



Les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc : Mesure transitoire ou fondation d'un système de santé territorialisé Analyse d'une réforme en tension.

Territorial Health Groupings in Morocco: Transitional Measure or Foundation of a Territorialized Health System

Analysis of a Reform under Tension

Salma EL MAHDAOUI

Doctorante Chercheure

Laboratoire de Recherche Gestion des Risques et Développement Territorial (GRDT).

Institut National d'Aménagement et d'Urbanisme - Rabat - Maroc

Résumé :

Cet article interroge la nature fondamentale des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), pierre angulaire de la réforme du système de santé marocain. Alors que le discours officiel les présente comme la fondation d'un système de santé intégré et territorialisé, leur mise en œuvre révèle des tensions qui en questionnent le caractère pérenne. À travers une analyse des textes juridiques, de la littérature grise et des premiers retours d'expérience, nous examinons les GST à l'aune de cette dialectique. S'appuyant sur une revue des dispositifs similaires à l'international et une analyse des contraintes structurelles marocaines, l'article argue que les GST sont moins une mesure purement transitoire qu'une réforme "en tension", dont la trajectoire finale (pérennisation comme fondation ou enlisement dans le transitoire) dépendra de la levée de verrous critiques en matière de gouvernance, de financement et de ressources humaines.

Mots clés : Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), Réforme du système de santé, Système de santé intégré, Territorialisation.

Abstract:

This article questions the fundamental nature of the Territorial Health Groups (GST), the cornerstone of the Moroccan health system reform. While the official discourse presents them as the foundation for an integrated and territorialized health system, their implementation reveals tensions that challenge their permanent character. Through an analysis of legal texts, grey literature, and initial feedback from the field, we examine the GST through this dialectical lens. Drawing on a review of similar international mechanisms and an analysis of Moroccan structural constraints, the article argues that the GST are less a purely transitional measure than a reform "in tension," whose final trajectory (entrenchment as a foundation or deadlock in a transitional state) will depend on overcoming critical bottlenecks related to governance, financing, and human resources.

Keywords: Territorial Health Groups (GST), Health System Reform, Integrated Health System, Territorialization.

Introduction:

Le paysage des réformes sanitaires, au Maroc comme ailleurs, est marqué par un paradoxe fondamental et persistant : la hauteur des ambitions politiques et la sophistication des schémas directeurs se heurtent, inexorablement, à l'infranchissable complexité et à la résistance des réalités de terrain. Cette tension constitutive entre la vision stratégique, nécessairement normative, et la mise en œuvre opérationnelle, contrainte par une multitude de facteurs locaux, constitue un défi récurrent et majeur pour l'élaboration et la conduite des politiques de santé publique.

Le cas marocain en est une illustration éloquent. Son système de santé présente en effet des maux chroniques et structurels bien identifiés par les nombreux diagnostics disponibles : une fragmentation persistante entre les différents niveaux de soins, créant des ruptures dans les parcours des patients ;



des inégalités territoriales flagrantes dans l'accès aux services de santé, creusant le fossé entre zones urbaines et rurales ; et une inefficience notoire dans l'allocation et l'utilisation des ressources disponibles, limitant l'impact des investissements consentis. Face à ces défis structurels et à l'essoufflement des réformes antérieures, qui n'ont apporté que des correctifs partiels et insatisfaisants, la promulgation de la loi 09-21 et le lancement ambitieux de la Stratégie Santé 2025 687se présentent comme une réponse institutionnelle majeure et un tournant politique affirmé.

Au cœur de cette refonte institutionnelle d'envergure, les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) émergent comme le dispositif clé, la pierre angulaire de la nouvelle gouvernance sanitaire que l'État entend promouvoir. Définis comme des entités de coordination territoriale, les GST688 incarnent une promesse de transformation profonde. Leurs objectifs officiels, à la fois ambitieux et multiples mutualisation des ressources pour une meilleure efficacité, intégration des parcours de soins pour une continuité renforcée, et instauration d'une gouvernance territoriale partagée pour une réponse adaptée aux spécificités locales –, les désignent comme l'outil opérationnel privilégié pour décroiser un système sclérosé et optimiser l'offre de soins à l'échelle de chaque territoire. Cette étude s'interroge ainsi sur la nature fondamentale et la trajectoire potentielle de cette innovation institutionnelle. Les GST constituent-ils une simple mesure palliative et transitoire, une nouvelle tentative pour colmater en urgence les brèches les plus visibles d'un système en crise permanente ? Ou, au contraire, posent-ils les fondations solides, robustes et durables d'un nouveau modèle de santé territorialisé, capable d'insuffler une transformation pérenne au système de santé marocain ?

Cette ambiguïté constitutive, qui place les GST à la croisée entre une réponse d'urgence et un projet de transformation structurelle, est au cœur des tensions politiques, techniques, financières et professionnelles qui traversent et caractérisent cette réforme.

Pour éclairer cette problématique centrale, notre analyse s'articulera autour de trois temps forts. Dans un premier temps, nous décortiquerons le **discours fondateur et la promesse d'un système intégré** portée par les GST, en analysant le cadrage politique, les principes directeurs et les mécanismes institutionnels prévus pour incarner cette ambition. Dans un second temps, nous **confronterons cette vision stratégique aux réalités et aux contraintes du terrain** qu'elles soient financières, organisationnelles, humaines ou culturelles, qui en révèlent le caractère fragile, vulnérable et potentiellement transitoire. Enfin, dans un troisième temps, nous nous attacherons à **décrypter les dynamiques de tension qui en découlent et à esquisser les scénarios d'évolution possibles** pour cette réforme déterminante, dont l'issue est cruciale pour l'avenir du système de santé marocain et le bien-être de sa population.

1- La promesse fondatrice : Les GST comme pilier d'un nouveau système de santé territorialisé

Les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) incarnent la promesse d'une transformation structurelle profonde du système de santé marocain, représentant une rupture conceptuelle et organisationnelle avec les approches fragmentaires qui ont longtemps caractérisé les réformes sanitaires au Maroc. Leur conception s'articule autour de trois ambitions fondamentales qui, ensemble, forment un cadre cohérent pour repenser intégralement la délivrance des soins à l'échelle territoriale. La première ambition, l'intégration des parcours de soins, vise à fluidifier la prise en charge des patients en créant une continuité réelle entre la médecine de premier recours, la santé publique et l'hôpital689. Cette intégration se manifeste concrètement par la mise en place de protocoles de coordination partagés, le développement de systèmes d'information interopérables permettant le partage sécurisé des données médicales, et l'instauration de mécanismes de référencement contraignants mais fluides entre les différents niveaux de soins. Elle suppose une transformation profonde des pratiques professionnelles, avec l'émergence de coordinateurs de parcours et la

687 Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2022). Stratégie Santé 2025

688 Rédouane, L. (2022). Gouvernance sanitaire et décentralisation : analyse des réformes du système de santé au Maroc. Éditions Universitaires Européennes

689 Benali, Z. (2023). La réforme du système de santé marocain : enjeux et perspectives des GTS. Revue Internationale des Sciences de la Santé.



généralisation de la téléexpertise pour garantir au patient un accompagnement sans rupture dans son parcours de santé, depuis la prévention jusqu'aux soins les plus spécialisés.

La deuxième ambition fondamentale concerne l'optimisation des ressources par la mutualisation des moyens, qui répond à l'impératif d'efficacité dans un contexte de rareté budgétaire. Cette mutualisation s'opère à plusieurs niveaux : partage des plateaux techniques spécialisés entre établissements pour éviter les doublons coûteux et maximiser le taux d'utilisation des équipements ; centralisation des achats de produits de santé pour bénéficier d'économies d'échelle significatives ; mise en commun des compétences rares ou spécialisées grâce à un système de mobilité des professionnels entre structures ; et rationalisation des fonctions support (ressources humaines, logistique, systèmes d'information) pour réduire les coûts de structure. Cette approche collaborative permet non seulement de réaliser des économies substantielles, mais aussi d'améliorer la qualité des services rendus en garantissant à chaque patient l'accès à l'expertise et aux technologies les plus appropriées, indépendamment de son lieu de résidence ou de l'établissement où il est pris en charge initialement.

La troisième ambition, l'instauration d'une gouvernance territoriale inclusive, constitue le pilier démocratique et organisationnel du modèle GST⁶⁹⁰. Elle repose sur la création d'instances de décision associant l'ensemble des acteurs de santé du territoire : représentants des hôpitaux publics et privés, professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, infirmiers), autorités locales, et représentants des usagers. Cette gouvernance partagée permet d'élaborer une vision stratégique commune adaptée aux spécificités épidémiologiques, démographiques et sociales de chaque territoire, et de coordonner sa mise en œuvre de manière cohérente. Elle favorise l'émergence d'une intelligence collective capable de résoudre les problèmes complexes que ne peuvent traiter isolément les différents acteurs, tout en renforçant la légitimité et l'appropriation locale des politiques de santé.

Cette triple innovation vise à opérer un changement de paradigme profond : passer d'un système fragmenté, centré sur l'établissement et organisé autour de l'offre de soins, à un modèle unifié, organisé autour des besoins de la population et de la continuité des parcours. Dans l'ancien modèle, chaque établissement fonctionnait en silo, avec ses propres logiques, ses propres ressources et ses propres objectifs, créant des ruptures fréquentes dans la prise en charge des patients et des inégalités d'accès aux soins. Le nouveau modèle promu par les GSTs remplace le patient au centre du système et organise l'ensemble des ressources sanitaires d'un territoire de manière complémentaire et coordonnée pour répondre de manière optimale à ses besoins de santé tout au long de sa vie.

Les GST se présentent ainsi comme le pilier d'un nouveau système de santé, plus efficace parce qu'il optimise l'utilisation des ressources disponibles et améliore la qualité des soins through une meilleure coordination des interventions, et plus équitable parce qu'il garantit à chaque citoyen, quel que soit son lieu de résidence, l'accès à un ensemble complet de services de santé organisés de manière cohérente sur son territoire. Cette transformation structurelle, si elle est menée à son terme, pourrait permettre au Maroc de relever le double défi de l'amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses de santé, tout en progressant vers la couverture sanitaire universelle.

Toutefois, la réussite de cette ambitieuse réforme dépendra de la capacité des GST à surmonter les nombreux défis qui se posent à eux, notamment en matière de financement, de gouvernance effective et d'adhésion des professionnels de santé.

1.1- Une réponse à la fragmentation : Le paradigme de l'intégration

Les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) émergent comme une réponse structurelle et innovante à la fragmentation historique qui caractérise le système de santé marocain. Cette fragmentation, héritée de décennies de développement sectoriel non coordonné, se manifeste à travers plusieurs cloisonnements préjudiciables : entre la médecine de premier recours et le secteur hospitalier, entre le secteur public et privé, et entre les différentes spécialités médicales. Les GST proposent de dépasser ces divisions traditionnelles en instaurant un nouveau paradigme fondé sur

⁶⁹⁰ Kassimi, N. (2022). Gouvernance territoriale en santé : analyse comparative internationale. Presses de la Santé Publique



l'intégration systémique de l'offre de soins. Leur architecture organisationnelle repose sur le principe de continuité des parcours de santé, visant à créer un écosystème cohérent où chaque patient bénéficie d'une prise en charge fluide et coordonnée, depuis la prévention et les soins de santé primaires jusqu'aux interventions les plus spécialisées. Cette approche intégrative représente une rupture conceptuelle majeure avec le modèle traditionnel marocain, traditionnellement marqué par la discontinuité et la segmentation des services de santé.

La matérialisation de cette intégration passe par la mise en place d'instances de gouvernance commune et d'outils partagés qui permettent de fédérer l'ensemble des acteurs sanitaires d'un territoire donné. Le dossier médical unique constitue l'un des instruments fondamentaux de cette intégration, permettant une circulation sécurisée et efficiente de l'information médicale entre tous les intervenants, qu'ils relèvent du secteur public, privé ou libéral. Parallèlement, l'élaboration de protocoles de prise en charge standardisés et partagés assure une homogénéité des pratiques cliniques sur l'ensemble du territoire, garantissant ainsi une qualité de soins équivalente quel que soit le lieu de prise en charge. Ces protocoles, co-construits avec l'ensemble des professionnels concernés, facilitent les processus d'orientation et de contre-orientation des patients, optimisant ainsi leur parcours thérapeutique.

La rationalisation de l'offre sanitaire territoriale représente un autre volet essentiel de cette stratégie d'intégration. Les GST permettent en effet d'établir une cartographie précise des ressources disponibles sur leur territoire et d'identifier les doublons inutiles comme les carences à combler. Cette vision d'ensemble autorise une allocation plus rationnelle des ressources, évitant ainsi la concentration stérile de moyens dans certaines zones au détriment d'autres. L'intégration favorise également une meilleure complémentarité entre les établissements de santé, permettant de spécialiser certains sites dans des domaines d'excellence tout en développant des plateformes de services mutualisées. Cette approche collaborative génère des synergies significatives qui bénéficient in fine à l'ensemble du système.

L'impact de cette intégration systémique se mesure à travers l'amélioration tangible de l'efficacité du système de santé. La réduction des redondances dans les équipements et les investigations diagnostiques, l'optimisation du taux d'occupation des lits hospitaliers, et la diminution des durées moyennes de séjour grâce à une meilleure organisation des filières de soins constituent autant de gains d'efficacité directement attribuables à l'intégration. Parallèlement, la qualité des soins dispensés aux patients s'en trouve notablement renforcée, grâce à une coordination optimale entre les différents intervenants et une prise en charge plus cohérente tout au long du parcours de santé. Cette approche intégrée permet notamment de réduire les erreurs médicales liées à la méconnaissance des antécédents ou des traitements en cours, et d'améliorer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques qui nécessitent une coordination particulière entre les différents niveaux de soins.

Le paradigme de l'intégration porté par les GST dépasse ainsi la simple optimisation technique pour embrasser une vision plus globale de la performance du système de santé. En replaçant le patient au centre du dispositif et en garantissant la continuité de sa prise en charge, les GST participent à la fois à l'amélioration de l'expérience usager et à la rationalisation des dépenses de santé. Cette double performance - clinique et économique - fonde la légitimité des GST comme réponse structurelle aux défis du système de santé marocain, tout en illustrant la pertinence du choix de l'intégration comme principe organisateur de la réforme.⁶⁹¹

1.2- Un levier de gouvernance et de déconcentration:

Les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) constituent un puissant levier de gouvernance et de déconcentration du système de santé marocain, représentant une avancée majeure dans la réorganisation des mécanismes décisionnels du secteur. Par la délégation progressive de compétences stratégiques et opérationnelles au niveau territorial via le Conseil du GST, cette réforme novatrice instaure une dynamique décisionnelle profondément renouvelée, plus proche des réalités du terrain et plus réactive face aux défis sanitaires locaux. Le Conseil du GST, instance de gouvernance pluraliste

⁶⁹¹ El Hassani, A. (2023). *L'impact de l'intégration des parcours sur la qualité des soins au Maroc*. Revue Marocaine de Santé Publique



et représentative, rassemble en son sein l'ensemble des parties prenantes du paysage sanitaire territorial : directeurs d'établissements hospitaliers publics et privés, représentants des médecins libéraux, gestionnaires des centres de santé, responsables des ordres professionnels, et représentants des collectivités territoriales. Cette composition élargie permet une prise de décision collégiale et équilibrée, enrichie par la diversité des expériences et des perspectives, et surtout, ancrée dans une connaissance fine des spécificités et des besoins du territoire.

Cette architecture de gouvernance déconcentrée favorise une adaptation optimale aux particularités épidémiologiques, démographiques et sociales de chaque bassin de santé. En effet, les défis sanitaires rencontrés dans les zones rurales enclavées diffèrent substantiellement de ceux des grands centres urbains, tout comme les problématiques des régions côtières divergent de celles des zones montagneuses. Le GST, par sa proximité et sa composition territorialisée, est idéalement positionné pour développer des réponses ciblées et pertinentes à ces disparités régionales.

Il peut ainsi prioriser des programmes de santé publique adaptés aux pathologies prévalentes sur son territoire, organiser l'offre de soins en fonction des dynamiques populationnelles locales, et ajuster les stratégies d'intervention selon les déterminants sociaux de santé spécifiques à sa zone de compétence. Cette capacité d'adaptation contextuelle constitue un progrès décisif par rapport aux approches standardisées et uniformes, souvent inopérantes face à la diversité des situations rencontrées sur le terrain.

Enfin, le GST émerge comme un outil de pilotage stratégique et opérationnel de la santé régionale, assumant des fonctions essentielles d'orientation, d'optimisation et d'évaluation. En tant que pilote de la politique sanitaire locale, le GST élabore le projet territorial de santé, définit les priorités d'action et coordonne la mise en œuvre des programmes sanitaires sur son périmètre. Dans sa fonction d'optimisation, il assure une allocation stratégique des ressources disponibles, orientant les investissements vers les domaines les plus critiques et veillant à une utilisation efficiente des moyens humains, techniques et financiers. Enfin, en tant qu'instance d'évaluation, le GST dispose des outils nécessaires pour mesurer les performances du système de santé à son échelle, analyser les écarts par rapport aux objectifs fixés et proposer les ajustements requis. Cette triple dimension orientation stratégique, optimisation des ressources et évaluation des performances fait des GST un instrument essentiel pour concilier cohérence nationale et adaptation régionale dans la gouvernance du système de santé, établissant ainsi un équilibre novateur entre la nécessaire uniformité des standards de qualité et l'indispensable flexibilité des réponses territoriales.⁶⁹²

1.3- Un cadre pour la mutualisation et l'optimisation des ressources :

La mutualisation constitue l'un des piliers fondamentaux de la valeur promise des GST, représentant une réponse concrète aux enjeux d'efficacité et de soutenabilité financière du système de santé marocain. Dans un contexte de rareté des ressources budgétaires et de pression démographique croissante, cette approche collaborative vise à optimiser l'utilisation des moyens existants tout en améliorant la qualité des services rendus aux populations.

La mutualisation des fonctions supports s'impose comme le premier levier d'optimisation. Les GST permettent en effet de rationaliser des activités stratégiques telles que les achats groupés de médicaments et de dispositifs médicaux, la gestion logistique centralisée, ou encore le développement de systèmes d'information interopérables.

En regroupant les commandes des différents établissements et structures de santé d'un territoire, les GST peuvent négocier des tarifs plus avantageux avec les fournisseurs, réaliser des économies substantielles sur les budgets d'approvisionnement, et standardiser les références utilisées, facilitant ainsi la maintenance et la formation du personnel.

De même, la mutualisation des services informatiques permet de développer des plateformes communes de gestion des dossiers patients, de télé-expertise et de données médicales, évitant les doublons coûteux et améliorant la continuité des soins.

⁶⁹² GTS Région Rabat-Salé-Kénitra. (2023). *Projet territorial de santé 2023-2026 : méthodologie et priorités



L'optimisation de l'utilisation des plateaux techniques et des compétences spécialisées représente le deuxième axe majeur de valorisation des ressources. Les GST permettent une gestion coordonnée des équipements lourds et des savoir-faire rares sur un territoire donné. Plutôt que de dupliquer des appareils d'imagerie médicale sophistiqués ou des blocs opératoires spécialisés dans chaque établissement, les GST peuvent organiser une programmation rationnelle de leur utilisation, maximisant leur taux d'occupation et réduisant les délais d'accès pour les patients. Cette logique vaut également pour l'expertise médicale : un chirurgien spécialisé ou un radiologue interventionnel peut intervenir sur plusieurs sites selon un planning optimisé, permettant de diffuser des compétences pointues sur l'ensemble du territoire tout en rationalisant les effectifs.

La recherche d'économies d'échelle pour une meilleure soutenabilité financière constitue le troisième pilier de cette démarche. En agrégeant la demande de soins et en coordonnant l'offre sur un territoire, les GST permettent de réaliser des économies structurelles qui renforcent la pérennité du système. La mutualisation des équipes médicales et paramédicales, la standardisation des protocoles de soins, la rationalisation des plateaux techniques et la centralisation des fonctions support génèrent des gains d'efficiency significatifs qui peuvent être réinvestis dans l'amélioration de la qualité des soins ou l'innovation médicale.

En définitive, la mutualisation et l'optimisation des ressources sous l'égide des GST représentent bien plus qu'une simple stratégie de maîtrise des dépenses. Il s'agit d'un changement de paradigme organisationnel qui vise à créer de la valeur collective à partir de ressources dispersées, tout en garantissant la soutenabilité financière du système sur le long terme. Cette dimension économique s'avère cruciale pour assurer la pérennité de la réforme et son ancrage durable dans le paysage sanitaire marocain.

2- La réalité des tensions : Les GST à l'épreuve des contingences structurelles :

Si la vision théorique des GST semble séduisante, sa mise en œuvre se heurte à des réalités structurelles qui en menacent la pérennité et en révèlent le caractère potentiellement transitoire. Cette section analyse les tensions concrètes qui risquent de transformer cette ambitieuse réforme en une simple mesure palliative, vouée à être dépassée par les inerties du système qu'elle prétend transformer.

2.1- La tension financière : Autonomie formelle vs. dépendance réelle :

La question financière constitue sans conteste le point de rupture le plus critique dans le processus de mise en œuvre des GST, révélant un décalage inquiétant entre l'autonomie décisionnelle formellement accordée et la dépendance financière réelle qui persiste. Le modèle de financement des GST reste en effet marqué par une profonde ambiguïté qui menace directement leur pérennité et leur efficacité opérationnelle.

L'absence d'un modèle de financement pérenne et clair se manifeste à plusieurs niveaux. D'abord, les sources de financement restent floues et insuffisamment diversifiées, créant une incertitude constante qui entrave toute planification stratégique à moyen et long terme. Ensuite, la dépendance quasi-exclusive aux subventions de l'État perpétue une logique d'assistanat contraire à l'esprit d'autonomie et de responsabilité que les GST sont censés incarner. Cette situation est d'autant plus problématique que les budgets alloués sont souvent en décalage avec l'ampleur des missions confiées, conduisant à un sous-financement chronique.

La faiblesse des ressources propres des GST représente un autre écueil majeur. Les mécanismes de tarification et de facturation des services entre établissements membres restent imprécis, tout comme les modalités de redistribution des économies générées par la mutualisation. Cette opacité dans les flux financiers internes compromet la viabilité économique du modèle et nourrit les réticences des différents acteurs à s'engager pleinement dans la démarche.

Le risque le plus important est celui de créer une structure supplémentaire lourde et bureaucratique sans lui donner les moyens réels d'accomplir ses missions. Sans budget propre et suffisant, les GST693 ne pourront pas impulser les transformations nécessaires, ni coordonner efficacement l'offre de soins

693 Bourgueil, Y., & Mousquès, J. (2018). "Les communautés professionnelles territoriales de santé : un nouveau mode de coordination des soins de premier recours ?" Revue française des affaires sociales.



sur leur territoire. Ils risquent de se transformer en coquilles vides, simples relais administratifs sans capacité d'action réelle, ajoutant une strate de complexité sans créer de valeur ajoutée tangible.

Cette tension financière met en lumière une contradiction fondamentale : comment les GST pourraient-ils conduire une politique de santé territoriale ambitieuse sans maîtrise de leur destin financier ? La résolution de cette équation complexe est pourtant la condition sine qua non pour éviter que les GST ne rejoignent la longue liste des réformes inabouties et ne se contentent d'être une mesure transitoire de plus, vouée à être absorbée par les rigidités du système existant. L'enjeu est de taille : il s'agit de passer d'une logique de subvention à une logique d'investissement, en dotant les GST de véritables leviers financiers proportionnés à leurs ambitions affichées.

2.2- La tension gouvernementale : Centralisation persistante vs. déconcentration effective :

La mise en œuvre des GST se heurte à une contradiction fondamentale entre la rhétorique de la déconcentration et la persistance des réflexes centralisateurs, créant une tension gouvernementale qui en menace la substance même⁶⁹⁴.

Malgré l'affichage d'une volonté de transfert de compétences vers les territoires, l'administration centrale manifeste une réticence palpable à relâcher son emprise sur la gestion des affaires sanitaires. Les ministères de tutelle, habitués à piloter l'ensemble du système depuis Rabat, peinent à accepter l'idée d'une réelle autonomie décisionnelle au niveau territorial, craignant une perte de contrôle et une fragmentation de la politique nationale de santé. Cette résistance se traduit concrètement par une prolifération de procédures administratives complexes, des circuits de validation interminables et un excès de reporting qui vident la déconcentration de sa substance. Le cadre juridique lui-même participe de cette ambiguïté : on assiste trop souvent à une "déconcentration sans délégation" réelle, où les GST se voient confier des responsabilités élargies sans bénéficier des marges de manœuvre nécessaires pour les assumer pleinement. Cette semi-autonomie se révèle particulièrement problématique dans les décisions engageant l'avenir à moyen terme, comme la gestion des carrières ou les investissements structurants.

Parallèlement, les GST doivent composer avec des conflits de légitimité latents avec les directeurs d'établissements, jaloux de leur pré carré et peu disposés à partager leur autorité, ainsi qu'avec les autorités locales préexistantes: walis et gouverneurs qui voient d'un mauvais œil l'émergence d'une nouvelle structure pouvant empiéter sur leurs prérogatives traditionnelles. Pris en tenaille entre les pesanteurs centralisatrices et les résistances locales, les GST risquent de se transformer en coquilles vides, simples courroies de transmission d'une politique décidée ailleurs, plutôt qu'en véritables pilotes de la santé territoriale. Cette incapacité à trancher clairement en faveur d'une déconcentration effective pourrait bien réduire les GST à n'être qu'un échelon administratif supplémentaire, sans capacité réelle d'initiative ni d'adaptation aux spécificités locales⁶⁹⁵.

2.3. La tension managériale et des ressources humaines :

La réussite des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) se heurte à un défi managérial et humain fondamental : la transition d'un système de santé traditionnel, organisé en silos hiérarchiques, vers un écosystème intégré nécessite des compétences et une culture organisationnelle radicalement nouvelles. Cette mutation se heurte à trois obstacles majeurs qui menacent la pérennité du modèle.

La pénurie de compétences en gestion de réseau et en pilotage de projets complexes constitue le premier écueil. Les gestionnaires formés à l'administration hospitalière classique ne disposent pas nécessairement des outils nécessaires pour animer une communauté d'acteurs hétérogènes et indépendants. Le pilotage d'un GST exige en effet des compétences pointues en négociation, en animation de réseau, en ingénierie de parcours et en évaluation d'impact - autant de savoir-faire encore rares dans le paysage sanitaire marocain.

⁶⁹⁴ Rapports d'évaluation de projets de coopération (Banque Mondiale, UE, OMS) soutenant la réforme de la santé au Maroc.

⁶⁹⁵ Rapports de la Cour des Comptes du Maroc sur la gestion déconcentrée de la santé.



La persistance d'une gestion centralisée des carrières et des rémunérations représente le deuxième frein structurel. Alors que les GST prônent une logique de coopération territoriale, le système de rémunération et d'avancement des professionnels de santé reste largement basé sur des indicateurs individuels et institutionnels, sans reconnaissance des efforts de coordination et de mutualisation. Cette incohérence entre les objectifs assignés aux GST et les dispositifs de motivation du personnel engendre des comportements contraires à l'esprit du projet.⁶⁹⁶

Les résistances culturelles au changement et au travail en réseau forment le troisième obstacle. La tradition d'autonomie des médecins libéraux, la culture du cloisonnement entre établissements publics et privés, et la méfiance historique entre les différents acteurs du système de santé constituent autant de barrières invisibles mais puissantes à la collaboration effective.

Tableau 1 : Les trois dimensions de la tension managériale et des ressources humaines

Dimension	Manifestations concrètes	Conséquences sur les GST	Actions prioritaires
Compétences managériales	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de formation en gestion de réseau - Manque d'outils de pilotage collaboratif - Faiblesse des compétences en évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à animer les instances de gouvernance - Incapacité à mesurer les progrès - Décisions basées sur l'intuition plutôt que les données 	<ul style="list-style-type: none"> - Programme de formation dédié - Recrutement de profils hybrides - Développement d'outils de pilotage partagés
Gestion des carrières	<ul style="list-style-type: none"> - Système de rémunération inadapté - Avancement basé sur l'ancienneté - Absence de reconnaissance du travail collaboratif 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de motivation à coopérer - Reproduction des logiques de concurrence - Résistance passive au changement 	<ul style="list-style-type: none"> - Réforme des grilles d'évaluation - Introduction de primes de performance collective - Valorisation des compétences transversales
Culture organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Méfiance entre professionnels - Défense des prérogatives individuelles - Attachement aux habitudes de travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Coopération superficielle - Partage limité de l'information - Réticence à mutualiser les ressources 	<ul style="list-style-type: none"> - Communication transparente - Leadership fédérateur - Création d'identité commune

Source : Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2021). Intégrer les services de santé : Prestations, résultats et coûts. Éditions OCDE, Paris.

Cette triple tension managériale et humaine risque de vider les GST de leur substance transformative. Sans une politique volontariste de formation, d'accompagnement au changement et de réforme des systèmes de rémunération, les GST pourraient n'être qu'une structure de plus, sans capacité réelle à

⁶⁹⁶ Rapports de la Banque Mondiale sur les réformes des systèmes de santé (notamment au Maroc et dans la région MENA).



féderer les énergies et à impulser une nouvelle dynamique collaborative. Le défi est d'autant plus grand qu'il nécessite une évolution profonde des mentalités et des pratiques, qui ne peut s'opérer que dans la durée et avec une volonté politique soutenue.

3- Scénarios d'évolution : Entre fondation pérenne et transition avortée :

L'avenir des GST s'articule autour de trois scénarios principaux. Le premier envisage une pérennisation réussie, où les GST deviendraient l'architecture définitive du système de santé, grâce à un soutien politique constant, un financement adapté et l'adhésion des acteurs. Le deuxième scénario prédit un échec, les GST étant réduits à des structures bureaucratiques inefficaces, faute de moyens et face aux résistances. Enfin, un scénario mixte est probable, avec une mise en œuvre hétérogène selon les territoires. Leur succès dépendra de leur capacité à démontrer rapidement leur valeur ajoutée concrète pour les patients et les professionnels.

3.1- Le scénario de la fondation réussie : Les conditions de la pérennisation :

Dans l'hypothèse optimale d'une implantation réussie, les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) parviendraient à s'ériger progressivement comme l'échelon opérationnel fondamental du système de santé marocain. Cette transformation s'appuierait sur trois leviers critiques agissant en synergie. Premièrement, une réforme profonde du financement serait mise en œuvre, abandonnant progressivement le modèle actuel de subventions imprévisibles au profit de mécanismes innovants comme le forfait territorial ou le budget global annuel. Ce nouveau mode de financement, alloué directement aux GST en fonction de la population couverte et de ses spécificités épidémiologiques, fournirait une visibilité financière à moyen terme et récompenserait la performance collective plutôt que l'activité isolée. Deuxièmement, un programme ambitieux de renforcement des capacités de gestion serait déployé, formant une nouvelle génération de managers à la gouvernance de réseau, à l'ingénierie de parcours de soins et à la gestion financière d'un écosystème complexe. Enfin, cette transformation serait soutenue par une volonté politique inébranlable, transcendant les alternances et se traduisant par un cadre législatif et réglementaire stabilisé, garantissant aux GST l'autorité nécessaire pour coordonner l'ensemble de l'offre de soins sur leur territoire, y compris les partenariats public-privé.

Le résultat de cette maturation réussie serait l'avènement d'un système de santé régionalisé et efficace, où les GST, devenus incontournables, orchestreraient une offre de soins intégrée et lisible pour les usagers. En tant que chefs d'orchestre territoriaux, ils superviseraient la fluidification des parcours de soins, de la prévention aux soins de suite, en passant par la médecine de ville et l'hôpital. La mutualisation des ressources atteindrait son plein potentiel, avec des plateaux techniques partagés, des achats groupés générant des économies d'échelle significatives et des équipes médicales pluriprofessionnelles travaillant de manière collaborative. Cette institutionnalisation des GST marquerait une rupture définitive avec le modèle fragmenté du passé, instaurant une nouvelle gouvernance où la décision est prise au plus près des réalités du terrain. Les GST ne seraient plus perçus comme une structure supplémentaire, mais comme le socle opérationnel d'un système recentré sur la valeur apportée au patient et sur l'optimisation des ressources, garantissant ainsi sa soutenabilité à long terme et son adaptation aux défis sanitaires futurs.⁶⁹⁷

3.2- Le scénario de la transition prolongée : L'enlisement dans l'expérimentation :

Ce scénario intermédiaire, malheureusement le plus probable à court terme, voit les GST s'enliser dans une phase d'expérimentation permanente sans jamais atteindre le statut de politique publique stabilisée. Les blocages structurels persistent sans être résolus : le financement reste précaire et dépendant des subventions étatiques, la gouvernance se heurte aux résistances des institutions établies, et les compétences en management de réseau peinent à émerger. Dans cette configuration, les GST deviennent des structures hybrides, dotées d'une légitimité formelle mais dépourvues des moyens réels d'action. La superposition des nouvelles structures de coordination avec les

⁶⁹⁷ Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - "Réseaux intégrés de services de santé : des preuves à l'action" (Rapport technique, 2021).



organisations existantes crée une complexité bureaucratique supplémentaire, alourdissant le système sans en améliorer l'efficacité. Les acteurs de terrain, initialement enthousiastes, se démobilisent progressivement face à l'accumulation des contraintes et l'absence de résultats tangibles. Les GST risquent alors de se transformer en "coquilles vides", maintenues artificiellement en vie par la volonté politique mais incapables de remplir leur mission transformative.

Les conséquences de cet enlisement sont profondément dommageables pour le système de santé dans son ensemble. La perte de crédibilité affecte non seulement les GST eux-mêmes, mais plus largement toute tentative future de réforme du système. Les professionnels de santé, déjà sceptiques, voient leurs réticences confirmées et se retirent des instances de coordination. Le paradoxe est cruel : plus la transition se prolonge, plus les chances de succès diminuent, car les résistances se renforcent et les habitudes de travail en silos se réinstallent. Cette situation crée un équilibre précaire où les GST continuent d'exister formellement, organisant des réunions et produisant des documents, mais sans impact mesurable sur l'organisation des soins. Ils deviennent ainsi une mesure transitoire de fait, absorbée par les inerties du système qu'ils devaient transformer. Le plus grand risque est que cet échec dissimulé sous une apparence de fonctionnement normal entraîne un gaspillage durable des ressources et une occasion manquée de réformer en profondeur un système de santé qui en a pourtant cruellement besoin.

3.3- Le scénario de la refondation : L'intégration dans une réforme plus large :

L'hypothèse d'une refondation du système de santé par le biais des GST repose sur une vision dialectique de la réforme : les limites et contradictions révélées par leur mise en œuvre pourraient précipiter une transformation plus profonde du système. Dans cette perspective, les GST ne seraient pas une finalité en soi, mais un catalyseur nécessaire permettant d'expérimenter, de tester et de valider les modalités d'une gouvernance territoriale intégrée avant son déploiement à plus large échelle. Leur valeur résiderait alors moins dans leur pérennité en l'état que dans leur capacité à générer un apprentissage institutionnel précieux pour l'ensemble du système.

Cette fonction de "laboratoire" transitoire se manifesterait à plusieurs niveaux. D'abord, les GST permettent d'éprouver concrètement les mécanismes de coordination entre acteurs publics et privés, révélant tant les freins réglementaires que les leviers de coopération efficaces. Ensuite, ils mettent en lumière les exigences techniques et managériales d'une véritable gouvernance territoriale, pointant les compétences à développer et les outils à déployer. Enfin, ils constituent un espace de dialogue inédit où se négocient progressivement de nouveaux équilibres entre centralisation et décentralisation, entre standardisation nationale et adaptation locale. Chaque difficulté rencontrée - qu'il s'agisse des tensions financières, des rigidités managériales ou des résistances culturelles - fournit ainsi des enseignements précieux pour concevoir une réforme plus aboutie.

La transition vers des agences régionales de santé autonomes

L'expérience accumulée through les GST pourrait naturellement conduire à leur évolution vers des agences régionales de santé dotées d'une autonomie élargie, sur le modèle des agences régionales de santé françaises mais adapté au contexte marocain. Cette transformation représenterait l'aboutissement logique du processus engagé avec les GST, tout en corrigeant leurs limitations actuelles. Ces agences disposeraient d'une véritable autonomie de gestion, de capacités d'orientation stratégique renforcées et de compétences élargies en matière de régulation de l'offre de soins sur leur territoire.

Le passage des GST à des agences régionales s'accompagnerait nécessairement de plusieurs évolutions majeures. Sur le plan financier, il supposerait l'attribution de budgets globalisés permettant une réelle flexibilité dans l'allocation des ressources entre prévention et soins, entre ville et hôpital. Sur le plan décisionnel, il impliquerait un transfert accru de compétences depuis l'administration centrale vers les instances régionales, notamment en matière de contractualisation avec les établissements et professionnels de santé. Sur le plan démocratique, il nécessiterait la mise en place de mécanismes de redevabilité plus forts vis-à-vis des populations desservies. Dans ce scénario, les



GST auraient ainsi rempli leur mission historique : avoir servi de banc d'essai pour une décentralisation réussie, ayant permis d'en anticiper les écueils et d'en consolider les fondations.

Ce scénario de refondation par paliers successifs présente l'avantage de concilier innovation et prudence, permettant d'appréhender la complexité du changement systémique sans brusquer les équilibres existants. Les GST y jouent le rôle crucial de sas de transition entre le modèle centralisé actuel et un système véritablement territorialisé, préparant progressivement les acteurs aux nouvelles logiques de coopération et de responsabilisation. Leur héritage ne se mesurerait alors pas à leur durée de vie institutionnelle, mais à la robustesse du modèle de gouvernance qu'ils auront contribué à faire émerger.

Conclusion :

L'analyse des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) au Maroc révèle une tension fondamentale entre, d'une part, la promesse fondatrice d'une transformation structurelle du système de santé et, d'autre part, les multiples contraintes qui en menacent la pérennité. D'un côté, les GST incarnent une vision novatrice et ambitieuse de décloisonnement du système, d'intégration des parcours de soins et de gouvernance territoriale partagée, représentant une avancée conceptuelle majeure dans l'architecture du système de santé marocain. De l'autre, leur mise en œuvre se heurte à des défis structurels redoutables - tensions financières, limites managériales, résistances culturelles et contraintes de gouvernance - qui pourraient transformer cette réforme en une simple mesure transitoire, vouée à être absorbée par les inerties du système existant.

En réponse à la problématique initiale, il apparaît que les GST ne sont ni une pure fondation pérenne ni une simple mesure transitoire, mais plutôt une réforme « en tension », dont le destin institutionnel n'est pas encore scellé. Leur potentiel fondateur est réel et substantiel : ils offrent un cadre conceptuel cohérent pour repenser l'organisation territoriale des soins et disposent d'une base légale solide. Cependant, ce potentiel reste conditionné à la résolution des tensions structurelles identifiées. Le devenir des GST dépendra essentiellement de la capacité du système à transformer cet outil prometteur en réalité opérationnelle durable.

Pour maximiser les chances de succès de cette réforme cruciale, plusieurs recommandations opérationnelles s'imposent. Premièrement, il est impératif de clarifier et sécuriser le modèle de financement des GST, en passant d'une logique de subvention à une logique d'investissement territorial, avec des sources de financement stables et diversifiées. Deuxièmement, l'accélération de la délégation effective de compétences et de responsabilités vers les instances territoriales est nécessaire pour concrétiser la promesse de déconcentration. Troisièmement, un investissement massif dans la formation et le développement des compétences en management territorial s'avère indispensable pour doter les GST des capacités humaines nécessaires à leur mission.

Au-delà du cas marocain, l'étude des GST offre un cadre d'analyse pertinent pour comprendre les défis de la territorialisation sanitaire dans les contextes de réforme des systèmes de santé. Elle illustre la complexité du processus de décentralisation dans les systèmes de santé traditionnellement centralisés, et met en lumière l'importance cruciale des facteurs institutionnels, financiers et humains dans la réussite des réformes structurelles. L'avenir des GST dépendra finalement de leur capacité à démontrer leur valeur ajoutée concrète, tant pour les professionnels que pour les patients, tout en bénéficiant d'un accompagnement politique et technique soutenu dans la durée

Références Bibliographiques :

- Benali, Z. (2023). La réforme du système de santé marocain : enjeux et perspectives des GTS. *Revue Internationale des Sciences de la Santé*.
- Bourgueil, Y., & Mousquès, J. (2018). Les communautés professionnelles territoriales de santé : un nouveau mode de coordination des soins de premier recours ? *Revue française des affaires sociales*.
- Cour des Comptes du Maroc. (Différents rapports annuels). Rapports sur la gestion déconcentrée de la santé.
- El Hassani, A. (2023). L'impact de l'intégration des parcours sur la qualité des soins au Maroc. *Revue Marocaine de Santé Publique*.



- GTS Région Rabat-Salé-Kénitra. (2023). *Projet territorial de santé 2023-2026 : méthodologie et priorités*.
- Kassimi, N. (2022). Gouvernance territoriale en santé : analyse comparative internationale. *Presses de la Santé Publique*.
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (Maroc). (2022). *Stratégie Santé 2025*.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Réseaux intégrés de services de santé : des preuves à l'action*. (Rapport technique).
- Rédouane, L. (2022). *Gouvernance sanitaire et décentralisation : analyse des réformes du système de santé au Maroc*. Éditions Universitaires Européennes.
- Banque Mondiale. (Différents rapports). Rapports sur les réformes des systèmes de santé (notamment au Maroc et dans la région MENA).
- Union Européenne, OMS, et autres organismes de coopération. (Différents rapports). Rapports d'évaluation de projets de coopération soutenant la réforme de la santé au Maroc.