

Des Programmes Nationaux de Santé aux Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) : Evolution de la Gouvernance Sanitaire Au Maroc sous le Règne du Roi Mohammed VI

From National Health Programmes to Territorial Health Groups (GST):
Evolution of Health Governance in Morocco under the Reign of King
Mohammed VI.

Auteur 1 : Mohamed EL MOSSAOUI.

Mohamed EL MOSSAOUI

Université Mohammed V de Rabat, Faculté de Médecine et de Pharmacie,

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale,

Orcid id: <https://orcid.org/0000-0001-9259-2135>

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

Conflit d'intérêts : Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : EL MOSSAOUI .M (2026) « Des Programmes Nationaux de Santé aux Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) : Evolution de la Gouvernance Sanitaire Au Maroc sous le Règne du Roi Mohammed VI », African Scientific Journal « Volume 03, Num 38 » pp: 001 – 026.



DOI : 10.5281/zenodo.23686832.

Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

Contexte : Le système de santé marocain connaît une transformation structurelle majeure, caractérisée par le passage progressif d'une organisation historiquement fondée sur des programmes nationaux de santé et une gestion institutionnelle relativement fragmentée vers un modèle de gouvernance territorialisée. Cette évolution s'inscrit dans le cadre des réformes engagées sous le règne de Mohammed VI, notamment à travers la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé et la loi n° 08-22 portant création des Groupements sanitaires territoriaux (GST).

Objectif : Analyser l'évolution historique et institutionnelle de la gouvernance sanitaire au Maroc, examiner les mécanismes organisationnels introduits par les GST, identifier les opportunités et les défis associés à leur mise en œuvre et proposer un cadre conceptuel d'évaluation de leurs effets potentiels sur la performance et l'équité du système de santé.

Méthodologie : Cette étude repose sur une revue narrative analytique et critique, associée à une analyse documentaire des principaux textes législatifs marocains relatifs à la réforme sanitaire, de publications scientifiques pertinentes et de cadres conceptuels internationaux, notamment ceux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de Donabedian. L'analyse est structurée autour de quatre dimensions : l'évolution historique de la gouvernance sanitaire, les mécanismes institutionnels de territorialisation, les conditions de mise en œuvre des GST et les perspectives d'évaluation de leur performance. Aucun échantillon de participants ni aucune collecte de données individuelles n'ont été mobilisés.

Résultats : L'analyse met en évidence le potentiel des GST pour renforcer la coordination entre les soins de santé primaires, les établissements hospitaliers, les ressources humaines et les systèmes d'information sanitaire à l'échelle régionale. Elle identifie plusieurs conditions susceptibles d'influencer leur efficacité, notamment l'autonomie de gestion, la disponibilité des ressources, la continuité des parcours de soins, l'interopérabilité des données et les mécanismes de solidarité territoriale. Un cadre d'évaluation multidimensionnel est proposé, intégrant des indicateurs de structure, d'accès, de continuité, de qualité, d'efficience, d'expérience des usagers et d'équité territoriale. Ces résultats correspondent à une analyse conceptuelle et ne constituent pas une démonstration empirique de l'impact des GST.

Conclusion : Les Groupements sanitaires territoriaux représentent une évolution institutionnelle importante dans la gouvernance du système de santé marocain. Toutefois, leur contribution effective à l'amélioration des services de santé dépendra de la qualité de leur mise en œuvre, de la coordination des acteurs et de l'existence de mécanismes d'évaluation transparents. Une approche progressive, fondée sur des indicateurs mesurables et une analyse

des disparités territoriales, apparaît essentielle pour apprécier les effets de cette réforme sur la performance du système de santé.

Mots-clés : Maroc ; Groupements sanitaires territoriaux ; gouvernance sanitaire ; régionalisation ; réforme du système de santé ; équité territoriale GST ; gouvernance sanitaire ; réforme du système de santé ; évaluation des politiques publiques.

1. Introduction

Depuis l'indépendance du Maroc en 1956, le système national de santé a connu plusieurs transformations institutionnelles, organisationnelles et sanitaires visant à répondre à l'évolution des besoins de la population. Les premières décennies ont été marquées par le développement progressif des infrastructures sanitaires, la lutte contre les maladies transmissibles, la mise en place de programmes nationaux de prévention et de vaccination, ainsi que le renforcement des interventions en matière de santé maternelle et infantile. Ces politiques ont progressivement contribué à structurer l'action publique sanitaire et à inscrire la protection de la santé parmi les priorités du développement national [1–4].

Toutefois, l'évolution démographique et épidémiologique du pays, caractérisée notamment par le vieillissement progressif de la population, l'importance croissante des maladies non transmissibles et la persistance de disparités territoriales dans l'accès aux services, a progressivement mis en évidence les limites d'une organisation sanitaire reposant principalement sur des programmes sectoriels et une gestion institutionnelle fragmentée. La multiplication des besoins de prise en charge, particulièrement pour les maladies chroniques et les populations vulnérables, nécessite désormais une coordination renforcée entre les différents niveaux du système de santé.

Sous le règne de Mohammed VI, la politique sanitaire marocaine s'est inscrite dans une dynamique plus large de développement humain, de modernisation des institutions publiques et d'élargissement de la protection sociale. Cette orientation s'est traduite par différentes initiatives visant à améliorer l'accès aux soins, à renforcer les infrastructures sanitaires et à promouvoir une couverture sanitaire plus inclusive. La généralisation de la protection sociale constitue, dans ce contexte, une transformation majeure, dont la réussite dépend également de la capacité du système de santé à répondre efficacement à l'augmentation des besoins de la population [6].

La réforme contemporaine du système national de santé s'appuie notamment sur la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé et sur la loi n° 08-22 portant création des Groupements sanitaires territoriaux (GST) [1,2]. Ces dispositifs introduisent une évolution importante dans l'organisation de la gouvernance sanitaire, en favorisant une approche territoriale intégrée fondée sur la coordination des établissements de santé, la rationalisation des ressources et l'amélioration des parcours de soins.

Les GST représentent ainsi une tentative de transition d'une logique historiquement centrée sur la gestion administrative des structures sanitaires vers une approche reposant davantage sur la responsabilité territoriale, la complémentarité des établissements et la continuité de la prise en

charge. Leur mise en œuvre pourrait contribuer à améliorer l'articulation entre les soins de santé primaires, les établissements hospitaliers et les structures universitaires, tout en renforçant la planification sanitaire régionale.

Cependant, la création d'une nouvelle architecture institutionnelle ne garantit pas automatiquement une amélioration de la performance sanitaire. L'autonomie de gestion, la disponibilité des ressources humaines, les mécanismes de financement, l'interopérabilité des systèmes d'information et la coordination entre les acteurs constituent autant de conditions susceptibles d'influencer les résultats de cette réforme. Par ailleurs, une territorialisation insuffisamment accompagnée de mécanismes de solidarité nationale pourrait maintenir, voire accentuer, certaines inégalités régionales.

La problématique centrale de cette recherche consiste donc à déterminer dans quelles conditions la transition des programmes nationaux de santé vers une gouvernance territorialisée, structurée autour des GST, peut contribuer à améliorer la performance, la continuité et l'équité du système de santé marocain.

L'objectif général de cette étude est d'analyser l'évolution historique et institutionnelle de la gouvernance sanitaire au Maroc, en accordant une attention particulière aux transformations engagées sous le règne de Mohammed VI et aux perspectives ouvertes par les Groupements sanitaires territoriaux. Plus spécifiquement, cette recherche vise à :

- Examiner les principales étapes de l'évolution de la gouvernance sanitaire marocaine.
- Analyser les fondements juridiques, institutionnels et organisationnels des GST.
- Identifier les mécanismes par lesquels la territorialisation pourrait améliorer la coordination et la performance des services de santé.
- Discuter les principaux défis et risques associés à la mise en œuvre de cette réforme.
- Proposer un cadre conceptuel d'évaluation permettant d'apprécier progressivement les effets des GST sur la qualité, l'efficience et l'équité des soins.

Sur le plan scientifique, cette étude cherche à contribuer à la réflexion sur la gouvernance des systèmes de santé dans les pays engagés dans des processus de réforme institutionnelle et de décentralisation. Elle propose une lecture critique de la territorialisation sanitaire, en distinguant les changements organisationnels attendus des améliorations sanitaires qui devront être démontrées empiriquement. L'article est structuré autour de plusieurs dimensions complémentaires. Après la présentation de l'approche méthodologique, il examine l'évolution des programmes nationaux vers une logique de parcours territoriaux, analyse l'architecture institutionnelle et les missions des GST, puis discute les interactions entre protection sociale et organisation de l'offre de soins. Il propose ensuite une théorie du changement et un cadre

d'évaluation de la réforme, avant de présenter les principales implications, recommandations et perspectives de recherche.

2. Approche Méthodologique

2.1.Nature et design de l'étude

Cette recherche repose sur une approche qualitative documentaire, combinant une revue narrative analytique et critique de la littérature avec une analyse des politiques publiques de santé.

Ce choix méthodologique est justifié par la nature de l'objet étudié, à savoir l'évolution historique, juridique et institutionnelle de la gouvernance sanitaire au Maroc et les transformations organisationnelles introduites par les Groupements sanitaires territoriaux (GST). Contrairement à une étude épidémiologique quantitative visant à mesurer une association statistique ou à estimer un effet causal, cette recherche cherche principalement à comprendre les mécanismes institutionnels, les logiques organisationnelles et les conditions susceptibles d'influencer la mise en œuvre d'une réforme sanitaire.

2.2.Positionnement épistémologique et mode de raisonnement

La recherche adopte une démarche analytique et interprétative, orientée vers la compréhension des transformations institutionnelles et des mécanismes de gouvernance. Elle mobilise un raisonnement principalement déductif, fondé sur des cadres conceptuels préexistants relatifs aux systèmes de santé, à la qualité des soins et à l'évaluation des politiques publiques.

Ces cadres sont appliqués au contexte marocain afin d'identifier les mécanismes par lesquels les GST pourraient influencer l'organisation et la performance des services de santé. La démarche comporte également une dimension critique, consistant à confronter les objectifs institutionnels annoncés aux conditions organisationnelles nécessaires à leur réalisation. Les propositions formulées constituent des hypothèses conceptuelles destinées à orienter de futures recherches empiriques.

2.3.Sources documentaires mobilisées

L'analyse repose sur plusieurs catégories de documents :

Premièrement, les textes législatifs et institutionnels marocains, notamment la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé et la loi n° 08-22 portant création des Groupements sanitaires territoriaux [1,2]. Ces textes permettent d'examiner les fondements juridiques et les transformations institutionnelles de la réforme.

Deuxièmement, les travaux scientifiques consacrés à la gouvernance sanitaire au Maroc, notamment l'article antérieur de l'auteur relatif aux GST, publié en 2024 [3], ainsi que les travaux portant sur la régionalisation et l'organisation du système de santé [4].

Troisièmement, les cadres conceptuels internationaux, particulièrement ceux de l'Organisation mondiale de la Santé relatifs au renforcement des systèmes de santé et au suivi de leur performance [5,6], ainsi que le modèle structure–processus–résultats de Donabedian [7].

Quatrièmement, des travaux scientifiques marocains consacrés à la santé maternelle et infantile, notamment aux pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire [8,9]. Ces travaux sont mobilisés à titre illustratif pour discuter les enjeux de continuité des soins et ne constituent pas des preuves empiriques de l'efficacité des GST.

Cette sélection documentaire est ciblée et non exhaustive. Elle ne repose pas sur un protocole de revue systématique.

2.4.Cadre conceptuel d'analyse

L'analyse s'appuie sur deux références conceptuelles complémentaires. Le premier cadre est celui de l'Organisation mondiale de la Santé, qui décrit les principales composantes d'un système de santé, notamment la gouvernance, les ressources humaines, le financement, la prestation des services, les produits et technologies de santé ainsi que les systèmes d'information [5,6]. Le deuxième cadre est le modèle de Donabedian, qui distingue trois dimensions fondamentales de l'évaluation de la qualité des soins : la structure, les processus et les résultats [7].

L'articulation de ces deux approches permet d'examiner les GST à la fois comme une réforme institutionnelle et comme un dispositif susceptible de modifier l'organisation des services, les parcours des patients et, à terme, les résultats sanitaires [9]. Une dimension transversale relative à l'équité territoriale est également intégrée afin de tenir compte des disparités géographiques et sociales d'accès aux soins[10].

2.5.Procédure d'analyse

Les documents mobilisés sont examinés selon quatre axes complémentaires :

1. **Trajectoire historique et institutionnelle** : évolution des programmes nationaux de santé et des modes de gouvernance sanitaire au Maroc.
2. **Mécanismes de territorialisation** : analyse des transformations attendues en matière de coordination, d'autonomie de gestion, de planification et d'intégration des services.
3. **Conditions de mise en œuvre** : identification des facteurs susceptibles de faciliter ou de limiter l'efficacité des GST, notamment les ressources humaines, le financement, les systèmes d'information et les mécanismes de responsabilité institutionnelle.
4. **Perspectives d'évaluation** : proposition d'indicateurs permettant d'apprécier les changements organisationnels, la qualité des soins, la continuité des parcours, l'efficacité et l'équité territoriale.

2.6.D'une logique de programmes à une logique de parcours territoriaux

2.6.1. Les acquis et les limites des programmes verticaux

L'organisation du système de santé marocain s'est historiquement appuyée sur des programmes nationaux visant à répondre à des priorités sanitaires clairement identifiées. Ces programmes ont notamment concerné la vaccination, la lutte contre les maladies transmissibles, la santé maternelle et infantile, la planification familiale, la nutrition et, progressivement, la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles. Cette approche programmatique a constitué un instrument important de l'action publique sanitaire. Elle a permis de définir des objectifs nationaux, d'harmoniser les protocoles d'intervention, de structurer les activités préventives et de développer des dispositifs de suivi reposant sur des indicateurs sanitaires spécifiques. Elle a également facilité la mobilisation de ressources autour de problèmes prioritaires de santé publique.

Toutefois, les programmes dits « verticaux », organisés principalement autour d'une maladie, d'une intervention ou d'une population cible, peuvent présenter certaines limites lorsqu'ils fonctionnent indépendamment des autres composantes du système de santé. La coexistence de plusieurs circuits de planification, de financement, de suivi et de transmission des informations peut entraîner une fragmentation organisationnelle et limiter la coordination entre les différents niveaux de prise en charge. Cette fragmentation devient particulièrement problématique lorsque les besoins sanitaires nécessitent un accompagnement prolongé, multidisciplinaire et coordonné. Les maladies chroniques, la santé maternelle et néonatale ainsi que le suivi des populations vulnérables illustrent l'importance d'une approche dépassant la réalisation ponctuelle d'une intervention sanitaire. Dans le domaine de la santé maternelle et infantile, les travaux consacrés aux pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire au Maroc [8,9] illustrent l'intérêt d'une meilleure continuité des interventions entre la maternité, les consultations postnatales, les structures de soins de santé primaires et les familles. L'existence de recommandations nationales ne garantit pas, à elle seule, leur application continue dans les différents lieux de prise en charge. Ces observations ne permettent toutefois pas d'attribuer les difficultés constatées à la seule organisation verticale des programmes. Les facteurs socio-économiques, éducatifs, culturels et territoriaux doivent également être pris en considération. [1–6].

Ainsi, l'enjeu contemporain ne consiste pas à abandonner les programmes nationaux, dont les fonctions de prévention, de surveillance et de normalisation demeurent essentielles, mais à renforcer leur articulation avec une organisation territoriale capable d'assurer la continuité des services. La transition vers une logique de parcours territoriaux peut dès lors être comprise

comme une évolution complémentaire de l'approche programmatique, associant le maintien des priorités nationales à une coordination renforcée des interventions au niveau régional[11].

2.6.2. De la déconcentration à l'intégration territoriale

La transformation de la gouvernance sanitaire marocaine nécessite de distinguer plusieurs notions institutionnelles fréquemment associées : la centralisation, la déconcentration administrative, la décentralisation et l'intégration territoriale des services de santé. La centralisation correspond à une organisation dans laquelle les principales décisions stratégiques, administratives et financières relèvent des autorités nationales. Elle peut favoriser l'uniformité des normes et la cohérence des politiques publiques, mais peut également limiter la capacité d'adaptation aux spécificités locales. La déconcentration administrative consiste à transférer ou déléguer certaines fonctions de gestion à des représentants territoriaux de l'administration centrale. Elle permet de rapprocher les décisions du terrain sans nécessairement créer une autonomie institutionnelle distincte[5].

La décentralisation implique, quant à elle, le transfert de compétences à des entités juridiquement distinctes de l'État, disposant d'un certain degré d'autonomie dans les limites prévues par les textes applicables. L'intégration territoriale des services de santé dépasse ces seules dimensions administratives. Elle suppose une coordination effective des établissements, des professionnels, des ressources et des informations autour des besoins sanitaires d'une population définie[9].

Dans cette perspective, les Groupements sanitaires territoriaux constituent un instrument de réorganisation institutionnelle visant à renforcer la cohérence de l'offre publique de soins à l'échelle régionale. Cependant, la création d'une structure territoriale ne suffit pas à garantir une véritable intégration des services. Celle-ci nécessite des mécanismes opérationnels de planification, de financement, de coordination clinique et de suivi des performances. Une gouvernance territoriale efficace devrait notamment permettre d'identifier les besoins prioritaires des populations, d'adapter les ressources aux réalités épidémiologiques locales et de renforcer la complémentarité entre les différents niveaux de soins. Elle doit également préserver les fonctions nationales de régulation, de définition des normes et de solidarité financière afin d'éviter que l'autonomie territoriale ne se traduise par une accentuation des disparités régionales[8]. Ainsi, la territorialisation sanitaire ne doit pas être interprétée comme un simple déplacement des responsabilités administratives, mais comme une transformation potentielle des modalités de coordination, de décision et de responsabilité à l'égard des populations.

2.6.3. Vers une approche intégrée des parcours de soins

L'évolution vers une gouvernance territorialisée conduit à considérer le parcours du patient comme une dimension centrale de la performance du système de santé. Dans une organisation fragmentée, un patient peut être confronté à plusieurs structures fonctionnant selon des procédures et des systèmes d'information distincts. Cette situation peut compliquer l'orientation, multiplier les examens ou interrompre le suivi après une hospitalisation.

À l'inverse, une organisation intégrée vise à assurer une meilleure articulation entre la prévention, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le suivi à long terme. Les GST pourraient contribuer à cette intégration en facilitant la coordination entre les établissements de soins de santé primaires, les hôpitaux et les structures spécialisées. À titre illustratif, le suivi d'une femme enceinte pourrait reposer sur un parcours coordonné comprenant les consultations prénatales, l'orientation vers une maternité adaptée au niveau de risque, l'accouchement, le suivi postnatal et l'accompagnement nutritionnel du nouveau-né. Dans ce modèle, la qualité de la prise en charge dépendrait non seulement de la disponibilité de chaque service, mais également de la capacité des structures à échanger les informations et à assurer une continuité effective. Cette évolution nécessite cependant des protocoles communs, des responsabilités clairement définies et des indicateurs permettant de mesurer les ruptures éventuelles du parcours (Tableau I). L'intégration territoriale représente donc une hypothèse organisationnelle prometteuse, dont les effets réels sur l'accès, la qualité et les résultats sanitaires devront être évalués empiriquement.

Tableau I. Comparaison conceptuelle entre une logique programmatique verticale et une approche territoriale intégrée.

Dimension	Logique programmatique verticale	Approche territoriale intégrée
Planification	Priorités sanitaires nationales	Priorités nationales adaptées aux besoins régionaux
Organisation	Programmes spécifiques	Coordination des services
Prise en charge	Interventions ciblées	Parcours de soins coordonnés
Ressources humaines	Affectation par structure ou programme	Planification selon les besoins territoriaux
Information sanitaire	Indicateurs par programme	Indicateurs partagés
Évaluation	Couverture des interventions	Accès, qualité, continuité, équité
Responsabilité	Principalement administrative	Institutionnelle et populationnelle

Source : élaboration conceptuelle de l'auteur Mohamed El Mossaoui à partir des cadres d'analyse mobilisés dans l'étude. Ce tableau décrit des logiques organisationnelles.

2.7. Architecture de la réforme et rôle des GST

La réforme contemporaine du système de santé marocain s'inscrit dans une dynamique de transformation institutionnelle visant à améliorer la gouvernance, la disponibilité des ressources, l'organisation de l'offre de soins et la coordination entre les différents acteurs du secteur sanitaire.

La loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé constitue l'un des principaux fondements de cette transformation. Elle définit les orientations générales de la réforme et met en avant plusieurs dimensions complémentaires, notamment la gouvernance, les ressources humaines, l'organisation de l'offre de soins et le développement du système d'information sanitaire [1].

La loi n° 08-22 portant création des Groupements sanitaires territoriaux introduit, pour sa part, une nouvelle organisation institutionnelle du service public de santé à l'échelle territoriale [2]. L'articulation de ces deux textes traduit une volonté de dépasser une gestion relativement fragmentée des établissements au profit d'une coordination régionale renforcée. Dans son article publié en 2024, El Mossaoui soulignait déjà le potentiel transformateur des GST dans l'adaptation de la carte sanitaire, la redistribution des ressources, la planification régionale et le développement des partenariats [3]. La présente analyse prolonge cette réflexion en examinant les conditions institutionnelles et organisationnelles nécessaires à la concrétisation de ces objectifs, ainsi que les mécanismes permettant d'en apprécier les effets[11].

2.7.1. Gouvernance, autonomie et responsabilité

La gouvernance constitue une dimension déterminante de la réforme des GST. Elle concerne les modalités de décision, la répartition des responsabilités, l'allocation des ressources et les mécanismes de contrôle de la performance. L'autonomie institutionnelle peut offrir aux structures territoriales une capacité accrue d'adaptation aux besoins sanitaires régionaux. Elle pourrait notamment faciliter la planification des activités, la coordination des établissements et l'organisation des ressources disponibles. Toutefois, l'autonomie ne constitue pas une finalité en soi. Son efficacité dépend de la cohérence entre les compétences transférées, les moyens financiers et humains mobilisables et les obligations de responsabilité[7]. Un transfert incomplet des compétences pourrait maintenir une dépendance excessive à l'égard des administrations centrales et multiplier les procédures de validation. Inversement, une autonomie insuffisamment encadrée pourrait accentuer les différences de capacité de gestion entre les territoires. Dans cette perspective, la gouvernance des GST devrait s'appuyer sur des objectifs mesurables, des mécanismes de suivi transparents, des procédures d'audit et une articulation explicite entre les responsabilités nationales et territoriales. La participation des

professionnels de santé et des représentants des usagers pourrait également renforcer la légitimité des décisions et leur adaptation aux besoins réels de la population [8].

L'enjeu principal consiste ainsi à passer d'une logique centrée sur la conformité administrative à une gouvernance orientée vers la performance, la qualité des services et la responsabilité populationnelle.

2.7.2. Ressources humaines et attractivité territoriale

Les ressources humaines représentent un déterminant essentiel du fonctionnement du système de santé. La performance des GST dépendra notamment de leur capacité à disposer de professionnels qualifiés, à organiser leur répartition et à favoriser leur maintien dans les territoires présentant des besoins importants. Une planification fondée exclusivement sur les effectifs administratifs risque de ne pas refléter les besoins réels des populations.

Une approche territoriale devrait intégrer plusieurs paramètres, notamment la densité de population, la structure démographique, le profil épidémiologique, l'accessibilité géographique, la charge de travail et la disponibilité des différentes catégories professionnelles.

Les territoires confrontés à des difficultés d'attractivité pourraient nécessiter des mesures spécifiques portant sur les conditions d'exercice, la formation continue, les perspectives de carrière et les incitations professionnelles.

La coordination territoriale pourrait également favoriser une meilleure complémentarité entre les équipes et les établissements, sous réserve de disposer de mécanismes de gestion adaptés. Cependant, une simple redistribution administrative des personnels ne saurait résoudre une insuffisance globale de ressources humaines. La réforme devrait donc être accompagnée d'une stratégie cohérente de formation, de recrutement, de fidélisation et d'amélioration des conditions de travail. L'évaluation de cette dimension pourrait notamment reposer sur la disponibilité des professionnels par population, la stabilité des équipes, la répartition entre territoires et l'évolution des délais d'accès aux prestations[9].

2.7.3. Intégration des soins primaires, hospitaliers et universitaires

L'intégration des différents niveaux de soins constitue l'un des principaux enjeux organisationnels de la territorialisation sanitaire. Les établissements de soins de santé primaires jouent un rôle essentiel dans la prévention, le dépistage, le suivi des maladies chroniques et l'orientation des patients. Les établissements hospitaliers assurent, quant à eux, des prestations nécessitant des ressources diagnostiques, thérapeutiques ou techniques plus spécialisées. Les centres hospitaliers universitaires contribuent également à la formation des professionnels, à la recherche scientifique et à la prise en charge des situations complexes [11].

Une organisation territoriale intégrée devrait favoriser la complémentarité de ces différentes fonctions. Cette intégration suppose notamment l'existence de protocoles d'orientation, de mécanismes de référence et de contre-référence, ainsi que de procédures de transmission des informations cliniques[3].

Le renforcement des soins primaires pourrait contribuer à limiter les orientations inappropriées vers les structures hospitalières spécialisées, tout en améliorant le suivi de proximité. À titre d'exemple, un patient atteint de diabète pourrait bénéficier d'un suivi régulier dans une structure de soins primaires, avec une orientation vers un service spécialisé en cas de complication, puis une contre-référence permettant la poursuite de sa prise en charge au niveau local.

De même, en santé maternelle et néonatale, la coordination entre les consultations prénatales, les maternités et les services de suivi postnatal pourrait contribuer à réduire les ruptures dans les parcours de soins. Ces exemples illustrent les mécanismes attendus d'une organisation intégrée, sans constituer une preuve d'amélioration déjà observée dans le cadre des GST. [8].

2.7.4. Interopérabilité et gouvernance des données sanitaires

La transformation numérique constitue une dimension transversale de la modernisation du système de santé. L'intégration territoriale nécessite la disponibilité d'informations fiables, actualisées et partageables entre les structures participant au parcours du patient. Dans cette perspective, l'interopérabilité des systèmes d'information représente un enjeu essentiel [2].

Elle désigne la capacité de plusieurs systèmes à échanger des données et à les utiliser de manière cohérente, dans le respect des exigences techniques, organisationnelles et réglementaires. Le développement de dossiers médicaux partagés, de référentiels harmonisés et d'outils de suivi des activités pourrait améliorer la coordination clinique et la planification territoriale [6].

Les systèmes d'information peuvent également soutenir la surveillance épidémiologique, l'identification des besoins sanitaires et l'évaluation des performances. Toutefois, la numérisation ne garantit pas automatiquement une meilleure gouvernance. Des données incomplètes, des définitions non harmonisées ou une faible interopérabilité peuvent reproduire les cloisonnements existants. La réussite de cette transformation suppose donc des mécanismes de contrôle de la qualité des données, des règles de confidentialité, des mesures de sécurité informatique et une formation adaptée des professionnels. [10]. Les GST pourraient ainsi constituer un cadre organisationnel favorable au développement d'une gouvernance fondée sur l'information sanitaire, sous réserve d'une coordination technique et institutionnelle suffisante.

2.7.5. Équité territoriale et mécanismes de solidarité

L'un des principaux enjeux de la réforme réside dans sa capacité à réduire les disparités territoriales d'accès aux services de santé. Les différences de densité démographique, de

disponibilité des professionnels, d'infrastructures et d'accessibilité géographique peuvent influencer les capacités des territoires à répondre aux besoins sanitaires.

Une gouvernance territorialisée pourrait permettre une meilleure identification de ces disparités et une adaptation plus fine des interventions. Cependant, l'autonomie territoriale pourrait également produire des résultats hétérogènes si les régions ne disposent pas de ressources comparables. La solidarité nationale demeure donc essentielle pour garantir un niveau minimal de services et éviter que les différences de capacités institutionnelles ou financières ne se traduisent par une accentuation des inégalités[8].

Des mécanismes de péréquation, une planification fondée sur les besoins et un suivi régulier des indicateurs désagrégés pourraient contribuer à préserver cet objectif. L'équité devrait ainsi être considérée non seulement comme une finalité de la réforme, mais également comme un critère transversal d'évaluation de sa mise en œuvre[3,9-11].

3. Protection sociale et offre de soins : deux réformes interdépendantes

La transformation du système de santé marocain repose sur deux dynamiques complémentaires: l'élargissement de la protection sociale et la réorganisation institutionnelle de l'offre de soins. Bien que ces deux dimensions poursuivent des objectifs communs d'amélioration de l'accès aux services de santé, elles interviennent à des niveaux différents et nécessitent une coordination étroite pour produire des améliorations durables.

L'extension de la couverture médicale vise principalement à réduire les obstacles financiers rencontrés par les populations lors du recours aux services de santé. Toutefois, la réduction de ces obstacles ne garantit pas automatiquement la disponibilité effective des prestations. L'accès aux soins dépend également de la présence de professionnels qualifiés, de la disponibilité des médicaments, des équipements médicaux, de la proximité géographique des établissements et de l'organisation des parcours de prise en charge. Dans cette perspective, une distinction fondamentale doit être établie entre la couverture financière théorique et l'accès effectif aux services. Une population peut bénéficier d'une protection financière tout en rencontrant des difficultés d'accès liées aux délais de consultation, à l'éloignement géographique ou à l'insuffisance des ressources disponibles. Par ailleurs, l'élargissement de la couverture médicale peut s'accompagner d'une augmentation du recours aux services. Lorsque cette évolution n'est pas anticipée par une adaptation des capacités de prise en charge, elle peut contribuer à accentuer les tensions organisationnelles existantes, notamment dans les structures hospitalières et les services spécialisés.

La réforme de l'offre de soins apparaît ainsi comme une condition complémentaire de l'efficacité de la protection sociale. Elle doit permettre d'améliorer l'organisation des services, la répartition des ressources et la coordination entre les différents niveaux du système de santé.

3.1. Le rôle potentiel des GST dans l'articulation entre couverture et accès effectif

Les Groupements sanitaires territoriaux pourraient contribuer à renforcer cette articulation en développant une planification sanitaire adaptée aux besoins des populations régionales. Une telle approche supposerait l'identification des besoins prioritaires, l'analyse de la capacité opérationnelle des établissements et l'organisation des ressources disponibles à l'échelle territoriale. Les GST pourraient notamment faciliter la coordination entre les structures de soins de santé primaires et les établissements hospitaliers, afin de limiter les ruptures de parcours et d'améliorer l'orientation des patients. Cependant, ces effets potentiels dépendront de la réalité des compétences exercées, des ressources disponibles et des mécanismes de coordination mis en place.

La performance de cette articulation devrait être appréciée à travers des indicateurs portant simultanément sur la couverture financière, l'utilisation des services, les délais d'accès, les dépenses restant à la charge des ménages et la continuité des soins.

3.2. Application à la santé maternelle et infantile

La santé maternelle et infantile constitue un domaine particulièrement pertinent pour analyser l'interdépendance entre protection sociale et organisation de l'offre de soins. Le suivi d'une femme enceinte nécessite une succession d'interventions comprenant les consultations prénatales, le dépistage des facteurs de risque, l'accouchement dans des conditions appropriées, les soins postnatals et l'accompagnement du nouveau-né. La couverture financière peut faciliter le recours à ces prestations, mais leur efficacité dépend également de leur disponibilité et de leur coordination [3].

En matière de nutrition infantile, les travaux consacrés aux pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire au Maroc [8,9] soulignent l'intérêt d'un accompagnement adapté des familles. Dans une organisation territoriale intégrée, les GST pourraient favoriser une meilleure articulation entre les maternités, les services de néonatalogie, les centres de santé et les dispositifs communautaires [8].

Cette coordination pourrait notamment faciliter l'orientation des situations à risque, le suivi postnatal et la continuité des conseils nutritionnels. Il convient toutefois de souligner que ces mécanismes constituent des perspectives organisationnelles et non des effets empiriquement démontrés de la réforme [9].

3.3. Une approche intégrée de la performance sanitaire

L'analyse conjointe de la protection sociale et de l'offre de soins conduit à considérer la performance sanitaire comme un phénomène multidimensionnel. Elle ne peut être appréciée uniquement à partir du nombre de personnes couvertes, du volume d'activités réalisées ou du nombre d'établissements disponibles. Une évaluation pertinente devrait également prendre en considération la qualité des prestations, la continuité des parcours, les dépenses supportées par les ménages et les disparités territoriales.

Dans cette perspective, la réforme des GST pourrait constituer un instrument d'articulation entre les objectifs nationaux de protection sociale et les capacités régionales de prestation des services. Sa contribution réelle devra néanmoins être appréciée au moyen d'indicateurs harmonisés et d'évaluations empiriques tenant compte des transformations concomitantes du système de santé.

4. Proposition originale : une théorie du changement mesurable

L'évaluation d'une réforme institutionnelle ne peut se limiter à constater la création de nouvelles structures administratives ou l'adoption de textes réglementaires. Elle nécessite d'identifier les mécanismes par lesquels les transformations organisationnelles pourraient produire des améliorations observables dans le fonctionnement des services et, à terme, dans l'état de santé des populations. Dans cette perspective, nous proposons une théorie du changement appliquée aux Groupements sanitaires territoriaux (GST), visant à relier les transformations institutionnelles aux résultats sanitaires attendus. Cette approche repose sur l'hypothèse selon laquelle une meilleure coordination territoriale des ressources et des services pourrait contribuer à améliorer l'accès, la continuité, la qualité et l'efficacité des soins, sous réserve de conditions favorables de mise en œuvre. La théorie du changement proposée distingue cinq niveaux successifs.

Premier niveau : les ressources et les capacités institutionnelles. Il comprend les compétences effectivement transférées, les ressources financières et humaines disponibles, les infrastructures, les équipements et les systèmes d'information.

Deuxième niveau : les processus organisationnels. Il concerne la coordination entre établissements, la planification territoriale, l'harmonisation des pratiques professionnelles et l'organisation des mécanismes de référence et de contre-référence.

Troisième niveau : les résultats intermédiaires. Il correspond aux changements potentiels dans l'accessibilité, les délais de prise en charge, la continuité des parcours et l'utilisation appropriée des services.

Quatrième niveau : la qualité et la performance des soins. Il comprend la sécurité des patients, la qualité des prestations, l'expérience des usagers et l'efficacité organisationnelle.

Cinquième niveau : les résultats sanitaires et l'équité. Il concerne les améliorations éventuelles de l'état de santé de la population, notamment dans les domaines de la santé maternelle et infantile, des maladies chroniques et de la réduction des disparités territoriales.

La relation entre ces niveaux ne doit pas être considérée comme automatique ou strictement linéaire. Elle dépend de facteurs contextuels tels que les ressources disponibles, les caractéristiques démographiques, les conditions socio-économiques et les autres politiques sanitaires mises en œuvre simultanément. Cette proposition peut être articulée au modèle structure–processus–résultats de Donabedian [7], auquel nous ajoutons une dimension transversale relative à l'équité territoriale. L'originalité de cette contribution réside dans l'application intégrée de ces cadres à la réforme des GST, en proposant une correspondance explicite entre les mécanismes institutionnels attendus, les indicateurs de performance et les méthodes susceptibles de permettre leur évaluation (Tableau II). Il s'agit d'une proposition conceptuelle destinée à orienter de futures évaluations et non d'un modèle empirique déjà validé.

Tableau II . Cadre conceptuel d'indicateurs pour l'évaluation des GST.

Dimension	Indicateurs proposés	Sources et fréquence indicative
Structure	Professionnels pour 10 000 habitants ; disponibilité des médicaments essentiels	RH, inventaires — trimestriel
Accès	Délai médian de rendez-vous ; temps d'accès ; renoncement aux soins	Systèmes de rendez-vous, enquêtes — mensuel/annuel
Continuité	Proportion de références complétées ; suivi post-hospitalisation	Dossiers médicaux, registres — mensuel
Qualité et sécurité	Réadmissions ajustées au risque ; événements indésirables ; conformité aux protocoles	Données hospitalières, audits — trimestriel
Efficience	Coût moyen ajusté par prise en charge ; examens redondants	Comptabilité analytique — annuel
Expérience	Satisfaction des usagers ; proportion de plaintes traitées	Enquêtes indépendantes — semestriel
Équité	Écarts urbain-rural, interprovinciaux et socio-économiques	Données désagrégées — systématique
Résultats sanitaires	Mortalité néonatale et maternelle ; suivi des maladies chroniques	Registres, enquêtes — annuel/pluriannuel

Source : proposition conceptuelle de l'auteur Mohamed El Mossaoui, adaptée des cadres OMS et Donabedian [5–7].

4.1.Stratégie d'évaluation quasi expérimentale

L'évaluation empirique des effets des Groupements sanitaires territoriaux nécessite une approche méthodologique permettant de distinguer les changements associés à la réforme des évolutions générales du système de santé. Dans l'hypothèse d'un déploiement progressif des GST selon des calendriers territoriaux différenciés, une stratégie quasi expérimentale pourrait être envisagée.

L'une des méthodes mobilisables serait l'analyse en différences de différences (*Difference-in-Differences*, DiD), permettant de comparer l'évolution d'un indicateur sanitaire entre des territoires exposés à la réforme et des territoires non encore exposés, avant et après sa mise en œuvre. Dans sa formulation élémentaire (Équation 1), l'estimateur peut être représenté par : Équation 1. Estimateur des différences de différences (Difference-in-Differences, DiD).

$$\widehat{DiD} = (\bar{Y}_{T,après} - \bar{Y}_{T,avant}) - (\bar{Y}_{C,après} - \bar{Y}_{C,avant})$$

Avec :

- T : groupe traité (territoires exposés aux GST).
- C : groupe de comparaison.
- $\bar{Y}$: valeur moyenne de l'indicateur étudié.
- Avant et après : périodes précédant et suivant la mise en œuvre.

Cette formulation constitue une présentation simplifiée du principe de la méthode. Son application à un déploiement échelonné nécessiterait des estimateurs adaptés aux différentes cohortes d'adoption et à l'hétérogénéité éventuelle des effets. La validité de cette approche dépendrait notamment de l'existence de tendances parallèles plausibles en l'absence de réforme, de la comparabilité des territoires et de l'absence d'anticipations ou de changements concomitants susceptibles de biaiser l'estimation. Lorsque les données longitudinales sont suffisamment nombreuses, une analyse de séries temporelles interrompues pourrait également être envisagée afin d'examiner les changements de niveau et de tendance des indicateurs après la mise en œuvre de la réforme. Les indicateurs prioritaires pourraient inclure les délais d'accès aux consultations, les taux de référence et de contre-référence, la continuité du suivi postnatal, les réadmissions hospitalières et certains résultats de santé maternelle et infantile. Une attention particulière devrait être accordée aux facteurs de confusion potentiels, notamment l'ouverture de nouveaux établissements, les variations de financement, les recrutements de professionnels et l'évolution de la couverture médicale. Le protocole d'évaluation devrait préciser les dates effectives de mise en œuvre, les populations étudiées, les critères de jugement principaux, les sources de données,

les périodes d'observation et les analyses de sensibilité. L'interprétation des résultats devrait également intégrer les disparités territoriales et les effets potentiellement différenciés selon les caractéristiques des populations. Cette stratégie constitue une proposition méthodologique pour de futures recherches. Aucune estimation en différences de différences ni analyse de séries temporelles interrompues n'a été réalisée dans la présente étude.

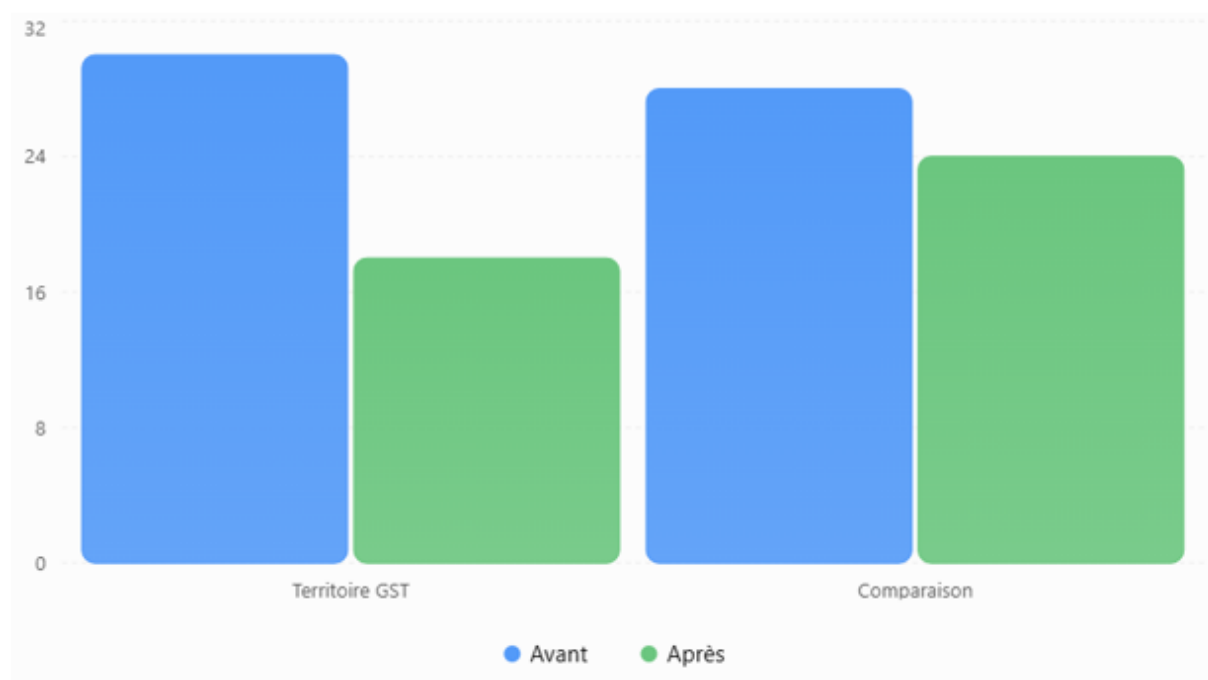


Figure 1. Illustration hypothétique de la méthode des différences de différences (DiD) appliquée à l'évaluation des GST.

$$\text{DiD} = (18 - 30) - (24 - 28) = -8$$

Dans cet exemple, la réduction supplémentaire associée au territoire GST serait de 8 jours. Elle peut constituer une estimation causale crédible avec les hypothèses méthodologiques requises.

5. Discussion

La transformation de la gouvernance sanitaire au Maroc, à travers la création des Groupements sanitaires territoriaux (GST), constitue une évolution institutionnelle importante dans l'organisation du système national de santé. Elle s'inscrit dans une dynamique de réforme visant à dépasser les limites d'une gestion fragmentée des établissements et à promouvoir une coordination territoriale davantage orientée vers les besoins des populations.

L'analyse développée dans cette étude suggère que la principale contribution potentielle des GST réside dans leur capacité à articuler la planification sanitaire régionale, la gestion des ressources et l'organisation quotidienne des parcours de soins. Toutefois, cette transformation

institutionnelle ne saurait être assimilée automatiquement à une amélioration de la performance sanitaire.

5.1. Une transformation institutionnelle aux effets conditionnels

La création des GST peut être interprétée comme une tentative de réorganisation des responsabilités sanitaires à l'échelle territoriale. Cette évolution pourrait favoriser une meilleure cohérence entre les besoins de santé, les ressources disponibles et les modalités de prestation des services. Cependant, trois conditions apparaissent particulièrement déterminantes.

La première concerne l'effectivité du transfert des compétences. Une autonomie institutionnelle formelle, non accompagnée de capacités réelles de décision et de gestion, risque de maintenir les contraintes administratives existantes. La deuxième concerne les capacités organisationnelles et managériales. La coordination d'établissements, de professionnels et de services aux missions différentes nécessite des compétences en planification, en gestion des ressources humaines, en management de la qualité et en analyse des données sanitaires [9].

La troisième concerne la transparence et la responsabilité institutionnelle. La publication d'objectifs mesurables, le suivi des indicateurs et l'évaluation indépendante constituent des instruments susceptibles de renforcer la redevabilité des structures territoriales.

Ces trois dimensions doivent être considérées conjointement, car une réforme institutionnelle ne peut produire les effets attendus si les responsabilités, les moyens et les mécanismes d'évaluation demeurent insuffisamment articulés [11].

5.2. Continuité et dépassement des limites de l'approche programmatique

L'évolution vers une gouvernance territorialisée ne signifie pas la disparition des programmes nationaux de santé. Ces programmes conservent un rôle essentiel dans la définition des priorités sanitaires, la normalisation des interventions, la prévention et la surveillance épidémiologique. La contribution potentielle des GST réside davantage dans la possibilité d'articuler ces priorités nationales avec les besoins spécifiques des territoires et d'améliorer la continuité des prises en charge. Cette distinction est particulièrement pertinente dans les domaines nécessitant des interventions répétées et coordonnées, notamment les maladies chroniques, la santé maternelle et infantile et le suivi des populations vulnérables[3].

Les travaux marocains consacrés aux pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire [8,9] illustrent l'importance d'un accompagnement continu des familles. Ils ne permettent toutefois pas de conclure que la création des GST entraînera directement une amélioration de ces pratiques. Ainsi, la territorialisation doit être envisagée comme une transformation des mécanismes de coordination plutôt que comme une substitution complète aux instruments nationaux de santé publique [11].

5.3. Autonomie territoriale et risque d'inégalités

L'un des enjeux majeurs de la réforme concerne l'articulation entre autonomie territoriale et solidarité nationale. Une gouvernance régionalisée pourrait permettre une adaptation plus précise des ressources aux besoins locaux. Cependant, les différences de capacités institutionnelles, de disponibilité des professionnels et d'accessibilité géographique peuvent conduire à des performances hétérogènes entre territoires.

Dans ce contexte, l'autonomie ne devrait pas être dissociée des mécanismes de péréquation et des garanties nationales d'accès aux services essentiels. L'équité territoriale constitue donc une dimension centrale de l'évaluation de la réforme. Il ne suffira pas d'observer une amélioration moyenne des indicateurs régionaux. Il sera également nécessaire d'examiner leur distribution entre les provinces, les zones urbaines et rurales et les groupes socio-économiques. Une amélioration globale pourrait en effet coexister avec la persistance, voire l'aggravation, de certaines disparités.

5.4. De la réforme institutionnelle à la performance mesurable

L'une des contributions de cette étude est de proposer une lecture de la réforme fondée sur une théorie du changement mesurable. Cette approche distingue les transformations institutionnelles, les processus organisationnels, les résultats intermédiaires et les effets sanitaires potentiels.

Elle permet de dépasser une évaluation limitée à l'adoption de textes juridiques, à la création d'organes de gouvernance ou à la mobilisation de ressources. L'existence d'un budget régional, d'un système d'information partagé ou de protocoles de coordination ne constitue pas, à elle seule, une preuve d'amélioration de la qualité des soins. L'évaluation devrait également porter sur les délais d'accès, la continuité des parcours, la sécurité des patients, l'expérience des usagers et les résultats sanitaires. L'articulation du cadre de l'Organisation mondiale de la Santé [5,6] avec le modèle structure–processus–résultats de Donabedian [7] offre une base conceptuelle permettant de structurer cette démarche.

La valeur ajoutée de la présente analyse réside dans son application à la réforme marocaine des GST, à travers une proposition d'indicateurs et de méthodes d'évaluation adaptées à ses mécanismes institutionnels.

5.5. Mise en perspective des travaux antérieurs

Dans son article publié en 2024, El Mossaoui présentait les GST comme une transformation potentiellement majeure de l'organisation sanitaire marocaine, tout en soulignant plusieurs risques associés à leur mise en œuvre, notamment la complexité juridique, la politisation et une gouvernance excessivement technocratique [3]. La présente étude prolonge cette réflexion en

proposant une lecture davantage orientée vers les mécanismes de mise en œuvre et les conditions d'évaluation. L'expression « révolution sanitaire » doit ainsi être comprise comme une hypothèse de transformation institutionnelle importante, et non comme la démonstration d'un bénéfice clinique ou populationnel déjà établi. La réforme engagée sous le règne de Mohammed VI constitue une étape significative de l'évolution des politiques publiques sanitaires. Néanmoins, sa portée devra être appréciée à partir de résultats observables et comparables dans le temps. Le calendrier de déploiement des GST et les décisions institutionnelles correspondantes devront être documentés à partir de sources officielles actualisées avant toute évaluation empirique [10].

6. Recommandations

6.1.Recommandations pour la mise en œuvre et la recherche

À partir de l'analyse institutionnelle et du cadre conceptuel proposé, plusieurs recommandations peuvent être formulées afin d'accompagner la mise en œuvre des Groupements sanitaires territoriaux et de favoriser une évaluation rigoureuse de leurs effets.

6.2.Renforcer la clarification des responsabilités institutionnelles

Il apparaît nécessaire de préciser les compétences exercées par les différentes instances de gouvernance, les modalités de coordination entre les niveaux national et territorial ainsi que les mécanismes de responsabilité associés aux décisions administratives, financières et sanitaires.

6.3.Développer une planification territoriale fondée sur les besoins sanitaires

Chaque GST devrait disposer d'un diagnostic territorial initial intégrant les caractéristiques démographiques, les profils épidémiologiques, la disponibilité des professionnels, les infrastructures et les disparités géographiques d'accès aux soins.

Ce diagnostic pourrait servir de référence pour la définition d'objectifs mesurables à 12, 24 et 36 mois.

6.4.Renforcer la continuité et la coordination des parcours de soins

La mise en œuvre de protocoles harmonisés d'orientation, de référence et de contre-référence devrait constituer une priorité organisationnelle.

Une attention particulière devrait être accordée aux parcours nécessitant un suivi prolongé, notamment la santé maternelle et infantile et les maladies chroniques.

6.5.Développer un système harmonisé de suivi de la performance

Un tableau de bord commun pourrait être progressivement mis en place afin de suivre les indicateurs de structure, d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et de résultats sanitaires. Les indicateurs devraient être désagrégés selon les caractéristiques territoriales et, lorsque les données le permettent, selon les dimensions socio-économiques pertinentes.

6.6.Préserver l'équité territoriale et la solidarité nationale

L'autonomie des structures territoriales devrait être accompagnée de mécanismes nationaux de solidarité et de répartition des ressources tenant compte des différences de besoins et de capacités entre les régions. L'objectif serait d'éviter que les disparités initiales ne se traduisent par des écarts croissants de performance sanitaire.

6.7.Renforcer les compétences managériales et analytiques

La mise en œuvre des GST nécessite des capacités en management des organisations sanitaires, en planification, en gestion des ressources humaines, en évaluation des politiques publiques et en analyse des données de santé. Le développement de formations adaptées pourrait contribuer à renforcer les capacités des équipes territoriales.

6.8.Promouvoir une évaluation indépendante et progressive

Il serait pertinent de développer des protocoles d'évaluation associant les institutions publiques, les universités, les professionnels de santé et les représentants des usagers. Lorsque les conditions méthodologiques le permettent, des analyses longitudinales, des séries temporelles interrompues et des méthodes quasi expérimentales pourraient être mobilisées. Ces évaluations devraient distinguer les changements organisationnels des résultats sanitaires et intégrer les facteurs susceptibles d'influencer l'attribution des effets.

6.9.Encourager la recherche sur les effets territoriaux de la réforme

Les recherches futures devraient notamment examiner l'évolution de l'accès aux soins, la continuité des parcours, la répartition des ressources humaines, la qualité des prestations et les disparités territoriales. La publication régulière de résultats évaluatifs pourrait contribuer à renforcer la transparence et à soutenir les décisions fondées sur des données probantes.

Conclusion

L'évolution de la gouvernance sanitaire au Maroc, depuis l'organisation historique des programmes nationaux de santé jusqu'à la création des Groupements sanitaires territoriaux (GST), traduit une transformation progressive des modalités d'organisation et de pilotage du système national de santé.

Sous le règne de Mohammed VI, les réformes engagées dans les domaines de la protection sociale, de l'offre de soins et de la gouvernance institutionnelle ont contribué à définir une nouvelle orientation des politiques publiques sanitaires, fondée notamment sur la territorialisation, la coordination des services et la recherche d'une meilleure adéquation entre les ressources et les besoins des populations.

Les GST représentent, dans cette perspective, une innovation institutionnelle susceptible de renforcer l'intégration des soins de santé primaires, des établissements hospitaliers, des ressources humaines et des systèmes d'information sanitaire.

Toutefois, la création d'une nouvelle architecture administrative ne constitue pas, à elle seule, une garantie d'amélioration de la performance du système de santé. Les effets attendus dépendront de l'effectivité des compétences transférées, de la disponibilité des ressources, de la qualité de la coordination et de l'existence de mécanismes de responsabilité et d'évaluation.

La principale contribution de cette étude réside dans la proposition d'un cadre conceptuel permettant de relier les transformations institutionnelles aux processus organisationnels et aux résultats sanitaires potentiels, tout en intégrant explicitement la dimension de l'équité territoriale.

Ce cadre pourrait orienter de futures recherches empiriques visant à mesurer les effets des GST sur l'accessibilité, la continuité, la qualité et l'efficacité des soins.

En définitive, la portée de la réforme ne devra pas être appréciée uniquement à travers les transformations juridiques et institutionnelles, mais également à partir de sa capacité démontrée à améliorer les services rendus aux citoyens et à réduire les inégalités territoriales de santé.

Une réforme sanitaire ambitieuse appelle ainsi une démarche d'évaluation rigoureuse, progressive, transparente et fondée sur des données probantes.

Enfin ; il convient de reconnaître que **Sa Majesté le Roi Mohammed VI est à l'origine de cette vision novatrice et ingénieuse des Groupements sanitaires territoriaux (GST)**. Cette initiative constitue une source d'inspiration pour les pays africains, qui pourraient s'appuyer sur l'expérience marocaine et les orientations impulsées par le Souverain pour moderniser leurs systèmes de santé et renforcer leur gouvernance sanitaire.

Déclarations

Financement : Cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement spécifique de la part d'organismes publics, commerciaux ou à but non lucratif.

Conflits d'intérêts : L'auteur déclare ne présenter aucun conflit d'intérêts en relation avec ce travail.

Contribution de l'auteur : Mohamed El Mossaoui a assuré la conception de l'étude, l'analyse documentaire, l'élaboration du cadre conceptuel, la rédaction et la révision du manuscrit.

Références bibliographiques

1. Royaume du Maroc. Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé. Bulletin officiel du Royaume du Maroc. 2022.
2. Royaume du Maroc. Loi n° 08-22 relative à la création des groupements sanitaires territoriaux. Bulletin officiel du Royaume du Maroc. 2023.
3. El Mossaoui M. Territorial Health Groups: A Real Revolution in Morocco. *International Uni-Scientific Research Journal*. 2024;5(1):12–15. doi:10.59271/s45274.024.2248.2.
4. Khider AE, Imichoui H. La régionalisation, nouveau mode de gouvernance du système de santé : état des lieux pour le cas du Maroc. *European Scientific Journal*. 2020;16(16):154. doi:10.19044/esj.2020.v16n16p154.
5. World Health Organization. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. Geneva: WHO; 2007.
6. World Health Organization. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva: WHO; 2010.
7. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033.
8. El Mossaoui M, Barkat A. Complementary feeding practices and weaning practices in Morocco: a systematic review and meta-analysis. *Int J Child Health Nutr*. 2024;13(2):64–76. doi:10.6000/1929-4247.2024.13.02.2.
9. El Mossaoui M, Barkat A. Breastfeeding practices in Morocco (1992–2025): multicentric analysis of national surveys, meta-analysis, and exploration of key indicators. *Int J Child Health Nutr*. 2025;14(2):140–154. doi:10.6000/1929-4247.2025.14.02.06.
10. World Health Organization, UNICEF. *Primary Health Care Measurement Framework and Indicators*. Geneva: WHO; 2022.
11. El Mossaoui M, Barkat A. Childhood Overweight and Obesity in Morocco: A Systematic Review. *Int J Child Health Nutr*. 19 août 2024;13(3):121-33. doi:10.6000/1929-4247.2024.13.03.1