre que la mutualisation et la coordination clinique peuvent produire des gains significatifs de cohérence et de performance, mais uniquement si les établissements adhèrent collectivement au projet et si les relations professionnelles sont suffisamment stabilisées. Les premières analyses suggèrent que l'un des succès possibles du

GST TTA réside dans sa capacité à instaurer une dynamique collaborative régionale, soutenue par une vision politique claire et une architecture juridique unifiée.

Le cas canadien révèle une autre dimension : l'intégration réussie dépend de l'alignement entre objectifs stratégiques, ressources mobilisées et capacités institutionnelles. Les réformes y ont montré que l'amélioration de l'accès aux soins ou de la coordination exige une articulation fine entre les orientations nationales et les marges de manœuvre locales, ainsi qu'une continuité dans le soutien institutionnel. Cette leçon est pertinente pour le Maroc dans la phase de généralisation des GST.

Les exemples espagnol et italien montrent quant à eux que la territorialisation des soins peut produire des gains en équité et en pertinence des interventions, mais qu'elle nécessite une forte flexibilité organisationnelle et un investissement important dans la formation des managers territoriaux. Ces systèmes rappellent que l'intégration n'est jamais un processus linéaire : elle dépend de la capacité des acteurs à ajuster les dispositifs aux évolutions démographiques, épidémiologiques et technologiques. Le GST TTA se trouve dans une dynamique similaire, où l'innovation organisationnelle doit être constamment articulée aux spécificités régionales.

## 5. Recommandations

Au regard des transformations structurelles observées et des tensions organisationnelles mises en évidence dans la région pilote, plusieurs orientations stratégiques apparaissent essentielles pour consolider le modèle des Groupements Sanitaires Territoriaux et accompagner sa généralisation à l'échelle nationale. Ces recommandations ne constituent pas de simples prescriptions opérationnelles, mais s'inscrivent dans une logique d'ajustement institutionnel continu, conformément aux enseignements de la théorie de la contingence, des modèles d'intégration des soins et des travaux sur la gouvernance publique en contexte de réforme.

La première recommandation concerne la consolidation des capacités managériales. L'analyse a montré que la structure du GST, bien que cohérente sur le plan institutionnel, repose de manière déterminante sur la compétence des cadres à orchestrer la coordination inter-niveaux, à piloter des organisations complexes et à instaurer des mécanismes de communication interne permettant une circulation fluide de l'information. Dans cette perspective, il apparaît indispensable de renforcer les dispositifs de professionnalisation du management territorial, en développant des parcours de formation articulant management stratégique, gestion des ressources humaines, analyse des données, conduite du changement et leadership collaboratif. Le développement de compétences managériales adaptées permettrait d'atténuer les tensions liées à la complexité organisationnelle et de soutenir l'appropriation progressive des nouveaux outils et processus. L'expérience internationale montre que la formation continue des cadres constitue l'un des principaux déterminants de l'efficacité des réformes intégratives, car elle favorise l'émergence de pratiques homogènes, stabilise les routines professionnelles et facilite l'alignement des objectifs au sein des structures régionales.

Une seconde recommandation porte sur la nécessité de consolider l'infrastructure numérique, laquelle représente un levier essentiel de l'intégration fonctionnelle. La mise en place d'un système d'information régional unifié ne doit pas être envisagée comme une simple innovation technologique, mais comme une transformation en profondeur des modes de production, de circulation et d'exploitation de l'information dans l'ensemble du champ sanitaire. L'interopérabilité des données cliniques, logistiques et financières constitue une condition préalable à la coordination des parcours de soins, à la surveillance épidémiologique, à la traçabilité des flux d'approvisionnement et à l'évaluation des performances. Pour atteindre ce niveau de maturité, il importe d'harmoniser progressivement les outils numériques utilisés par les établissements, de stabiliser les référentiels de données, de

renforcer la gouvernance numérique régionale et d'accompagner les professionnels dans l'appropriation des systèmes. La littérature sur les réformes territoriales indique que les systèmes d'information intégrés jouent un rôle structurant dans la réduction des asymétries d'information, l'amélioration de la continuité clinique et la légitimation des décisions managériales.

Une troisième recommandation réside dans la nécessité de structurer une gouvernance territoriale inclusive, capable de soutenir la transformation sur le long terme. Les réformes intégratives ne produisent d'effets durables que lorsqu'elles mobilisent l'ensemble des acteurs du territoire et reposent sur des mécanismes de délibération collective permettant de stabiliser les orientations stratégiques. Le modèle du GST TTA, qui prévoit l'existence de comités consultatifs et de comités médicotchniques, pourrait être encore consolidé par une approche plus systématique de la participation professionnelle et sociale. L'inclusion des représentants des établissements, des professionnels de santé, des collectivités territoriales et des usagers dans la définition des priorités régionales favoriserait l'appropriation locale des décisions, renforcerait la légitimité institutionnelle et permettrait de réduire les résistances inhérentes aux phases de transition organisationnelle. Les travaux de Provan et Kenis (2008) montrent que les réseaux fortement intégrés ne peuvent réussir qu'à condition de disposer de mécanismes de gouvernance partagés, garantissant à la fois la transparence, la stabilité décisionnelle et la cohérence des actions.

Une quatrième recommandation concerne le développement d'une capacité d'innovation organisationnelle durable. Le GST TTA dispose d'atouts stratégiques importants, notamment par ses missions en matière de formation, de recherche et d'évaluation des technologies de santé. Pour que cette dimension se transforme en levier de performance territoriale, il serait pertinent de soutenir l'émergence de pôles régionaux d'excellence dédiés à l'expérimentation de nouvelles pratiques cliniques et managériales, en partenariat avec les universités et les établissements de formation. L'innovation ne doit pas être appréhendée comme une activité périphérique, mais comme un élément constitutif du développement organisationnel, capable d'accompagner la montée en complexité des systèmes de santé modernes. Les travaux en management public montrent qu'une organisation qui investit durablement dans la recherche, la formation et l'innovation accroît sa capacité d'adaptation, réduit les risques liés à l'incertitude et renforce l'apprentissage collectif.

Enfin, une dernière recommandation porte sur la nécessité de garantir une équité territoriale dans le déploiement des GST, en tenant compte des disparités régionales en matière de ressources humaines, d'infrastructures, de densité hospitalière et de besoins sanitaires. L'analyse du modèle pilote montre que la réussite de la réforme repose sur un équilibre subtil entre standardisation des principes nationaux et adaptation aux spécificités locales. Pour assurer la cohérence du système à l'échelle nationale, il apparaît essentiel de mettre en place des mécanismes de soutien différencié permettant d'accompagner prioritairement les régions les moins dotées, de réduire les inégalités d'accès aux soins et de garantir une répartition optimale des compétences et des ressources. La théorie de la contingence rappelle que l'efficacité d'un modèle organisationnel dépend de sa capacité à s'ajuster aux contextes qu'il rencontre. La généralisation des GST devra donc s'appuyer sur une stratégie d'accompagnement graduée, capable d'articuler homogénéité institutionnelle et flexibilité territoriale.

## **6. Conclusion**

La réforme du système national de santé marocain, portée par la loi-cadre n° 06-22 et ses textes d'application, introduit une transformation structurelle ambitieuse visant à dépasser les limites historiques du système : fragmentation institutionnelle, sous-intégration des niveaux de soins, insuffisance de coordination intersectorielle et disparités territoriales persistantes.

Dans ce contexte, la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) constitue un tournant majeur vers une gouvernance territorialisée capable de renforcer l'efficacité, l'équité et la continuité des soins. Le cas du GST Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (TTA), premier groupement opérationnalisé à l'échelle nationale, offre un terrain d'observation particulièrement riche pour analyser les dynamiques institutionnelles et organisationnelles qui sous-tendent cette réforme.

L'analyse menée montre que le GST TTA présente une configuration organisationnelle robuste, articulée autour de pôles stratégiques et de directions fonctionnelles qui structurent les responsabilités, les flux décisionnels et les processus de coordination. L'ancrage territorial du dispositif, combiné à une logique de mutualisation des fonctions support, répond partiellement aux prescriptions du New Public Management, notamment en matière de clarification des rôles, de pilotage par la performance et de reddition de comptes. La théorie de la contingence éclaire également la manière dont le GST TTA s'ajuste aux spécificités socio-économiques et géographiques de la région ; un territoire marqué à la fois par une urbanisation contrastée, des zones rurales isolées et une pression croissante sur les services hospitaliers. Enfin, le modèle des soins intégrés apporte une lecture complémentaire, en insistant sur la nécessité de coordonner les parcours de soins entre les différents niveaux, de renforcer les interfaces organisationnelles et de garantir une prise en charge continue centrée sur le patient.

Les résultats confirment que la réforme amorce une transition vers une gouvernance sanitaire davantage systémique, où la planification stratégique, la gestion multi-niveaux et l'intégration des services constituent les fondements d'un pilotage renouvelé. Le GST TTA parvient à instaurer une cohérence opérationnelle entre plusieurs dimensions : structuration fonctionnelle, programmation médicale régionale, gestion des ressources humaines, consolidation des services d'urgence et émergence progressive de systèmes d'information territoriaux. L'analyse documentaire a mis en évidence plusieurs avancées significatives : une meilleure articulation des responsabilités institutionnelles, une rationalisation de la gestion administrative, une intégration accrue des services de soins et une planification régionale plus alignée sur les priorités de la santé publique.

Cependant, cette dynamique positive s'accompagne de défis structurels majeurs. La complexité organisationnelle inhérente au dispositif, accentuée par la multiplicité des directions, peut générer des lourdeurs bureaucratiques susceptibles de ralentir les processus décisionnels ; un risque déjà souligné dans les travaux de Mintzberg. De plus, le renforcement des capacités managériales apparaît comme un impératif central : la réussite du modèle dépend de cadres compétents capables d'opérationnaliser la planification territoriale, de piloter les pôles fonctionnels et d'assurer une coordination interprofessionnelle efficace. Un autre défi est lié à l'interopérabilité des systèmes d'information : sans intégration numérique solide, les mécanismes de coordination, d'évaluation et de gestion de la performance resteront limités. Enfin, la gouvernance participative, impliquant professionnels, usagers, autorités locales et partenaires régionaux, demeure un enjeu déterminant pour garantir l'adhésion, la transparence et la pérennité de la réforme.

Cette recherche présente plusieurs limites qu'il convient de souligner. Premièrement, elle repose principalement sur une analyse documentaire, ce qui ne permet pas de capter en profondeur les perceptions, pratiques et stratégies d'adaptation des acteurs directement impliqués dans le GST TTA. Deuxièmement, le dispositif étudié demeure récent ; ses effets organisationnels, financiers et cliniques ne peuvent être appréhendés que de manière préliminaire. Troisièmement, l'étude se concentre sur un seul cas régional, ce qui limite la généralisation des conclusions : chaque GST évoluera dans un environnement socio-territorial distinct, impliquant des trajectoires de mise en œuvre potentiellement différentes.

Ces limites ouvrent plusieurs pistes fécondes pour des recherches futures. D'une part, des études qualitatives approfondies, mobilisant entretiens, observations in situ et analyses de trajectoires organisationnelles, permettraient de comprendre les mécanismes concrets de coordination, les résistances au changement et les tensions professionnelles observables dans le fonctionnement réel du GST. D'autre part, des comparaisons interrégionales entre GST offriraient un éclairage précieux sur les facteurs contingents conditionnant les performances organisationnelles : densité médicale, structure hospitalière existante, infrastructures numériques, niveau d'autonomie de gestion. Enfin, des recherches longitudinales quantitatives ou mixtes seront nécessaires pour évaluer l'impact réel de la réforme sur la qualité des soins, l'efficacité des organisations, la satisfaction des usagers et la réduction des inégalités territoriales. Ces travaux viendront nourrir le débat scientifique naissant sur les GST et contribueront à l'amélioration continue de la réforme.

En définitive, le GST TTA constitue un laboratoire institutionnel essentiel pour comprendre les potentialités et les défis de la gouvernance territoriale en santé au Maroc. Il représente un modèle prometteur, inscrit dans une dynamique nationale de modernisation et soutenu par une volonté politique forte. Sa réussite dépendra toutefois de sa capacité à conjuguer rigueur structurelle et flexibilité opérationnelle, à développer des compétences managériales adaptées et à s'appuyer sur des outils numériques performants. Plus largement, elle reposera sur l'engagement de l'ensemble des acteurs territoriaux dans une dynamique participative favorisant la cohérence, la transparence et la responsabilité partagée. L'expérience du GST TTA contribuera sans nul doute à éclairer la trajectoire des autres régions et à renforcer la gouvernance du système de santé marocain dans son ensemble.

#### Références :

- (1). Baalla, A., & Jellouli, T. (2025). Gouvernance territoriale et performance des services de santé : Quelles perspectives pour les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc ? *European Scientific Journal*, 43(2), 156–173.
- (2). Banque Africaine de Développement. (2021). *Rapport sur les infrastructures de santé au Maroc*. Abidjan : BAD.
- (3). Banque Mondiale. (2021). *Indicateurs du développement dans le monde : Maroc*. Washington, D.C. : Banque mondiale.
- (4). Berland, Y. (2018). Les groupements hospitaliers de territoire : Une réforme structurelle au service de la coopération hospitalière. *Revue Hospitalière de France*, 589, 25–29.
- (5). Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- (6). Burns, T., & Stalker, G. M. (1961). *The management of innovation*. Tavistock.
- (7). Chfira, W., Mesrar, A., El Akrany, I., & Tazmaite, O. (2025). La communication interne : levier stratégique pour renforcer la motivation des bénévoles au sein des associations. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, 8(1), 112–128.
- (8). Contandriopoulos, A. P. (2004). Les réseaux locaux de services de santé : La voie de l'intégration. *Pratiques et Organisation des Soins*, 35(2), 143–151.
- (9). Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- (10). Donaldson, L. (2001). *The contingency theory of organizations*. Sage Publications.
- (11). Durán, A., Kutzin, J., & Martin-Moreno, J. M. (2006). Understanding health systems: Scope, functions and objectives. In *Health systems, health, wealth and societal well-being* (pp. 19–34). WHO Regional Office for Europe.

- (12). El Akrary, I., Mesrar, A., Chfira, W., Tazmaite, O., & Dahmani, F. Z. (2025). Les moteurs de la modernisation managériale dans les organisations publiques : Une revue analytique des facteurs d'influence. *Revue Française d'Économie et de Gestion*, 6(6), 245–263.
- (13). Errabai, M. (2024). Contrôle de gestion et performance des établissements publics de santé au Maroc : Pistes d'implantation au niveau des Groupements Sanitaires Territoriaux. *African Scientific Journal*, 3(24), 270–294.
- (14). Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281–315. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>
- (15). 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.
- (16). Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C., & Walters, R. (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts: Multicentre case study and management cost analysis. *BMJ*, 325(7358), 246–249.
- (17). 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>
- (18). Lahdab, L., & Rahmouni, A. F. (2025). Groupements sanitaires territoriaux : Une nouvelle gouvernance du système national de santé marocain. *International Journal of Medical and Health Research*, 3(2), 81–94.
- (19). Le Galès, P. (2011). *Gouverner les villes*. Presses de Sciences Po.
- (20). Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.
- (21). Ministère de l'Économie et des Finances. (2019). *Rapport sur le budget de la santé*. Rabat : MEF.
- (22). Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2021). *Les comptes nationaux de la santé au Maroc*. Rabat.
- (23). Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2021). *Plan Santé 2025 : Vers un système de santé résilient et performant*. Rabat.
- (24). Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2021). *Santé en chiffres*. Rabat.
- (25). Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice Hall.
- (26). Observatoire National du Développement Humain. (2020). *Disparités régionales en matière de santé au Maroc*. Rabat : ONDH.
- (27). Organisation mondiale de la santé. (2007). *Renforcer les systèmes de santé pour améliorer les résultats sanitaires : Le rôle essentiel de la gouvernance*. OMS.
- (28). Organisation mondiale de la santé. (2021). *Observatoire mondial de la santé : Maroc*. OMS.
- (29). Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. Addison-Wesley.
- (30). Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform: A comparative analysis – Into the age of austerity* (4th ed.). Oxford University Press.
- (31). Royaume du Maroc. (2021). *Loi-cadre n° 09-21 relative à la protection sociale*. Bulletin Officiel, 6975.
- (32). Royaume du Maroc. (2022). *Loi n° 08-22 relative à la création des groupements sanitaires du territoire*. Bulletin Officiel, 7140.
- (33). Royaume du Maroc. (2022). *Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé*. Bulletin Officiel, 7114.
- (34). Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. Open University Press.

- (35). Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). *What is integrated care?* Nuffield Trust.
- (36). Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage Publications.
- (37). Tazmaite, O., Dafir, A., El Akrary, I., & Chfira, W. (2025). L'apport de l'intelligence artificielle à la gestion de la chaîne d'approvisionnement : Applications, enjeux et perspectives. *Revue Française d'Économie et de Gestion*, 6(7), 301–320.
- (38). 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(1), e010.
- (39). Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Sage Publications.