

Le management de l'écosystème de santé au Maroc : vers une gouvernance territoriale intégrée

Healthcare Ecosystem Management in Morocco: Towards Integrated Territorial Governance

Younes KHAIDAR, (doctorant)

*Laboratoire de Recherche et d'Etudes en Management, Entrepreneuriat et Finance
 (LAREMEF)*

*École Nationale de Commerce et de Gestion de Fès
 Université Sidi Mohamed ben Abdellah Fès, Maroc*

Abdenabi SBAI, (Enseignant-chercheur)

*Laboratoire de Recherche et d'Etudes en Management, Entrepreneuriat et Finance
 (LAREMEF)*

*École Nationale de Commerce et de Gestion de Fès
 Université Sidi Mohamed ben Abdellah Fès, Maroc*

Adresse de correspondance :	École nationale de commerce et de gestion de Fès, Route D'immouzer, B.P: A81, 30000 Téléphone : 05 35 62 29 32
Déclaration de divulgation :	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.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	KHAIDAR, Y., & SBAI, A. (2026). Le management de l'écosystème de santé au Maroc : vers une gouvernance territoriale intégrée. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 7(3), 231–246.. https://doi.org/10.5281/zenodo.18729712
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

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

ISSN: 2658-8455

Volume 7, Issue 03 (2026)

Le management de L'écosystème de santé au Maroc : vers une gouvernance territoriale intégrée

Résumé :

La pandémie de COVID-19 a révélé des vulnérabilités profondes dans les systèmes de santé et a accéléré une transformation majeure de l'écosystème de santé marocain. Cet article vise à analyser comment la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), la généralisation de la protection sociale et la digitalisation reconfigurent la gouvernance territoriale du système de santé marocain dans l'après-COVID-19.

En mobilisant une approche théorique fondée sur l'analyse documentaire des textes de réforme et des travaux internationaux post-COVID, l'étude propose un cadre d'interprétation de cette transformation.

Au cœur de cette dynamique, la création des GST marque une évolution décisive vers une gouvernance territoriale intégrée et une meilleure coordination des parcours de soins. L'analyse met en évidence une recomposition du pilotage sanitaire fondée sur la responsabilité populationnelle, l'intégration des soins et l'articulation entre réforme organisationnelle et protection sociale. La généralisation de la couverture médicale et l'essor de la santé numérique renforcent ainsi la cohérence systémique et l'équité d'accès.

Le modèle marocain apparaît dès lors comme une trajectoire singulière de transformation systémique, offrant un cas pertinent pour les pays à revenu intermédiaire engagés dans des réformes territoriales comparables.

Mots clés : Écosystème de santé ; Maroc ; COVID-19 ; Groupements Sanitaires Territoriaux ; Gouvernance ; Intégration des soins ; Protection sociale ; Résilience.

JEL Classification : I180

Type du papier : Recherche Théorique

Abstract :

The COVID-19 pandemic exposed deep structural vulnerabilities within health systems and accelerated major transformations in Morocco's health ecosystem. This article aims to analyze how the creation of Territorial Health Groups (Groupements Sanitaires Territoriaux, GST), the generalization of social protection, and the expansion of digital health are reshaping territorial governance in Morocco's post-COVID health system.

Drawing on a theoretical approach based on documentary analysis of Moroccan reform texts and post-COVID international literature, the study proposes an analytical framework to interpret this transformation.

At the core of this dynamic, the creation of GST marks a decisive shift toward territorially integrated governance and improved coordination of care pathways. The analysis highlights a reconfiguration of health system steering grounded in population responsibility, care integration, and the articulation between organizational reform and social protection. The generalization of health coverage and the expansion of digital health thus reinforce systemic coherence and equity of access.

Morocco's reform therefore appears not merely as an administrative reorganization, but as a broader structural transformation. In this respect, it offers a relevant case study for middle-income countries seeking to advance territorially integrated and sustainable health governance models.

Keywords: Health ecosystem; Morocco; COVID-19; Territorial Health Groups; Governance; Care integration; Social protection; Resilience.

Classification JEL: I180

Paper type: Theoretical Research

1. Introduction

La pandémie de COVID-19, annoncée par l'Organisation mondiale de la santé en mars 2020, a constitué un événement de rupture d'une intensité rarement observée dans l'histoire contemporaine des systèmes de santé (Paschoalotto et al., 2023). En quelques semaines, elle a plongé gouvernements, institutions sanitaires et populations dans un état de crise généralisée, mettant à nu des vulnérabilités souvent connues, mais rarement exposées avec une telle brutalité. Les systèmes hospitaliers ont été submergés, les chaînes logistiques ont été mises à l'épreuve, la gouvernance sanitaire a vacillé entre centralisation urgente et improvisation territoriale, et les professionnels de santé ont été confrontés à une pression psychologique et opérationnelle inédite. Plusieurs travaux ont souligné que l'impact de la pandémie a été profondément façonné par l'organisation, le financement et les modes de gouvernance des systèmes de santé avant la crise (Greer et al., 2020; Haldane et al., 2021; Sagan et al., 2021).

Si la pandémie a représenté un choc sanitaire, elle a également révélé la fragilité structurelle de nombreux systèmes nationaux, mettant en évidence la faiblesse de la santé publique, la fragmentation persistante entre niveaux de soins, l'insuffisance de l'intégration numérique, les lacunes dans les capacités d'anticipation épidémiologique et la rigidité des chaînes décisionnelles (Nolte & McKee, 2009 ; OECD, 2023). Au-delà de ces constats, la crise pandémique a contribué à mettre en lumière le rôle central de la gouvernance territoriale. Dans plusieurs pays, notamment en Italie, au Canada ou au Royaume-Uni, la capacité des structures régionales à adapter les réponses aux réalités locales s'est révélée déterminante, rejoignant les analyses de Greer, King et Massard da Fonseca (2020) sur l'importance des modèles polycentriques de gouvernance.

Avant même la crise sanitaire, les données internationales mettaient en évidence des déséquilibres persistants en matière d'accès aux soins et de ressources humaines, notamment dans les pays à revenu intermédiaire (World Health Organization, 2018).

Cette problématique se pose avec une acuité particulière au Maroc, où la pandémie a servi de catalyseur à une réforme en profondeur du système de santé, centrée notamment sur la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) et la généralisation de la protection sociale.

Parallèlement, la pandémie a accéléré des transformations déjà engagées, mais incomplètement mises en œuvre. La digitalisation des parcours de soins a connu une expansion rapide, notamment à travers le recours accru à la télémédecine, tandis que les systèmes d'information sanitaire et les dispositifs de surveillance épidémiologique ont été renforcés afin de soutenir des décisions fondées sur les données (Eberly et al., 2020 ; Rosenbaum, 2020). Ces évolutions ont contribué à redéfinir les modes de coordination et de pilotage des systèmes de santé.

Dans le contexte marocain, la période post-pandémique s'est traduite par l'engagement d'une réforme structurante reposant sur quatre piliers majeurs : l'instauration d'une nouvelle gouvernance, la valorisation des ressources humaines, la digitalisation et la restructuration territoriale visant à la fois la mise à niveau de l'offre de soins et l'amélioration de la performance du système de santé. (OECD, 2023). La loi-cadre 06-22 relative au système national de santé, la généralisation progressive de la protection sociale inscrite dans la loi 09-21, ainsi que la création des Groupements Sanitaires Territoriaux constituent les axes majeurs de cette transformation. L'intégration du RAMED dans l'AMO Tadamoun, l'élargissement de la couverture aux travailleurs indépendants et la mise en place du Registre Social Unifié ont renforcé l'équité d'accès et modifié la structure de la demande de soins, redéfinissant les conditions de pilotage du système.

Dans ce contexte, la question centrale qui guide cette recherche est la suivante : comment la réforme post-COVID du système de santé marocain, articulée autour de l'implémentation des GST, de la généralisation de la protection sociale et de la digitalisation, reconfigure-t-elle les modalités de gouvernance territoriale et d'intégration des soins ?

Cet article a pour ambition d'éclairer cette dynamique de transformation en mettant en perspective les réformes marocaines avec les trajectoires internationales observées dans l'après-COVID.

La première section revient sur les apports de la littérature relatifs à la gouvernance territoriale et à l'intégration des systèmes de santé. La deuxième section précise le positionnement méthodologique et la démarche analytique adoptée. La troisième section analyse les principaux axes de la réforme sanitaire marocaine à la lumière des cadres théoriques mobilisés. La discussion met en perspective la trajectoire marocaine dans le contexte international avant de conclure sur les implications et les limites de l'étude.

2. Revue de littérature

Dans une perspective théorique fondée sur l'analyse documentaire, cette section examine les principaux apports académiques relatifs à la gouvernance territoriale et à l'intégration des systèmes de santé. Structurée autour de deux axes complémentaires, elle vise à établir le cadre d'analyse à partir duquel la réforme sanitaire marocaine sera analysée.

2.1. Gouvernance territoriale et intégration des systèmes de santé

Les transformations contemporaines des systèmes de santé s'inscrivent dans un mouvement plus large de reconfiguration des modes de gouvernance publique, marqué par le passage d'une administration centralisée à des formes plus polycentriques et territorialisées (Saltman, Bankauskaite & Vrangbæk, 2007 ; Bossert & Mitchell, 2011). La gouvernance territoriale repose sur l'idée que la proximité décisionnelle favorise l'adaptation aux besoins locaux, tout en améliorant la coordination entre acteurs institutionnels.

Les travaux sur la décentralisation sanitaire montrent cependant que le transfert de compétences ne garantit pas en soi une amélioration de la performance. Bossert (1998) souligne que la décentralisation peut produire des effets contrastés selon les mécanismes d'allocation des ressources et les marges d'autonomie réellement accordées aux structures locales. De même, Greer et al. (2016) rappellent que les modèles multi-niveaux impliquent des tensions constantes entre centralisation stratégique et autonomie territoriale.

Parallèlement, le paradigme de l'intégration des soins s'est imposé comme réponse aux limites des systèmes fragmentés. Kodner et Spreeuwenberg (2002) définissent l'intégration comme un ensemble de mécanismes visant à assurer la continuité, la coordination et la cohérence des services. Valentijn et al. (2013) proposent un modèle intégratif distinguant les dimensions clinique, organisationnelle et systémique de l'intégration, soulignant que l'efficacité dépend de l'articulation entre ces niveaux.

Les crises sanitaires récentes, notamment la pandémie de COVID-19, ont renforcé la pertinence de ces approches. Plusieurs recherches internationales ont montré que la résilience des systèmes dépendait étroitement de leur capacité à coordonner les niveaux de gouvernance et à intégrer les dispositifs de santé publique et de soins curatifs (Haldane et al., 2021 ; Sagan et al., 2021). Ces travaux mettent ainsi en évidence que la territorialisation et l'intégration ne constituent pas de simples réorganisations administratives, mais des transformations structurelles des modes de pilotage. Appliquées au contexte marocain, ces analyses invitent à interroger la capacité des Groupements Sanitaires Territoriaux à dépasser la fragmentation organisationnelle et à instaurer une cohérence territoriale durable. Elles laissent ouverte la question des conditions institutionnelles et managériales nécessaires pour que cette reconfiguration produise effectivement les effets attendus en matière d'intégration et de performance.

2.2. Mise en œuvre des réformes et dynamiques d'acteurs

Au-delà des architectures institutionnelles, la littérature souligne que la réussite des réformes dépend largement de leurs modalités d'implémentation. Les travaux de Lipsky (1980) sur les

street-level bureaucrats montrent que les politiques publiques sont interprétées et adaptées par les acteurs de terrain, ce qui introduit une dimension organisationnelle et professionnelle décisive dans la traduction des réformes.

Denis, Hébert et Langley (2001) mettent en évidence que les transformations organisationnelles en santé impliquent des jeux d'acteurs complexes, marqués par des tensions entre logiques professionnelles, administratives et politiques. De leur côté, Ansell et Gash (2008) soulignent que la gouvernance collaborative repose sur des mécanismes de confiance, de participation et de leadership partagé.

Ces analyses montrent que les réformes sanitaires ne produisent leurs effets que si les dispositifs institutionnels sont accompagnés d'un travail de coordination, de clarification des responsabilités et d'adhésion des acteurs concernés. L'autonomie professionnelle, la culture organisationnelle et les capacités managériales apparaissent comme des variables déterminantes de l'opérationnalisation effective des changements.

Les travaux de synthèse conduits au niveau européen soulignent toutefois que les effets économiques de l'intégration des soins demeurent hétérogènes et dépendent fortement du degré d'alignement institutionnel, financier et organisationnel des dispositifs mis en place (Nolte & Pitchforth, 2014).

Ces apports théoriques éclairent directement les défis auxquels la réforme marocaine est confrontée. La création des Groupements Sanitaires Territoriaux dans le cadre de la loi-cadre 06-22 implique une redéfinition des rapports entre administration centrale et structures territoriales, ainsi qu'une coordination accrue entre établissements hospitaliers, soins primaires et autorités régionales. De même, la généralisation de la protection sociale modifie les équilibres organisationnels en élargissant la demande et en renforçant les exigences d'efficience. Les tensions potentielles entre centralisation stratégique, autonomie professionnelle et coordination inter-organisationnelle constituent ainsi des enjeux structurants pour l'opérationnalisation du modèle.

En définitive, la littérature relative à la gouvernance territoriale et à l'intégration des systèmes de santé montre que la performance des réformes dépend à la fois de leur cohérence structurelle et de leurs conditions de mise en œuvre. Si la territorialisation et l'intégration apparaissent comme des réponses aux limites des systèmes fragmentés, leur efficacité reste étroitement liée aux capacités institutionnelles, à la clarté des responsabilités et à l'adhésion des acteurs. Ces enseignements fournissent le cadre analytique permettant d'examiner la réforme sanitaire marocaine en articulant sa logique conceptuelle et ses modalités d'opérationnalisation.

3. Méthodologie de recherche :

3.1. Type d'étude et positionnement

La présente recherche adopte une approche théorique fondée sur une analyse documentaire et conceptuelle de la réforme du système de santé marocain, mise en perspective avec la littérature internationale post-COVID relative à la gouvernance territoriale et à l'intégration des systèmes de santé. Il ne s'agit ni d'une revue systématique ni d'une méta-analyse, mais d'une mobilisation analytique et interprétative de travaux académiques et de textes institutionnels, conformément aux principes des revues narratives à visée théorique (Grant & Booth, 2009 ; Greenhalgh et al., 2018).

Cette posture méthodologique se justifie par la nature exploratoire et conceptuelle de la question de recherche, qui vise à analyser la reconfiguration des modes de gouvernance sanitaire dans un contexte de transformation systémique post-pandémique. L'objectif n'est pas de quantifier un corpus documentaire, mais de structurer un cadre d'analyse permettant d'éclairer la dynamique marocaine à la lumière des expériences internationales.

3.2. Corpus documentaire et critères de sélection

Le corpus mobilisé repose sur trois catégories principales de documents.

1. Textes législatifs et réglementaires marocains, notamment la loi-cadre 06-22 relative au système national de santé, la loi 09-21 portant généralisation de la protection sociale, ainsi que les textes et décrets encadrant la création des Groupements Sanitaires Territoriaux.
2. Rapports d'organisations internationales, en particulier ceux de l'Organisation mondiale de la santé, de l'Organisation de coopération et de développement économiques et de l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, portant sur la résilience des systèmes de santé et les réformes post-COVID.
3. Travaux académiques internationaux publiés entre 2000 et 2024 dans des revues indexées, traitant de la gouvernance territoriale, de la décentralisation sanitaire, de l'intégration des soins et des dynamiques d'implémentation des réformes.

Les références académiques ont été repérées à travers des recherches ciblées dans les bases de données Scopus et Web of Science, complétées par une veille bibliographique via Google Scholar. Ont été retenues les publications évaluées par les pairs présentant un ancrage théorique explicite en gouvernance territoriale, intégration des systèmes de santé ou analyse des réformes sanitaires, en particulier dans des systèmes présentant des caractéristiques analogues au Maroc. La sélection s'est appuyée sur leur pertinence conceptuelle pour éclairer les enjeux de coordination multi-niveaux, de responsabilité institutionnelle et de mise en œuvre des réformes.

3.3. Démarche d'analyse

L'analyse repose sur une démarche qualitative abductive consistant à articuler les cadres théoriques issus de la littérature avec les dispositifs institutionnels introduits par la réforme nationale. Cette démarche s'inscrit dans la tradition des synthèses narratives structurées, telles que décrites par Popay et al. (2006), qui recommandent une explicitation des étapes d'interprétation et une mise en cohérence entre cadre conceptuel et matériaux documentaires.

Dans un premier temps, les concepts clés identifiés dans la littérature tels que la gouvernance territoriale, l'intégration des soins, la coordination inter-organisationnelle, l'autonomie professionnelle et la résilience ont été synthétisés afin de dégager des catégories analytiques structurantes.

Dans un second temps, ces catégories ont été mobilisées pour examiner les principaux axes de la refonte du système de santé, notamment la création des Groupements Sanitaires Territoriaux, la réorganisation territoriale, la valorisation des ressources humaines, la digitalisation et la généralisation de la protection sociale, en identifiant les convergences et spécificités par rapport aux trajectoires internationales décrites dans la littérature.

Cette démarche vise à produire une lecture interprétative de la réforme, en mettant en évidence les logiques de reconfiguration institutionnelle et organisationnelle plutôt qu'en évaluant empiriquement ses résultats.

3.4. Portée et limites de l'étude

En tant qu'analyse théorique fondée sur des sources documentaires, cette recherche ne prétend pas mesurer empiriquement les effets des Groupements Sanitaires Territoriaux ni évaluer quantitativement la performance du système de santé marocain. Elle propose un cadre d'analyse permettant d'interroger la cohérence conceptuelle et les conditions d'opérationnalisation de la réforme.

Par ailleurs, le caractère évolutif de la mise en œuvre des dispositifs institutionnels limite la portée prospective des analyses. Les conclusions formulées doivent ainsi être interprétées comme des éléments d'analyse structurelle susceptibles d'être enrichis par des travaux

empiriques futurs portant sur l'implémentation concrète des Groupements Sanitaires Territoriaux et l'évolution des équilibres territoriaux.

4. Résultats

4.1. Une recomposition profonde de la gouvernance sanitaire :

L'examen des transformations post-pandémiques met en lumière une recomposition profonde des modalités de pilotage du système de santé à la suite de la pandémie de COVID-19. La crise sanitaire a révélé les limites des modèles centralisés, hiérarchiques et fragmentés, incapables de répondre efficacement à un choc global nécessitant simultanément coordination horizontale, adaptation locale et prise de décision rapide (Greer et al., 2016 ; Haldane et al., 2021). La littérature internationale indique que les systèmes les plus résilients étaient ceux dotés d'architectures polycentriques, combinant autonomie territoriale et cadre stratégique national cohérent (Kruk et al., 2015). Dans une perspective d'analyse des politiques publiques, ces dynamiques peuvent également être interprétées à travers le rôle des capacités administratives, des configurations institutionnelles et des interactions entre acteurs publics, dimensions centrales de la gouvernance contemporaine (Peters, 2021).

La confrontation des expériences européennes confirme cette évolution. En Italie, la réorganisation post-pandémique s'est traduite par un renforcement du rôle des régions dans un cadre de pilotage central stabilisé (Greer et al., 2020). Au Royaume-Uni, la consolidation des Integrated Care Systems a institutionnalisé une gouvernance territoriale intégrée articulant soins primaires, hôpitaux, services sociaux et santé publique. En France, les Groupements Hospitaliers de Territoire ont progressivement renforcé leurs fonctions de mutualisation et de planification à l'échelle territoriale (HCSP, 2017). Ces exemples illustrent un déplacement structurel majeur : le territoire devient l'unité pertinente d'organisation et de coordination du système de santé.

Dans cette perspective, Cette évolution ne relève pas d'un simple ajustement administratif, mais d'un changement de paradigme dans la gouvernance sanitaire. L'échelle territoriale permet d'articuler responsabilité populationnelle, allocation optimisée des ressources et coordination inter-organisationnelle, rejoignant ainsi les cadres théoriques de la gouvernance multi-niveaux analysés précédemment.

Le cas marocain s'inscrit dans cette dynamique internationale. L'analyse des textes de réforme montre que la création des Groupements Sanitaires Territoriaux constitue la traduction institutionnelle d'un basculement vers une gouvernance territoriale intégrée. Inscrits dans la loi-cadre 06-22, les GST incarnent une nouvelle unité stratégique de pilotage fondée sur l'unification territoriale des décisions, la mutualisation des ressources, la structuration des parcours de soins et la responsabilisation populationnelle. Cette évolution répond directement aux vulnérabilités révélées par la pandémie et traduit une volonté d'alignement progressif sur les référentiels internationaux en matière d'intégration et de cohérence territoriale.

En ce sens, la reconfiguration marocaine ne se limite pas à la création d'une nouvelle entité administrative ; elle traduit une redéfinition des rapports entre centre et territoires et une tentative de dépassement de l'hospitalo-centrisme historique du système.

4.2. Intégration des soins et des fonctions : vers une cohérence organisationnelle territoriale

La mise en perspective des analyses internationales et des textes de réforme montre que l'intégration des soins constitue l'un des enseignements majeurs de la séquence post-COVID. La pandémie a révélé la vulnérabilité des systèmes fragmentés, dans lesquels les soins primaires, les structures hospitalières, la santé publique et les dispositifs de prévention fonctionnaient en silos. Les travaux publiés notamment dans le Milbank Quarterly ainsi que

ceux de Kodner (2009) et Nolte & Pitchforth (2014) soulignent que cette fragmentation a limité la capacité de réponse coordonnée face aux vagues successives de contamination. L'intégration clinique, organisationnelle et systémique s'est ainsi imposée comme un paradigme structurant de la transformation post-pandémique (Denis et al., 2001).

Cette dynamique d'intégration s'opère à plusieurs niveaux complémentaires. Elle implique une réorganisation des parcours de soins, un renforcement de la coopération intersectorielle, une articulation plus étroite entre surveillance épidémiologique et décision clinique, ainsi qu'une montée en puissance des équipes multidisciplinaires. Le rôle stratégique des soins primaires dans le pilotage populationnel apparaît central dans cette reconfiguration (Kodner & Spreeuwenberg, 2002 ; Leutz, 1999).

La comparaison internationale confirme cette tendance. Au Royaume-Uni, les Integrated Care Systems incarnent une institutionnalisation avancée de l'intégration territoriale. Au Québec, la création des CISSS et CIUSSS a renforcé les capacités de coordination populationnelle. À Singapour, les Regional Health Systems illustrent un modèle abouti d'intégration fonctionnelle et organisationnelle à l'échelle territoriale. Ces expériences convergent vers un même principe : l'efficacité des systèmes repose sur la capacité à articuler les niveaux de soins au sein d'un espace territorial cohérent.

Dans le contexte marocain, les Groupements Sanitaires Territoriaux visent précisément à dépasser la fragmentation institutionnelle historiquement centrée sur l'hôpital. En introduisant une responsabilité populationnelle territorialisée, les GST proposent une intégration structurelle des fonctions, articulant prévention, soins primaires, structures hospitalières et services spécialisés dans une logique écosystémique.

Dès lors, l'intégration promue par cette dynamique engagée ne se limite pas à une coordination administrative accrue ; elle traduit une tentative de recomposition organisationnelle visant à assurer la continuité des parcours, la mutualisation des ressources et une meilleure cohérence entre santé publique et soins curatifs.

4.3. Transformation numérique et intégration systémique : un levier structurant

La transformation numérique constitue l'un des vecteurs structurants de la recomposition des systèmes de santé dans la période post-COVID. La pandémie a agi comme un accélérateur d'innovations technologiques et numériques, imposant la continuité des soins dans un contexte de distanciation physique et de pression hospitalière accrue. Les dispositifs tels que la téléconsultation, la télésurveillance, les dossiers médicaux électroniques interopérables et les outils d'aide au diagnostic fondés sur l'intelligence artificielle se sont rapidement diffusés (Eberly et al., 2020 ; Rosenbaum, 2020).

La littérature récente montre que cette accélération ne relève pas d'un phénomène conjoncturel, mais d'une transformation durable des architectures sanitaires (Bestsenny et al., 2021 ; Whitelaw et al., 2020). Les systèmes disposant d'infrastructures numériques intégrées, tels que l'Estonie, le Danemark, la Corée du Sud ou Singapour, ont démontré la valeur stratégique de l'interopérabilité des données, permettant une surveillance épidémiologique en temps réel, une meilleure coordination des flux hospitaliers et une circulation optimisée de l'information clinique.

Dans cette perspective, la numérisation ne constitue pas un simple outil technique, mais un levier d'intégration systémique. Elle facilite la coordination inter-organisationnelle, renforce la transparence des processus décisionnels et soutient la responsabilisation populationnelle à l'échelle territoriale, rejoignant ainsi les cadres théoriques de l'intégration organisationnelle mobilisés précédemment.

Dans le cas du Maroc, cette modernisation s'inscrit dans une dynamique de transformation structurelle. L'examen des textes de réforme montre que la stratégie sanitaire prévoit explicitement une digitalisation progressive et une interopérabilité accrue des systèmes

d'information. Le développement du dossier médical partagé, l'encadrement réglementaire de la télémédecine, la mise en place de plateformes numériques territorialisées et la numérisation des processus de gouvernance constituent des piliers de cette modernisation.

Les Groupements Sanitaires Territoriaux intègrent cette dimension numérique comme condition opérationnelle de l'intégration territoriale. La circulation fluide des données, la coordination des acteurs et la planification territoriale des ressources supposent en effet une infrastructure numérique cohérente. Ainsi, la transformation digitale apparaît non comme un chantier parallèle, mais comme un support transversal indispensable à la réussite de la réforme territoriale.

4.4. Ressources humaines et dynamiques professionnelles : un déterminant structurel de la réforme

La question des ressources humaines constitue un déterminant central de la transformation des systèmes de santé dans la période post-pandémique. La crise de la COVID-19 a agi comme un révélateur des fragilités structurelles du capital humain en santé, accentuant des tendances déjà observées telles que la pénurie de professionnels, l'épuisement professionnel, la dégradation des conditions de travail, le vieillissement des effectifs et la mobilité internationale des compétences. Les études conduites dans des contextes aussi variés que l'Italie, le Royaume-Uni, les États-Unis ou le Maroc convergent vers un constat commun : sans réforme structurelle des ressources humaines, aucune reconfiguration durable du système de santé n'est possible (Armocida et al., 2020 ; Blumenthal et al., 2020 ; OECD, 2023).

La littérature post-pandémique souligne en particulier l'ampleur du burnout parmi les professionnels de santé, notamment les infirmiers, urgentistes et médecins généralistes. Les travaux publiés dans *The Lancet Public Health* mettent en évidence un niveau élevé de détresse psychologique dans plusieurs pays européens en 2021, révélant les limites des modèles organisationnels soumis à une pression prolongée. Dans les pays à revenu intermédiaire, ces tensions ont été accentuées par des contraintes budgétaires et une densité médicale insuffisante, créant un cercle vicieux entre surcharge de travail, démotivation et dégradation de la qualité des soins.

Il ressort de ces analyses que la transformation des systèmes de santé ne peut être envisagée indépendamment des dynamiques professionnelles. L'autonomie des acteurs, la reconnaissance statutaire, les mécanismes de carrière et les capacités managériales apparaissent comme des variables déterminantes de l'implémentation effective des réformes.

Dans le contexte marocain, cette dimension s'est traduite par l'instauration de la loi 09-22 relative à la fonction publique sanitaire, inscrite parmi les piliers de la loi-cadre 06-22. L'examen de cette réforme montre qu'elle vise à améliorer l'attractivité du secteur public de la santé, à harmoniser les conditions de travail, à structurer les parcours professionnels, à faciliter la mobilité territoriale et à renforcer la reconnaissance institutionnelle des métiers de santé. Elle constitue un préalable organisationnel essentiel au fonctionnement des Groupements Sanitaires Territoriaux.

Par ailleurs, la crise des ressources humaines a favorisé l'émergence de modèles collaboratifs fondés sur des équipes pluridisciplinaires et l'extension des rôles professionnels. La littérature récente insiste sur le « task shifting » comme levier stratégique dans les systèmes confrontés à une pression démographique ou à des ressources limitées (World Health Organization, 2008). Les Groupements Sanitaires Territoriaux offrent un cadre propice à ces reconfigurations professionnelles.

Dans cette perspective, la réforme des ressources humaines apparaît non comme un chantier périphérique, mais comme une condition structurelle de l'opérationnalisation de la gouvernance territoriale et de l'intégration des soins. Les expériences internationales montrent d'ailleurs que l'élargissement des rôles du personnel de santé et la diversification des compétences constituent

des leviers déterminants pour soutenir les réformes organisationnelles (Maier, Aiken, & Busse, 2017).

4.5. Santé publique et préparation épidémiologique : vers une territorialisation de la résilience

L'examen de la période post-pandémique montre que la pandémie de COVID-19 a profondément revalorisé la place de la santé publique dans l'architecture des systèmes de santé. Après plusieurs décennies marquées par une relative marginalisation des fonctions de prévention, de surveillance épidémiologique et de promotion de la santé, la crise a rappelé que la capacité d'anticipation et de gestion des risques conditionne non seulement la performance sanitaire, mais également la stabilité sociale et économique des États.

Il ressort des travaux publiés dans des revues telles que BMJ Global Health, The Lancet Global Health et Health Security que les pays disposant d'institutions de santé publique solides, à l'image de la Corée du Sud, du Vietnam ou de Singapour, ont mieux maîtrisé la propagation du virus et assuré une continuité minimale des services essentiels. À l'inverse, les systèmes dans lesquels la prévention était considérée comme un domaine secondaire ont connu des perturbations plus marquées et des vagues successives plus difficiles à contenir. Ces constats rejoignent les analyses sur la résilience systémique, selon lesquelles l'intégration des fonctions de santé publique au sein d'une gouvernance coordonnée constitue un facteur déterminant de robustesse institutionnelle (Kruk et al., 2015).

Dans cette perspective, la résilience ne peut être réduite à la capacité hospitalière ou à la disponibilité d'équipements ; elle repose également sur l'existence de mécanismes territoriaux de veille, de coordination et d'intervention rapide. La santé publique devient ainsi une composante structurante de la gouvernance multi-niveaux, nécessitant une articulation étroite entre autorités centrales, instances régionales et acteurs locaux.

Dans le cas marocain, cette prise de conscience s'est traduite par l'inscription explicite de la dimension de santé publique dans l'architecture institutionnelle de la réforme, notamment à travers la création juridique de nouvelles instances nationales, telles que la Haute Autorité de Santé, l'Agence Marocaine du Médicament et des Produits de Santé et l'Agence Marocaine du Sang et de ses dérivés. Parallèlement, un effort de renforcement de la veille épidémiologique et de structuration progressive d'un système national d'information sanitaire a été engagé (OECD, 2023). Ces évolutions visent à consolider la capacité d'anticipation et de coordination face aux risques sanitaires futurs.

Les Groupements Sanitaires Territoriaux jouent, dans cette architecture, un rôle opérationnel central. En structurant la coordination des acteurs à l'échelle régionale, en mutualisant les ressources et en intégrant les programmes de prévention dans une logique populationnelle, ils contribuent à territorialiser la santé publique. Ainsi, la réforme marocaine ne se limite pas à renforcer les structures nationales ; elle cherche à inscrire la résilience dans une gouvernance territoriale intégrée, alignée sur les standards internationaux.

4.6. Une trajectoire marocaine singulière : articulation réforme sanitaire et protection sociale

L'observation de la trajectoire post-COVID montre que la réforme engagée par le Maroc se distingue par la simultanéité et l'ampleur des chantiers entrepris. Contrairement à de nombreux pays à revenu intermédiaire où les réformes sanitaires tendent à être fragmentées ou séquentielles, le Maroc a engagé de manière concomitante une transformation de la gouvernance, des ressources humaines, de la digitalisation et de la structuration territoriale. Cette simultanéité confère à la trajectoire marocaine un caractère systémique encore relativement rare dans des contextes comparables.

La comparaison entre le modèle institutionnel marocain et les modèles analysés dans la littérature internationale indique que les Groupements Sanitaires Territoriaux constituent la pierre angulaire de cette reconfiguration. En substituant progressivement au modèle hospitalo-centré une approche territoriale intégrée, les GST traduisent un changement de paradigme aligné sur les standards observés dans plusieurs pays de l'OCDE. La mutualisation des équipements lourds, la gestion territoriale des ressources humaines, la planification régionale des urgences sanitaires, la coordination entre hôpitaux et soins primaires ainsi que la structuration des parcours de soins participent à cette recomposition organisationnelle.

Le modèle marocain se distingue également par l'articulation étroite entre réforme sanitaire et généralisation de la protection sociale. Des travaux antérieurs consacrés au financement hospitalier marocain ont mis en évidence les tensions entre logique de performance, contraintes budgétaires et qualité des soins, notamment dans le cas des centres hospitaliers universitaires, soulignant ainsi les limites du modèle hospitalo-centré préexistant et préparant le terrain aux réformes structurelles post-pandémiques (Sbai, 2017).

L'inscription de la loi 09-21 dans cette dynamique a transformé en profondeur la demande de soins en élargissant massivement la couverture médicale, notamment à travers l'intégration du RAMED dans l'AMO Tadamoun et l'extension aux travailleurs non-salariés. Cette évolution modifie les équilibres de financement et renforce la stabilité budgétaire du système, condition essentielle à la mise en œuvre d'une logique de responsabilité populationnelle.

L'analyse montre ainsi que la réforme institutionnelle et la réforme financière ne constituent pas deux dynamiques parallèles, mais deux dimensions interdépendantes d'une même transformation structurelle. La couverture élargie crée les conditions d'un financement plus prévisible et plus équitable, tandis que la gouvernance territoriale intégrée vise à organiser l'offre de soins de manière cohérente à l'échelle régionale.

En ce sens, la trajectoire marocaine ne se limite pas à une adaptation conjoncturelle aux effets de la pandémie. Elle s'inscrit dans une tentative de recomposition globale de l'écosystème de santé, combinant territorialisation, intégration fonctionnelle, renforcement de la santé publique et stabilisation financière. Cette configuration positionne le Maroc comme un cas d'étude pertinent parmi les pays à revenu intermédiaire engagés dans des transformations systémiques inspirées, sans les reproduire mécaniquement, des modèles des pays à haut revenu.

5. Discussion

5.1. Le Maroc dans la trajectoire internationale des réformes territoriales

Les transformations engagées par le Maroc s'inscrivent dans une trajectoire internationale marquée par le renforcement des approches territoriales et polycentriques de la gouvernance sanitaire. La littérature récente a mis en évidence l'importance des architectures multi-niveaux, combinant pilotage stratégique national et autonomie opérationnelle territoriale, comme facteur de résilience face aux chocs systémiques. Les concepts de gouvernance polycentrique et de responsabilité populationnelle ont progressivement structuré les réformes engagées en Europe, en Amérique du Nord et en Asie.

À la lumière de ces cadres théoriques, le cas marocain confirme la pertinence de ces approches dans un contexte de pays à revenu intermédiaire. La création des Groupements Sanitaires Territoriaux traduit un basculement vers une organisation territoriale intégrée, alignée sur les dynamiques observées dans les Integrated Care Systems britanniques, les CISSS québécois ou les Regional Health Systems singapouriens. Toutefois, contrairement à plusieurs réformes occidentales mises en œuvre progressivement, la trajectoire marocaine se distingue par la conduite concomitante des transformations institutionnelles, organisationnelles et financières. Cette configuration enrichit la littérature sur les réformes territoriales en montrant que les principes de gouvernance multi-niveaux et d'intégration peuvent être mobilisés dans des

contextes institutionnels et budgétaires contraints, à condition d'être articulés à une stratégie nationale cohérente.

5.2. Les GST comme laboratoire de gouvernance intégrée dans un pays à revenu intermédiaire

Les résultats de l'analyse suggèrent que les GST constituent un laboratoire institutionnel particulièrement intéressant pour observer la mise en œuvre d'une gouvernance intégrée dans un pays à revenu intermédiaire. En mobilisant les concepts d'intégration des soins, de coordination inter-organisationnelle et d'autonomie professionnelle, le modèle marocain propose une recomposition structurelle fondée sur la mutualisation territoriale des ressources et la responsabilisation populationnelle.

Le cas marocain confirme plusieurs hypothèses issues de la littérature : d'une part, l'intégration des soins nécessite une articulation claire entre niveaux de gouvernance ; d'autre part, la réforme des ressources humaines constitue un levier indispensable à l'opérationnalisation effective de l'intégration. En ce sens, la loi 09-22 relative à la fonction publique sanitaire apparaît comme un complément structurel aux GST, traduisant une prise en compte des dynamiques professionnelles identifiées dans les travaux sur les street-level bureaucrats et la gouvernance collaborative.

Toutefois, le modèle marocain nuance également certaines trajectoires observées dans les pays à haut revenu. Alors que plusieurs systèmes ont engagé des réformes territoriales avant la pandémie, le Maroc a utilisé la crise comme catalyseur d'une transformation plus globale, combinant gouvernance, digitalisation, santé publique et protection sociale. Cette simultanéité pourrait constituer un facteur d'accélération, mais elle représente également un défi de coordination institutionnelle.

5.3. Articulation réformes sanitaires et protection sociale : quelles implications pour l'équité et la résilience ?

L'un des apports majeurs du cas marocain réside dans l'articulation étroite entre réforme de l'offre de soins et généralisation de la protection sociale. La loi 09-21, en élargissant la couverture médicale et en intégrant progressivement les populations auparavant exclues, modifie les conditions de financement et renforce la stabilité budgétaire du système.

À la lumière des travaux sur la responsabilité populationnelle et l'équité territoriale, cette articulation apparaît déterminante. L'intégration territoriale des soins ne peut produire d'effets durables sans un financement prévisible et une couverture homogène. En ce sens, la reconfiguration sanitaire marocaine confirme que la résilience sanitaire repose autant sur l'architecture organisationnelle que sur la soutenabilité financière.

Néanmoins, cette articulation soulève également des interrogations. L'augmentation de la demande liée à l'élargissement de la couverture est susceptible d'accentuer les tensions sur les ressources humaines et les infrastructures si l'offre territoriale n'est pas suffisamment consolidée. La réussite du modèle dépendra donc de la capacité des GST à absorber cette demande accrue tout en garantissant la qualité et l'équité des services, dans un environnement marqué par la montée en puissance du secteur privé à but lucratif et la recomposition des équilibres concurrentiels.

5.4. Risques potentiels et conditions de réussite du modèle

Malgré son ambition structurante, la réforme marocaine n'est pas exempte de risques. La fragmentation organisationnelle pourrait persister si les mécanismes de coordination territoriale ne sont pas pleinement opérationnels. Les contraintes liées aux ressources humaines, notamment en matière de densité médicale et de capacités managériales locales, constituent un facteur critique. De plus, l'insuffisante interopérabilité des systèmes d'information pourrait limiter l'effectivité de l'intégration numérique.

À l'inverse, plusieurs conditions apparaissent déterminantes pour assurer la viabilité du modèle. Une clarification des responsabilités dans la gouvernance multi-niveaux, une interopérabilité numérique effective, un financement stable et prévisible, ainsi qu'un investissement soutenu dans la formation et la gestion des ressources humaines représentent des prérequis essentiels. La capacité à articuler pilotage central et autonomie territoriale de manière cohérente constituera également un facteur clé de succès.

Ainsi, le modèle des GST apparaît à la fois comme une opportunité stratégique de modernisation et comme un processus institutionnel exigeant, dont la réussite dépendra de la cohérence entre réformes structurelles, capacités opérationnelles et dynamique des acteurs.

6. Conclusion

L'analyse approfondie des dynamiques post-pandémiques montre que la COVID-19 n'a pas seulement été un choc sanitaire sans précédent ; elle a été un moment fondateur dans la transformation structurelle, organisationnelle et institutionnelle du secteur de la santé à l'échelle internationale. La pandémie a fait vaciller les certitudes et mis en évidence l'impréparation des systèmes confrontés à un choc global, révélant les vulnérabilités structurelles d'une organisation sanitaire souvent fragmentée, hospitalo-centrée, sous-digitalisée, faiblement articulée à la santé publique et insuffisamment coordonnée au niveau territorial.

À partir d'une analyse documentaire et conceptuelle croisant les textes de réforme marocains et la littérature internationale post-COVID, cette étude a permis de mettre en perspective ces transformations dans une logique comparative et analytique.

Au terme de cette revue narrative, il apparaît clairement que l'après-COVID marque une rupture avec les logiques antérieures. Les systèmes de santé, quel que soit leur niveau de développement, ont été poussés à repenser leurs fondements. La résilience, l'agilité organisationnelle, la territorialisation, l'intégration fonctionnelle, la digitalisation, la préparation épidémiologique, le renforcement de la santé publique et la valorisation du capital humain s'imposent désormais comme les moteurs incontournables de la transformation. Cette recomposition profonde n'est pas homogène, mais elle révèle une convergence dans la manière dont les pays s'orientent vers des organisations de santé plus cohérentes et plus robustes.

En ce sens, cet article contribue à la littérature sur la gouvernance territoriale en montrant comment un pays à revenu intermédiaire peut engager une recomposition structurelle d'ampleur alignée sur les standards internationaux tout en conservant des spécificités institutionnelles propres.

Dans cette dynamique globale, la trajectoire marocaine occupe une place singulière.

Le Maroc n'a pas uniquement réagi à la pandémie ; il a saisi ce moment critique pour engager une refondation historique du système de santé et de la protection sociale. La loi-cadre 06-22 et la généralisation de la couverture médicale représentent un projet de transformation systémique rare parmi les pays à revenu intermédiaire. La création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), pilier majeur de cette réforme, constitue une innovation organisationnelle centrale alignée sur les tendances internationales observées dans les systèmes les plus avancés. Les GST traduisent une vision moderne du pilotage territorial, fondée sur la responsabilité populationnelle, la mutualisation des ressources, l'interopérabilité des systèmes d'information, l'intégration des soins, la planification régionale et la gouvernance polycentrique.

Le cas marocain confirme ainsi la pertinence des concepts de gouvernance multi-niveaux, d'intégration des soins et de responsabilité populationnelle, tout en les enrichissant par une simultanéité réformatrice rarement observée dans des environnements institutionnels similaires.

La cohérence entre la réforme sanitaire et celle de la protection sociale distingue particulièrement le modèle marocain. La généralisation de l'AMO, l'intégration du RAMED

dans l'AMO Tadamoun, l'extension de la protection sociale aux travailleurs non-salariés, appuyée par le Registre Social Unifié (RSU), favorise une articulation renforcée entre équité financière et gouvernance territoriale. Cette alliance structurelle entre offre et demande est précisément ce que recommandent les organisations internationales dans leurs appels à une reconstruction globale fondée sur la justice sociale.

Au final, la pandémie aura laissé une empreinte durable : elle aura obligé les systèmes de santé à se repenser, à redéfinir leurs missions, à reconstruire leurs fondamentaux et à adopter une logique de santé publique intégrée. Le Maroc, par la profondeur et la cohérence de ses réformes, s'inscrit dans cette trajectoire internationale tout en développant un modèle qui lui est propre. La dynamique post-COVID, loin d'être une phase transitoire, constitue une transformation radicale qui redessine les systèmes de santé vers plus de cohésion, de résilience et d'équité.

Toutefois, comme le suggère la littérature sur l'implémentation des réformes, la réussite effective de cette reconfiguration dépendra de la capacité à traduire les principes institutionnels en pratiques organisationnelles concrètes.

Le défi qui se pose désormais est celui de la mise en œuvre effective. Les réformes engagées exigent un accompagnement stratégique continu, un pilotage territorial efficace, une mobilisation durable des professionnels de santé, une consolidation des infrastructures numériques, et un investissement soutenu dans la santé publique. Si ces conditions sont réunies, la période post-pandémique pourrait devenir un moment fondateur pour construire un système de santé marocain plus préparé, plus performant et plus équitable, en harmonie avec les dynamiques globales de transformation structurelle.

La capacité à réunir ces conditions déterminera dans quelle mesure cette transformation pourra se traduire par des gains durables en matière d'équité, de performance et de résilience systémique.

Références :

- (1). Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- (2). Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F., & Missoni, E. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *The Lancet Public Health*, 5(5), e253. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30074-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30074-8)
- (3). Bestsennyy, O., Gilbert, G., Harris, A., & Rost, J. (2021). *Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality?* McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com>
- (4). Blumenthal, D., Fowler, E. J., Abrams, M., & Collins, S. R. (2020). Covid-19 Implications for the health care system. *New England Journal of Medicine*, 383(15), 1483–1488. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2021088>
- (5). Bossert, T. J. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*, 47(10), 1513–1527. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00111-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00111-2)
- (6). Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2011). Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. *Social Science & Medicine*, 72(1), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.019>
- (7). 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>
- (8). Eberly, L. A., Kallan, M. J., Julien, H. M., et al. (2020). Patient characteristics associated with telemedicine access for primary and specialty ambulatory care during the COVID-

- 19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(12), e2031640. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31640>
- (9). Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- (10). Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *European Journal of Clinical Investigation*, 48(6), e12931. <https://doi.org/10.1111/eci.12931>
- (11). Greer, S. L., King, E. J., da Fonseca, E. M., & Peralta-Santos, A. (2020). The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health*, 15(9), 1413–1416. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1783340>
- (12). Greer, S. L., Wismar, M., & Figueras, J. (Eds.). (2016). *Strengthening health system governance: Better policies, stronger performance*. Open University Press.
- (13). Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., et al. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: Lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27(6), 964–980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
- (14). Haut Conseil de la Santé Publique. (2017). *Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique*. <https://www.hcsp.fr>
- (15). Kodner, D. (2009). All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*, 13(Special Issue), 6–15. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>
- (16). Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- (17). Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910–1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- (18). Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77–110. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125>
- (19). Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- (20). Maier, C. B., Aiken, L. H., & Busse, R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation* (OECD Health Working Paper No. 98). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
- (21). Nolte, E., & McKee, M. (2009). *Caring for people with chronic conditions: A health systems perspective*. Open University Press.
- (22). Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* WHO Regional Office for Europe.
- (23). OECD. (2023). *Ready for the next crisis? Investing in health system resilience*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>
- (24). Paschoalotto, M. A. C., Lazzari, E. A., Rocha, R., Massuda, A., & Castro, M. C. (2023). Health systems resilience: Is it time to revisit resilience after COVID-19? *Social Science & Medicine*, 320, 115716. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115716>
- (25). Peters, B. G. (2021). *Advanced introduction to public policy*. Edward Elgar Publishing.
- (26). Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., et al. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews*. Lancaster University.
- (27). Rosenbaum, L. (2020). The untold toll—The pandemic’s effects on patients without Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382(24), 2368–2371. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2009984>

- (28). Sagan, A., Webb, E., McKee, M., et al. (2021). *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- (29). Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbæk, K. (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. Open University Press.
- (30). Sbai, A. (2017). *Le mode de financement des centres hospitaliers universitaires : De la performance à la qualité des soins : Cas du CHU Hassan II de Fès* (Doctoral dissertation, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah)
- (31). Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- (32). Whitelaw, S., Mamas, M. A., Topol, E., & Van Spall, H. G. C. (2020). Applications of digital technology in COVID-19 planning and response. *The Lancet Digital Health*, 2(8), e435–e440. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30142-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30142-4)
- (33). World Health Organization. (2008). *Task shifting: Global recommendations and guidelines*. WHO Press.
- (34). World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs*. WHO.