

De la bureaucratie professionnelle à l'intégration territoriale
Une analyse de l'architecture organisationnelle des Groupements Sanitaires
Territoriaux au Maroc — cas du GST Tanger-Tétouan-Al Hoceima

From Professional Bureaucracy to Territorial Integration

A Critical Analysis of the Organizational Architecture of Morocco's Territorial Health Groups.

Auteur 1 : ERRABAI Mouhsine.

Auteur 2 : LOUAZIZ Hassan.

Dr ERRABAI Mouhsine

Docteur en économie et gestion

Chercheur en économie et management de la santé

ORCID : 0009-0006-0438-7662

LOUAZIZ Hassan

Doctorant

Laboratoire de recherche en compétitivité économique et performance managériale (LARCEPEM) Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales, Université Mohamed V – Rabat

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

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

Pour citer cet article : ERRABAI .M & LOUAZIZ .H (2026) « De la bureaucratie professionnelle à l'intégration territoriale Une analyse de l'architecture organisationnelle des Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc — cas du GST Tanger-Tétouan-Al Hoceima », African Scientific Journal « Volume 03, Num 36 » pp: 0045 – 0069.



DOI : 10.5281/zenodo.20210701

Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

Contexte. La loi n° 08-22 portant création des Groupements Sanitaires Territoriaux institue la réforme hospitalière la plus ambitieuse du Maroc indépendant. Elle crée des entités publiques autonomes intégrant les trois niveaux de soins sous une gouvernance unifiée. Le GST de Tanger-Tétouan-Al Hoceima, premier opérationnel depuis le 1^{er} octobre 2025, a adopté le 28 juillet 2025 sa décision portant organisation administrative et hospitalière. Cet acte fondateur conditionne directement la capacité institutionnelle du groupement. Aucune analyse scientifique n'en a encore été publiée.

Méthodes. Analyse de politique publique appliquée à un cas unique. La décision (35 articles) est confrontée systématiquement au corpus normatif marocain et aux cadres théoriques internationaux du management hospitalier. Une grille à trois dimensions structure l'analyse : cohérence interne, conformité normative, efficacité managériale attendue.

Résultats. L'analyse met d'abord en évidence la doctrine implicite portée par la décision : une architecture binaire et hospitalo-centrée, fondée sur l'intégration verticale du primaire et caractérisable comme une mise en œuvre additive plutôt que transformatrice. L'architecture tripartite — Gouvernance Générale, Branche Administrative, Branche Sanitaire — présente une logique d'ensemble cohérente. L'intégration verticale des trois niveaux et la mutualisation des fonctions support constituent des avancées réelles. Six fragilités structurelles sont néanmoins identifiées : un span of control excessif du Directeur Général ; une confusion fonctionnelle entre audit interne, qualité et contrôle de gestion ; un paradoxe du leadership clinique sans ressources dans les filières ; l'absence de pilotage centralisé des soins infirmiers et techniques de santé ; une représentation médicale réduite par rapport au cadre antérieur ; une procédure de nomination des chefs de services hospitaliers universitaires non formalisée.

Conclusion. La décision constitue une avancée institutionnelle réelle mais souffre de lacunes managériales corrigeables. Les défis identifiés sont communs aux réformes du Nouveau Management Public dans les pays à revenu intermédiaire. Cinq recommandations opérationnelles prioritaires, adossées aux instruments complémentaires que la réforme a elle-même prévus, sont proposées pour sécuriser l'implantation de ce modèle inédit.

Mots-clés : *Groupements Sanitaires Territoriaux ; gouvernance clinique ; soins infirmiers ; Nouveau Management Public ; intégration des soins ; pays à revenu intermédiaire ; Maroc.*

Abstract

Background. Law 08-22 establishing Territorial Health Groups (GST) constitutes the most ambitious health reform in Morocco since independence. It creates autonomous public entities that integrate primary, secondary and tertiary care under unified governance. The Tanger-Tétouan-Al Hoceima GST, the first to become operational on 1 October 2025, adopted its founding organizational decision on 28 July 2025. This founding act directly conditions the institution's capacity to fulfil its statutory mission. To date, no scientific analysis of this act has been published.

Methods. Single-case public policy analysis. The 35-article organizational decision was systematically confronted with the applicable Moroccan normative corpus and with international hospital management frameworks. A three-dimensional analytical grid structured the analysis: internal coherence, normative conformity, and expected managerial effectiveness.

Results. The analysis first identifies the implicit doctrine carried by the decision: a binary, hospital-centred architecture grounded in vertical integration of primary care, characterisable as an additive rather than transformative implementation. The tripartite architecture — General Governance, Administrative Branch, Health Branch — presents an internally coherent logic. Vertical integration of care levels and mutualization of support functions constitute substantive institutional gains. Six structural fragilities are nonetheless identified: an excessive span of control at the Director General level; a functional conflation of internal audit, quality, and management control; a clinical leadership paradox in hospital pathways, with extended responsibilities devoid of resources; the absence of centralized stewardship for nursing and allied health professions; a reduced medical representation compared with the pre-reform framework; and an unformalised procedure for appointing university hospital department heads.

Conclusion. The decision is a real institutional advance but exhibits correctable managerial gaps. The identified challenges are common to New Public Management hospital reforms in middle-income settings. Five prioritized operational recommendations — anchored in the complementary instruments the reform itself foresees — are proposed to consolidate the implementation of this unprecedented model.

Keywords: *Territorial Health Groups; clinical governance; nursing leadership; New Public Management; integrated care; middle-income countries; Morocco.*

1. Introduction

Les systèmes de santé des pays à revenu intermédiaire de la région Afrique du Nord et Moyen-Orient affrontent une triple pression convergente. La transition épidémiologique alourdit le fardeau des maladies chroniques (Marquez & Farrington, 2013). Les attentes d'une couverture sanitaire universelle exigent une réallocation profonde des ressources (Kutzin et al., 2017). La demande d'une gouvernance territoriale capable de réduire des inégalités structurelles d'accès aux soins se fait pressante (Saltman et al., 2007 ; WHO, 2010).

Ces forces remettent en cause les architectures déconcentrées des années 1990. Ces architectures reposaient sur des directions régionales sans autonomie juridique et sur des délégations provinciales aux ressources limitées. Leurs limites sont aujourd'hui largement documentées (Pyone et al., 2017 ; Mahdaoui & Kissani, 2023).

Le Maroc a choisi d'y répondre par une réforme d'ambition sans précédent (Harfaoui et al., 2024). La loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé a été promulguée le 9 décembre 2022. La loi n° 08-22 portant création des Groupements Sanitaires Territoriaux a été publiée au Bulletin Officiel le 28 juin 2023. Ces textes instituent des entités publiques *sui generis*, dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils intègrent sous une gouvernance unifiée les trois niveaux de soins (World Bank, 2023).

Le modèle des GST emprunte deux logiques sans se réduire à aucune. Il puise dans la logique des groupements hospitaliers de territoire pour leur dimension réseau (Cour des comptes, 2020 ; Cazin et al., 2022). Il s'inspire des centres hospitaliers universitaires pour leur triple vocation soins-enseignement-recherche. Le premier test opérationnel de ce modèle est le GST de Tanger-Tétouan-Al Hoceima. Il est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2025 et couvre 3,7 millions d'habitants répartis sur huit provinces et préfectures.

La littérature internationale sur les réformes de gouvernance hospitalière est riche pour les pays à revenu élevé. Elle documente les Foundation Trusts britanniques (Kewell et al., 2010 ; Greve et al., 2022). Elle traite des groupements hospitaliers français (IGAS, 2020 ; Cazin et al., 2022). Elle analyse les Integrated Care Systems anglais (NHS Confederation, 2024). Mais elle reste lacunaire sur un phénomène spécifique : la transition des systèmes déconcentrés vers des entités territoriales intégrées dans les pays à revenu intermédiaire d'Afrique du Nord (Jalilvand et al., 2024).

Les travaux disponibles sur les réformes hospitalières dans la région MENA traitent surtout des dimensions cliniques ou financières (Ammar, 2009 ; Jabbour et al., 2012 ; Kronfol, 2012 ; Mahdaoui & Kissani, 2023). Une question décisive reste dans l'ombre. Quelle est la robustesse des actes organisationnels fondateurs ? Comment ces actes traduisent-ils ou non les ambitions législatives en

architectures effectivement capables de les porter ? C'est ce vide analytique que la présente étude entend combler.

Elle prend pour objet la décision portant organisation administrative et hospitalière du GST TTH. Cette décision a été adoptée le 28 juillet 2025 par le Conseil d'Administration présidé par le Chef du Gouvernement. L'acte est le premier en son genre dans l'histoire sanitaire marocaine. Il traduit en 35 articles une conception de la gouvernance sanitaire territoriale que la loi 08-22 avait esquissée sans l'opérationnaliser.

La question de recherche centrale est triple. *Dans quelle mesure cet acte fondateur constitue-t-il une réponse organisationnelle cohérente, efficace et juridiquement solide aux missions définies par le cadre législatif ? Quels défis des réformes du Nouveau Management Public en santé dans les pays à revenu intermédiaire illustre-t-il ? Quelles leçons en tirer pour les cinq autres GST marocains en attente d'opérationnalisation ?*

2. Méthodes

2.1 Design de la recherche

Cette étude adopte le design d'une analyse de politique publique appliquée à un cas unique (Yin, 2018). Ce design convient aux phénomènes institutionnels nouveaux et non encore documentés. Il vise à produire conjointement des connaissances descriptives — qu'a-t-on institué ? — et prescriptives — qu'améliorer ? Il est conforme aux recommandations méthodologiques de Gilson et al. (2011) et aux standards de *Health Research Policy and Systems* et de *The International Journal of Health Planning and Management*.

2.2 Corpus documentaire

L'analyse repose sur trois corpus complémentaires confrontés selon une logique de triangulation documentaire. Leur composition et leur fonction analytique sont synthétisées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Composition des trois corpus mobilisés et fonction analytique de chacun

Corpus	Composition	Fonction analytique
Normatif	Lois 06-22, 08-22, 09-22, 70-13. Décrets 2-06-656, 2-98-548, 2.24.226. Arrêté 1363-11. Décision 003.16.	Vérifier la conformité juridique et la hiérarchie des normes.
Empirique	Décision portant organisation administrative et hospitalière du GST TTH (28 juillet 2025). 35 articles analysés intégralement.	Identifier les structures, attributions et mécanismes institués.

Corpus	Composition	Fonction analytique
Théorique	Théorie des organisations (Mintzberg, Simon). Nouveau Management Public (Hood). Gouvernance clinique (Llewellyn, Kirkpatrick). Économie institutionnelle (Williamson). Réformes hospitalières comparées (Ferlie & Shortell, Preker & Harding).	Évaluer l'efficacité managériale attendue par comparaison internationale.

Source : élaboration des auteurs.

2.3 Grille d'analyse et procédure

La confrontation des corpus s'opère selon une grille à trois dimensions, inspirée de Preker et Harding (2003). **La cohérence interne** évalue l'articulation logique des structures et la délimitation des attributions. **La conformité normative** vérifie la compatibilité des dispositions avec le corpus législatif applicable. **L'efficacité managériale attendue** est évaluée par comparaison rigoureuse avec les réformes hospitalières internationales documentées.

Procédure d'analyse article par article. L'analyse a été conduite selon une procédure linéaire-systématique en trois passes. Premièrement, un codage structurel a été appliqué aux 35 articles dans leur ordre d'apparition, en renseignant pour chacun la structure créée, les textes invoqués et les cadres théoriques pertinents. Deuxièmement, une confrontation inter-corpus a vérifié la compatibilité des attributions définies avec la hiérarchie des normes applicable, en identifiant les points de tension, de silence ou de contradiction. Troisièmement, une synthèse comparative a mis en regard les fragilités identifiées avec la littérature internationale sur les réformes hospitalières comparables, par raisonnement analogique critique. La procédure intègre également une lecture doctrinale transversale visant à reconstruire le principe organisateur implicite de la décision à partir de la cohérence d'ensemble de ses dispositions et de ses silences institutionnels. Cette procédure est documentée dans un tableau de codage disponible auprès des auteurs sur demande.

Résolution des tensions inter-corpus. La confrontation des corpus a généré des tensions analytiques résolues selon une hiérarchie explicite. En cas de discordance entre corpus normatif et corpus empirique, la primauté revient au texte normatif primaire, conformément au principe de légalité. En cas d'ambiguïté d'interprétation d'un article de la décision, la lecture retenue est celle qui maximise la cohérence avec l'ensemble du texte. En cas de tension entre corpus théorique et corpus empirique, l'analyse distingue rigoureusement le diagnostic ancré dans le droit marocain de l'éclairage comparatif tiré de la littérature internationale.

Posture des chercheurs. Le premier auteur exerce dans le secteur hospitalier public marocain. Cette étude relève donc d'une analyse conduite depuis une position d'*insider-analyst* (Mercer, 2007 ; Unluer, 2012). Cette position offre un accès privilégié aux logiques institutionnelles mais expose au risque de *proximity bias*. Quatre garde-fous ont été délibérément mis en œuvre : circonscription stricte aux textes publics ; ancrage systématique de chaque inférence à un article identifié ; appui exclusif sur des comparaisons issues de revues à comité de lecture ; articulation des recommandations aux instruments que la réforme prévoit elle-même.

L'analyse est délibérément circonscrite aux éléments rendus publics. Elle ne s'appuie pas sur des entretiens ni sur des observations de terrain. Cette limite est inhérente à toute analyse d'un acte fondateur dans ses premiers mois d'existence. Elle est cohérente avec l'objet de l'étude et avec l'exigence de reproductibilité analytique propre aux études de politique publique.

3. Résultats

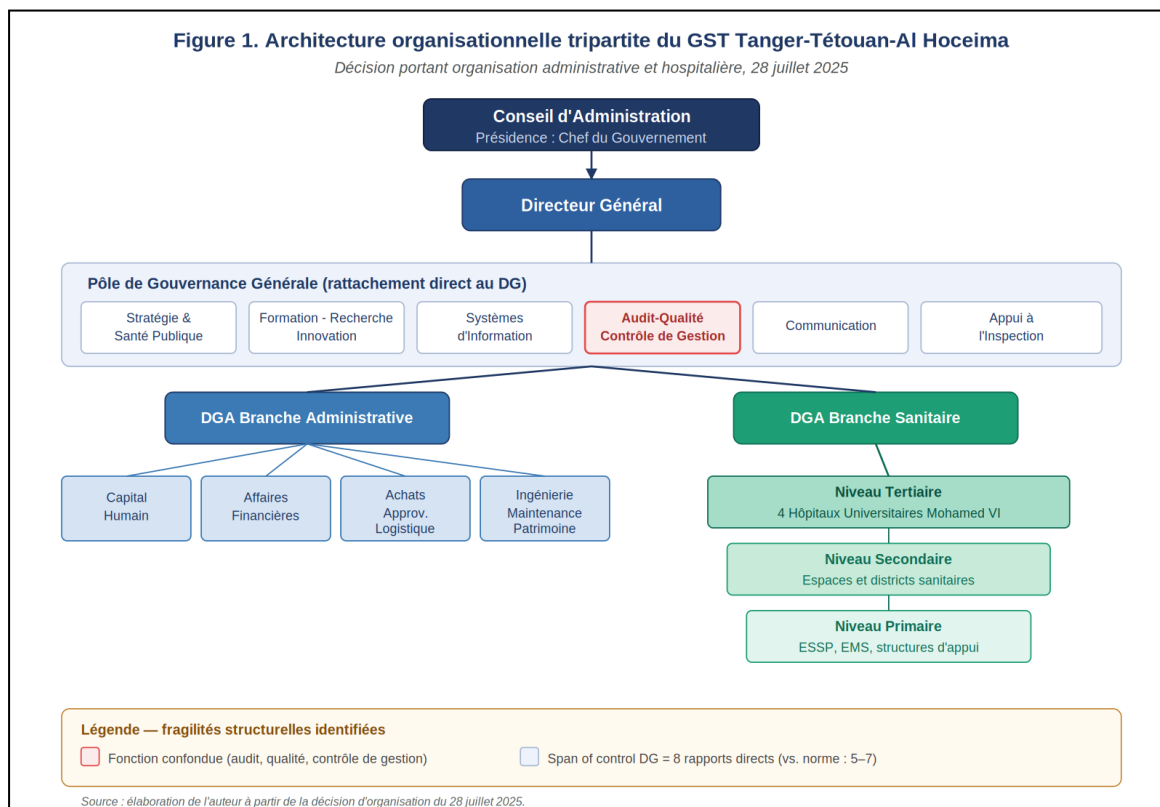


Figure 1. Architecture organisationnelle tripartite du GST Tanger-Tétouan-Al Hoceima

3.1 La doctrine implicite de la décision : une mise en œuvre additive

L'analyse de la décision met d'abord en évidence le principe organisateur qui structure l'ensemble de ses dispositions. Caractériser cette doctrine d'organisation est un préalable analytique nécessaire. Elle conditionne la lecture des fragilités structurelles examinées dans les sous-sections suivantes : ces fragilités ne sont pas des défauts juxtaposés mais les manifestations cohérentes d'un même parti

pris architectural. L'acte du 28 juillet 2025 étant le premier en application des lois 06-22, 08-22 et 09-22, son examen doctrinal est appelé à fonctionner comme précédent administratif pour les cinq autres GST en attente d'opérationnalisation.

3.1.1 Architecture hospitalo-centrée et intégration verticale du primaire

La décision retient deux branches métier, Sanitaire et Administrative, coiffées par un Pôle de Gouvernance Générale (Article 1), là où le cadre législatif ouvrait la possibilité d'une troisième branche populationnelle. La fonction de santé publique est rattachée à une **Direction Stratégie et Santé Publique** rattachée au Pôle de Gouvernance, et non érigée en branche d'égal rang. L'architecture institue ainsi une vision hospitalo-centrée. Parallèlement, l'Article 22 place chaque ESSP, EMS et structure d'appui sous la tutelle hiérarchique de l'hôpital de proximité ou, à défaut, de l'hôpital provincial : le primaire fonctionne comme opérateur déconcentré de la chaîne hospitalière. Ces deux choix sont compatibles avec la lettre du droit marocain, mais la littérature internationale suggère une lecture critique : Williamson (1985) et le cadre d'Astana (WHO & UNICEF, 2018) proposent la primauté fonctionnelle des soins primaires comme principe d'organisation des systèmes intégrés. La décision retient une option différente (Fleury, 2006 ; Nicholson et al., 2013).

3.1.2 Les silences institutionnels révélateurs

Une analyse doctrinale ne se réduit pas à l'examen des dispositions positives. Quatre silences institutionnels structurent la doctrine implicite de la décision (Tableau 2). Pris isolément, chacun pourrait être justifié par la nécessité de phaser la réforme. Pris ensemble, ils dessinent un parti pris cohérent : la décision met en œuvre ce que la loi rendait obligatoire et ajourne ce qu'elle rendait simplement possible.

Tableau 2. Silences institutionnels de la décision et conséquence doctrinale

Institution non créée	Conséquence doctrinale
Communauté de Soins Primaires (CSP)	Aucune instance de coordination professionnelle horizontale fédérant ESSP, libéraux et autres pluriprofessionnels (Fleury, 2006 ; WHO & UNICEF, 2018). Le primaire reste enfermé dans le rapport hiérarchique vertical ESSP-Hôpital.
Capitation populationnelle ajustée au risque	Aucune dotation articulée à la responsabilité d'une population définie (Kutzin et al., 2017). Les financements suivent une logique budgétaire d'établissement, sans innovation populationnelle.

Institution non créée	Conséquence doctrinale
Conventionnement structuré du secteur libéral	Pas de division dédiée à la contractualisation du privé conventionné, pourtant prévu par l'article 6 de la loi 08-22. Seules les structures publiques sont fédérées, ce qui restreint la portée territoriale du groupement.

Source : élaboration des auteurs d'après l'analyse article par article de la décision.

3.1.3 Fusion des fonctions territoriales et mise en œuvre additive

L'Article 32 traite comme équivalentes les fonctions de direction d'Espace sanitaire, de District et d'hôpital. Le Directeur d'Espace est dans tous les cas le Directeur de l'hôpital de référence ; aucun service de l'organigramme interne (Article 20) n'est dédié à la coordination territoriale comme telle. La fonction territoriale est dissoute dans la gestion hospitalière. Pris ensemble, les marqueurs identifiés dans cette sous-section dessinent une logique de mise en œuvre additive plutôt que transformatrice (Hood, 1991 ; Greve et al., 2022 ; Debie et al., 2022) : une nouvelle gouvernance est superposée à l'architecture territoriale héritée sans la restructurer en profondeur. Cette doctrine est politiquement viable, mais les six fragilités structurelles examinées ci-après peuvent être lues comme ses conséquences cohérentes, que les actes complémentaires (règlement intérieur, conventions hospitalo-universitaires, manuels d'organisation) peuvent encore corriger.

3.2 L'architecture tripartite : intégration verticale et mutualisation : *Gains organisationnels de l'intégration et de la mutualisation*

L'Article 1 organise le GST TTH en trois branches articulées (Figure 1). Le Pôle de Gouvernance Générale est rattaché directement au Directeur Général. La Branche Administrative regroupe quatre directions de soutien mutualisées. La Branche Sanitaire est structurée selon la pyramide des soins en trois niveaux hiérarchisés.

Cette tripartition épouse la configuration de la *bureaucratie professionnelle* théorisée par Mintzberg (1979). Elle se caractérise par une double ligne d'autorité administrative et médicale sous une supervision intégratrice centrale. L'intégration verticale crée un continuum institutionnel entre la consultation rurale et la prise en charge tertiaire, rupture fondamentale avec le cloisonnement antérieur, indépendamment des réserves doctrinales formulées en section 3.1.2.

La mutualisation des fonctions de soutien constitue le second apport organisationnel majeur. Les évaluations des Groupements hospitaliers de territoire français (modèle structurellement le plus proche) documentent des économies de 8 à 15 % sur les marchés de fournitures médicales (IGAS, 2020 ; Cour des comptes, 2020). La centralisation pharmaceutique via une Division Pharmacie Centrale est particulièrement pertinente. Elle permet d'optimiser les rotations de stock pour les

médicaments à coût élevé. Elle sécurise les conditions de conservation des produits thermosensibles destinés aux hôpitaux spécialisés.

3.3 Le span of control du Directeur Général : *Risque structurel de goulot décisionnel*

L'Article 3 place sous la supervision directe du Directeur Général six entités transversales. S'y ajoutent les deux Directeurs Généraux Adjointes des branches Administrative et Sanitaire. Le total atteint donc huit rapports directs.

Ce nombre dépasse les standards établis pour les organisations hospitalières complexes. Graicunas (1933) a démontré mathématiquement que chaque rapport supplémentaire multiplie exponentiellement les interactions à gérer. Urwick (1956) recommandait un maximum de cinq à sept rapports en encadrement stratégique. Ces seuils restent largement validés dans la littérature contemporaine sur la gouvernance des organisations complexes (Jalilvand et al., 2024).

Dans un GST multi-sites couvrant huit provinces et préfectures, chaque direction génère un flux continu de dossiers stratégiques. Tous nécessitent l'arbitrage personnel du Directeur Général. Le risque est documenté : convergence simultanée de flux décisionnels, dégradation de la qualité des arbitrages, ralentissement des décisions opérationnelles (Simon, 1997). Un risque corollaire est l'asymétrie d'attention. Les entités les plus proches du DG monopolisent son temps au détriment des fonctions moins visibles.

Le regroupement du Pôle de Gouvernance en trois blocs cohérents permettrait de ramener à cinq le nombre de rapports directs. Trois blocs paraissent pertinents : Stratégie-Planification-Partenariats ; Innovation-SI-Recherche ; Contrôle-Audit-Qualité (sous réserve de 3.4). Ce regroupement respecterait les standards managériaux pour des organisations de cette complexité.

3.4 La confusion Audit-Qualité-Contrôle de gestion : *Un regroupement aux effets organisationnels documentés*

L'Article 7 regroupe au sein d'une même Division trois fonctions que la théorie distingue rigoureusement. L'audit interne est une évaluation rétrospective et indépendante. La qualité et la gestion des risques sont une démarche d'amélioration continue orientée vers l'accréditation. Le contrôle de gestion est un outil de pilotage prospectif et continu de la performance médico-économique.

Ce regroupement traduit, au plan conceptuel, une distinction peu marquée que la littérature sur le Nouveau Management Public a documentée dès ses premières applications (Hood, 1991). Confondre, dans une même unité, contrôle-surveillance et contrôle-pilotage est susceptible d'affecter l'efficacité des deux fonctions. Une telle ambiguïté est rapportée comme préjudiciable à la culture de performance (Greve et al., 2022 ; Jalilvand et al., 2024).

La conséquence opérationnelle la plus grave concerne le positionnement du Service Contrôle de Gestion. Il se retrouve au troisième niveau hiérarchique, simple service subordonné à une division de contrôle. Or le GST TTH consolidera quatre hôpitaux universitaires, treize espaces et districts sanitaires et plusieurs dizaines de structures de premier recours. Le contrôle de gestion devra exercer une autorité transversale de synthèse médico-économique entre trois mondes hétérogènes : la Direction des Affaires Financières, la Division de l'Information Hospitalière et la Branche Sanitaire. Ce rôle d'intégrateur systémique est structurellement incompatible avec le statut de simple service subordonné. L'enjeu est amplifié par la généralisation de la couverture sanitaire universelle. Le GST TTH devra produire des données de coûts opposables à la CNSS et aux organismes tiers-payant pour défendre ses tarifications (Kutzin et al., 2017 ; World Bank, 2023). Cette exigence requiert une comptabilité analytique par filière et une valorisation des séjours selon les nomenclatures applicables. Seul un Contrôle de gestion autonome, doté d'une autorité transversale explicite, peut piloter cette exigence.

Symétriquement, l'indépendance de l'audit interne est la condition de sa crédibilité vis-à-vis du Conseil d'Administration. Elle devrait être garantie par un rattachement fonctionnel direct au Conseil à travers un comité d'audit (Code marocain de bonnes pratiques de gouvernance des entreprises et établissements publics, DEPP, MEF). Cette indépendance ne peut s'accommoder d'une cohabitation organisationnelle avec des fonctions opérationnelles.

3.5 Les filières hospitalières

Le paradoxe universel du leadership clinique sans ressources

L'Article 23 institue des chefs de filières hospitalières. Ils sont désignés parmi les Professeurs-chercheurs chefs de services hospitaliers universitaires. Leur mandat couvre six domaines : coordination clinique, animation des équipes, encadrement pédagogique, pilotage médico-administratif, suivi des indicateurs de performance et supervision de la recherche.

Cette innovation s'inscrit dans le mouvement global de *clinical governance* théorisé par Llewellyn (2001) et Degeling et al. (2003). Elle vise à dépasser la dualité entre autorité administrative et autorité clinique. Elle confie aux cliniciens une responsabilité réelle sur les ressources et les résultats (Ystaas et al., 2023).

L'analyse révèle pourtant une vulnérabilité fondamentale. La conception adoptée reproduit ce que Kirkpatrick et al. (2009) ont nommé le paradoxe universel du leadership clinique sans ressources. Ce paradoxe figure parmi les défis les mieux documentés des réformes du NPM en santé. Des responsabilités managériales élargies sont dévolues aux cliniciens sans dévolution correspondante de leviers.

Dans le cas du GST TTH, le constat textuel est convergent. Aucun budget de filière n'est prévu. Aucune décharge clinique formalisée n'est mentionnée. Aucun trinôme de direction n'est institué (professionnel de santé référent, gestionnaire administratif). Aucun mécanisme d'arbitrage n'est défini en cas de conflit avec le directeur de l'établissement. Le seul levier accordé par l'Article 31 (droit de proposition sur la nomination des chefs de service secondaire et primaire) reste conditionné à l'avis du directeur d'hôpital.

L'expérience française des pôles hospitaliers est éclairante. Les évaluations conduites dix ans après la loi HPST sont convergentes (Minvielle et al., 2019 ; Cazin et al., 2022). Les pôles dotés d'un trinôme opérationnel, d'une décharge clinique d'au moins 20 % et d'un budget délégué (budget d'intéressement et de motivation et non de fonctionnement) ont obtenu des gains significatifs. Les autres pôles sont restés des structures formelles sans substance managériale réelle.

La leçon est directement transposable. Sans ces conditions institutionnelles minimales, les filières resteront nominales. Leur effectivité dépendra exclusivement du charisme de leur titulaire. Or une organisation reposant sur les qualités individuelles plutôt que sur des mécanismes robustes est, par définition, fragile.

Un angle mort complémentaire concerne l'articulation entre les filières du GST et les structures universitaires. L'Article 23 exige que les chefs de filière soient Professeurs-chercheurs, mais la décision ne formalise pas la coordination institutionnelle entre le GST et la Faculté de Médecine et de Pharmacie. Or l'expérience québécoise des Réseaux Universitaires Intégrés de Santé (RUIS) et des programmes-services montre que les filières cliniques les plus performantes sont celles bénéficiant d'un leadership universitaire formalisé (Fleury, 2006 ; Pomey et al., 2010). L'absence de convention hospitalo-universitaire spécifique aux filières constitue un angle mort qui amplifie la fragilité F3.

Une lacune constitutive complète ce diagnostic. La décision institue des chefs de filières sans définir ce qu'est une filière. Elle n'en dresse pas la liste et n'en délimite pas le périmètre clinique. Le Projet Médical Régional propose bien une nomenclature, mais ce document de programmation est politiquement opposable, non normativement contraignant. Sans renvoi exprès dans la décision, le fondement juridique des attributions du chef de filière reste fragile.

3.6 Les soins infirmiers et techniques de santé

Une gouvernance clinique incomplète

La décision prévoit des Services des Soins Infirmiers dans chaque EHU et chaque espace sanitaire. Ils sont adossés à la Direction de la formation hospitalière à chaque niveau. La Direction du Capital Humain est chargée de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences. Il serait donc

inexact d'affirmer que la dimension infirmière est ignorée par la décision. La planification quantitative des ressources est bien intégrée.

Une distinction fondamentale s'impose néanmoins ici. La décision couvre la dimension administrative et quantitative des soins infirmiers - recrutements, affectations, plannings, formations. Elle reste muette sur leur dimension clinique et professionnelle. Or c'est cette dimension qui constitue le cœur de leur contribution à la qualité des soins.

La standardisation des pratiques infirmières à l'échelle du groupement n'est pas pilotée. La gouvernance de la prévention des infections associées aux soins n'est pas centralisée. Le développement professionnel continu spécifique à ces corps n'est pas structuré. Leur représentation institutionnelle dans les instances de gouvernance clinique du GST n'est pas prévue. Aucune direction administrative généraliste ne peut couvrir ces dimensions, fût-elle compétente et bien dotée.

Cette absence crée une asymétrie institutionnelle difficile à justifier. La dimension médicale bénéficie d'une architecture à deux niveaux (filiales régionales, chefs de service). Le corps professionnel le plus nombreux du groupement ne dispose d'aucun mécanisme de coordination régionale.

La recherche internationale est convergente sur les implications de cette asymétrie. Aiken et al. (2014) ont étudié plus de 300 hôpitaux dans neuf pays européens. Ils ont démontré que la qualité du leadership infirmier est l'un des déterminants les plus puissants de la mortalité hospitalière. Des travaux plus récents confirment cette association à l'échelle globale (Ystaas et al., 2023 ; Conroy et al., 2023). L'effet est indépendant du niveau de dotation en personnel.

3.7 La représentation médicale et professionnelle

Un héritage institutionnel à refonder, non à supprimer

La Commission Médicale Consultative (CMC) est instituée exclusivement dans le cadre de l'Article 18. Cet article concerne l'organisation des Directions des Hôpitaux Universitaires de niveau tertiaire. Aucune disposition équivalente n'est prévue pour les niveaux secondaire et primaire.

Cette délimitation appelle une lecture comparée avec le cadre antérieur. Le décret n° 2-06-656 du 13 avril 2007 prévoyait quatre instances de concertation dans chaque hôpital, sans distinction de niveau. Le Comité d'Établissement, le Comité de Suivi et d'Évaluation, le Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens et le Conseil des Infirmiers et Infirmières garantissaient une représentation institutionnelle dans tout le réseau.

Ce dispositif a souffert dans la pratique de limites bien documentées. Effectivité variable selon les établissements, réunions irrégulières, attributions consultatives sans portée contraignante, dérive

corporatiste possible (Ferlie & Shortell, 2001). L'abandon de ce modèle peut donc s'inscrire dans une logique de refondation légitime.

La question pertinente n'est pas de savoir si ces instances méritaient d'être abandonnées. Elle est de savoir si leur abandon s'est accompagné d'un dispositif de substitution. Trois fonctions essentielles devaient être préservées : ancrage institutionnel des professionnels, collégialité médicale dans les décisions stratégiques, et représentation du corps infirmier.

Sur ce point, la décision ne prévoit pas de dispositif de substitution explicite. La CMC, limitée aux EHU et renvoyée au règlement intérieur non encore publié, demeure pour l'instant un cadre dont le contenu normatif reste à préciser. Aucune Commission Médicale de Groupement n'est instituée au niveau régional. Une telle commission pourrait représenter collégialement le corps médical pour conseiller le DG sur les orientations médicales et les filières transversales.

Cette double lacune est d'autant plus à signaler que les niveaux secondaire et primaire concentrent des activités cliniques à risque (chirurgie, obstétrique, urgences, maternité), pour lesquelles la collégialité médicale est aussi pertinente qu'au niveau tertiaire. Sur ce périmètre, le dispositif retenu réduit la représentation professionnelle institutionnalisée par rapport au cadre antérieur, sans avoir, à ce stade, désigné les instances qui en assurent la fonction.

3.8 La nomination des chefs de services hospitaliers universitaires

Un régime de nomination en tension avec le cadre réglementaire en vigueur

La décision d'organisation du GST TTH attribue au Directeur Général le pouvoir de nommer les Professeurs-chercheurs chefs de services hospitaliers universitaires (Articles 30), sur proposition d'une commission hospitalo-universitaire dont la composition est renvoyée au règlement intérieur. Ce dispositif soulève deux questions de conformité réglementaire qu'il convient de distinguer.

La question de la compétence de nomination. Le décret n° 2.98.548 du 15 février 1999 portant statut particulier du corps des enseignants-chercheurs en médecine, pharmacie et médecine dentaire attribue au **Ministre de la Santé** la compétence de nomination aux fonctions de chef de service hospitalo-universitaire, sur proposition conjointe du directeur du CHU et du Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, après avis préalable de la **Commission Scientifique**. Le décret n° 2.24.226 du 15 juillet 2025 portant statut-type des professionnels de santé des GST maintient explicitement les professeurs-chercheurs sous l'empire du décret de 1999 (article 3), *sous réserve des dispositions de l'article 12*. Ce dernier prévoit que la nomination aux postes de responsabilité s'effectue « conformément à l'organigramme du Groupement, selon les conditions et modalités en vigueur dans les établissements publics ». La portée de cette réserve est au cœur du problème : elle adapte les *modalités procédurales* de la nomination au cadre organisationnel des GST, mais elle ne transfère pas la *compétence* de nomination, laquelle demeure attribut du Ministre en vertu du décret

de 1999, texte réglementaire de rang supérieur toujours en vigueur. En droit administratif marocain, la compétence ne se présume pas et ne peut être dévolue à une autre autorité que par un texte réglementaire d'égal ou de rang supérieur exprimant sans équivoque une telle dévolution. La décision d'organisation du GST, acte infra-réglementaire, ne satisfait pas cette condition.

La question de l'instance d'évaluation. La substitution de la Commission Scientifique par une commission hospitalo-universitaire soulève une difficulté distincte. La Commission Scientifique est un organe institué par voie réglementaire supérieure, composé de pairs, dont l'intervention constitue une **garantie substantielle** du droit statutaire des professeurs-chercheurs : elle assure que la nomination repose sur des critères objectifs d'excellence académique et de compétence clinique. La commission hospitalo-universitaire prévue par la décision est, par contraste, une instance de gouvernance institutionnelle dont les règles de composition et de fonctionnement sont renvoyées à un règlement intérieur non encore publié. L'une ne peut se substituer à l'autre sans modifier la nature de la procédure. Le décret 2.24.226, contresigné par le Ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation, atteste d'ailleurs de la persistance de la double tutelle sur les professeurs-chercheurs.

Conséquences et voies de sécurisation. En l'état, toute nomination prononcée par le Directeur Général du GST sur le fondement de la décision d'organisation est susceptible d'être contestée pour vice d'incompétence et vice de procédure substantielle, deux moyens que le juge administratif peut soulever d'office. La sécurisation du dispositif appelle une intervention au niveau réglementaire approprié : soit une modification du décret 2.24.226 transférant expressément la compétence de nomination au Directeur Général et redéfinissant le rôle de la commission hospitalo-universitaire dans la procédure ; soit le maintien de la compétence ministérielle assorti d'une délégation de signature formalisée par décision publiée au Bulletin Officiel. Dans les deux cas, l'articulation avec la Commission Scientifique devrait être explicitement préservée ou réorganisée par voie réglementaire.

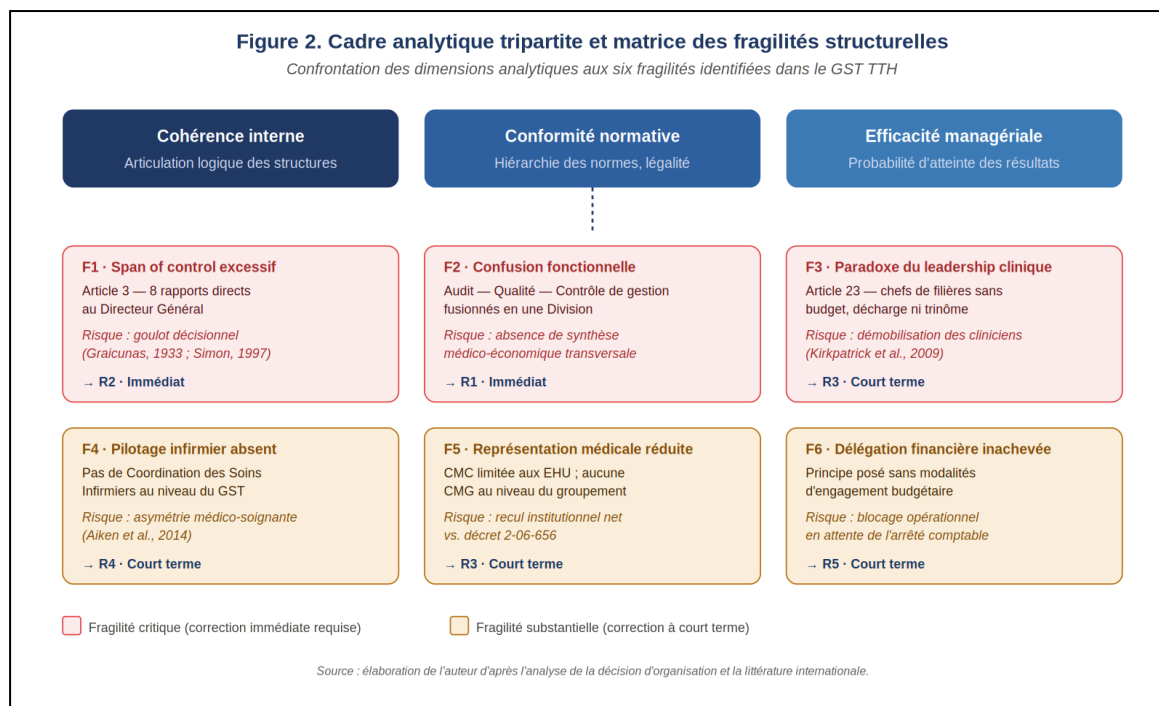


Figure 2. Cadre analytique tripartite et matrice des fragilités structurelles

3.9 Synthèse des fragilités structurelles

Le Tableau 3 récapitule les six fragilités structurelles identifiées et les rattache aux instruments complémentaires que la réforme a elle-même prévus pour leur correction.

Tableau 3. Synthèse des six fragilités structurelles identifiées dans la décision d'organisation

N°	Fragilité identifiée	Diagnostic structurel	Recommandation	Instrument prévu / horizon
F1	Span of control excessif (Article 3)	Huit rapports directs au DG, soit au-delà du seuil recommandé de cinq à sept (Graicunas, 1933 ; Urwick, 1956).	Regrouper les entités du Pôle de Gouvernance en trois blocs cohérents.	R2 — Décision modificative. Immédiat.
F2	Confusion Audit-Qualité-Contrôle de gestion (Article 7)	Trois fonctions distinctes fusionnées en une Division. Contrôle de gestion subordonné, sans autorité transversale.	Ériger le Contrôle de gestion en Division autonome rattachée au DG. Garantir	R1 — Décision modificative. Immédiat.

N°	Fragilité identifiée	Diagnostic structurel	Recommandation	Instrument prévu / horizon
			l'indépendance de l'Audit interne.	
F3	Paradoxe du leadership clinique (Article 23)	Chefs de filière sans budget, sans décharge clinique formalisée, sans trinôme de direction, sans règle d'arbitrage.	Définir trinôme, décharge minimale de 20 %, budget de filière. Lister officiellement les filières.	R3 — Règlement intérieur.
F4	Pilotage des soins infirmiers absent	Aucune coordination régionale des soins infirmiers et techniques de santé. Asymétrie avec l'organisation médicale.	Créer une Coordination des Soins Infirmiers et Techniques de Santé au niveau du GST.	R4 — Décision modificative.
F5	Représentation médicale réduite (Article 18)	CMC limitée aux EHU. Aucune Commission Médicale de Groupement. Recul net par rapport au décret 2-06-656.	Instituer une CMG permanente. Différencier la CMC selon les niveaux.	R5 — Règlement intérieur.
F6	Nomination des chefs de services hospitaliers universitaires non formalisée (Articles 18, 23, 31)	Ni critères de compétence managériale, ni procédure de sélection, ni durée de mandat, ni évaluation périodique. Articulation GST-Faculté non formalisée.	Formaliser dans le règlement intérieur une procédure de sélection avec critères, mandat et évaluation. Articuler avec la Faculté.	R6 — Règlement intérieur. 0-6 mois.

Source : élaboration des auteurs. Les références R1 à R6 renvoient aux recommandations détaillées en section 4.3.

4. Discussion

4.1 Réponse à la question de recherche

L'analyse permet de répondre aux trois dimensions de la question posée en introduction. Sur la **cohérence interne**, la décision est globalement cohérente : l'architecture tripartite est articulée, l'intégration verticale réelle, la mutualisation pertinente. Sur la **conformité normative**, elle est juridiquement défendable mais présente des silences sur des dispositions que la loi-cadre rend opposables. Sur l'**efficacité managériale attendue**, les six fragilités identifiées laissent prévoir un écart significatif entre les ambitions législatives et les résultats institutionnels — sauf correction par les instruments complémentaires que la réforme prévoit. La doctrine implicite caractérisée en section 3.1 fournit le cadre interprétatif de ces trois constats : les fragilités peuvent être lues comme les conséquences cohérentes d'un parti pris additif que la décision incarne dans son agencement d'ensemble.

4.2 Mise en perspective comparative internationale

Les fragilités identifiées ne sont pas spécifiques au contexte marocain. Elles reflètent des défis universaux et bien documentés des réformes du NPM en santé. Le Tableau 4 met en regard quatre réformes hospitalières internationales et leurs enseignements pour le GST TTH.

Tableau 4. Réformes hospitalières internationales comparables et enseignements transposables

Réforme	Pays / année	Modèle organisationnel	Enseignement transposable	Source
Foundation Trusts	Royaume- Uni, depuis 2003	Établissements publics autonomes, gouvernance par conseil élu, statut intermédiaire entre public et privé.	Autonomie réelle nécessite un cadre régulateur indépendant. Dérive possible vers la sélection des cas.	Kewell et al., 2010 ; Greve et al., 2022
Groupements hospitaliers de territoire (GHT)	France, depuis 2016	Coopération obligatoire entre établissements publics. Mutualisation par	Sans personnalité morale, intégration limitée. CMG instituée tardivement (2019).	Cour des comptes, 2020 ; IGAS, 2020 ; Cazin et al., 2022

Réforme	Pays / année	Modèle organisationnel	Enseignement transposable	Source
		projet médical partagé. Pas de personnalité morale.	Mutualisation des achats : 8–15 %.	
Integrated Health Networks	Québec, depuis 2003	Centres de santé et de services sociaux intégrés, populationnels, territoriaux.	L'intégration territoriale réussit lorsque la gouvernance clinique est codifiée dès l'acte fondateur.	Fleury, 2006 ; Nicholson et al., 2013
Integrated Care Systems	Royaume- Uni, depuis 2022	Conseils intégrés couvrant population, soins primaires et hôpitaux.	Tension forte entre intégration et capacité d'investissement. Représentation clinique encore en construction.	NHS Confederation, 2024

Source : élaboration des auteurs d'après la littérature scientifique citée.

Le défi central est récurrent dans des contextes comparables. Instaurer des structures formelles ambitieuses sans créer simultanément les conditions institutionnelles, financières et professionnelles de leur effectivité produit un écart durable entre l'intention réformatrice et la réalité (Pyone et al., 2017 ; Debie et al., 2022 ; NHS Confederation, 2024).

Le cas du GST TTH illustre la tension structurelle constitutive du NPM théorisée par Hood (1991). Les instruments importés — filières, indicateurs, délégation aux cliniciens — sont insérés dans des contextes publics sans adaptation à la spécificité des professionnels de santé. Ces professionnels tirent leur autorité de l'expertise et de la déontologie, non de la hiérarchie formelle (Greve et al., 2022). Confier aux cliniciens une mission managériale sans leviers matériels produit l'effet inverse du résultat recherché. Le risque est de générer une surcharge de rôle et une démobilisation plutôt qu'une adhésion collective.

La dimension propre aux pays à revenu intermédiaire amplifie ces tensions. Le GST TTH doit accomplir simultanément trois transitions de grande ampleur. Construire une organisation inédite

sans précédent local. Former des managers hospitaliers sans vivier préexistant. Répondre dans l'immédiat aux exigences d'une couverture universelle déjà effective. Cette simultanéité rend les fragilités architecturales d'autant plus préoccupantes : chaque lacune se transforme en obstacle concret en situation réelle.

4.3 Recommandations opérationnelles priorisées

Cinq recommandations se dégagent de l'analyse, classées par urgence et par levier d'action. Toutes s'adosent aux instruments complémentaires que la réforme a elle-même prévus.

- **Immédiat - Restructurer le pilotage médico-économique.** Ériger le Contrôle de gestion en Division autonome rattachée au Directeur Général, avec mandat transversal explicite. Garantir l'indépendance de l'Audit interne par rattachement fonctionnel au Conseil d'Administration via le comité d'audit.
- **Immédiat - Réduire le span of control du Directeur Général.** Regrouper les entités du Pôle de Gouvernance en trois blocs cohérents. Désigner simultanément un responsable explicite de la coordination régionale de la permanence des soins.
- **Court terme - Consolider les filières hospitalières.** Définir dans le règlement intérieur la liste officielle des filières par référence au PMR 2022-2030. Instituer le trinôme de filière, une décharge clinique minimale de 20 %, un budget de filière et les règles d'arbitrage. Créer une Commission Médicale de Groupement permanente.
- **Court terme - Structurer la gouvernance des soins infirmiers.** Créer une Coordination des Soins Infirmiers et Techniques de Santé au niveau du GST. Lui confier un mandat explicite sur la standardisation des pratiques cliniques, la prévention des infections associées aux soins et le développement professionnel continu.
- **Moyen terme - Différencier la représentation professionnelle.** Décliner la CMC selon les niveaux — EHU, espaces sanitaires, hôpitaux de proximité. Adapter pour les EHU une mission explicite sur la gouvernance de la recherche et de l'enseignement. Évaluer après 18 mois l'effectivité de la nouvelle architecture représentative.
- **Court terme (0–6 mois) — Formaliser la procédure de nomination des chefs de services hospitaliers universitaires.** Définir dans le règlement intérieur les critères de compétence managériale, la durée de mandat, les modalités d'évaluation périodique et l'articulation avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie.

4.4 Implications pour les cinq autres GST en attente d'opérationnalisation

Le cas du GST TTH n'est pas isolé. Cinq autres GST sont en cours de déploiement à l'échelle du Royaume. Le cadre analytique mobilisé ici fournit une grille de lecture transférable. Les six fragilités identifiées constituent autant d'indicateurs précoces à surveiller dans les actes fondateurs

des autres groupements. La doctrine implicite caractérisée en section 3.1, en tant que premier acte d'application du dispositif législatif, est susceptible de fonctionner comme précédent administratif : les actes fondateurs à venir pourraient hériter de ses choix par effet de mimétisme institutionnel (DiMaggio & Powell, 1983 ; Greve et al., 2022), sauf décision politique explicite de s'en écarter.

Trois enseignements se dégagent pour les actes futurs.

Premièrement, intégrer dès la décision les conditions institutionnelles du leadership clinique — budget, décharge, trinôme, règles d'arbitrage. **Deuxièmement**, séparer rigoureusement audit, qualité et contrôle de gestion dès l'organigramme initial. **Troisièmement**, instituer une coordination régionale des soins infirmiers symétrique à l'organisation médicale.

Une cinquième implication, doctrinale, mérite d'être formulée explicitement. La question de la branche populationnelle — soit comme troisième branche métier, soit comme direction de rang égal — doit être tranchée délibérément et non par défaut. Si le législateur souhaite préserver la portée transformatrice de la loi-cadre, l'option d'une articulation matricielle — où l'ESSP relèverait hiérarchiquement du district pour la gestion administrative mais fonctionnellement d'une coordination professionnelle territoriale pour les pratiques cliniques — est compatible avec la lettre de la loi 08-22. Elle correspond mieux aux standards documentés des systèmes intégrés (Fleury, 2006 ; Nicholson et al., 2013).

4.5 Limites de l'étude

Caractère documentaire exclusif. L'étude ne s'appuie pas sur des entretiens ni des observations de terrain. Des éléments non publiés pourraient répondre partiellement à certaines lacunes identifiées. Des études qualitatives complémentaires — entretiens semi-directifs avec chefs de filière, directeurs d'EHU et professionnels — seraient nécessaires pour évaluer l'écart entre organisation prescrite et pratique réelle.

Temporalité de l'analyse. L'étude porte sur une décision adoptée le 28 juillet 2025. Elle ne peut tenir compte des ajustements progressifs inhérents à toute mise en œuvre. Une étude longitudinale conduite 18 à 36 mois après l'entrée en vigueur permettrait d'évaluer l'effectivité réelle des structures prévues.

Singularité du cas. Les conclusions ne sont pas directement généralisables aux cinq autres GST. Le cadre analytique reste néanmoins transférable. Les indicateurs de fragilité identifiés sont potentiellement communs à l'ensemble du programme de réforme.

5. Conclusion

La décision portant organisation administrative et hospitalière du GST de Tanger-Tétouan-Al Hoceima est un acte fondateur. Sa portée institutionnelle est réelle. Sa logique d'ensemble est cohérente. L'intégration verticale des trois niveaux de soins, la mutualisation des fonctions de soutien, l'introduction du concept de filières médicales et l'organisation d'un SAMU régional rompent avec la fragmentation antérieure. Le modèle offre une réponse ambitieuse aux défis de la couverture universelle, de la gouvernance clinique territoriale et de l'efficacité hospitalière publique.

Cette ambition s'inscrit toutefois dans une mise en œuvre additive plutôt que transformatrice. La décision met en œuvre ce que la loi rendait obligatoire et ajourne ce qu'elle rendait simplement possible. La doctrine implicite ainsi reconstituée — articulation binaire des branches métier sous une supervision intégratrice, intégration verticale du primaire dans la chaîne hospitalière, fusion fonctionnelle des directions territoriales et hospitalières, dispositions limitées sur la santé populationnelle — constitue une option d'organisation politiquement viable. Elle laisse néanmoins ouverte, pour les actes complémentaires, la question de savoir dans quelle mesure la réforme assumera la portée transformatrice que le cadre législatif rendait possible.

Six fragilités structurelles appellent des corrections. Span of control excessif du Directeur Général. Confusion fonctionnelle entre audit interne et contrôle de gestion. Paradoxe du leadership clinique sans ressources dans les filières. Absence de pilotage centralisé des soins infirmiers. Représentation médicale réduite par rapport au cadre antérieur. Procédure de nomination des chefs de services hospitaliers universitaires non formalisée. La fenêtre d'opportunité pour ces corrections est encore ouverte.

Ces fragilités ne sont pas propres au Maroc. Elles reflètent des défis universaux et bien documentés des réformes du Nouveau Management Public dans les pays à revenu intermédiaire. Elles peuvent être résolues par les instruments que la réforme a elle-même prévus : règlement intérieur, conventions hospitalo-universitaires, manuels d'organisation et de procédures, décrets d'application.

L'étude contribue à combler un vide analytique dans une littérature internationale qui documente abondamment les pays à revenu élevé mais reste lacunaire sur les transitions vers des entités sanitaires intégrées en Afrique du Nord. Elle appelle des travaux complémentaires (études qualitatives de terrain, analyses comparatives inter-GST, évaluations longitudinales). Les choix opérés aujourd'hui dans cet acte fondateur détermineront pour une décennie au moins la réalité de l'accès aux soins, de la qualité et de l'équité territoriale pour les 3,7 millions d'habitants de la région.

Références

Textes normatifs (Royaume du Maroc)

Royaume du Maroc. (1999). Décret n° 2-98-548 portant statut des enseignants-chercheurs en médecine, pharmacie et médecine dentaire. Bulletin Officiel, 4688.

Royaume du Maroc. (2007). Décret n° 2-06-656 relatif à l'organisation hospitalière. Bulletin Officiel, 5526.

Royaume du Maroc. (2011). Arrêté n° 1363-11 relatif aux attributions et à l'organisation des services déconcentrés du Ministère de la Santé. Bulletin Officiel, 5958.

Royaume du Maroc. (2015). Loi n° 70-13 relative aux Centres Hospitaliers Universitaires. Bulletin Officiel, 6340.

Royaume du Maroc. (2016). Décision n° 003.16 portant création et organisation des Directions Régionales de la Santé. Bulletin Officiel, 6452.

Royaume du Maroc. (2022). Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, promulguée par le Dahir n° 1-22-77 du 9 décembre 2022. Bulletin Officiel, 7154.

Royaume du Maroc. (2023). Loi n° 08-22 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux, promulguée par le Dahir n° 1.23.50 du 28 juin 2023. Bulletin Officiel, 7213.

Royaume du Maroc. (2023). Loi n° 09-22 relative à la fonction sanitaire, promulguée par le Dahir n° 1.23.51 du 28 juin 2023. Bulletin Officiel, 7213.

Royaume du Maroc. (2025). Décret n° 2.24.226 portant statut-type des professionnels de santé des Groupements Sanitaires Territoriaux. Bulletin Officiel, 7423.

Royaume du Maroc. (2025). Décision portant organisation administrative et hospitalière du Groupement Sanitaire Territorial Tanger-Tétouan-Al Hoceima, adoptée par le Conseil d'Administration du 28 juillet 2025. GST TTH.

Littérature scientifique

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Ammar, W. (2009). Health beyond politics. World Health Organization / Ministry of Public Health Lebanon.

Cazin, L., Kletz, F., & Sardas, J.-C. (2022). Le regroupement des hôpitaux publics : l'action publique en régime d'apprentissage. *Gestion et Management Public*, 10(1), 77–99. <https://doi.org/10.3917/gmp.101.0077>

- Conroy, N., Patton, D., Moore, Z., O'Connor, T., Nugent, L., & Derwin, R. (2023). The relationship between transformational leadership and staff nurse retention in hospital settings: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 2023, 9577200. <https://doi.org/10.1155/2023/9577200>
- Cour des comptes. (2020). Les groupements hospitaliers de territoire. Rapport public thématique. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-groupements-hospitaliers-de-territoire>
- Debie, A., Khatri, R. B., & Assefa, Y. (2022). Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: A narrative review and synthesis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00858-7>
- Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J., & Coyle, B. (2003). Medicine, management, and modernisation: A « danse macabre » ? *BMJ*, 326(7390), 649–652. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7390.649>
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- Ferlie, E., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281–315. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>
- Fleury, M.-J. (2006). Integrated service networks: The Quebec case. *Health Services Management Research*, 19(3), 153–165. <https://doi.org/10.1258/095148406777888080>
- Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I. A., Ssengooba, F., & Bennett, S. (2011). Building the field of health policy and systems research: Social science matters. *PLoS Medicine*, 8(8), e1001079. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001079>
- Graicunas, V. A. (1933). Relationship in organization. In L. Gulick & L. Urwick (Eds.), *Papers on the science of administration* (pp. 181–187). Institute of Public Administration.
- Greve, C., Ejersbo, N., Lægred, P., & Rykkja, L. H. (2022). Public administration in a complex world: Theory and practice in turbulent times. *International Journal of Public Administration*, 45(13), 1009–1019. <https://doi.org/10.1080/01900692.2022.2073554>
- Harfaoui, W., Alilou, M., El Aouad, R., Zbitou, A., Khabouze, S., Zerouali, K., Obtel, M., & Lahlou, L. (2024). The new reform of the national health system in Morocco: An opportunity to meet the challenges and improve the practice of anesthesiology. *Cureus*, 16(4), e57841. <https://doi.org/10.7759/cureus.57841>
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>

- Inspection générale des affaires sociales. (2020). Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) (Rapport n° 2019-034R). IGAS. <https://www.igas.gouv.fr/Bilan-d-etape-des-groupements-hospitaliers-de-territoire-GHT>
- Jabbour, S., Giacaman, R., Khawaja, M., & Nuwayhid, I. (Eds.). (2012). *Public health in the Arab world*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511974878>
- Jalilvand, M. A., Raeisi, A. R., & Shaarbafchizadeh, N. (2024). Hospital governance accountability structure: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>
- Kewell, B., Beck, M., & Domakin, A. (2010). Foundation Trusts: Present perspectives and future possibilities. *Public Money & Management*, 30(4), 239–246. <https://doi.org/10.1080/09540962.2010.492187>
- Kirkpatrick, I., Jespersen, P. K., Dent, M., & Neogy, I. (2009). Medicine and management in a comparative perspective: The case of Denmark and England. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 642–658. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01157.x>
- Kronfol, N. M. (2012). Delivery of health services in Arab countries: A review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(12), 1229–1238. <https://doi.org/10.26719/2012.18.12.1229>
- Kutzin, J., Cashin, C., & Jakab, M. (Eds.). (2017). *Implementing health financing reform: Lessons from countries in transition*. WHO / European Observatory on Health Systems and Policies.
- Llewellyn, S. (2001). « Two-way windows »: Clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22(4), 593–623. <https://doi.org/10.1177/0170840601224003>
- Mahdaoui, M., & Kissani, N. (2023). Morocco's healthcare system: Achievements, challenges, and perspectives. *Cureus*, 15(6), e41143. <https://doi.org/10.7759/cureus.41143>
- Marquez, P. V., & Farrington, J. L. (2013). *The challenge of non-communicable diseases and road traffic injuries in sub-Saharan Africa*. The World Bank.
- Mercer, J. (2007). The challenges of insider research in educational institutions: Wielding a double-edged sword and resolving delicate dilemmas. *Oxford Review of Education*, 33(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/03054980601094651>
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Minvielle, E., Sicotte, C., & Champagne, F. (2019). Hospital performance: Ten years after HPST. *Health Policy*, 123(4), 398–407.
- NHS Confederation. (2024). *The state of integrated care systems 2023/24: Riding the storm*. NHS Confederation. <https://www.nhsconfed.org/publications/state-integrated-care-systems-202324>

- Nicholson, C., Jackson, C., & Marley, J. (2013). A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world: Results of a systematic review. *BMC Health Services Research*, 13(1), 528. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-528>
- Pomey, M.-P., Martin, E., & Forest, P.-G. (2010). Quebec's family medicine groups: Innovation and compromise in the reform of front-line care. *Canadian Political Science Review*, 3(4), 31–46.
- Preker, A. S., & Harding, A. (Eds.). (2003). *Innovations in health service delivery: The corporatization of public hospitals*. World Bank. <https://doi.org/10.1596/0-8213-4494-5>
- Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 32(5), 710–722. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>
- Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (Eds.). (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. WHO / European Observatory on Health Systems and Policies.
- Simon, H. A. (1997). *Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organizations* (4th ed.). Free Press.
- Unluer, S. (2012). Being an insider researcher while conducting case study research. *The Qualitative Report*, 17(29), 1–14. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1752>
- Urwick, L. F. (1956). The manager's span of control. *Harvard Business Review*, 34(3), 39–47.
- Williamson, O. E. (1985). *The economic institutions of capitalism: Firms, markets, relational contracting*. Free Press.
- World Bank. (2023). *Morocco Health Reform Program (P179014): Technical assessment*. The World Bank Group. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099041023140521720/>
- World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. WHO.
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2018). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.
- Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>