

Enjeux et Perspectives de la Gouvernance de la Santé Territoriale (GST) au Maroc : Vers une Performance Accrue

Challenges and Prospects of Territorial Health Governance (THG) in Morocco: Towards Enhanced Performance

Salma LALLOUCHE, (Maître de Conférences ISPITS-Rabat)

Laboratoire de Recherche en Finance, Entrepreneuriat et développement

Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales, Salé

Université Mohammed V de Rabat, Maroc

Adresse de correspondance :	Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales, Salé Université Mohammed V de Rabat, Maroc
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	LALLOUCHE, S. (2026). Enjeux et Perspectives de la Gouvernance de la Santé Territoriale (GST) au Maroc : Vers une Performance Accrue. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 7(4), 780–792.
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 04 (2026)

Enjeux et Perspectives de la Gouvernance de la Santé Territoriale (GST) au Maroc : Vers une Performance Accrue

Résumé :

Le Maroc a engagé une refonte systémique de son architecture sanitaire, institutionnalisée par la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé et la loi n° 08-22 relative à la création des groupements sanitaires territoriaux, visant à optimiser l'équité et l'efficacité des soins par une gouvernance territoriale renouvelée. Au cœur de cette dynamique, la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) constitue une innovation majeure destinée à rompre avec la centralisation historique du système. Cet article propose une réflexion théorique sur les conditions de succès de ce modèle en mobilisant les apports du management public et du pilotage de la performance. La méthodologie s'appuie sur une revue de littérature ciblée. L'article plaide pour un pilotage agile et intégré, fondé sur la coordination multi-niveau et la redevabilité des acteurs, tout en soulignant l'importance de l'expérimentation territoriale et les futures recherches empiriques pour valider l'impact de cette réforme sur la performance des services sanitaires au Maroc.

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

JEL Classification : I18, H75, H83, D73, R58

Type du papier : Recherche Théorique

Abstract

Morocco has embarked on a systemic overhaul of its healthcare system, institutionalized by Framework Law No. 06-22 in the national health system and Law No. 08-22, on the creation of regional health clusters, at optimizing equity and efficiency in healthcare through a renewed regional governance structure. At the heart of this initiative, the creation of Territorial Health Groups (GSTs) represents a major innovation designed to break with the system's historical centralization. This article offers a theoretical reflection on the conditions for the success of this model by drawing on insights from public management and performance management. The methodology is based on a targeted literature review. The article advocates for agile and integrated management, based on multi-level coordination and stakeholder accountability, while emphasizing the importance of regional experimentation and future empirical research to validate the impact of this reform on service performance.

Keywords: Territorial governance, Health reform, Territorial Health Groups, Strategic management, public management, Advanced regionalization, Morocco

Classification JEL: I18, H75, H83, D73, R58

Paper type: Theoretical Research

1. Introduction

Dans un contexte de restructuration profonde du système de santé marocain, la promulgation de la loi cadre n°06-22 marque un tournant historique pour ce système, initiant une refonte majeure et systémique destinée à garantir la sécurité, la qualité et l'efficacité du parcours de soins. Ce remaniement repose sur une gouvernance territoriale intégrée qui vise à concilier les impératifs de proximité de la décentralisation avec la nécessité d'une performance accrue face aux mutations de l'environnement socio-sanitaires. Le Maroc cherche à répondre aux exigences des politiques de santé à l'échelle internationale, notamment l'OMS, à travers un équilibre entre l'amélioration de la qualité des soins, la réduction des coûts et une meilleure expérience pour les usagers des soins. Un tournant décisif de cette restructuration réside dans une nouvelle architecture de gouvernance sanitaire, fondée principalement sur la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) instaurée par la loi 08.22 (BO 7213, 2023) (*Loi_N_08-22_20072023*), comme entités publiques inaugurant ainsi une phase inédite dans le système de santé marocain.

Ce projet d'envergure vise à instaurer une cohérence systémique en rapportant le pouvoir décisionnel à une responsabilité managériale développée et transparente. L'objectif de cette réforme réside dans la modernisation de la gouvernance territorialisée et intégrée, basée sur l'autonomie administrative et financière, et aussi sur la responsabilisation des acteurs locaux rompant ainsi avec la centralisation historique des politiques de santé dans le pays (Baalla & Jellouli, 2025). Cette organisation va permettre une décentralisation de la décision au niveau régional, coordonner le parcours de soins avec une mutualisation des ressources afin d'adapter les différentes politiques sanitaires à la réalité de chaque territoire notamment démographique, géographique et épidémiologique.

Dans une perspective de refonte du système national de santé, les GST se présentent comme une réponse à une gouvernance intégrée. Cette transition nous conduit à examiner les impacts prévisibles de l'opérationnalisation des GST sur la modernisation de la gouvernance de la santé au Maroc. L'enjeu est de déterminer : *Comment ces nouveaux établissements publics, dotés de l'autonomie de gestion peuvent optimiser la prise de décision et la redevabilité à l'échelle régionale en matière de santé ?* Pour répondre à cette problématique, notre recherche va explorer dans un premier temps la littérature existante en mettant en exergue les fondements du système national de santé, les concepts de gouvernance sanitaire et le cadre de structuration des GST ; ensuite une présentation détaillée de la méthodologie qualitative adoptée, suivi des résultats escomptés avec une discussion sur les leviers de performance et enfin, une conclusion synthétisant les apports théoriques et managériaux de l'étude.

2. Revue de littérature

La gouvernance sanitaire constitue un pilier fondamental pour optimiser les résultats liés à la santé de la population. Dans cette optique, la refonte structurelle du système de santé marocain érige les GST en pivot centraux de l'offre de soins au niveau régional. Cependant, ces groupements sanitaires territoriaux établis par la loi 08-22, deviennent la clé de voûte d'une organisation décentralisée visant une meilleure équité et une efficacité territoriale accrue (*Loi_N_08-22_20072023*, s. d.; Mahdaoui, 2022; Bouhmala et al., 2024).

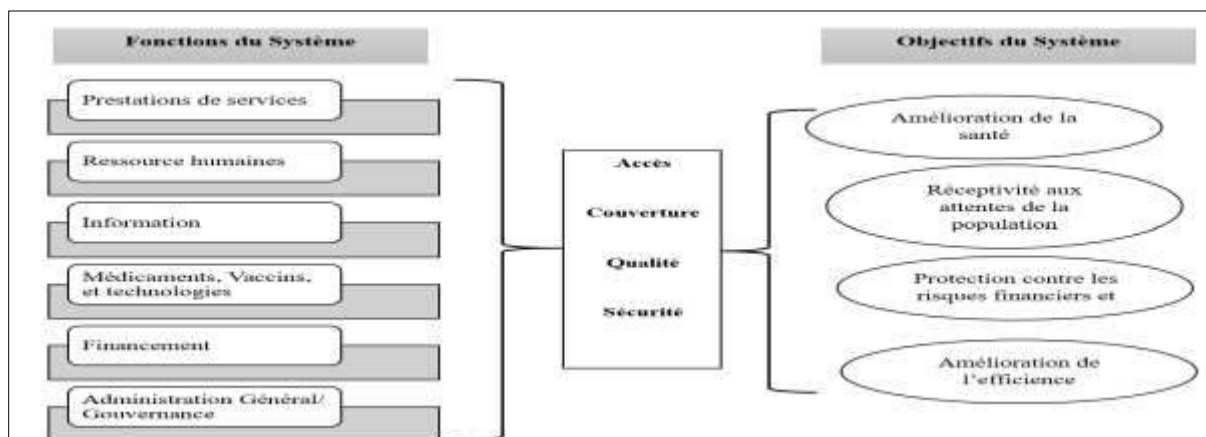
2.1. Le système de santé marocain : structure et fonction

Selon Kleczkowski, Roemer & Van Der Werf, le système de santé peut être définie comme un ensemble cohérent, composé de nombreux éléments, tant sectoriels qu'intersectoriels, liés les uns aux autres et à la communauté même, qui ont conjointement une incidence sur la santé de la population (Kleczkowski, B. M., Roemer, M. I., & Van Der Werff, A., 1984). Conformément aux référentiels de l'organisation mondiale de la santé en 2007, le système de santé marocain regroupe l'ensemble des institutions, ressources et actions dédiées à la promotion, à la

restauration ou au maintien de la santé de la population. Il repose sur six fonctions fondamentales (Lahdab & Rahmouni, 2025):

- Production de soins et des services de santé : elle représente la fonction principale d'un système de santé. Des bons services de santé sont ceux qui fournissent des soins efficaces, sûrs et de qualité à ceux qui en ont besoin, quand et où ils en ont besoin, avec un minimum de perte de ressources.
- Production de ressources humaines : dans la mesure où un système de santé dépend de la connaissance, des compétences, de la motivation et de la distribution du personnel chargé d'organiser et de fournir des prestations
- Information et Recherche : la transparence, l'allocation des ressources, l'amélioration des programmes et les décisions en matière de gestion dépendent de la qualité de l'information sanitaire.
- Innovation et technologies : Un système de santé performant doit assurer l'accès équitable et rationnel aux médicaments essentiels, vaccins et technologies de qualité, sûrs, efficaces, avec un bon rapport coût-efficacité.
- Financement : Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds suffisants pour assurer que les personnes qui en ont besoin utilisent les services et sont protégés de l'appauvrissement lié au paiement des services de santé.
- Gouvernance et régulation : La notion de 'stewardship' ou administration générale des systèmes de santé, parfois définie plus étroitement sous le terme de gouvernance, désigne l'ensemble des fonctions assumées par les pouvoirs publics en vue d'atteindre les objectifs nationaux de santé.

Schéma 1 : Les fonctions et les objectifs fondamentaux d'un système de santé (OMS)



Source : Schéma de l'OMS qui représente les fonctions et les objectifs d'un système de santé

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi-cadre n° 06-22, l'architecture du système de santé marocain repose sur des principes directeurs (BO_7178_fr 2022) tels que :

- Accessibilité et équité : Garantir l'égalité d'accès, la permanence des soins et un équilibre territorial dans la distribution des infrastructures et l'allocation des ressources.
- L'égalité d'accès aux soins et services de santé, ainsi que l'égalité dans les conditions d'accès à la couverture médicale.
- La solidarité et la responsabilisation de la population dans la prévention, la conservation et la restauration de la santé ; La responsabilité partagée en matière de consommation médicale entre les utilisateurs de soins et les professionnels de santé ;
- La complémentarité entre l'offre publique et l'offre privé ;
- L'adoption de l'approche genre en matière de services de santé : la répartition de l'offre de soins de santé doit tenir compte des spécificités du genre notamment en matière de

ressources humaines et de ressources matérielles (suivi des femmes enceintes, santé maternelle...).

- Bonne gouvernance

En plus de ces principes, la nouvelle réforme du système national marocain insiste sur la motivation des professionnels de santé, la mise à niveau de l'offre de soins et la digitalisation du système en instaurant le programme du dossier du patient partagé (Lahdab & Rahmouni, 2025). Bien que le système de santé fait face à plusieurs défis pour accroître sa performance (Dehbi & Angade, 2017), des déséquilibres structurels majeurs subsistent, notamment en ce qui concerne l'équité territoriale et l'égalité d'accès aux prestations. Le modèle de financement actuel demeure une entrave à la résilience du système, puisque les dépenses directes des ménages représentent encore la source principale de financement (environ 45,6 %), un niveau jugé incompatible avec les ambitions de couverture sanitaire universelle portées par la réforme de la protection sociale (Bouhmala et al., 2024; Lahdab & Rahmouni, 2025; Baalla & Jellouli, 2025).

2.2. Les Groupements sanitaires territoriaux : pivot de la nouvelle gouvernance

La transition vers des modes de gestion polycentriques et territorialisés constitue la réponse des systèmes de santé contemporains à la rigidité des administrations centrales (T. J. Bossert & Mitchell, 2011; Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbaek, 2007). En privilégiant la subsidiarité¹ et l'autonomie régionale, cette gouvernance territoriale vise à optimiser la réponse aux exigences de proximité tout en instaurant une dynamique de coopération accrue entre les instances nationales et les échelons locaux (Faranak Jafari, 2019; Khider & Imichoui, 2020; Polton, 2022). Plusieurs travaux relatifs à la décentralisation sanitaire ont montré que le transfert de compétences ne garantissait pas une amélioration de la performance, il fluctue grandement en fonction des mécanismes d'allocation budgétaire et de l'étendue réelle de l'espace de décision octroyé aux entités locales (T. Bossert, 1998).

Les crises sanitaires mondiales, particulièrement la pandémie de COVID-19, ont agi comme un puissant révélateur de la pertinence des approches territorialisées (Khaidar & Sbai, 2026). Des recherches internationales majeures (Lacroix & St-Arnaud, 2012; Haldane et al., 2021; Polton, 2022), confirment que la résilience des systèmes repose sur une coordination fluide entre les échelons de gouvernance et sur le décroisement entre santé publique et soins curatifs. Dans cette optique, la territorialisation et l'intégration ne sont plus perçues comme de simples ajustements administratifs, mais comme une mutation structurelle des modes de pilotage.

L'instauration des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) représente l'innovation institutionnelle majeure de la refonte du système national de santé marocain, portée par la loi-cadre n° 06-22 et la loi n° 08-22. Ces entités marquent une rupture avec la centralisation historique en érigeant le territoire comme l'unité pertinente de pilotage et de coordination des soins (Maaini, 2024; Errabai & Sedra, 2025; Khaidar & Sbai, 2026).

Institués en tant qu'établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, les GST sont créés au niveau de chaque région du Royaume. Conformément à l'article 3 de la loi n° 08-22, chaque groupement intègre l'ensemble des structures de santé publiques relevant de son ressort territorial, à l'exception des hôpitaux militaires et des bureaux communaux d'hygiène. Cette intégration vise à rassembler sous une direction unique les centres de santé de base, les hôpitaux provinciaux et régionaux, ainsi que les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Chaque GST est géré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur qui s'assure de l'exécution de la politique sanitaire au niveau de son territoire (Khider & Imichoui, 2020).

¹ Implique La gouvernance territoriale implique une redistribution des compétences vers les niveaux régionaux pour rapprocher la décision de la réalité des citoyens

Selon l'article 7 de la loi relative à la création des GST, plusieurs attributions sont confiées à ces nouveaux établissements que nous présenterons dans le tableau qui suit selon leurs domaines, à savoir :

Tableau 1 : Attributions des GST par domaine

Domaine	Nature des Attributions
Planification	Adoption de la carte sanitaire régionale (alignée sur la carte nationale)
Finances	Consolidation du budget, des prévisions pluriannuelles et des modalités de financement
Organisation	Mise en place de l'organigramme (incluant des structures sanitaire et administrative indépendantes)
Régulation interne	Adoption du règlement intérieur du groupement
Evaluation	Instauration de mesures d'audits et d'évaluations périodiques des activités
Redevabilité	Approbation du rapport annuel d'activité de l'établissement

Source : élaboré par l'auteur à partir de la documentation consultée

Ces attributions stratégiques visent à assurer une autonomie financière et de gestion sous la tutelle de l'Etat et aussi à soulever le défi de performance régionale dans le domaine sanitaire en termes d'équité et d'égalité territoriale. Mais cette décentralisation n'est pas sans risques. Toutes les régions ne disposent pas des mêmes compétences managériales ni de capacités de pilotage, cela exige du temps, de la formation et un bon accompagnement étatique. Toutefois, le succès de cette transition repose aussi sur une valorisation réelle des professionnels de santé, passant par une amélioration tangible des conditions de travail et l'instauration de mécanismes d'incitation financière équitables (T. Bossert, 1998; Khider & Imichoui, 2020; Mahdaoui, 2022; Maaini, 2024). Sans ces mesures de soutien, le désengagement du personnel pourrait entraver l'efficacité opérationnelle des groupements. Par ailleurs, la préservation de la paix sociale, à travers le respect des engagements conventionnels et législatifs, est un préalable indispensable pour éviter des blocages systémiques et garantir que les GST deviennent de véritables moteurs de l'équité en santé au Maroc (Mahdaoui, 2022).

2.3. La gouvernance sanitaire

Pour définir le concept de gouvernance, nous nous sommes basés sur les définitions qui sont utilisées dans les différentes institutions et organismes nationaux et internationaux, puis sur des ouvrages de référence pour cerner ce concept et l'adapter au milieu sanitaire.

Pour la banque mondiale, le concept de gouvernance englobe un ensemble de mécanismes par lesquels l'autorité est dirigée vers le progrès de la collectivité. Cette perspective fusionne l'exercice de la souveraineté avec une exigence de bien commun et l'intérêt général de manière transparente et efficace (Lacroix & St-Arnaud, 2012).

Selon la Commission européenne, la gouvernance s'articule autour des normes et des modes opératoires qui régissent l'usage du pouvoir au sein de la société (Lacroix & St-Arnaud, 2012). Cette définition se distingue par son caractère opérationnel, identifiant les comportements et les processus comme des variables déterminantes de la performance publique. Elle est jugée pertinente par de nombreux auteurs car elle place les notions de règles et de processus au cœur de la régulation créant ainsi un cadre de pilotage où la recherche de résultats est indissociable d'une démarche démocratique et transparente.

A travers le programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'ONU définit la gouvernance comme étant un exercice de l'autorité économique, politique et administrative dans la gestion des différentes affaires d'un pays (Lacroix & St-Arnaud, 2012; Lahdab & Rahmouni, 2025).

A son tour l'OMS présente la gouvernance comme étant un leadership qui assure l'existence des cadres stratégiques de politique avec un contrôle efficace, établissement de réglementations appropriées, et la responsabilisation des acteurs. Cependant ; les grandes institutions renvoient

à des critères de bonne gouvernance comme, l'équité, la présence d'un état de droit, la responsabilité, l'efficacité, la participation et la lutte contre la corruption.

Dans le dictionnaire français la rousse, la gouvernance est « Action de gouverner ; manière de le faire. De l'anglais « gouvernance », art de gouverner indépendant de l'autorité étatique ». S'appuyant sur les travaux d'Alain Beitone, la gouvernance est appréhendée comme un système de transactions complexe permettant de structurer l'action collective. Suivant la perspective de Pascal Lamy, elle se déploie comme un cycle complet de production normative : de l'élaboration des règles à leur contrôle, en passant par leur légitimation et leur exécution. Cette approche définit la gouvernance non comme une structure figée, mais comme une dynamique interactive où la pluralité des acteurs oriente les décisions pour aboutir à des interventions concrètes. Pour Smouts et al.(Lacroix & St-Arnaud, 2012), la gouvernance définit une modalité de pilotage collectif qui transcende les frontières institutionnelles grâce à la synergie entre intervenants privés et publics. Cette vision se distingue par quatre caractéristiques majeures :

- Une nature processuelle : La gouvernance n'est ni une activité ponctuelle, ni un simple recueil de règles, mais une dynamique en mouvement.
- Un caractère informel : Elle repose davantage sur des échanges relationnels suivis que sur des procédures rigides.
- Une culture de l'accommodement : La prise de décision n'émane pas d'un rapport de force, mais d'une recherche constante de consensus.
- Une mixité d'acteurs : Elle implique nécessairement la participation conjointe des secteurs public et privé

Dans le champ de la santé, la gouvernance désigne des processus, des mécanismes et acteurs sur le plan régional pour piloter, coordonner et organiser la politique publique sanitaire en se basant sur les principes d'autonomie local, de responsabilité et de coordination entre les différentes entités. L'objectif est la réallocation des ressources et des compétences vers les régions afin d'aligner les décisions publiques sur les spécificités du terrain. Ce processus de décentralisation est perçu comme un moteur essentiel pour ajuster l'offre de soins aux besoins réels de la population, stimuler la participation citoyenne et encourager l'innovation des organisations locales (Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbaek, 2007; Polton, 2022). Toutefois, qu'il s'agisse de déconcentration ou de dévolution, le succès de cette mutation dépend de la mise en place de mécanismes robustes de coordination multi-niveaux et d'outils de pilotage adaptés (T. J. Bossert & Beauvais, 2002).

3. Les théorie mobilisée dans le cadre des GST

L'analyse des Groupements Sanitaires Territoriaux mobilise une diversité de cadres théoriques issus du management public, de la sociologie des organisations et de l'économie de la santé. Ces théories permettent d'éclairer les enjeux de la transition d'un modèle centralisé vers une gouvernance territoriale intégrée.

3.1. La théorie de l'agence

Elaborée par Jensen & Meckling en 1976 et enrichie par Eisenhardt (1989), la théorie de l'agence analyse les interactions au sein d'un contrat où un principal (le détenteur du pouvoir) délègue la gestion de ressources à un agent. Ce cadre met en lumière les risques de comportements opportunistes découlant des asymétries d'information et des divergences d'objectifs entre les parties. Appliquée aux Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), cette perspective permet d'identifier les tensions potentielles entre le Ministère de la Santé (principal) et les gestionnaires des GST (agents). Elle souligne que l'efficacité du système repose sur la mise en œuvre de mécanismes de monitoring, d'audit et d'incitations contractuelles pour pallier les risques d'aléa moral et de défaillance de gouvernance (Charreaux, 2010; Errabai & Sedra,

2025; Lahdab & Rahmouni, 2025). La réussite de cette nouvelle gouvernance territoriale est conditionnée par la capacité de l'État à aligner les intérêts des responsables locaux sur les objectifs nationaux de santé publique. Selon les analyses de Kettunen & Kallio (2021), cela impose de dépasser les simples structures hiérarchiques pour instaurer une véritable régulation par les résultats (Errabai & Sedra, 2025).

3.2. La théorie des ressources

Inspirée par les travaux de Wernerfelt (1984) et consolidée par Barney (1991), l'approche par les ressources ou appelée La Resource-Based View (RBV) postule que la performance d'une organisation repose sur ses actifs internes, perçus comme des leviers stratégiques hétérogènes et difficilement transférables (Wernerfelt, 1984; Brulhart et al., 2010). Transposé à la gouvernance sanitaire territoriale, ce cadre invite à diagnostiquer l'aptitude différenciée des régions à orchestrer leurs ressources humaines, financières et technologiques. Elle met ainsi en exergue les disparités de « capacités stratégiques » entre les territoires, soulignant que ces inégalités de dotation impactent directement l'efficacité et l'équité de la mise en œuvre des futurs GST (Baalla & Jellouli, 2025; Errabai & Sedra, 2025).

3.3. La structure organisationnelle

Les travaux de Lawrence & Lorsch (1967) démontrent que l'efficacité d'une organisation repose sur sa faculté à équilibrer la spécialisation technique des unités (différenciation) et la cohérence de leurs actions collectives (intégration) (Lawrence & Lorsch, 1967). La performance d'un système complexe comme celui de la santé dépend de l'articulation entre l'expertise des services et la synergie de leurs interventions (Baalla & Jellouli, 2025). Cette perspective est enrichie par la typologie des configurations de Mintzberg (1982), dont les modèles divisionnalisés ou adhocratiques offrent des pistes structurelles pour l'organisation des futurs Groupements Sanitaires Territoriaux. Ensemble, ces cadres théoriques permettent de repenser l'architecture des services de santé afin d'articuler les différents échelons de pilotage de manière souple et convergente, dépassant ainsi la fragmentation historique du système.

4. GST et performance territoriale au Maroc

Conformément aux dispositions de la loi n° 08-22, les Groupements Sanitaires Territoriaux marque une rupture avec le modèle historique de centralisation décisionnelle. Ils s'imposent comme le socle de la nouvelle architecture sanitaire marocaine, investis d'un pouvoir de direction, de coordination et de supervision sur l'ensemble des structures de soins régionales (Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbaek, 2007; Baalla & Jellouli, 2025; Lahdab & Rahmouni, 2025). Ce modèle de décentralisation confie aux GST la mission névralgique de décliner la politique de santé publique au niveau local, en parfaite synergie avec les priorités nationales. Dès lors, la performance globale du système national est étroitement liée à l'efficacité opérationnelle de ces groupements ; leur capacité à atteindre les objectifs de santé repose sur le pilier de la gouvernance, identifié par l'OMS (2007) comme une fonction vitale pour garantir le succès et la résilience du système (Bouhmala et al., 2024; Baalla & Jellouli, 2025).

4.1. Un changement de paradigme pour l'efficacité régionale

La performance territoriale ne se limite plus à des indicateurs financiers ou d'activité ; elle est désormais définie par l'articulation de trois objectifs stratégiques interdépendants, inspirés du modèle du Triple Aim (Berwick et al., 2008) : l'amélioration de la qualité des soins, l'accessibilité pour les populations et l'efficacité dans l'utilisation des ressources.

Le passage à une gouvernance territorialisée vise à transformer les GST en « entrepreneurs publics » responsables de la préservation du capital santé de leur ressort territorial. En

rapprochant le pouvoir décisionnel du terrain, le Maroc cherche à accroître la réactivité face aux spécificités locales et à instaurer une gestion axée sur les résultats.

Cependant, dans le cadre de la régionalisation avancée, la gestion du capital humain s'impose comme un pilier stratégique de l'efficacité territoriale, particulièrement pour pallier les disparités régionales (Baalla & Jellouli, 2025; Khider & Imichoui, 2020). Une mise en œuvre réussie des GST nécessite non seulement une répartition équilibrée des effectifs sur le territoire, mais aussi une valorisation continue des compétences et une implication directe des soignants dans les instances de décision locales. Pour évaluer cette efficacité, les outils de mesure doivent embrasser la complexité du secteur en mariant données chiffrées et dimensions qualitatives, à l'image d'un Balanced Scorecard (Tableau de bord prospectif) rigoureusement adapté au milieu hospitalier (Purbey et al., 2007).

4.2. Les leviers de la performance territoriale

Pour garantir une performance accrue, les GST s'appuient sur plusieurs outils de pilotage stratégique identifiés dans les réformes (Khider & Imichoui, 2020; Bouhmala et al., 2024; ERRABAI, 2024):

- La Carte Sanitaire Régionale et le Programme Médical Régional (PMR) : Ces outils permettent de planifier l'offre de soins de manière optimale, en réduisant les disparités intra-régionales et en assurant la continuité du parcours de soins.
- L'intégration des soins : En brisant les silos entre le secteur primaire, l'hospitalier et la santé publique, les GST favorisent une prise en charge globale du patient et une mutualisation des plateaux techniques.
- La digitalisation : Le déploiement de systèmes d'information interopérables est considéré comme une condition opérationnelle indispensable pour soutenir un pilotage par les données et renforcer la transparence.

4.3. Le contrôle de gestion comme outil de redevabilité

La réussite des GST dépend étroitement de la mise en œuvre d'un contrôle de gestion hospitalier repensé. Selon la théorie de l'agence, les mécanismes de surveillance et d'évaluation (comme la contractualisation pluriannuelle) sont essentiels pour aligner les intérêts des directeurs de GST (les agents) sur les objectifs nationaux du Ministère (le principal). Ce pilotage par la performance permet de transformer les asymétries d'information en leviers de décision éclairée. Le passage à une gouvernance décentralisée au Maroc exige de repenser le pilotage de la performance comme un instrument de soutien à l'autonomie des acteurs locaux. Au-delà du suivi administratif classique, l'enjeu est de favoriser une gestion agile des soins garantissant une meilleure adéquation avec les besoins réels des populations régionales (Polton, 2022; Lahdab & Rahmouni, 2025), s'appuyant sur des indicateurs de résultats probants et des outils numériques interopérables. A travers l'articulation de dispositifs techniques éprouvés : le contrôle budgétaire, garant d'une gestion structurée et prospective ; des outils de pilotage stratégique inspirés des travaux de Kaplan et Norton (Kaplan & Norton, 1996), capables de capturer la complexité des environnements sanitaires ; et des analyses de coûts par activité (ABC), indispensables pour éclairer les décisions stratégiques et assurer la soutenabilité financière du système territorialisé. En plaçant l'évaluation continue au cœur des pratiques, les GST peuvent ainsi transformer la contrainte de contrôle en un véritable levier d'apprentissage organisationnel et d'amélioration de l'offre de soins (Baalla & Jellouli, 2025).

4.4. Défis et conditions de réussite

Malgré l'ambition de la réforme, plusieurs verrous structurels, organisationnels et culturels menacent la performance territoriale :

- *La crise du capital humain :*

Le capital humain constitue le défi majeur de cette réforme. Le Maroc fait face à une pénurie chronique de personnel de santé (7,3 médecins pour 10 000 habitants), bien en deçà des standards de l'OMS. Leur répartition inégale restent des obstacles majeurs environ 90 % du personnel médical est concentré en milieu urbain, laissant les zones rurales et reculées dans une situation de précarité sanitaire (Khider & Imichoui, 2020). A cela s'ajoute le déficit managérial, qui représente un manque important de professionnels qualifiés dans des domaines stratégiques tels que le pilotage, la gestion et l'évaluation, ce qui limite la capacité des GST à exercer leurs nouvelles responsabilités (Baalla & Jellouli, 2025). La performance des GST est intrinsèquement liée à leur capacité à attirer et motiver le personnel, notamment via le nouveau statut de la fonction publique sanitaire (Loi_N_09-22_20072023). Le système souffre d'un épuisement professionnel et de difficultés de rétention liées à la charge de travail et au manque d'attractivité de certains postes territoriaux.

- *Le passage d'une culture centralisée à l'autonomie régionale :*

L'efficacité du transfert de compétences dépendra de la marge de manœuvre effective accordée aux régions en matière de gestion budgétaire et de recrutement. Le transfert des compétences décisionnelles demeure parfois flou ou inégal, ce qui peut générer des tensions entre le niveau central et les échelons territoriaux (ERRABAI, 2024 ; Lahdab & Rahmouni, 2025). En effet, sans une clarification rigoureuse des rôles, la réforme risque d'entraîner une duplication des structures administratives et une fragmentation des politiques publiques. En plus des résistances professionnelles, puisque le corps médical peut percevoir l'introduction d'outils de contrôle de gestion comme une ingérence dans leur autonomie clinique, créant des tensions entre pouvoir médical et pouvoir managérial (Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbaek, 2007; ERRABAI, 2024)

- *L'articulation avec la protection sociale :*

La généralisation de l'AMO augmente la demande de soins, risque d'accentuer les tensions sur les infrastructures et les ressources humaines imposant aux GST une réponse territoriale plus résiliente pour absorber ce flux tout en garantissant l'équité d'accès (Khaidar & Sbai, 2026). Les dépenses des ménages représentent encore près de 45,6 % du financement total de la santé, un niveau jugé incompatible avec l'objectif de couverture sanitaire universelle (BOUZIT AHMED et al., 2024), ce qui limite le financement des soins de santé et poussent les décideurs à redoubler leurs efforts pour remédier à ce problème qui entrave les principes de l'équité et l'égalité d'accès à ces soins. Créée par la loi-cadre n° 06-22, la HAS² assure l'encadrement technique de l'assurance maladie obligatoire tout en évaluant la qualité des prestations fournies par les GST, garantissant ainsi la cohérence globale du système. De ce fait, la performance globale du système national de santé s'appuie largement sur l'efficacité opérationnelle de ces établissements publics, notamment dans leur capacité à atteindre les objectifs fixés pour améliorer la santé de la population dans son ensemble en référant aux piliers décrits par l'OMS (2007), où la gouvernance constitue une composante indéniable pour la réussite de ce système. La refonte du système de santé marocain, telle qu'analysée par (Bouhmala et al., 2024), place l'amélioration de la gouvernance au cœur de la stratégie nationale en matière de santé. Cette orientation répond à l'impératif de renforcer l'efficacité du système tout en assurant sa pérennité dans une perspective de développement

² la Haute Autorité de Santé (HAS) : chargée des missions d'encadrement technique du chantier de l'assurance maladie obligatoire de base et les groupements sanitaires territoriaux chargés de la mise en œuvre de la politique de l'Etat dans le domaine de la santé au niveau régional, outre la création d'un établissement public des médicaments et des produits de santé et d'un autre établissement public pour l'approvisionnement en sang et ses dérivés (BO_7178_fr 2022).

durable. En effet, les GST vont au-delà de réorganiser les structures existantes ; leur finalité est de transformer les techniques de gestion et de prise de décision pour répondre aux défis structurels, tels que les disparités d'accès aux soins et l'inégalité dans la répartition des ressources. Cette ambition s'inscrit dans une perspective à long terme, où la pérennité du système repose sur sa capacité à répondre aux besoins en constante évolution de la population, aux contraintes financières et aux attentes des parties prenantes.

5. Conclusion

En définitive, l'instauration des GST portée par la loi n° 08-22 constitue un laboratoire institutionnel dont la réussite dépend de la capacité du système à transformer ses structures en écosystèmes performants. Cette transition exige de dépasser le simple contrôle administratif pour instaurer un pilotage stratégique fondé sur la redevabilité mutuelle. L'analyse souligne que l'autonomie de gestion ne peut porter ses fruits sans une clarification rigoureuse des responsabilités et une coordination accrue, visant à fluidifier les parcours de soins tout en rationalisant l'offre territoriale. La performance des GST sera le produit de cette synergie entre autonomie décisionnelle, digitalisation intégrée et gouvernance collaborative, plaçant le citoyen au centre d'un système de santé résilient et pérenne.

Le Maroc doit instaurer un modèle de gouvernance pour les GST qui soit à la fois différencié, évolutif et fondé sur l'expérimentation. La viabilité de cette réforme est conditionnée par le déploiement d'une stratégie nationale d'accompagnement vigoureuse. Celle-ci doit impérativement articuler le renforcement des capacités managériales, l'investissement massif dans des systèmes d'information interopérables, une délimitation rigoureuse des prérogatives décisionnelles et l'ancrage durable d'une culture de la performance au sein des structures régionales.

L'opérationnalisation de cette réforme systémique exige une synergie entre cinq piliers fondamentaux :

- L'architecture multi-niveaux : La mise en place d'un cadre de régulation articulant autonomie locale et centralisation stratégique.
- La valorisation des compétences : Un plan national de montée en charge des capacités managériales pour soutenir l'autonomie de gestion effective des établissements.
- La justice distributive : Un système de financement pro-équité utilisant des indicateurs de morbidité et de démographie pour corriger les disparités historiques.
- Le pilotage participatif : L'usage de dispositifs d'évaluation multidimensionnels (type Balanced Scorecard)³ incluant la satisfaction des usagers et l'engagement des soignants.
- L'innovation territoriale : Le recours à l'expérimentation comme mode de gouvernance, permettant une adaptation fine aux contingences environnementales et organisationnelles.

Cette contribution théorique constitue un préalable indispensable à de futures investigations empiriques, essentielles pour soutenir l'opérationnalisation de la réforme au niveau régional. Trois axes de recherche s'imposent comme des priorités stratégiques : l'analyse diagnostique des premières expérimentations de GST, l'étude approfondie des mécanismes de coordination multi-niveaux entre les acteurs, et l'évaluation rigoureuse des impacts sur l'équité d'accès et la satisfaction des usagers. En définitive, le déploiement des GST représente un tournant historique pour la refonte du système de santé marocain ; son succès dépendra de l'aptitude

³ Tableau de bord prospectif, est un outil de pilotage stratégique multidimensionnel conçu par Robert Kaplan et David Norton (1992, 1996), pour évaluer la performance d'une organisation en dépassant le prisme uniquement financier pour intégrer des dimensions qualitatives et opérationnelles

collective à instaurer une gouvernance territoriale résiliente, capable d'aligner l'offre de soins sur les besoins réels de la population.

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 ESJ*, 43. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.7.2025.p156>
- (2). Berwick, D., Nolan, T., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim : Care, Health, and Cost. *Health affairs (Project Hope)*, 27, 759-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- (3). BO_7178_fr 2022. (2022). Consulté avril 2026, à l'adresse <https://amdie.gov.ma/wp-content/uploads/2024/02/Loi-cadre-n%C2%B006-22-relative-au-systeme-national-de-sante.pdf>
- (4). Bossert, T. (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\(98\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00234-2)
- (5). Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). *Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A comparative analysis of decision space*. <https://dx.doi.org/10.1093/heapol/17.1.14>
- (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). Bouhmala, A., hajji, zouhair, & Zine el Abidine, M. (2024). *La refonte du système de santé au Maroc, à l'aune de la gouvernance territoriale et financière*. 1067-1087. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.11238158>
- (8). BOUZIT AHMED, IDALFAHIM MOHAMED, LIOUAEDDINE MARIEM, & ELOUARDIRHI SAAD. (2024). *L'Économie de la Santé : Enjeux et Perspectives*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.14276371>
- (9). Brulhart, F., Guieu, G., & Maltese, L. (2010). Théorie des ressources:Débats théoriques et applicabilités. *Revue française de gestion*, 204(5), 83-86.
- (10). Charreaux, G. (2010). *La gouvernance hospitalière : Quelques réflexions à partir de la gouvernance d'entreprise*.
- (11). Dehbi, S., & Angade, K. (2017). *CONTRÔLE ET ANALYSE DES COÛTS-PERFORMANCES CACHÉS LIÉS AUX DYSFONCTIONNEMENTS AU SEIN DES HÔPITAUX. CAS : HÔPITAL RÉGIONAL MAROCAIN*.
- (12). 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*, Vol 03(N°24). <https://doi.org/10.5281/zenodo.12635191>
- (13). Errabai, M., & Sedra, H. (2025). *Repenser le contrôle de gestion : Enjeux et perspectives de mise en place au niveau des groupements sanitaires territoriaux au Maroc*.
- (14). Faranak Jafari, K. H. (2019). GOOD GOVERNANCE IN THE HEALTH SYSTEM : A QUALITATIVE STUDY. *International Transaction Journal of Engineering, Management*, 11271141. <https://doi.org/10.14456/ITJEMAST.2019.107>
- (15). Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A.-S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G. K., Panjabi, R., Nordström, A., & Legido-Quigley, H. (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>
- (16). Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). Strategic learning & the balanced scorecard. *Strategy & Leadership*, 24(5), 18-24. <https://doi.org/10.1108/eb054566>
 - (17). Khaidar, Y., & Sbair, A. (2026). *Le management de l'écosystème de santé au Maroc : Vers une gouvernance territoriale intégrée*. 7(03).
 - (18). Khider, A. E., & Imichoui, H. (2020). La régionalisation, nouveau mode de gouvernance du système de santé : État des lieux pour le cas du Maroc. *European Scientific Journal, ESJ*, 16(16), 154-154. <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n16p154>
 - (19). Kleczkowski, B. M., Roemer, M. I., & Van Der Werff, A. (1984). *National Health Systems and Their Orientation towards Health for All Guidance for Policy-Making*. World Health Organization. - References—Scientific Research Publishing. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3085971>
 - (20). Lacroix, I., & St-Arnaud, P.-O. (2012). La gouvernance : Tenter une définition. *Cahiers de recherche en politique appliquée*, 4(3), 19-37. <https://doi.org/10.17118/11143/20084>
 - (21). Lahdab, L., & Rahmouni, A. F.-A. (2025). *Groupements sanitaires territoriaux : Une nouvelle gouvernance du système national de santé marocain*.
 - (22). Lawrence, P., & Lorsch, J. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12, 1-47. <https://doi.org/10.2307/2391211>
 - (23). *Loi_N_08-22_20072023*. (s. d.).
 - (24). *Loi_N_09-22_20072023*. (2022).
 - (25). Maaini, A. (2024). *Infrastructures de la santé au Maroc*.
 - (26). Mahdaoui, S. E. (2022). *LE NOUVEAU MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT FACE AUX DÉFIS DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ MAROCAIN : UNE ANALYSE SUR LA PLACE DE LA SANTÉ DANS LE NMD*.
 - (27). Polton, D. (2022). Décentralisation des systèmes de santé : Réflexions à partir de quelques expériences étrangères. *Regards*, 60(1), 102-119. <https://doi.org/10.3917/regar.060.0102>
 - (28). Purbey, S., Mukherjee, K., & Bhar, C. (2007). Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56, 241-251. <https://doi.org/10.1108/17410400710731446>
 - (29). Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbaek. (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. OBS. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/decentralization-in-health-care-strategies-and-outcomes>
 - (30). Wernerfelt, B. (1984). *IA Resource-based View of the Firm*.