

La Gestion Axée sur les Résultats dans la refonte du système de santé marocain : Traduction normativo-institutionnelle, instruments de pilotage et tensions de mise en œuvre

Results-Based Management in the Overhaul of the Moroccan Healthcare System: Normative-Institutional Translation, Steering Instruments, and Implementation Tensions.

Auteur 1 : Youssef RAFIK.

Auteur 2 : Younes EL BAKIRDI.

Youssef RAFIK, (Doctorant en Sciences Economiques et Gestion)

Laboratoire de Recherche en Compétitivité Economique et Performance Managériale (LARCEPEM)

Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales de Souissi

Université Mohammed V de Rabat

Younes EL BAKIRDI, (Enseignant Chercheur)

Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales de Souissi

Université Mohammed V de 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 : RAFIK .Y & EL BAKIRDI .Y (2026) « La Gestion Axée sur les Résultats dans la refonte du système de santé marocain : Traduction normativo-institutionnelle, instruments de pilotage et tensions de mise en œuvre », African Scientific Journal « Volume 03, Num 35 » pp: 0128 – 0160.



DOI : 10.5281/zenodo.19092627

Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

La refonte du système de santé marocain, impulsée par la Loi-cadre n° 06.22 du 9 décembre 2022 et la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) par la Loi n° 08.22, place la Gestion Axée sur les Résultats (GAR) au centre des ambitions de performance et de gouvernance territorialisée. Cet article examine dans quelle mesure cette réforme porte une logique de pilotage par les résultats, par quels instruments juridico-administratifs elle se déploie, et quelles tensions institutionnelles elle génère. La méthodologie repose sur une recherche qualitative documentaire combinant une revue de littérature pragmatique et une analyse qualitative de contenu d'un corpus normativo-institutionnel fermé, appréhendé selon une double lecture juridico-administrative et institutionnelle, conduite dans une logique abductive. Les résultats révèlent que la réforme incarne une matrice de GAR à travers cinq dimensions — normative, organisationnelle, de gouvernance, instrumentale et institutionnelle — mais que sa traduction opérationnelle se heurte à des tensions structurelles entre ambition décentralisatrice et réflexes centralistes, entre exigence de performance et fragilité des capacités administratives, entre légalité normative et effectivité institutionnelle. L'article contribue à la littérature sur la gouvernance sanitaire dans les pays en développement en proposant un cadre d'analyse des réformes normativo-institutionnelles de la GAR, et en mettant en lumière le passage conceptuel de la GAR-outil à la GAR-institution.

Mots-clés : Gestion Axée sur les Résultats ; Réforme sanitaire ; Maroc ; Groupements Sanitaires Territoriaux ; Néo-institutionnalisme ; Instruments d'action publique.

Abstract

The overhaul of Morocco's healthcare system, driven by Framework Law No. 06.22 of December 9, 2022, and the creation of Territorial Health Groups (GST) under Law No. 08.22, places Results-Based Management (RBM) at the heart of the country's performance and decentralized governance objectives. This article examines the extent to which this reform embodies a results-driven approach, the legal and administrative instruments through which it is implemented, and the institutional tensions it generates.

The methodology is based on qualitative documentary research combining a pragmatic literature review with a qualitative content analysis of a closed normative-institutional corpus, approached through a dual legal-administrative and institutional lens, conducted using an abductive approach. The results reveal that the reform embodies an RBM framework across five dimensions: normative, organizational, governance, instrumental, and institutional, but that its operational implementation faces structural tensions between decentralization ambitions and centralist reflexes, between performance requirements and the fragility of administrative capacities, and between normative legality and institutional effectiveness. The article contributes to the literature on health governance in developing countries by proposing a framework for analyzing normative-institutional RBM reforms and by highlighting the conceptual shift from RBM-as-a-tool to RBM-as-an-institution.

Keywords: Results-Based Management; Health Reform; Morocco; Territorial Health Groups; Neo-institutionalism; Instruments of Public Action.

I. Introduction

La promotion du secteur de la santé, son développement et le rehaussement de ses performances constituent une responsabilité partagée entre l'État, les collectivités territoriales et l'ensemble des acteurs du système national de santé. Au Maroc, cette responsabilité s'est traduite par une réforme structurelle d'ampleur, concrétisée par la promulgation de la Loi-cadre n° 06.22 relative au système national de santé le 9 décembre 2022, suivie de la Loi n° 08.22 portant création des Groupements Sanitaires Territoriaux. Cette réforme, ancrée dans les Hautes Orientations Royales et le Nouveau Modèle de Développement, vise une refonte intégrale de l'architecture sanitaire nationale selon quatre piliers fondamentaux : la bonne gouvernance, la valorisation des ressources humaines, la mise à niveau de l'offre sanitaire et la digitalisation du système de santé.

La Gestion Axée sur les Résultats (GAR), en tant que doctrine de pilotage de l'action publique, s'est imposée progressivement comme le référentiel dominant des réformes administratives et sectorielles dans les pays en développement. Née d'expérimentations empiriques dans les administrations anglo-saxonnes dès les années 1990 - Government Performance and Results Act aux États-Unis (1993), Financial Management Initiative au Royaume-Uni, réformes néo-zélandaises (Mazouz et Leclerc, 2008) - puis systématisée par la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005), la GAR repose sur un principe fondamental : l'administration n'est plus tenue par une obligation de moyens mais par une obligation de résultat (Mazouz et al., 2008). Ce déplacement paradigmatique, qui consacre le passage d'une gestion centrée sur les intrants à une gestion orientée vers les effets et les impacts, implique des transformations profondes non seulement des outils de gestion, mais des structures organisationnelles, des cultures administratives et des rapports de pouvoir au sein de l'appareil public.

Cependant, l'intégration effective de la GAR dans un système de santé en pleine transformation soulève des questions fondamentales qui dépassent la simple question technique. Comme le soulignent Lascoumes et Le Galès (2004), le choix et l'usage des instruments d'action publique ne sont jamais neutres : toute technique retenue est créatrice d'effets propres qui débordent les effets attendus. Cette perspective instrumentale invite à traiter les textes de la réforme sanitaire marocaine non pas comme de simples prescriptions normatives, mais comme des « dispositifs à la fois techniques et sociaux qui organisent des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires » (Lascoumes et Le Galès, 2004, p. 13). C'est précisément cette

double nature - technique et sociale - des instruments de la réforme que le présent article se propose d'explorer.

Le présent article se propose d'examiner la question de recherche suivante : dans quelle mesure la refonte du système de santé marocain porte-t-elle une logique de GAR, par quels instruments juridico-administratifs cette logique se déploie-t-elle, et quelles tensions institutionnelles génère-t-elle ? L'objectif n'est pas de traiter l'ensemble de la réforme sanitaire marocaine, mais de circonscrire l'objet à la traduction normativo-institutionnelle d'une logique de pilotage par les résultats dans la réforme en cours, en identifiant les mécanismes, les instruments et les conditions de cette traduction.

L'approche retenue est qualitative et documentaire, inscrite dans un positionnement interprétatif et un raisonnement abductif (Dumez, 2016). Ce choix se justifie par la nature même de l'objet : la réforme étant en cours de déploiement, l'accès aux pratiques effectives reste limité ; en revanche, le corpus normatif et institutionnel est suffisamment dense pour permettre une analyse rigoureuse de la traduction de la GAR dans l'architecture de la réforme.

L'article s'organise en quatre temps : un cadre théorique mobilisant le néo-institutionnalisme et l'approche par les instruments d'action publique (1), une présentation de la méthodologie qualitative documentaire adoptée (2), l'exposition des résultats selon une grille à cinq dimensions (3), et une discussion des contributions théoriques, méthodologiques et empiriques de la recherche (4).

1. Cadre théorique et revue de littérature

La revue de littérature est organisée par questions analytiques et non par simple succession d'auteurs. Elle vise à éclairer trois noyaux interdépendants : la GAR comme doctrine de pilotage, la réforme sanitaire comme processus institutionnel, et la mise en œuvre comme problème de gouvernance.

1.1. La GAR comme doctrine de pilotage de l'action publique : de l'outil managérial à la transformation institutionnelle

La Gestion Axée sur les Résultats constitue bien plus qu'un ensemble de techniques de planification et de suivi. Telle que conceptualisée par Mazouz et Leclerc (2008), la GAR - ou Gestion Par Résultats (GPR) dans sa formulation québécoise - est « un cadre de gestion de la performance publique articulé autour de trois liens logiques établis entre la qualité des services

aux citoyens, l'optimisation des ressources disponibles et l'imputabilité des gestionnaires ». Cette définition dépasse la vision instrumentale souvent associée à la GAR dans la littérature des organisations internationales pour en faire un modèle intégré de transformation de la gouvernance publique.

Mazouz et Leclerc (2008, 2012) identifient quatre impératifs conditionnant le succès de la GAR dans toute organisation publique : un impératif organisationnel (comprendre la réalité de l'organisation, ses forces et faiblesses), un impératif managérial (adopter un cadre de gestion formel misant sur la qualité du management), un impératif adaptatif (adapter l'organisation par la vision, les stratégies et la structure) et un impératif d'évaluation (gérer la capacité à apprendre par l'évaluation systématique). Cette grille quadripartite offre un prisme analytique puissant pour examiner la réforme marocaine : elle permet de distinguer les conditions structurelles de la GAR de ses manifestations instrumentales, évitant ainsi le piège d'une lecture purement technique de la réforme.

Au plan international, la GAR s'est diffusée selon des trajectoires contrastées, s'inscrivant dans le mouvement plus large de réforme de la gestion publique analysé par Pollitt et Bouckaert (2017) comme une oscillation entre logiques de performance et logiques de légitimité. Le PNUD (2002) l'a formalisée comme guide de suivi et d'évaluation, tandis que le Groupe des Nations Unies pour le développement (UNDG, 2011) l'a systématisée en tant que stratégie de gestion intégrant une « philosophie et des principes de résultats dans tous les aspects de la gestion ». La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (2005) a consacré le principe selon lequel « axer la gestion sur les résultats signifie gérer et mettre en œuvre l'aide en se concentrant sur les résultats souhaités et en utilisant les données disponibles en vue d'améliorer le processus de décision ».

Dans le secteur de la santé, où l'OMS (2007) a formalisé le renforcement des systèmes autour de six piliers fondamentaux (*building blocks*), la GAR a été largement promue par le Partenariat International pour la Santé (IHP+) comme cadre d'alignement des plans nationaux de développement sanitaire. L'expérience africaine, documentée par Wone, Hamed et Tal Dia (2012), révèle des trajectoires radicalement contrastées qui éclairent les conditions de réussite et d'échec de la doctrine. Au Rwanda, l'harmonisation du Plan National de Développement Sanitaire avec le Cadre de Dépenses à Moyen Terme et le respect rigoureux des allocations budgétaires par le gouvernement ont permis des avancées significatives des indicateurs de santé; cette réussite est indissociable d'une bonne gouvernance globale du pays qui a exercé un

effet positif sur tous les secteurs (Wone et al., 2012). Inversement, au Sénégal, l'insuffisance de formation des acteurs a abouti à un manque d'appropriation du processus de planification, en particulier dans le volet d'élaboration des Cadres de Dépenses à Moyen Terme. En Mauritanie, l'État n'a pas respecté les orientations du CDMT malgré un accroissement significatif initial des ressources allouées au secteur de la santé. Le cas du Burundi est plus révélateur encore : dans son Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, 93% du budget de santé était alloué au niveau central, contre seulement 1% au niveau intermédiaire et 6% au niveau périphérique, une répartition en contradiction frontale avec la logique même de la GAR, qui suppose une décentralisation des moyens vers les niveaux opérationnels de prestation de services.

Ces expériences convergent vers un constat que Mazouz (2017) a théorisé sous le concept de « déplacement des Résultats vers l'axe des moyens » : la mesure et l'évaluation des résultats de l'action publique doivent servir à l'amélioration continue des services, à l'optimisation progressive des ressources et à la délimitation des rôles et responsabilités, et non devenir une fin en soi. L'OCDE, dans son cadre renouvelé d'évaluation des performances des systèmes de santé adopté lors de la Réunion des ministres de la Santé du 23 janvier 2024, confirme cette orientation en intégrant la résilience, la durabilité et la centration sur la personne comme dimensions structurantes de la performance, au-delà de la seule efficience allocative.

1.2. La réforme des systèmes de santé comme processus institutionnel : apports du néo-institutionnalisme

L'analyse des réformes sanitaires ne saurait se réduire à une évaluation de la cohérence interne des instruments de gestion. Elle doit mobiliser un cadre théorique capable d'appréhender les dynamiques de pouvoir, les logiques d'acteurs et les processus de changement institutionnel qui conditionnent la mise en œuvre effective des réformes. Le néo-institutionnalisme, dans ses trois variantes historique, sociologique et du choix rationnel offre un tel cadre.

Le néo-institutionnalisme historique, tel que formalisé par Hall et Taylor (1997) dans leur article fondateur, procède par un travail sur les institutions et les liens entre institutions et comportements des acteurs dans une perspective de longue durée. Son concept central - la dépendance au sentier (path dependency) - postule que les phénomènes sociopolitiques sont fortement conditionnés par des facteurs contextuels, exogènes aux acteurs, dont beaucoup sont de nature institutionnelle (Steinmo, Thelen et Longstreth, 1992). Appliqué à l'analyse des réformes sanitaires, ce cadre permet de comprendre pourquoi les transformations radicales des

systèmes établis font généralement suite à des chocs exogènes perturbant l'ordre institutionnel constitué. Palier et Bonoli (1999) ont démontré ce mécanisme dans le cas des réformes de protection sociale européennes, où les bifurcations institutionnelles ne surviennent qu'après épuisement des possibilités d'ajustement incrémental. Mahoney et Thelen (2010) prolongent cette analyse en théorisant les formes de changement institutionnel graduel - *layering*, *conversion*, *drift* - qui permettent de saisir comment une réforme peut transformer un système non par rupture brutale, mais par superposition progressive de nouvelles règles sur les anciennes.

Le néo-institutionnalisme sociologique, issu des travaux fondateurs de Meyer et Rowan (1977) puis de DiMaggio et Powell (1983), s'intéresse aux processus d'isomorphisme institutionnel par lesquels les organisations adoptent des formes et des pratiques légitimées dans leur environnement, indépendamment de leur efficacité technique. DiMaggio et Powell (1983) identifient trois mécanismes d'isomorphisme coercitif (pressions normatives des organisations dominantes), mimétique (imitation en situation d'incertitude) et normatif (professionnalisation et diffusion des standards) qui éclairent puissamment la diffusion des modèles de GAR dans les systèmes de santé des pays en développement. La promotion de la GAR par les organisations internationales (OMS, Banque mondiale, PNUD) relève simultanément de l'isomorphisme coercitif (conditionnalités de l'aide), mimétique (diffusion des « meilleures pratiques ») et normatif (formation des cadres aux standards internationaux). Scott (2001) complète cette analyse en définissant les institutions comme des structures composées de trois piliers régulateur, normatif et cognitif-culturel dont l'articulation détermine la stabilité et la capacité de changement des organisations.

Appliquée spécifiquement au secteur de la santé dans les pays en développement, la théorie néo-institutionnaliste, et plus particulièrement la théorie des coûts de transaction issue des travaux de Williamson (1985), vise à déterminer les formes organisationnelles qui assurent la plus grande efficacité au secteur sanitaire, tout en prenant en considération le contexte spécifique de la régulation (Contandriopoulos et al., 2000). Cette perspective permet de dépasser le débat stérile entre étatisation et privatisation pour interroger les modes de gouvernance hybrides dont les GST marocains constituent une illustration qui cherchent à combiner les avantages de la coordination hiérarchique et de l'autonomie de gestion.

L'approche par les instruments d'action publique, développée par Lascombes et Le Galès (2004) et approfondie par Halpern, Lascombes et Le Galès (2014), constitue un complément

indispensable au cadre néo-institutionnaliste. Pour ces auteurs, un instrument d'action publique est un « dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur ». Cette définition a une implication méthodologique décisive pour notre analyse : les textes législatifs et réglementaires de la réforme sanitaire marocaine ne sont pas de simples normes à interpréter, mais des instruments d'action publique dont il convient d'analyser les effets propres c'est-à-dire les effets qui débordent les intentions de leurs concepteurs. Lascoumes et Le Galès (2004) démontrent que l'instrumentation de l'action publique constitue une « théorisation politique implicite » : le choix d'un instrument révèle une conception des rapports entre gouvernants et gouvernés, une représentation du problème à traiter et une vision du changement social attendu.

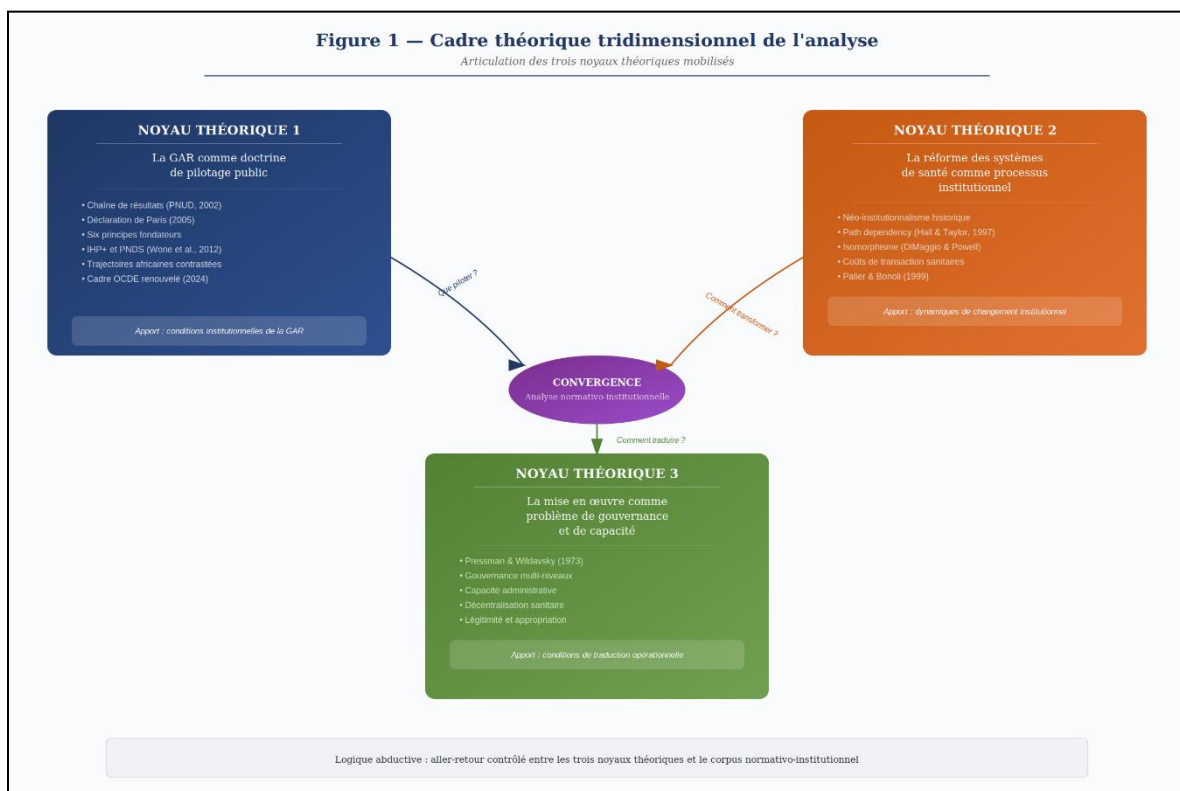
1.3. La mise en œuvre des réformes comme problème de gouvernance et de capacité administrative

Le troisième noyau théorique concerne la problématique de la mise en œuvre (implementation), confrontée à l'écart structurel entre l'intention normative et la réalité opérationnelle. Depuis les travaux fondateurs de Pressman et Wildavsky (1973), la littérature a largement démontré que la mise en œuvre des politiques publiques ne constitue pas une simple phase d'exécution, mais un processus complexe de traduction, d'adaptation et de négociation impliquant de multiples acteurs et niveaux institutionnels. Lipsky (1980) a montré comment les « street-level bureaucrats », les agents de première ligne exercent une marge de discrétion considérable qui transforme les politiques dans leur application quotidienne.

Dans le contexte des réformes sanitaires, Olivier de Sardan (2004, 2021) a développé une socio-anthropologie de la délivrance des services publics en Afrique qui met en lumière les « normes pratiques » distinctes des normes officielles qui régissent effectivement le fonctionnement des institutions sanitaires. Cette perspective est cruciale pour comprendre les défis de mise en œuvre de la GAR au Maroc : l'existence d'un cadre normatif ambitieux ne garantit pas sa traduction dans les pratiques quotidiennes des acteurs du système de santé. Ridde (2012), puis Ridde et Dagenais (2020) dans leur cadre renouvelé d'évaluation des programmes, ont montré que les réformes de financement de la santé se heurtent à des logiques institutionnelles locales qui transforment profondément les instruments conçus au niveau central.

La territorialisation des politiques de santé, telle que mise en œuvre à travers les GST au Maroc, ajoute une couche de complexité supplémentaire. Divay (2012) souligne que la décentralisation

en administration publique caractérise des tendances dans les relations entre les instances centrales de l'État et les autres institutions publiques, et qu'elle va de pair avec l'imputabilité et la reddition des comptes dans les modèles de GAR. La littérature comparative sur la décentralisation sanitaire, notamment Brinkerhoff et Bossert (2014), montre que celle-ci peut tant améliorer la réactivité des services que générer de nouvelles inégalités territoriales, selon les modalités de transfert des compétences, des ressources et des mécanismes de reddition des comptes. Merrien (1999) a théorisé la « nouvelle gouvernance publique » comme un modèle hybride entre l'État classique et le New Public Management, ce qui éclaire la configuration institutionnelle particulière des GST marocains.



2. Méthodologie

2.1. Positionnement épistémologique et design de recherche

Cet article adopte un positionnement interprétatif, inscrit dans une démarche qualitative documentaire à haute densité analytique. Le design de recherche se distingue des approches traditionnelles de revue de littérature par la rigueur de sa construction méthodologique et la systématicité de son analyse. Il repose sur trois composantes distinctes mais articulées, conformément aux exigences de maturité méthodologique formulées dans la littérature sur la recherche qualitative en sciences de gestion (Hlady Rispal, 2002 ; Dumez, 2016).

La méthode combine une revue de littérature pragmatique et une analyse qualitative de contenu d'un corpus de textes juridico-administratifs structurants. La revue n'est pas conçue comme une recension exhaustive, mais comme une sélection raisonnée orientée-problème des travaux éclairant les trois noyaux théoriques identifiés.

Le cadre analytique procède d'une double lecture. La première lecture, juridico-administrative, examine les prescriptions normatives de la réforme : que disent les textes, quelles obligations établissent-ils, quels mécanismes instituent-ils. La seconde lecture, institutionnelle, dépasse la lettre du texte pour interroger ce que Lascoumes et Le Galès (2004) appellent les « effets propres » des instruments : quelles reconfigurations organisationnelles induisent-ils, quelles relations de pouvoir redistribuent-ils, quelles capacités supposent-ils, quels points de fragilité laissent-ils apparaître.

La logique de raisonnement est abductive, au sens de Peirce repris par Dumez (2016) : partant d'un fait surprenant ou d'un problème empirico-documentaire — la réforme affiche une logique de performance, mais les instruments et conditions de sa traduction ne sont pas immédiatement lisibles —, l'analyse mobilise la littérature pour produire des catégories d'interprétation, revient aux textes pour vérifier, nuancer et reformuler, et fait émerger une explication raisonnée des tensions observées. L'abduction est ainsi pratiquée comme un aller-retour contrôlé entre théorie et corpus, et non comme une liberté interprétative illimitée.

Tableau 1. Design de recherche

Composante	Contenu
Positionnement épistémologique	Interprétatif, qualitatif documentaire à haute densité analytique
Méthode	Revue de littérature pragmatique + Analyse qualitative de contenu d'un corpus normativo-institutionnel fermé
Cadre analytique	Double lecture : (1) juridico-administrative (prescriptions normatives) ; (2) institutionnelle (reconfigurations, rapports de pouvoir, « effets propres » au sens de Lascoumes et Le Galès, 2004)
Logique de raisonnement	Abduction (Peirce ; Dumez, 2016) : aller-retour contrôlé entre corpus normatif, littérature théorique et catégories d'interprétation émergentes

Corpus documentaire	Tripartite fermé : (1) Normatif principal (Loi-cadre 06.22, Loi 08.22, Décret 2.23.1054, 11 décrets de 2025, arrêtés de 2025) ; (2) Institutionnel complémentaire (NMD, Plan Santé 2025, rapports OMS/BM/BAD) ; (3) Scientifique et doctrinal
Grille d'analyse	Matrice à 5 dimensions (normative, organisationnelle, gouvernance, instrumentale, institutionnelle) × 3 niveaux d'interprétation (prescrit, implicite, incertain)
Période couverte	2022–2026 (corpus normatif) ; sans restriction temporelle (corpus scientifique)
Garanties de rigueur	Transparence du corpus, explicitation des critères, traçabilité des catégories, cohérence question-méthode-interprétation, réflexivité sur les limites

Source : *Élaboration propre à partir du cadre méthodologique de la recherche*

2.2. Constitution et justification du corpus

Le corpus documentaire est structuré en trois ensembles fermés, chacun répondant à des critères d'inclusion explicites. La règle méthodique est stricte : aucun document ne doit apparaître dans l'analyse sans justification de sa place dans le corpus.

Corpus normatif principal. Ce premier ensemble regroupe les textes législatifs et réglementaires directement structurants : la Loi-cadre n°06.22 relative au système national de santé (34 articles) ; la Loi n°08.22 relative à la création des GST, promulguée le 28 juin 2023 ; le Décret n°2.23.1054 du 17 mars 2025 portant application des articles 3, 6 et 20 de la Loi n°08.22 ; les onze décrets adoptés le 11 décembre 2025 fixant l'opérationnalisation des GST ; et les arrêtés ministériels du 27 octobre 2025 fixant les modalités de représentation au sein des conseils d'administration des GST. Le critère de sélection est la portée structurante directe sur l'architecture du système.

Corpus institutionnel complémentaire. Ce deuxième ensemble inclut les documents de cadrage stratégique : le rapport de la Commission Spéciale sur le Nouveau Modèle de Développement (2021), le Plan Santé 2025, les Comptes Nationaux de la Santé, et les rapports d'institutions internationales (OMS, Banque mondiale, Banque africaine de développement) relatifs au système de santé marocain.

Corpus scientifique et doctrinal. Ce troisième ensemble couvre la littérature scientifique mobilisée pour le cadre théorique et l'interprétation : travaux sur la GAR (Mazouz et Leclerc, 2008 ; Mazouz, 2017 ; Wone et al., 2012), instruments d'action publique (Lascoumes et Le Galès, 2004 ; Halpern et al., 2014), néo-institutionnalisme (Hall et Taylor, 1997 ; DiMaggio et Powell, 1983 ; Scott, 2001), réformes sanitaires et gouvernance (Ridde, 2012 ; Olivier de Sardan, 2021 ; Contandriopoulos et al., 2000), et mise en œuvre des réformes publiques (Pressman et Wildavsky, 1973).

Tableau 2. Critères d'inclusion et d'exclusion du corpus

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Textes législatifs et réglementaires à portée structurante directe sur l'architecture du système de santé	Textes réglementaires secondaires sans effet structurant sur l'architecture globale (circulaires internes, notes de service)
Documents officiels explicitant les mécanismes de mise en œuvre et les instruments de la réforme	Documents purement journalistiques, articles de presse non analytiques
Travaux scientifiques apportant un cadre théorique, conceptuel ou comparatif utile à l'interprétation	Commentaires non scientifiques, tribunes d'opinion, littérature grise non institutionnelle
Documents institutionnels de cadrage stratégique (NMD, plans sectoriels, rapports d'évaluation)	Sources trop descriptives dépourvues de valeur analytique ou théorique
Période 2022–2026 pour le corpus normatif ; sans restriction temporelle pour le corpus scientifique	Documents antérieurs à 2022 pour le corpus normatif (sauf loi 34-09 abrogée, à titre de référence historique)
Sources primaires ou de première main privilégiées (textes officiels, revues à comité de lecture)	Rapports d'organisations non vérifiables ou documents à diffusion restreinte non accessibles

Source : Élaboration propre. Les critères ont été définis préalablement à l'analyse conformément aux exigences de rigueur méthodologique.

2.3. Cadre d'analyse

L'analyse est conduite selon une matrice à cinq dimensions, construite préalablement à la rédaction des résultats pour éviter toute dérive impressionniste. La construction de cette grille

procède d'un raisonnement abductif : partant de la question de recherche — comment la logique de GAR se traduit-elle dans l'architecture normativo-institutionnelle de la réforme — et des catégories théoriques identifiées dans la revue de littérature, nous avons défini cinq dimensions d'analyse qui permettent d'appréhender la réforme dans sa globalité tout en maintenant un niveau de granularité suffisant pour chaque composante.

La **dimension normative** interroge ce que les textes prescrivent explicitement en matière de pilotage par les résultats. Elle s'appuie sur le modèle de la chaîne de résultats formalisé par le PNUD (2002) et sur les principes de la GAR tels que théorisés par Mazouz et Leclerc (2008) — notamment l'obligation de résultat, l'imputabilité et la reddition des comptes — pour identifier dans les textes les traces normatives d'une logique de performance. L'enjeu n'est pas de vérifier si le mot « GAR » figure dans la loi, mais de repérer les dispositifs juridiques qui en portent la logique sous d'autres formulations.

La **dimension organisationnelle** examine les reconfigurations structurelles induites par la réforme : quelles entités sont créées, quelles compétences sont transférées, quels circuits de coordination sont établis. Cette dimension mobilise le néo-institutionnalisme historique, et notamment le concept de dépendance au sentier (Hall et Taylor, 1997), pour évaluer dans quelle mesure la création des GST constitue une bifurcation institutionnelle par rapport au modèle antérieur de déconcentration administrative, ou un aménagement incrémental qui en préserve les logiques fondamentales.

La **dimension de gouvernance** porte sur les mécanismes de pilotage, de responsabilité et de reddition des comptes. Elle s'inscrit dans la perspective de Merrien (1999) sur la « nouvelle gouvernance publique » et de Divay (2012) sur la décentralisation comme cadre de l'imputabilité. L'analyse interroge la composition des instances de décision, la répartition effective du pouvoir entre niveaux central et régional, et la nature des mécanismes de contrôle et de sanction — autant d'éléments qui déterminent la crédibilité de la GAR comme mode de pilotage.

La **dimension instrumentale** s'intéresse aux outils concrets qui traduisent la GAR dans l'opérationnalité : cartes sanitaires, accréditation, systèmes d'information, contrats-programmes. Cette dimension est directement inspirée de l'approche par les instruments d'action publique de Lascoumes et Le Galès (2004), pour qui les instruments ne sont pas de simples moyens techniques mais des dispositifs porteurs de représentations et producteurs d'effets propres. Halpern, Lascoumes et Le Galès (2014) ont approfondi cette approche en

montrant que l'instrumentation constitue « une variable clé des recompositions de l'action publique ». Appliquer cette grille à la réforme sanitaire marocaine permet de traiter les outils de la GAR non comme des accessoires de mise en œuvre, mais comme des révélateurs des logiques institutionnelles à l'œuvre.

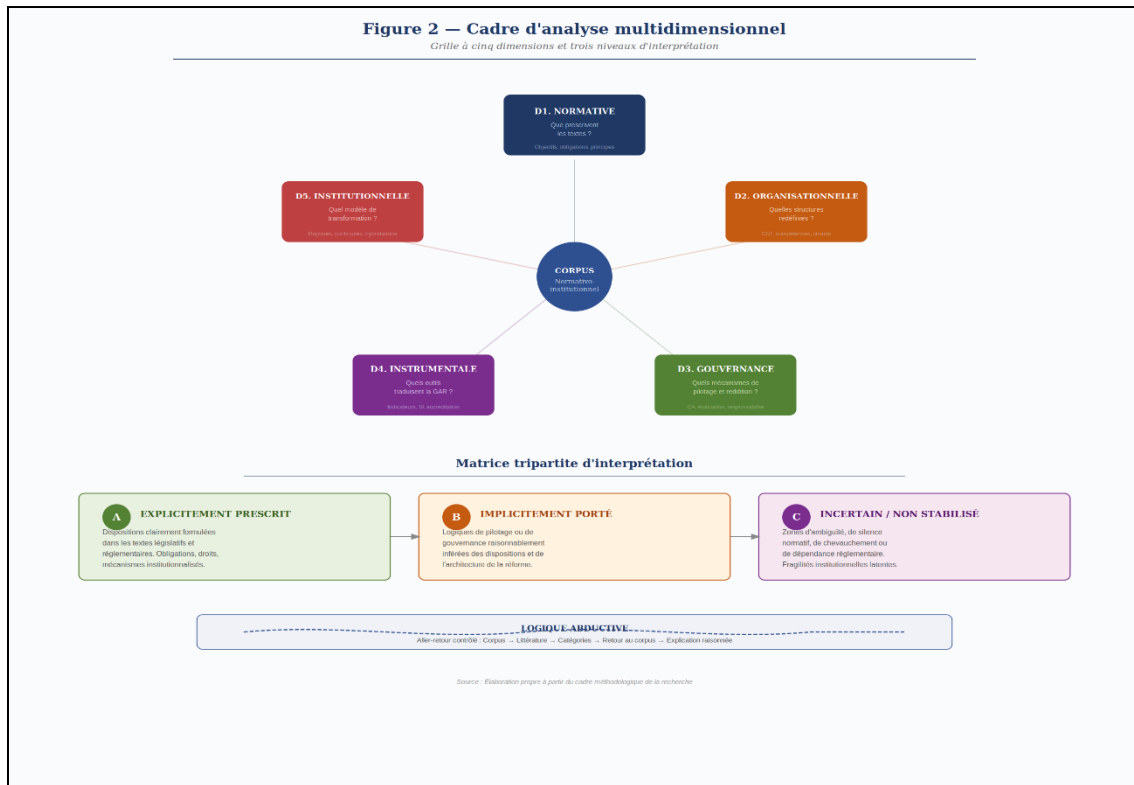
La **dimension institutionnelle**, enfin, interroge le modèle de transformation de l'État sanitaire qui se dessine à travers les textes. Elle mobilise la théorie des modes de gouvernance de Williamson (1985), l'analyse des processus d'isomorphisme de DiMaggio et Powell (1983) et le cadre des trois piliers institutionnels de Scott (2001) — régulateur, normatif et cognitif-culturel — pour caractériser le type de changement institutionnel en cours. L'enjeu est de déterminer si la réforme relève d'un ajustement paramétrique au sein du paradigme existant, ou d'un changement de paradigme qui redefinit les rapports entre l'État, les territoires et les citoyens dans le domaine sanitaire.

Pour chaque dimension, l'analyse distingue systématiquement trois niveaux d'interprétation, conformément à la recommandation de structurer les résultats selon une tripartition qui donne profondeur à l'analyse. Le premier niveau — **ce qui est explicitement prescrit** — recense les dispositions clairement formulées dans les textes législatifs et réglementaires. Le deuxième niveau — **ce qui est implicitement porté** — identifie les logiques de pilotage, de gouvernance ou de transformation que l'on peut raisonnablement inférer de l'architecture des textes et de leurs effets structurants, sans qu'elles soient nommément désignées. Le troisième niveau — **ce qui demeure incertain ou non stabilisé** — repère les zones d'ambiguïté normative, de silence réglementaire, de chevauchement de compétences ou de dépendance à des textes d'application non encore publiés. Cette tripartition interdit la simple paraphrase juridique : elle contraint l'analyste à dépasser la lettre du texte pour interroger ses présupposés, ses implications et ses lacunes.

Tableau 3. Grille d'analyse multidimensionnelle de la traduction de la GAR

Dimension	Question directrice	Indicateurs analytiques	Ancrage théorique
1. Normative	Que prescrivent les textes en matière de GAR ?	Objectifs, obligations légales, principes directeurs, mécanismes institutionnalisés	GAR / PNUD (2002) ; Mazouz & Leclerc (2008)
2. Organisationnelle	Quelles structures et articulations sont redéfinies ?	GST, compétences transférées, niveaux de décision, circuits de coordination, intégration verticale	Néo-inst. historique ; Path dependency (Hall & Taylor, 1997)
3. Gouvernance	Quels mécanismes de pilotage et de reddition des comptes ?	Conseil d'administration, composition, représentativité, évaluation, responsabilité, transparence	Merrien (1999) ; Divay (2012) ; Mazouz & Leclerc (2008)
4. Instrumentale	Quels outils traduisent la GAR ?	Carte sanitaire, accréditation, SI, numérisation, contrats-programmes, indicateurs de performance	Lascoumes & Le Galès (2004) ; Halpern et al. (2014)
5. Institutionnelle	Quel modèle de transformation de l'État sanitaire se dessine ?	Logique de réforme, ruptures/continuités, hybridations, rapport centre-périphérie, souveraineté sanitaire	DiMaggio & Powell (1983) ; Williamson (1985) ; Scott (2001)

Source : *Élaboration propre. La grille a été construite préalablement à la rédaction des résultats pour éviter toute dérive impressionniste.*



2.4. Garanties de rigueur analytique et de crédibilité de la recherche

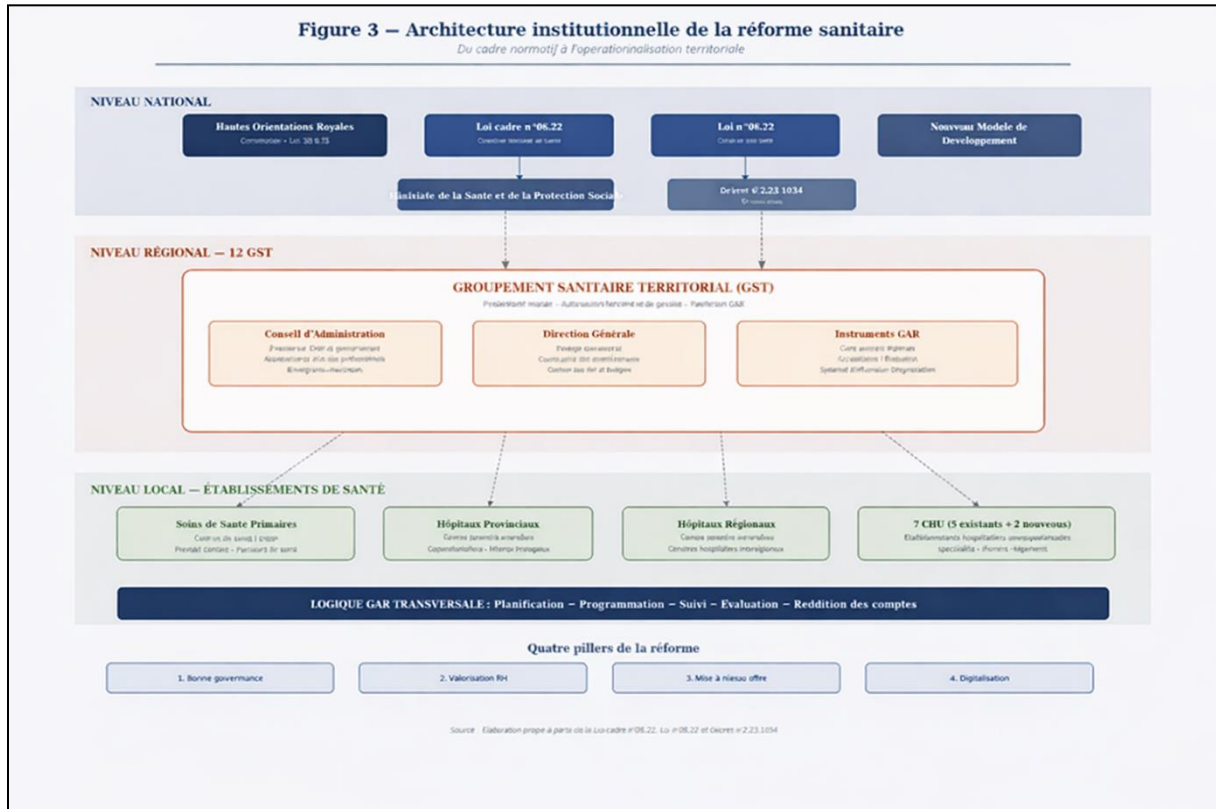
La rigueur méthodologique de cette recherche repose sur cinq garanties : la transparence dans la constitution du corpus ; l'explicitation des critères de sélection ; la traçabilité des catégories d'analyse ; la cohérence entre question, méthode et interprétation ; et la réflexivité sur les limites du corpus documentaire.

Le choix d'une méthodologie documentaire, sans recours à des entretiens ou des questionnaires, est un choix scientifique cohérent avec l'objet de la recherche. L'article vise d'abord une reconstruction analytique des fondements normatifs et institutionnels de la réforme ; il s'intéresse à la cohérence des instruments et des logiques de gouvernance tels qu'ils sont inscrits dans les textes ; il n'a pas pour objet immédiat l'étude des perceptions d'acteurs. Cette clarification, conforme à la recommandation de Dumez (2016) sur l'explicitation du positionnement, transforme une limite potentielle en choix épistémologique assumé.

3. Résultats

Les résultats sont organisés autour des cinq dimensions de la grille analytique. Conformément à la recommandation méthodologique de refuser la simple description juridique, chaque développement analytique répond à trois questions : que révèle ce texte au-delà de sa formulation ? en quoi cela renseigne-t-il la logique de réforme ? quelles implications cela a-t-il

pour la GAR et la mise en œuvre ? Pour chaque dimension, l'analyse distingue ce qui est explicitement prescrit, ce qui est implicitement porté, et ce qui demeure incertain ou non stabilisé.



3.1. La GAR comme matrice normative de la réforme

Ce qui est explicitement prescrit. La Loi-cadre n°06.22 établit les objectifs fondamentaux de l'action de l'État en matière de santé selon une logique qui épouse les principes de la GAR sans nécessairement en employer la terminologie. L'article 2 fixe des objectifs formulés en termes de résultats attendus : faciliter l'accès de la population aux prestations de santé et améliorer leur qualité, garantir une répartition équilibrée et équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national, asseoir la territorialisation de l'offre de soins dans le secteur public et améliorer sa gouvernance à travers les groupements territoriaux de santé. Cette formulation n'est pas anodine : elle traduit un glissement de la logique de moyens (développer l'infrastructure) vers une logique de résultats (garantir l'accès, assurer l'équité, améliorer la qualité). Le texte institutionnalise également l'accréditation des établissements de santé (articles 30-31), la numérisation du système (articles 28-29), et les organes de direction et de bonne gouvernance (article 32).

La Loi n° 08.22 opérationnalise cette logique en dotant chaque GST d'une personnalité morale, d'une autonomie financière et de gestion, tout en le soumettant à la tutelle de l'État. L'article 4 du Décret n°2.23.1054 précise que les GST héritent des établissements de santé dont la liste sera fixée conjointement par les ministères de la Santé et du Budget. Les missions des GST intègrent explicitement l'évaluation de la performance des établissements de santé, la participation aux opérations de contrôle et d'inspection, et la coordination des activités de l'ensemble des établissements constitutifs du groupement.

Ce qui est implicitement porté. Au-delà des prescriptions explicites, l'analyse institutionnelle révèle que la réforme porte implicitement une logique de contractualisation de la performance qui correspond au troisième lien logique identifié par Mazouz et Leclerc (2008) dans le modèle de la GPR : celui entre l'imputabilité des gestionnaires et la qualité des services. La structure même des GST - dotés d'un conseil d'administration, d'un directeur général et d'une autonomie de gestion - présuppose une logique de délégation de responsabilité et de reddition des comptes qui est constitutive de la GAR. L'accent mis sur l'accréditation et la numérisation sous-tend une ambition de mesure systématique qui renvoie à l'impératif d'évaluation identifié par Mazouz et Leclerc (2012).

En mobilisant le cadre analytique de Lascoumes et Le Galès (2004), la Loi-cadre n° 06.22 peut être lue comme un instrument législatif et réglementaire qui, au-delà de sa fonction prescriptive, opère une « théorisation politique implicite » : elle dessine un modèle de l'État sanitaire où la performance n'est plus un attribut souhaitable mais une obligation structurante, où la gouvernance ne relève plus de la seule déconcentration administrative mais d'une décentralisation fonctionnelle, et où le citoyen n'est plus seulement un bénéficiaire mais un ayant droit dont la satisfaction des besoins constitue le critère ultime d'évaluation.

Ce qui demeure incertain ou non stabilisé. Plusieurs zones d'ambiguïté subsistent et constituent des points de fragilité potentiels pour la mise en œuvre de la GAR. La Loi-cadre renvoie à des textes d'application (article 33) dont la publication conditionne son entrée en vigueur effective, créant un décalage temporel entre ambition normative et effectivité juridique. La définition précise des indicateurs de performance, des mécanismes d'évaluation et des conséquences de la non-atteinte des objectifs n'est pas détaillée dans les textes législatifs. Or, comme le montrent les expériences africaines documentées par Wone et al. (2012), c'est précisément dans la définition des indicateurs et dans la crédibilité des mécanismes de sanction/récompense que se joue l'effectivité de la GAR.

3.2. Les reconfigurations organisationnelles induites par la réforme

Ce qui est explicitement prescrit. La création des douze GST, un pour chaque région du Royaume, constitue la reconfiguration organisationnelle la plus visible et la plus radicale de la réforme. Le Décret n°2.23.1054 du 17 mars 2025 officialise cette architecture et précise la composition territoriale de chaque GST. Les onze décrets adoptés le 11 décembre 2025 par le Conseil de gouvernement fixent le calendrier d'opérationnalisation, la date de démarrage effectif étant arrêtée au premier jour du troisième mois suivant la première réunion du conseil d'administration de chaque GST. Le transfert des personnels est organisé de manière progressive : les fonctionnaires transférés conservent leur statut administratif et leurs droits, la Trésorerie Générale du Royaume continuant d'assurer le traitement et le versement des rémunérations.

Ce qui est implicitement porté : une analyse institutionnelle approfondie. La création des GST ne constitue pas un simple réaménagement administratif. En substituant aux Directions Régionales de la Santé des entités dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière, la réforme modifie la nature même de la relation entre le centre et la périphérie du système. Ce passage d'une logique de déconcentration à une logique de décentralisation fonctionnelle constitue, en termes néo-institutionnalistes, une bifurcation institutionnelle au sens de Hall et Taylor (1997) : elle rompt avec la dépendance au sentier du centralisme administratif qui a caractérisé la gouvernance sanitaire marocaine depuis l'indépendance.

Toutefois, cette bifurcation est immédiatement tempérée par des mécanismes de contrôle central qui témoignent de ce que DiMaggio et Powell (1983) appellent l'isomorphisme coercitif : la tutelle de l'État, la présidence du conseil d'administration par le chef du gouvernement, et la centralisation du paiement des salaires via la Trésorerie Générale constituent autant de dispositifs qui maintiennent l'emprise du centre sur les nouvelles entités décentralisées. Cette configuration hybride n'est pas un accident mais une caractéristique structurante du modèle marocain, qui cherche à concilier l'autonomie de gestion nécessaire à la GAR avec le contrôle central jugé indispensable à la cohérence nationale du système.

L'intégration de l'ensemble des établissements de santé publics d'un territoire dans un même groupement - des centres de santé de base aux hôpitaux régionaux, et aux CHUs - crée une chaîne de coordination verticale inédite. Cette intégration traduit une conception du parcours de soins comme continuum organisé, conforme au principe de la Loi-cadre qui institutionnalise l'obligation de respecter le circuit de soins. Elle suppose cependant des capacités de

coordination, de planification et de gestion de l'information qui constituent précisément les déficits structurels identifiés dans le système antérieur.

Ce qui demeure incertain. La question de l'articulation entre les GST et les sept Centres Hospitaliers Universitaires existants (Rabat, Casablanca, Marrakech, Fès, Oujda, Agadir, Tanger) constitue un point de fragilité potentiel majeur. Les CHU cumulent trois missions - soins, enseignement, recherche - dont la logique de gouvernance diffère de celle d'un établissement purement soignant. L'arrêté du 27 octobre 2025 prévoit la représentation d'enseignants-chercheurs au conseil d'administration des GST, ce qui crée une interface entre les logiques hospitalo-universitaires et les logiques de gestion territoriale. Pour les régions dépourvues de CHU, la question de l'accès à la haute spécialité et à l'enseignement clinique reste entière.

Le projet de décret fixant le statut-type des professionnels de santé des GST, encore en discussion entre le ministère de la Santé et les partenaires sociaux, cristallise les tensions entre la logique de la réforme et les droits acquis des personnels. La littérature sur la mise en œuvre des réformes publiques (Lipsky, 1980 ; Olivier de Sardan, 2021) montre que la gestion des ressources humaines constitue souvent le point de rupture entre l'ambition réformatrice et la réalité institutionnelle.

3.3. Les mécanismes de gouvernance : pilotage, participation et reddition des comptes

Ce qui est explicitement prescrit. Le modèle de gouvernance des GST repose sur un conseil d'administration dont la composition a été précisée par les textes réglementaires de 2025. Outre la présidence par le chef du gouvernement ou une autorité déléguée, le conseil intègre cinq représentants de l'exécutif, un représentant de l'inspection du service de santé militaire, trois enseignants-chercheurs élus par leurs pairs (exerçant depuis au moins cinq ans dans une faculté publique de santé), et trois représentants élus parmi les professionnels de santé (médecins, infirmiers, techniciens de santé) justifiant d'au moins deux ans d'exercice. L'élection se déroule selon un scrutin uninominal à un tour, à bulletin secret.

Ce qui est implicitement porté : une lecture en termes de gouvernance hybride. L'analyse de cette composition révèle un modèle de gouvernance hybride qui ne correspond ni au schéma classique de la tutelle administrative, ni au modèle du New Public Management centré sur l'autonomie managériale. La présidence par le chef du gouvernement inscrit le GST dans la

verticalité du pouvoir exécutif ; l'intégration de représentants élus des professionnels de santé et des enseignants-chercheurs introduit une dimension de démocratie sanitaire territoriale qui est sans précédent dans l'architecture institutionnelle marocaine de la santé.

Cette hybridation entre logique de tutelle et logique participative peut être analysée à travers le concept de « nouvelle gouvernance publique » théorisé par Merrien (1999) : un modèle où l'État conserve son rôle de régulateur et de garant de la cohérence nationale, tout en ouvrant la gouvernance à des acteurs non étatiques et en introduisant des mécanismes de responsabilisation. La tension constitutive de ce modèle réside dans la compatibilité entre le contrôle central et l'autonomie locale : si le conseil d'administration est présidé par le chef du gouvernement mais que les décisions opérationnelles relèvent du directeur général du GST, la répartition effective du pouvoir de décision dépendra de la pratique institutionnelle plus que de la lettre des textes.

La présence d'enseignants-chercheurs au conseil d'administration mérite une analyse spécifique : elle crée un pont institutionnel entre la production de connaissances scientifiques et la gouvernance sanitaire territoriale. Ce choix traduit une ambition de « gouvernance fondée sur les données probantes » (evidence-based governance) qui est constitutive de la logique de la GAR dans sa version la plus sophistiquée.

Ce qui demeure incertain. Les mécanismes concrets de reddition des comptes - fréquence des rapports, nature des indicateurs suivis, conséquences de la non-performance, procédures de correction - ne sont pas encore détaillés dans les textes disponibles. Or, comme le soulignent Mazouz et Leclerc (2008), la reddition de comptes constitue la clé de voûte de la GAR : sans elle, le dispositif perd sa capacité de transformation et risque de se réduire à un exercice formel de conformité. La question de savoir si les conseils d'administration exerceront une véritable fonction d'orientation stratégique et de contrôle, ou s'ils se limiteront à un rôle de validation formelle, est déterminante pour l'effectivité du modèle.

3.4. Les instruments de traduction de la GAR

Ce qui est explicitement prescrit. Quatre catégories d'instruments concourent à la traduction de la GAR dans l'architecture de la réforme. Les instruments de planification : la carte sanitaire nationale et les cartes sanitaires régionales (articles 18-20 de la Loi-cadre) constituent des outils de planification stratégique fondés sur l'analyse de l'offre disponible et les données géographiques, démographiques et épidémiologiques. Les instruments de qualité :

l'accréditation des établissements de santé (articles 30-31) institutionnalise l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins selon des standards définis. Les instruments informationnels : la numérisation du système de santé (articles 28-29) vise le développement de systèmes d'information sanitaire intégrés. Les instruments de coordination : l'obligation de respecter le circuit de soins avec passage par les établissements de soins de santé de base crée un mécanisme de régulation de l'accès.

Ce qui est implicitement porté. L'analyse instrumentale, au sens de Lascoumes et Le Galès (2004), révèle que ces quatre catégories d'instruments dessinent le squelette d'un dispositif complet de GAR sans que le terme soit nécessairement utilisé. La carte sanitaire régionale n'est pas un simple outil cartographique mais un instrument de programmation stratégique qui lie l'offre de soins à l'analyse des besoins ce qui correspond à la phase de planification dans le cycle de la GAR. L'accréditation n'est pas une simple certification qualité mais un mécanisme d'évaluation récurrente qui produit les indicateurs nécessaires au suivi de la performance. La numérisation n'est pas un objectif technologique autonome mais la condition sine qua non de la production des données nécessaires au pilotage par les résultats.

L'autonomie financière des GST présuppose une logique de contractualisation de la performance entre l'État et les entités régionales. Bien que les contrats-programmes ne soient pas encore formalisés, la combinaison de la planification régionale, de l'évaluation de la performance et de l'autonomie de gestion constitue le triptyque classique de la GAR telle que théorisée par le PNUD (2002) : définition des résultats attendus, mise en place des moyens de suivi, et responsabilisation des gestionnaires sur l'atteinte des objectifs.

Ce qui demeure incertain. La construction effective des systèmes d'information sanitaire régionalisés, la définition des référentiels d'accréditation et les modalités de la contractualisation budget-résultats demeurent en attente de textes d'application. L'expérience sénégalaise documentée par Wone et al. (2012) montre que c'est précisément dans la construction des instruments opérationnels - indicateurs, tableaux de bord, systèmes de suivi - que se joue la crédibilité de la GAR. Le risque est celui d'une architecture normative complète mais d'une instrumentation lacunaire, reproduisant le schéma observé dans d'autres pays africains où l'adoption formelle de la GAR n'a pas été accompagnée des capacités techniques et institutionnelles nécessaires.

Errabai (2024), dans une analyse pionnière des pistes d'implantation du contrôle de gestion au sein des GST, souligne que la réussite de ces instruments suppose un alignement des systèmes

d'information, un renforcement des compétences managériales et une implication active des parties prenantes dans la gouvernance autant de conditions qui restent largement à construire dans le contexte marocain.

3.5. Le modèle de transformation de l'État sanitaire

Ce qui est explicitement prescrit. La réforme dessine un modèle de transformation de l'État sanitaire fondé sur trois piliers institutionnels. La régionalisation : le transfert de la gestion sanitaire au niveau régional traduit l'ancrage dans la régionalisation avancée, principe constitutionnel structurant du Maroc contemporain. La responsabilité partagée : le préambule de la Loi-cadre énonce que la promotion de la santé constitue une responsabilité partagée entre l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics, le secteur privé, la société civile et la population. La souveraineté sanitaire : la réforme vise la constitution d'une base industrielle pharmaceutique nationale et la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement en médicaments.

Ce qui est implicitement porté. Le modèle marocain témoigne d'une hybridation profonde entre le New Public Management (NPM), dont la GAR est un prolongement, et une tradition administrative forte de centralisme étatique. Cette hybridation n'est ni accidentelle ni contradictoire : elle constitue un trait structurant qui distingue le modèle marocain des modèles anglo-saxons de NPM pur et des modèles de décentralisation radicale. L'État demeure l'architecte et le garant de la réforme ; les GST constituent des instruments de décentralisation fonctionnelle plutôt que des entités véritablement autonomes ; la performance est conçue comme un attribut de la souveraineté publique et non comme un produit de la concurrence marchande.

Cette configuration peut être lue à travers la grille d'analyse de Williamson (1985) sur les modes de gouvernance : les GST ne sont ni un marché (absence de concurrence), ni une hiérarchie pure (autonomie de gestion), ni un réseau (intégration verticale des établissements), mais un mode de gouvernance hybride qui cherche à combiner l'avantage de la coordination hiérarchique (cohérence nationale) avec celui de l'autonomie de gestion (réactivité locale). La viabilité de ce modèle dépend de la qualité des mécanismes de coordination entre les niveaux ce qui renvoie à la question des instruments de la GAR analysée dans la dimension précédente.

Ce qui demeure incertain. La question centrale est celle de la capacité institutionnelle à soutenir la transformation. Les quatre impératifs de Mazouz et Leclerc (2008, 2012) -

organisationnel, managérial, adaptatif et d'évaluation - constituent autant de conditions qui ne se décrètent pas mais se construisent dans la durée. L'expérience internationale montre que les réformes trop normatives, dépourvues d'un accompagnement institutionnel suffisant, tendent à produire de la conformité formelle sans transformation substantielle des pratiques ce que Olivier de Sardan (2021) appelle le « décalage entre normes officielles et normes pratiques ».

Tableau 4. Matrice synthétique croisée des résultats (5 dimensions × 3 niveaux)

Dimension	Explicitement prescrit	Implicitement porté	Incertain / Non stabilisé
Normative	Objectifs mesurables (art. 2) ; accréditation (art. 30-31) ; numérisation (art. 28-29) ; organes de gouvernance (art. 32) ; obligation du parcours de soins	Contractualisation implicite de la performance ; passage d'une logique de moyens à une logique de résultats ; « théorisation politique implicite » (Lascombes & Le Galès) d'un État sanitaire redevable	Indicateurs de performance non définis dans la loi ; conséquences de la non-atteinte des objectifs renvoyées à la réglementation secondaire ; décalage adoption/entrée en vigueur (art. 33)
Organisat.	12 GST régionaux dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière ; transfert progressif des personnels et des biens ; calendrier fixé par 11 décrets (déc. 2025)	Bifurcation institutionnelle (Hall & Taylor) : passage déconcentration → décentralisation fonctionnelle ; redistribution des rapports de pouvoir centre/périphérie ; intégration verticale du parcours de soins	Articulation GST-CHU non stabilisée (5 CHU inégalement répartis) ; statut-type des professionnels en discussion ; conditions de l'autonomie réelle de gestion non précisées
Gouvernance	CA présidé par le chef du gouvernement ; 5 représentants exécutif ; 3 enseignants-chercheurs élus ; 3 professionnels de santé élus (scrutin uninominal, bulletin secret)	Gouvernance hybride : tutelle étatique + démocratie sanitaire territoriale inédite ; interface recherche-gouvernance (evidence-based governance) ; « nouvelle gouvernance publique » (Merrien, 1999)	Mécanismes de reddition des comptes non détaillés ; fréquence et contenu des rapports non précisés ; capacité réelle des CA à exercer une fonction d'orientation stratégique vs validation formelle

Instrumentale	Carte sanitaire nationale et régionales (art. 18-20) ; accréditation qualité (art. 30-31) ; numérisation et SI (art. 28-29) ; circuit de soins obligatoire	Dispositif complet de GAR en formation : planification → suivi → évaluation → rétroaction ; autonomie financière comme préalable à la contractualisation ; instruments comme « traceurs du changement » (Lascoumes & Le Galès)	SI régionalisés non construits ; référentiels d'accréditation non publiés ; contrats-programmes État-GST non formalisés ; risque d'architecture normative sans instrumentation opérationnelle
Institutionnelle	Régionalisation avancée ; responsabilité partagée (État, CT, secteur privé, société civile) ; souveraineté sanitaire et industrielle pharmaceutique	Hybridation NPM/centralisme étatique : GAR-institution plutôt que GAR-outil ; l'État architecte et garant ; GST comme décentralisation fonctionnelle contrôlée ; modèle de gouvernance hybride (Williamson)	Capacité institutionnelle à soutenir la transformation : compétences managériales, cultures organisationnelles, mécanismes de coordination, dynamiques d'apprentissage ; risque de « normes pratiques » vs normes officielles (Olivier de Sardan)

Source : *Élaboration propre à partir de l'analyse du corpus normativo-institutionnel selon la grille à 5 dimensions et la matrice tripartite d'interprétation.*

4. Discussion

La discussion ne répète pas les résultats mais les élève à un niveau de généralité supérieur, en interrogeant ce que le cas marocain dit de la GAR dans les réformes publiques, ce qu'il révèle sur les limites des réformes pilotées par le droit, ce qu'il apporte à l'analyse de la territorialisation sanitaire, et ce qu'il suggère sur la relation entre réforme normative et capacité institutionnelle.

4.1. De la GAR-outil à la GAR-institution : une contribution théorique

L'analyse du cas marocain confirme et approfondit un constat qui traverse la littérature sur la GAR : celle-ci ne peut être appréhendée comme un simple transfert d'outils de gestion. La loi-

cadre n° 06.22 et la Loi n° 08.22 ne se contentent pas de prescrire des objectifs de performance, elles redistribuent les compétences entre niveaux de gouvernement, créent de nouvelles entités institutionnelles dotées de la personnalité morale, et redéfinissent les circuits de responsabilité et de reddition des comptes. En ce sens, la GAR dans la réforme marocaine dépasse sa dimension managériale pour devenir un véritable vecteur de transformation institutionnelle.

Nous proposons de conceptualiser ce déplacement sous la notion de passage de la GAR-outil à la GAR-institution. La GAR-outil correspond à la conception classique : un ensemble de techniques (chaîne de résultats, indicateurs, cadre logique) importables dans n'importe quelle organisation publique. La GAR-institution, telle qu'elle émerge de l'analyse du cas marocain, désigne un processus de transformation des structures de gouvernance, des relations de pouvoir et des mécanismes de légitimité qui utilise la logique de résultat comme levier de reconfiguration institutionnelle globale. Cette distinction rejoint l'analyse de Lascoumes et Le Galès (2004) sur l'instrumentation comme « théorisation politique implicite » : la GAR dans la réforme marocaine n'est pas un instrument neutre mais un dispositif porteur d'une vision de l'État sanitaire et des rapports entre gouvernants et gouvernés.

Ce passage conceptuel a des implications pratiques décisives. Si la GAR est un outil, son échec peut être imputé à un défaut d'instrumentation (mauvais indicateurs, système d'information déficient) et corrigé par un ajustement technique. Si la GAR est une institution, son échec signale une inadéquation entre le modèle de gouvernance proposé et les conditions institutionnelles effectives et exige non pas un ajustement technique mais une transformation des rapports de pouvoir, des cultures organisationnelles et des capacités humaines.

4.2. Les quatre tensions constitutives de la réforme : une analyse systémique

L'analyse croisée des cinq dimensions révèle quatre tensions constitutives qui ne sont pas des anomalies de mise en œuvre mais des caractéristiques structurantes de la réforme. Ces tensions définissent l'espace dans lequel le modèle marocain devra trouver son équilibre dynamique.

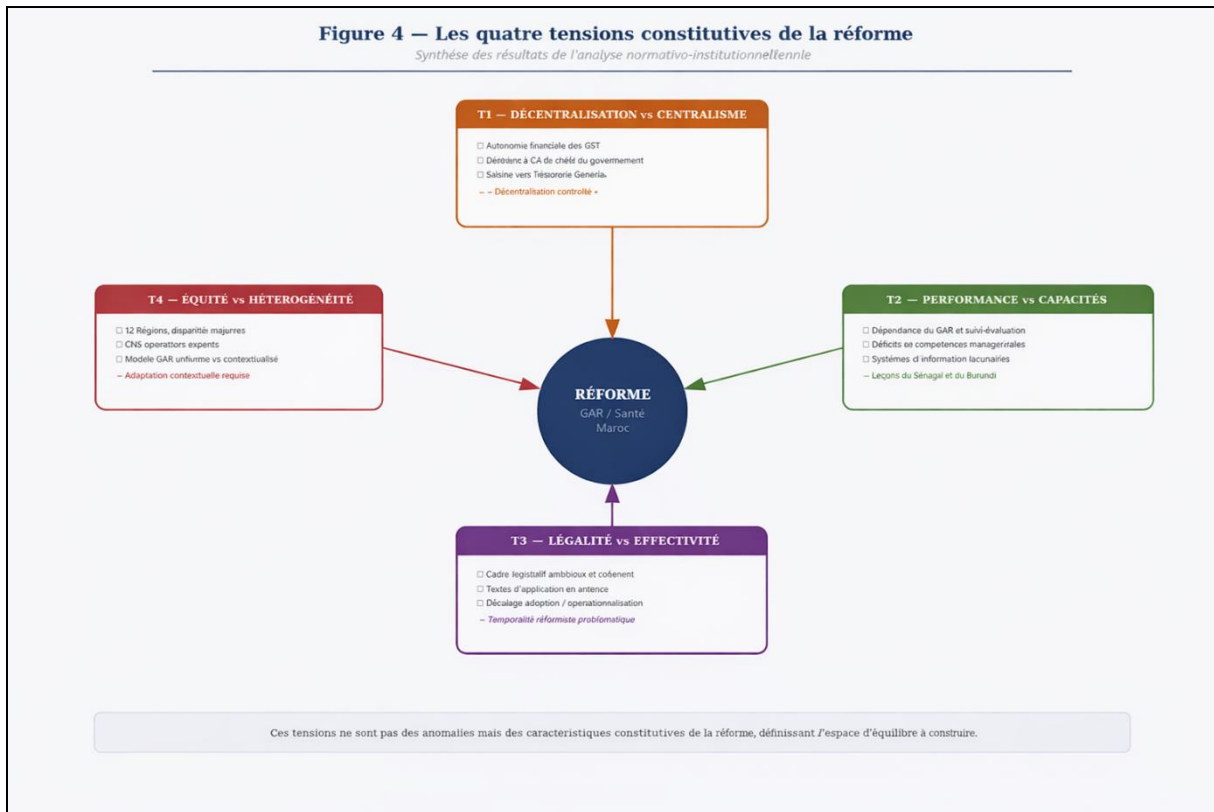
Tension 1 : Décentralisation vs Centralisme. Les GST sont dotés de l'autonomie financière et de la personnalité morale, mais leur conseil d'administration est présidé par le chef du gouvernement, les salaires de leurs personnels sont pris en charge par le budget général de l'État via la Trésorerie Générale, et la tutelle de l'État est maintenue. Cette configuration évoque ce que la littérature néo-institutionnaliste qualifie de « décentralisation contrôlée » (Divay, 2012) : un transfert de compétences qui s'accompagne d'un maintien des leviers centraux de contrôle.

La tension est inhérente au modèle : trop d'autonomie risque de fragmenter le système et de creuser les inégalités territoriales ; trop de contrôle central risque de vider la décentralisation de sa substance et de reproduire les pathologies du système antérieur.

Tension 2 : Performance vs Capacités. La réforme présuppose des compétences en planification stratégique, en gestion par objectifs, en suivi-évaluation et en systèmes d'information qui font précisément partie des déficits structurels du système antérieur. Cette tension est documentée dans d'autres contextes : au Sénégal, l'insuffisance de formation a compromis l'appropriation de la GAR (Wone et al., 2012) ; en Mauritanie, la faiblesse des capacités a permis le non-respect des orientations budgétaires. Mazouz et Leclerc (2008) soulignent que la GAR exige un « impératif adaptatif » : les organisations publiques doivent développer une capacité d'apprentissage organisationnel qui suppose des investissements massifs et durables dans la formation et l'accompagnement.

Tension 3 : Légalité normative vs Effectivité institutionnelle. Le cadre législatif est ambitieux et cohérent, mais son effectivité dépend de la publication et de la mise en œuvre de nombreux textes d'application. Le décalage entre l'adoption de la loi (décembre 2022) et le démarrage effectif des compétences des GST (conditionné à la tenue des premiers conseils d'administration, dont le statut des personnels n'est pas encore finalisé) illustre ce que la sociologie juridique appelle le « droit mort » : des normes juridiquement valides mais institutionnellement inopérantes. La littérature sur la mise en œuvre (Pressman et Wildavsky, 1973) a montré que chaque étape supplémentaire entre la décision et l'exécution réduit la probabilité de mise en œuvre fidèle.

Tension 4 : Équité territoriale vs Hétérogénéité des conditions. Les douze régions présentent des disparités considérables en termes de ressources humaines spécialisées, d'infrastructures hospitalières, d'accessibilité géographique et de densité de l'offre de soins. L'application uniforme d'un modèle de GAR à des territoires aussi dissemblables pose la question de l'adaptation contextuelle des instruments et des objectifs. Le GST de Casablanca-Settat, adossé à un CHU de référence et à un tissu médical dense, opère dans des conditions radicalement différentes de celui de Drâa-Tafilalet ou de Guelmim-Oued Noun, marqués par des déficits en ressources spécialisées et des difficultés d'accès géographique.



4.3. Ce que le cas marocain apporte à la littérature : trois contributions

Contribution théorique. La conceptualisation du passage de la GAR-outil à la GAR-institution, articulée au cadre des instruments d'action publique de Lascombes et Le Galès (2004) et au modèle intégré de Mazouz et Leclerc (2008), constitue un apport à la théorie néo-institutionnaliste appliquée au secteur sanitaire. Cette conceptualisation permet de dépasser l'opposition stérile entre l'approche managériale (la GAR comme technique) et l'approche critique (la GAR comme rhétorique) pour proposer une lecture institutionnelle de la GAR comme processus de transformation des rapports entre l'État et ses administrations.

Contribution méthodologique. L'article démontre la fécondité d'une analyse documentaire qualitative à haute densité analytique, conduite selon une grille multidimensionnelle et une logique abductive, pour la compréhension des réformes normativo-institutionnelles. Cette approche évite le double écueil de la simple description juridique et de la spéculation détachée du matériau empirique. La matrice tripartite d'interprétation (prescrit/implicite/incertain) offre un cadre répliquable pour l'analyse d'autres réformes normativo-institutionnelles.

Contribution empirique. L'article offre la première cartographie systématique des instruments et des tensions de la GAR dans la réforme sanitaire marocaine, identifiant cinq dimensions analytiques et quatre tensions constitutives. Cette cartographie fournit un cadre de

référence pour les recherches ultérieures, notamment celles qui, par des enquêtes de terrain, pourront compléter l'analyse normativo-institutionnelle par l'étude des perceptions et des pratiques d'acteurs dans les GST en cours d'opérationnalisation.

4.4. Implications pour la politique sanitaire : conditions de stabilisation de la réforme

L'analyse suggère cinq conditions nécessaires, chacune fondée sur les résultats de l'analyse et non sur des recommandations déconnectées de l'investigation. Premièrement, le renforcement massif des capacités managériales et techniques au niveau régional, incluant la formation aux outils de la GAR, correspondant à l'impératif adaptatif de Mazouz et Leclerc (2008). Deuxièmement, l'accélération de la construction des systèmes d'information sanitaire régionalisés, préalable technique indispensable au pilotage par les résultats. Troisièmement, la formalisation de contrats-programmes entre l'État et les GST, assortis d'indicateurs de performance négociés et de mécanismes de responsabilité clairement définis. Quatrièmement, l'adaptation des objectifs et des instruments aux spécificités territoriales de chaque région, plutôt que l'application uniforme d'un modèle standardisé. Cinquièmement, la mise en place d'un dispositif d'accompagnement au changement qui prenne en compte les dimensions culturelles et organisationnelles de la transformation, conformément à la littérature sur les conditions de réussite de la GAR en contexte africain (Wone et al., 2012).

5. Conclusion

La refonte du système de santé marocain, telle qu'analysée à travers le prisme de la Gestion Axée sur les Résultats, révèle une réforme d'une ambition considérable, qui inscrit la logique de performance au cœur de l'architecture institutionnelle du système de santé. La Loi-cadre n°06.22, la Loi n°08.22 et les textes réglementaires subséquents dessinent un édifice normatif cohérent, articulant régionalisation, autonomie de gestion, évaluation de la performance et gouvernance participative.

Cependant, l'analyse révèle également que la traduction opérationnelle de cette ambition se heurte à des tensions structurelles qui ne sont pas des accidents de parcours, mais des caractéristiques constitutives de la réforme. La tension entre décentralisation et centralisme, entre exigence de performance et fragilité des capacités, entre légalité normative et effectivité institutionnelle, entre équité territoriale et hétérogénéité des conditions, définissent l'espace dans lequel la réforme devra trouver son équilibre.

L'article démontre que la GAR, dans le contexte marocain, ne saurait être réduite à une instrumentation technique. Elle constitue un véritable processus de transformation institutionnelle — ce que nous avons conceptualisé comme le passage de la GAR-outil à la GAR-institution — dont la réussite dépendra moins de la perfection des textes que de la capacité du système à construire les conditions institutionnelles de leur effectivité : capacités humaines, systèmes d'information, cultures organisationnelles, mécanismes de coordination et dynamiques d'apprentissage.

6. Limites de la recherche

Cette recherche présente trois limites explicites. La première tient à la nature exclusivement documentaire de l'analyse, qui ne permet pas d'appréhender les pratiques effectives, les perceptions des acteurs et les dynamiques informelles de mise en œuvre — ce que Olivier de Sardan (2021) appelle les « normes pratiques ». Ce choix est cependant cohérent avec l'objet de la recherche. La deuxième concerne la temporalité : la réforme est en cours de déploiement et l'analyse porte sur un moment spécifique d'une trajectoire institutionnelle en mouvement. La troisième relève de l'absence de comparaison internationale systématique, qui constituerait un prolongement utile, notamment avec les expériences de régionalisation sanitaire en Tunisie, en Turquie ou dans la région MENA.

Références bibliographiques

Brinkerhoff, D. W. & Bossert, T. J. (2014). Health governance: principal–agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning*, 29(6), 685–693.

Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N. & Rodriguez, C. (2000). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.

Dahir n° 1-22-77 du 14 joumada I 1444 (9 décembre 2022) portant promulgation de la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé. Bulletin Officiel n° 7151.

Décret n° 2.23.1054 du 17 mars 2025 portant application des articles 3, 6 et 20 de la Loi n° 08.22 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux.

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.

Divay, G. (2012). Décentralisation. Dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), *Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique*. Québec : ENAP.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : les questions clés de la démarche compréhensive* (2e éd.). Paris : Vuibert.

Errabai, M. (2024). Contrôle de gestion et performance des établissements publics de santé au Maroc : pistes d'implantation au niveau des Groupements Sanitaires Territoriaux. *African Scientific Journal*, 3(24), 270–294.

Hall, P. A. & Taylor, R. C. R. (1997). La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique*, 47(3-4), 469-496.

Halpern, C., Lascoumes, P. & Le Galès, P. (dir.) (2014). *L'instrumentation de l'action publique : controverses, résistances, effets*. Paris : Presses de Sciences Po.

Hlady Rispal, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. Bruxelles : De Boeck.

Lascoumes, P. & Le Galès, P. (dir.) (2004). *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po.

Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

Loi n° 08-22 promulguée par le dahir n° 1.23.50 du 28 juin 2023 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux.

Mahoney, J. & Thelen, K. (eds.) (2010). *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press.

Mazouz, B. & Leclerc, J. (2008). *La gestion intégrée par résultats : concevoir et gérer autrement la performance dans l'Administration publique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Mazouz, B. (dir.) (2017). *Gestion par résultats : concepts et pratiques de gestion de la performance des organisations de l'État*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Merrien, F.-X. (1999). La nouvelle gestion publique : un concept mythique. *Lien social et Politiques*, 41, 95-103.

Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.

North, D. C. (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.

OCDE (2024). *Repenser l'évaluation des performances des systèmes de santé*. Études de l'OCDE sur les politiques de santé. Paris : Éditions OCDE.

Olivier de Sardan, J.-P. (2021). *La revanche des contextes : des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. Paris : Karthala.

OMS (2007). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Palier, B. & Bonoli, G. (1999). Phénomènes de path dependence et réformes des systèmes de protection sociale. *Revue française de science politique*, 49, 399-420.

PNUD (2002). *Guide du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats*. New York : PNUD.

Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform: A Comparative Analysis into the Age of Austerity* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.

Pressman, J. L. & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. Berkeley: University of California Press.

Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et de la recherche de l'efficience*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Ridde, V. & Dagenais, C. (dir.) (2020). *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (3e éd.). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Royaume du Maroc (2021). *Nouveau Modèle de Développement*. Rapport général de la Commission Spéciale sur le Modèle de Développement.

Scott, W. R. (2001). *Institutions and Organizations* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.

Steinmo, S., Thelen, K. & Longstreth, F. (eds.) (1992). *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

UNDG (2011). *Manuel de gestion axée sur les résultats : Harmonisation des concepts et des approches*. New York : Nations Unies.

Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press.

Wone, I., Hamed, M. N. & Tal Dia, A. (2012). Gestion axée sur les résultats et stratégies de développement sanitaire en Afrique. *Santé publique*, 24(5), 459-464.