

Les groupements sanitaires territoriaux à l'épreuve de la gouvernance et de l'autonomie financière : analyse critique de la loi n° 08.22

Territorial Health Groups Tested by Governance and Financial Autonomy: A Critical Analysis of Law No. 08.22

AZAHRI Redouane (Docteur)

AFAF ELAM (Doctorant)

Laboratoire de recherche en Intelligence stratégique et management juridiques des administrations (LISMAD). FSJES Ain Sebaa, Université Hassan II de Casablanca, Maroc
afafelam@gmail.com

ASSOUGUEM DRISS (Docteur)

Laboratoire de recherche en Intelligence stratégique et management juridiques des administrations (LISMAD). FSJES Ain Sebaa, Université Hassan II de Casablanca, Maroc

Résumé

La loi n° 08.22 relative à la création des groupements sanitaires territoriaux (GST) s'inscrit dans la dynamique de réforme du système de santé marocain, marquée par la généralisation de la couverture sanitaire et la modernisation de l'action publique. En instituant des établissements publics régionaux dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, le législateur ambitionne de dépasser les limites d'un modèle historiquement centralisé et de promouvoir une gouvernance territoriale plus intégrée et adaptée aux réalités locales.

Cette étude propose une analyse juridique et institutionnelle critique des GST, en évaluant leur capacité à instaurer une gouvernance territoriale effective et une autonomie financière réelle. Elle met en évidence que, malgré une reconnaissance formelle de l'autonomie administrative et financière, les GST demeurent fortement encadrés par l'État à travers des mécanismes de tutelle administrative et de contrôle financier. La gouvernance instaurée apparaît ainsi hybride, combinant des instruments managériaux et participatifs avec la persistance d'une prééminence étatique dans les processus décisionnels.

Sur le plan financier, l'autonomie des GST se révèle essentiellement fonctionnelle. Les contraintes structurelles du service public de santé, la régulation de la tarification et les disparités territoriales limitent les capacités d'autofinancement, renforçant la dépendance aux subventions publiques. La réforme des GST s'analyse dès lors comme une recombinaison progressive de la gouvernance sanitaire, dont la réussite dépend de l'articulation entre autonomie, régulation étatique et solidarité territoriale.

Mots-clés : Groupements sanitaires territoriaux ; gouvernance ; autonomie financière ; réforme;

Abstract

Law No. 08.22 establishing Territorial Health Groups (THGs) forms part of the broader reform of the Moroccan health system, driven by the generalization of health coverage and the modernization of public governance. By creating regional public entities endowed with legal personality and financial autonomy, the legislator seeks to overcome the

shortcomings of a traditionally centralized model and to promote a more integrated, territorially based governance of healthcare services.

This article provides a critical legal and institutional analysis of THGs, focusing on their ability to ensure effective territorial governance and genuine financial autonomy. It shows that, despite the formal recognition of administrative and financial autonomy, THGs remain subject to strong state supervision through administrative tutelage and financial control mechanisms. As a result, the governance model appears hybrid, combining managerial and participatory instruments with the continued dominance of central state authority.

From a financial perspective, the autonomy granted to THGs is largely functional. Structural constraints inherent to public healthcare, regulated pricing mechanisms, and significant territorial disparities limit self-financing capacities and reinforce dependence on public subsidies. Consequently, the reform introduced by Law No. 08.22 represents a gradual reconfiguration rather than a radical transformation of health governance. Its effectiveness ultimately depends on the State's ability to balance autonomy, regulation, and territorial solidarity.

Keywords : Territorial health groups; governance; financial autonomy; reform;.

Introduction

La réforme du système de santé au Maroc s'inscrit, depuis plusieurs années, dans une dynamique profonde de reconstitution institutionnelle et normative, portée par les orientations stratégiques de l'État en matière de protection sociale, de généralisation de la couverture sanitaire et de modernisation de l'action publique. L'année 2023 marque, à cet égard, une étape décisive, avec l'adoption d'un ensemble de textes législatifs visant à refonder les bases juridiques, organisationnelles et financières du système national de santé, dans une logique de cohérence, d'efficacité et de territorialisation de l'offre de soins.

Parmi ces textes structurants, la loi n° 08.22 relative à la création des groupements sanitaires territoriaux (GST) occupe une place centrale. Elle institue une nouvelle forme d'organisation territoriale du service public de la santé, fondée sur la création d'établissements publics régionaux dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, chargés de coordonner l'ensemble des établissements de santé relevant de leur ressort territorial. Ce choix législatif traduit la volonté de dépasser les limites d'un modèle historiquement marqué par une forte centralisation administrative, afin de promouvoir une gouvernance territoriale plus intégrée, mieux adaptée aux spécificités régionales et aux besoins différenciés des populations.

La création des GST s'inscrit ainsi dans une logique de gouvernance publique renouvelée, reposant sur la déconcentration des décisions, la mutualisation des ressources, la contractualisation et l'amélioration de la performance des services publics de santé. Elle ambitionne, en outre, de renforcer l'autonomie de gestion des structures sanitaires à travers l'instauration de budgets propres, censés favoriser une allocation plus rationnelle des ressources, une meilleure maîtrise des dépenses et une amélioration de la qualité des soins. Toutefois, cette autonomie financière proclamée soulève d'importantes interrogations, tant au regard du maintien de mécanismes de tutelle étatique que de la dépendance persistante des établissements sanitaires à l'égard des subventions publiques.

Dès lors, la loi n° 08.22 apparaît comme un texte porteur d'une tension structurelle entre, d'une part, l'affirmation d'une gouvernance territoriale fondée sur la responsabilisation des acteurs locaux et, d'autre part, la persistance d'un encadrement étroit de l'État, notamment en matière financière et décisionnelle. Cette tension invite à s'interroger sur la portée réelle des transformations introduites par le législateur et sur la capacité effective des GST à incarner une autonomie fonctionnelle et financière susceptible de contribuer durablement à la réforme du système de santé.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude, qui se propose d'analyser les exigences de l'organisation administrative et financière des GST telles qu'elles résultent de la loi n° 08.22, afin d'évaluer leur contribution à la réalisation des objectifs de gouvernance et d'autonomie financière. La problématique centrale peut dès lors être formulée comme suit : dans quelle mesure la loi n° 08.22 consacre-t-elle une véritable gouvernance territoriale du système de santé et une autonomie financière effective des groupements sanitaires territoriaux, ou institue-t-elle, au contraire, une autonomie encadrée marquée par la prééminence persistante de l'État ?

L'intérêt de la présente recherche réside dans l'analyse critique d'un dispositif juridique récent et structurant, encore peu exploré par la doctrine, mais appelé à jouer un rôle déterminant dans la refondation du système de santé marocain. En mettant en lumière les équilibres et les tensions entre décentralisation, autonomie de gestion et contrôle étatique, cette étude contribue à enrichir la réflexion juridique et institutionnelle sur les nouvelles formes de gouvernance publique dans le secteur de la santé. Elle vise également à fournir des éléments d'appréciation utiles aux décideurs publics et aux gestionnaires des établissements sanitaires quant aux conditions de mise en œuvre effective de la réforme.

Les objectifs de la recherche sont doubles. Il s'agit, d'une part, d'examiner les fondements juridiques et institutionnels des GST afin d'apprécier leur capacité à instaurer une gouvernance territoriale cohérente et efficace du système de santé. Il s'agit, d'autre part, d'analyser les mécanismes d'autonomie financière prévus par la loi n° 08.22, en identifiant leurs apports, leurs limites et les contraintes susceptibles d'en réduire la portée dans le contexte institutionnel marocain.

Pour répondre à cette problématique, l'analyse repose sur une approche juridique et institutionnelle fondée sur l'étude du contenu normatif de la loi n° 08.22 et des textes qui lui sont connexes, combinée à une lecture critique des mécanismes de gouvernance et de gestion financière qu'elle met en place. Le raisonnement s'inscrit dans un cadre analytique mobilisant les apports de la théorie de la gouvernance publique et de l'autonomie des établissements publics, permettant de mettre en évidence les enjeux, les limites et les perspectives de cette réforme.

L'étude est structurée autour de deux axes principaux. La première porte sur la création des GST comme instrument de consécration de la gouvernance territoriale du système de santé. Le second examine ces groupements en tant que vecteurs d'une gestion financière autonome, en mettant en lumière les conditions, les contraintes et les limites de cette autonomie dans le contexte institutionnel marocain.

1. Les GST comme instrument de gouvernance territoriale du système de santé

Cette première partie analyse la création des GST à l'aune de la théorie de la gouvernance publique, en mettant en évidence le passage d'un modèle de gestion centralisé du système de santé vers une organisation territorialisée fondée sur la coordination, la régulation et la contractualisation. Elle interroge, dans le même temps, les limites structurelles de cette gouvernance au regard du maintien de mécanismes de tutelle étatique et de la configuration institutionnelle retenue par le législateur.

1.1. La création des GST: une réponse juridique aux limites de la gouvernance centralisée

La création des GST s'inscrit dans un contexte marqué par les insuffisances structurelles du modèle centralisé de gestion du système de santé, longtemps dominant au Maroc. Ce modèle, fondé sur une concentration des pouvoirs de décision au niveau central, a montré ses limites en termes d'adaptation aux spécificités territoriales, de coordination des acteurs et d'efficacité dans la distribution des services de santé. Plusieurs analyses ont mis en évidence que la centralisation excessive tend à produire une fragmentation de l'offre de soins,

une rigidité administrative et une incapacité à répondre de manière différenciée aux besoins sanitaires des populations locales (Pollitt & Bouckaert, 2017).

En effet, malgré l'unité des orientations de la politique sanitaire nationale, la mise en œuvre des politiques publiques de santé s'est révélée insuffisamment sensible aux disparités territoriales, notamment en matière de répartition des infrastructures hospitalières, de disponibilité des ressources humaines qualifiées et d'accès aux équipements médicaux. Ces déséquilibres ont contribué à creuser les inégalités régionales d'accès aux soins et à affaiblir la performance globale du système de santé (WHO, 2016 ; OECD, 2020). Dans ce contexte, la gouvernance centralisée apparaît de moins en moins adaptée à la gestion d'un secteur caractérisé par la complexité des besoins, la diversité des acteurs et l'ancrage territorial des services.

C'est dans cette perspective que la loi n° 08.22 opère une inflexion significative en faveur d'une territorialisation de la gouvernance sanitaire. En confiant à des établissements publics régionaux la mission de coordonner l'ensemble des structures sanitaires relevant de leur ressort, le législateur entend instaurer un mode de gouvernance reposant sur la proximité décisionnelle, la coordination horizontale et l'intégration des politiques de santé à l'échelle régionale. Cette orientation s'inscrit dans la conception contemporaine de la gouvernance publique, entendue comme un processus de coordination des acteurs publics et parapublics visant à améliorer l'efficacité de l'action publique par l'adaptation aux contextes locaux (Rhodes, 1996 ; Kooiman, 2003).

La consécration juridique des GST vise ainsi à dépasser le cloisonnement institutionnel des établissements de santé et à promouvoir une gouvernance intégrée fondée sur la mutualisation des ressources, la planification territoriale de l'offre de soins et la rationalisation des décisions de gestion. En ce sens, ces groupements peuvent être analysés comme des instruments de régulation territoriale, destinés à assurer une meilleure articulation entre les niveaux central et régional de l'action publique sanitaire, tout en favorisant la cohérence des interventions au sein d'un même territoire (Lascoumes & Le Galès, 2007).

Toutefois, cette reconfiguration organisationnelle ne saurait être assimilée à une décentralisation administrative au sens classique du terme. En effet, si la loi n° 08.22 reconnaît aux GST une personnalité morale distincte et une autonomie de gestion, elle maintient parallèlement un encadrement étroit de l'État, tant dans la définition des orientations stratégiques que dans l'exercice des mécanismes de tutelle administrative et financière. Cette configuration renvoie à un modèle de gouvernance « encadrée », dans lequel l'autonomie des acteurs territoriaux demeure conditionnée par des dispositifs de contrôle central, limitant ainsi leur marge de manœuvre réelle (Chevallier, 2014 ; Bouckaert, Peters & Verhoest, 2010).

Dès lors, la création des GST apparaît comme une réponse juridique aux limites de la gouvernance centralisée, sans pour autant consacrer une rupture totale avec le paradigme de la centralisation étatique. Elle traduit plutôt une tentative de recomposition de l'action publique sanitaire, fondée sur un équilibre délicat entre territorialisation de la gestion et maintien de la cohérence nationale du système de santé, équilibre dont l'effectivité dépendra largement des modalités concrètes de mise en œuvre de la réforme.

1.2. Le statut juridique des GST: autonomie proclamée et gouvernance encadrée

En érigeant les GST en établissements publics dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, le législateur marocain s'inscrit dans la conception classique de l'autonomie des établissements publics, telle qu'elle est traditionnellement admise en droit administratif. Cette autonomie vise à concilier l'efficacité de la gestion publique avec le maintien de l'unité et de la cohérence de l'action de l'État, en conférant à certaines entités publiques une capacité juridique distincte leur permettant d'agir, de contracter et de gérer des ressources propres dans un cadre normatif déterminé (Chevallier, 2014 ; Rivero & Waline, 2018).

La reconnaissance de la personnalité morale confère aux GST une existence juridique autonome, distincte de celle de l'administration centrale, leur permettant notamment de conclure des contrats, d'administrer un patrimoine propre et d'organiser leurs services internes. De même, l'autonomie financière, consacrée par la loi n° 08.22, se traduit par la possibilité pour ces établissements d'élaborer et d'exécuter leurs propres budgets, de gérer leurs recettes et leurs dépenses, et de participer à une logique de performance et de responsabilisation dans l'utilisation des ressources publiques. À ce titre, les GST s'inscrivent dans une dynamique inspirée des principes du New Public Management, qui promeut la déconcentration de la gestion, la responsabilisation des gestionnaires publics et l'amélioration de l'efficacité des services publics (Hood, 1991 ; Pollitt & Bouckaert, 2017).

Toutefois, cette autonomie demeure juridiquement et institutionnellement encadrée. En effet, les GST restent soumis à un ensemble de mécanismes de tutelle administrative et financière exercés par l'État, qui traduisent la persistance d'une gouvernance sous supervision centrale. Cette tutelle se manifeste notamment par l'approbation préalable de certains actes, le contrôle de la conformité des décisions aux orientations nationales de la politique de santé, ainsi que par l'encadrement des choix budgétaires et financiers. Une telle configuration confirme le caractère fondamentalement relatif de l'autonomie reconnue aux établissements publics, laquelle ne saurait être assimilée à une indépendance décisionnelle pleine et entière (Auby, 2013).

L'analyse de la loi n° 08.22 met ainsi en évidence une tension structurelle entre, d'une part, l'affirmation d'une gouvernance territoriale visant à rapprocher la décision publique des réalités locales et à renforcer la capacité d'adaptation des structures sanitaires aux besoins spécifiques des territoires, et, d'autre part, le maintien d'un contrôle étroit de l'État sur les orientations stratégiques, l'architecture institutionnelle et les choix financiers des groupements. Cette tension s'inscrit dans une logique de gouvernance multiniveau, dans laquelle l'État central conserve un rôle de régulateur et de garant de l'égalité d'accès aux soins, tout en déléguant certaines responsabilités opérationnelles aux échelons territoriaux (Marks & Hooghe, 2004 ; Loughlin, 2014).

Dès lors, le statut juridique des GST révèle un modèle de gouvernance hybride, oscillant entre autonomie fonctionnelle et dépendance structurelle à l'égard de l'État. Cette configuration, si elle permet de préserver la cohérence nationale du système de santé, est susceptible de limiter la portée effective de la gouvernance territoriale proclamée par le législateur. Elle pose ainsi la question centrale de la capacité réelle des GST à exercer une

autonomie décisionnelle suffisante pour innover, rationaliser l'offre de soins et améliorer durablement la performance du système de santé dans le cadre de la réforme engagée

1.3. L'organisation administrative des GST: entre logique participative et prédominance de l'État

L'organisation administrative des GST constitue un élément central du dispositif de gouvernance instauré par la loi n° 08.22. Elle est conçue comme un cadre institutionnel destiné à concilier les exigences de participation des acteurs territoriaux avec la nécessité, pour l'État, de conserver un pilotage stratégique du système de santé. L'analyse des principaux organes de gouvernance révèle toutefois un déséquilibre persistant en faveur de l'autorité étatique, qui tend à relativiser la portée effective de la gouvernance territoriale proclamée.

1.3.1. Le conseil d'administration : un organe de gouvernance à participation élargie mais déséquilibrée

Le conseil d'administration constitue l'organe central de gouvernance des groupements sanitaires territoriaux. À travers sa composition et ses attributions, il est censé assurer la définition des orientations stratégiques, l'approbation des décisions majeures et le contrôle de la gestion du groupement. La loi n° 08.22 prévoit, à cet égard, une représentation plurielle associant des acteurs institutionnels, des professionnels de la santé et, de manière plus limitée, des représentants des usagers, conformément aux principes de la gouvernance publique participative (Rhodes, 1996 ; Kooiman, 2003).

Cette ouverture formelle à une pluralité d'acteurs traduit la volonté du législateur d'inscrire la gouvernance sanitaire territoriale dans une logique de concertation et de coproduction des politiques publiques, en rupture avec le schéma strictement hiérarchique de l'administration classique. Elle s'inscrit également dans les recommandations internationales en matière de gouvernance des systèmes de santé, qui soulignent l'importance de l'implication des parties prenantes locales dans la prise de décision afin d'améliorer la légitimité et l'efficacité des politiques sanitaires (WHO, 2016).

Toutefois, l'examen de la composition effective du conseil d'administration révèle une prédominance marquée des représentants de l'État et des autorités administratives, tant par leur nombre que par le poids de leurs prérogatives. Les représentants élus des collectivités territoriales, les usagers du service public de santé et les acteurs de la société civile y occupent une place secondaire, souvent dépourvue d'un réel pouvoir d'influence sur les décisions stratégiques. Cette configuration institutionnelle tend ainsi à reproduire les déséquilibres observés dans d'autres établissements publics sanitaires, notamment les centres hospitaliers universitaires, où la participation est davantage formelle que substantielle (Chevallier, 2014 ; Auby, 2013).

Dans cette optique, le conseil d'administration apparaît moins comme un espace autonome de délibération stratégique que comme un organe de validation et de formalisation des orientations définies en amont par l'autorité de tutelle. Cette situation limite la capacité du groupement sanitaire territorial à incarner une gouvernance territoriale effective fondée sur la responsabilisation des acteurs locaux et la prise en compte des besoins spécifiques des populations. Elle met en évidence les tensions inhérentes à un modèle de gouvernance qui,

tout en affichant une ouverture participative, demeure fortement structuré par une logique de contrôle étatique (Lascoumes & Le Galès, 2007).

1.3.2. Le directeur général : un acteur central de la gouvernance managériale territoriale

Le directeur général du groupement sanitaire territorial occupe une position stratégique au sein de l'organisation administrative. Investi de compétences étendues en matière de gestion administrative, financière et technique, il assure la mise en œuvre des décisions du conseil d'administration, la coordination des établissements sanitaires relevant du groupement et la représentation de celui-ci auprès des partenaires institutionnels. Cette concentration des pouvoirs exécutifs s'inscrit dans une logique managériale inspirée des principes du New Public Management, qui promeut le renforcement du rôle des dirigeants publics afin d'améliorer l'efficacité, la réactivité et la performance de l'action publique (Hood, 1991 ; Pollitt & Bouckaert, 2017).

Dans cette perspective, le directeur général apparaît comme un acteur clé de la gouvernance territoriale, chargé d'opérationnaliser les orientations stratégiques et d'assurer la cohérence des actions menées à l'échelle régionale. Il incarne ainsi une figure de « manager public territorial », appelée à jouer un rôle déterminant dans la réussite de la réforme et dans la modernisation de la gestion du système de santé.

Toutefois, les modalités de nomination du directeur général, ainsi que l'exercice de ses fonctions sous le contrôle étroit de l'autorité de tutelle, renforcent l'idée selon laquelle il agit principalement comme un relais de l'État au niveau territorial. Son positionnement institutionnel, fortement dépendant du pouvoir central, limite sa capacité à exercer une autonomie décisionnelle pleine et entière au service d'une gouvernance territoriale réellement différenciée. Cette situation contribue à maintenir une logique hiérarchisée de gouvernance sanitaire, dans laquelle la territorialisation de la gestion s'opère davantage par déconcentration que par une véritable délégation de pouvoir (Bouckaert, Peters & Verhoest, 2010 ; Loughlin, 2014).

Dès lors, l'organisation administrative des GST révèle un modèle ambivalent, oscillant entre une ouverture formelle à la participation des acteurs locaux et la persistance d'une prédominance étatique dans les processus décisionnels. Cette ambivalence constitue l'un des principaux défis de la gouvernance sanitaire territoriale instaurée par la loi n° 08.22, en ce qu'elle conditionne la capacité réelle des groupements à s'affirmer comme des espaces de gouvernance innovants, autonomes et adaptés aux réalités territoriales

1.4. Les commissions spécialisées : instruments de gouvernance ou mécanismes consultatifs limités ?

La faculté reconnue au conseil d'administration de créer des commissions spécialisées, notamment dans les domaines de l'audit, de la stratégie, de l'investissement ou de la qualité des soins, s'inscrit dans les standards contemporains de la gouvernance des établissements publics. Ces commissions constituent, en théorie, des instruments essentiels de rationalisation de la prise de décision, permettant d'approfondir l'analyse des dossiers complexes, de renforcer les mécanismes de contrôle interne et d'améliorer la transparence et la redevabilité des organes dirigeants (OECD, 2015 ; IFAC, 2014).

Dans le champ de la gouvernance publique, la mise en place de commissions spécialisées est souvent présentée comme un levier de professionnalisation des instances de gouvernance et comme un moyen de pallier les limites des conseils d'administration pléthoriques, dont l'efficacité décisionnelle peut être réduite par des considérations institutionnelles ou politiques (Lascoumes & Le Galès, 2007 ; Chevallier, 2014). Appliquée aux groupements sanitaires territoriaux, cette faculté pourrait favoriser une meilleure intégration des exigences de performance, de contrôle financier et de planification stratégique, en cohérence avec les objectifs de réforme du système de santé.

Toutefois, l'analyse de la loi n° 08.22 révèle que la création de ces commissions demeure facultative et laissée à l'appréciation du conseil d'administration, sans qu'aucune obligation légale ne soit prévue pour l'instauration de commissions clés, telles que les commissions d'audit ou de gestion des risques. Cette absence de normativité contraignante contraste avec les recommandations internationales en matière de gouvernance des organismes publics, qui préconisent l'institutionnalisation de certains organes spécialisés afin de garantir l'effectivité du contrôle interne et la qualité de la gouvernance financière (OECD, 2020 ; World Bank, 2017).

Par ailleurs, les commissions spécialisées prévues par la loi n° 08.22 se voient conférer un rôle essentiellement consultatif. Leurs avis ne lient ni le conseil d'administration ni les organes exécutifs, ce qui limite considérablement leur capacité à influencer les décisions stratégiques et financières du groupement. En l'absence de pouvoirs décisionnels ou de mécanismes assurant la prise en compte effective de leurs recommandations, ces commissions risquent de demeurer des instruments formels de gouvernance, davantage orientés vers la conformité institutionnelle que vers une transformation réelle des pratiques décisionnelles (Auby, 2013 ; Bouckaert, Peters & Verhoest, 2010).

Cette limitation est renforcée par l'absence d'un cadre normatif précis encadrant la composition, les règles de fonctionnement, les garanties d'indépendance et les moyens d'action des commissions spécialisées. Sans exigences claires en matière de compétence des membres, d'accès à l'information ou de suivi des recommandations, leur efficacité dépendra largement de la volonté politique des organes dirigeants et de la marge de manœuvre laissée par l'autorité de tutelle. Une telle configuration fragilise la capacité de ces commissions à jouer un rôle structurant dans la gouvernance territoriale des groupements sanitaires territoriaux.

L'analyse de l'organisation administrative des GSTmet ainsi en évidence une gouvernance territoriale juridiquement affirmée mais structurellement encadrée par l'État. Si la loi n° 08.22 introduit des mécanismes institutionnels inspirés des principes de la gouvernance publique, leur portée demeure limitée par la prééminence des dispositifs de contrôle étatique et par le caractère essentiellement consultatif des organes de participation et d'exallow. Cette tension apparaît de manière encore plus marquée dans le domaine financier, où l'autonomie proclamée par le législateur se heurte aux contraintes budgétaires, aux mécanismes de contrôle financier et à la dépendance persistante des GSTà l'égard des financements publics, objet de la seconde partie de la présente étude.

II. Les GST face à l'autonomie financière : une indépendance fonctionnelle encadrée

La seconde partie de cette étude s'attache à analyser l'organisation financière des GST à l'aune de la théorie juridique de l'autonomie financière des établissements publics et des approches managériales contemporaines de la gestion publique. Si la loi n° 08.22 consacre formellement une autonomie financière au profit de ces nouveaux établissements publics, l'examen des mécanismes juridiques et des sources de financement révèle une autonomie essentiellement fonctionnelle, étroitement encadrée par l'État et fortement dépendante de ressources publiques externes. Cette configuration confirme le caractère progressif, relatif et territorialement différencié de l'autonomie financière des groupements sanitaires territoriaux.

2.1. La consécration juridique de l'autonomie financière : une autonomie proclamée par le législateur

La loi n° 08.22 consacre explicitement l'autonomie financière des GST en leur conférant le statut d'établissements publics dotés de la personnalité morale et d'un budget propre. Cette reconnaissance juridique s'inscrit dans la conception classique de l'autonomie des établissements publics, selon laquelle l'attribution d'un budget autonome vise à renforcer la capacité de gestion des entités publiques spécialisées, tout en améliorant l'efficacité et la rationalité de l'action publique (Chevallier, 2014 ; Rivero & Waline, 2018).

L'instauration d'un budget autonome, distinct du budget général de l'État, constitue l'un des fondements essentiels de cette autonomie financière. Le budget du groupement sanitaire territorial est élaboré par ses services, soumis à l'examen et à l'adoption de son conseil d'administration, ce qui traduit, sur le plan formel, une responsabilisation accrue de l'organe délibérant dans la définition des priorités financières, l'allocation des ressources et le pilotage de la performance. Cette logique rejoint les principes du New Public Management, qui promeut une gestion budgétaire axée sur les résultats, la responsabilisation des gestionnaires publics et la maîtrise des coûts (Hood, 1991 ; Pollitt & Bouckaert, 2017).

Toutefois, conformément à la théorie juridique de l'autonomie financière, cette reconnaissance ne saurait être interprétée comme une indépendance budgétaire absolue. L'autonomie financière des établissements publics est, par nature, une autonomie relative, qui s'exerce dans un cadre normatif strict, sous le contrôle de l'autorité de tutelle et dans le respect des équilibres macroéconomiques et budgétaires de l'État (Auby, 2013 ; Bouckaert, Peters & Verhoest, 2010). À cet égard, la loi n° 08.22 maintient des mécanismes de contrôle budgétaire et financier destinés à garantir la soutenabilité financière du système de santé et la conformité des choix de gestion aux orientations nationales de la politique sanitaire.

L'autonomie financière reconnue aux GST doit ainsi être comprise comme une autonomie fonctionnelle, permettant une gestion plus souple et plus adaptée des ressources, sans remettre en cause le rôle central de l'État en tant que garant de l'égalité d'accès aux soins et de la continuité du service public de santé.

2.2. La structure des ressources financières : la priorité aux ressources propres et ses limites structurelles

L'analyse de la structure des ressources financières des GST révèle une orientation législative affirmée en faveur du développement des ressources propres. En plaçant les recettes issues des activités du groupement, de l'exploitation de ses biens meubles et immeubles et, plus largement, de la valorisation de ses services en tête de la hiérarchie des ressources, la loi n° 08.22 s'inscrit dans une logique managériale visant à renforcer l'autofinancement et à réduire, à terme, la dépendance à l'égard des subventions publiques. Cette orientation est caractéristique des réformes inspirées du New Public Management, qui encouragent les établissements publics à diversifier leurs sources de financement et à optimiser la gestion économique de leurs activités (OECD, 2015 ; World Bank, 2017).

Cette priorité accordée aux ressources propres traduit une volonté de responsabilisation financière des groupements sanitaires territoriaux, appelés à améliorer la performance économique de leurs structures, à rationaliser les dépenses et à mieux maîtriser les coûts de fonctionnement. Elle s'inscrit également dans une logique de soutenabilité des finances publiques, dans un contexte marqué par l'augmentation des besoins de financement du système de santé liée à la généralisation de la couverture sanitaire et à la montée des exigences de qualité des soins (WHO, 2016).

Toutefois, cette orientation se heurte à des contraintes structurelles majeures. Dans le secteur public de la santé, les activités génératrices de recettes demeurent intrinsèquement limitées par les principes fondamentaux du service public, notamment l'accessibilité financière, l'égalité d'accès aux soins et la continuité du service. La tarification des prestations de santé, étroitement encadrée par les pouvoirs publics, laisse peu de marge de manœuvre aux établissements pour accroître significativement leurs recettes propres sans porter atteinte aux objectifs de protection sociale et de couverture sanitaire universelle (OECD, 2020).

À ces contraintes s'ajoutent de fortes disparités territoriales. Les différences en matière de densité démographique, de niveau de développement économique, de structure de l'offre de soins et de capacité contributive des populations limitent considérablement les possibilités d'autofinancement des groupements sanitaires territoriaux, en particulier dans les régions les plus défavorisées. Cette hétérogénéité territoriale accentue le caractère inégalement réalisable de l'autonomie financière et renforce la dépendance des groupements à l'égard des subventions de l'État et des collectivités territoriales, qui demeurent, en pratique, la principale source de financement du système de santé public (Loughlin, 2014 ; Chevallier, 2014).

Il en résulte une autonomie financière largement conditionnée par l'intervention publique, qui relativise la portée réelle de l'autonomie proclamée par le législateur. Loin de consacrer une indépendance budgétaire effective, la loi n° 08.22 instaure un modèle d'autonomie financière encadrée, dont l'effectivité dépend étroitement des arbitrages budgétaires de l'État et des capacités économiques propres à chaque territoire.

2.3. Les dépenses et la logique de performance : entre rationalisation financière et contraintes du service public de la santé

En matière de dépenses, la loi n° 08.22 maintient une structuration budgétaire classique, distinguant les dépenses d'investissement, les dépenses de fonctionnement et les charges liées au remboursement des avances et des emprunts. Cette organisation traduit une

volonté de continuité juridique avec les régimes financiers antérieurs applicables aux établissements publics de santé, tout en intégrant progressivement des exigences nouvelles en matière de rationalisation de la dépense publique et d'amélioration de la performance (Chevallier, 2014).

L'introduction d'une logique de gestion axée sur les résultats se manifeste de manière implicite à travers plusieurs mécanismes prévus par la loi, notamment la mutualisation des ressources à l'échelle régionale, la planification territoriale des investissements et l'optimisation de l'utilisation des équipements lourds et des ressources humaines. Ces instruments visent à réduire les coûts de fonctionnement, à limiter les redondances entre établissements et à améliorer l'efficacité globale du système de santé. Ils s'inscrivent dans les principes du New Public Management, qui privilégient la maîtrise des dépenses, l'évaluation des performances et la responsabilisation des gestionnaires publics (Hood, 1991 ; Pollitt & Bouckaert, 2017).

Toutefois, l'application de ces principes managériaux dans le secteur de la santé publique demeure nécessairement encadrée par les contraintes inhérentes au service public sanitaire. La recherche de l'efficacité financière ne peut se faire au détriment des principes fondamentaux d'égalité d'accès aux soins, de continuité du service et de qualité des prestations, qui constituent des exigences constitutionnelles et légales de l'action publique sanitaire. Cette tension entre rationalisation financière et impératifs sociaux constitue l'un des défis majeurs de la gestion des dépenses des groupements sanitaires territoriaux, appelés à concilier performance économique et mission sociale (OCDE, 2020).

2.4. Les mécanismes de contrôle financier : une autonomie sous supervision étatique renforcée

L'autonomie financière reconnue aux GST par la loi n° 08.22 est étroitement encadrée par un ensemble de mécanismes de contrôle financier exercés par l'État. Les délibérations du conseil d'administration relatives au budget, aux marchés publics, aux opérations d'emprunt et aux actes financiers jugés sensibles sont soumises à des procédures de contrôle a priori et a posteriori par les autorités compétentes, notamment celles chargées du contrôle financier de l'État et de la régularité budgétaire (Auby, 2013).

Ces dispositifs traduisent la volonté du législateur de préserver l'équilibre financier du système de santé et de prévenir les risques de dérive budgétaire dans un secteur caractérisé par des dépenses structurellement élevées et difficilement compressibles. Ils s'inscrivent dans une logique de gouvernance financière visant à assurer la soutenabilité des finances publiques, tout en garantissant la conformité des choix de gestion aux orientations nationales de la politique sanitaire (Bouckaert, Peters & Verhoest, 2010).

Dans cette configuration, l'autonomie financière des GST apparaît davantage comme une autonomie de gestion que comme une autonomie de décision stratégique. Si les groupements disposent d'une certaine marge de manœuvre dans l'exécution de leur budget et dans l'organisation interne de leurs dépenses, leurs choix financiers majeurs demeurent subordonnés à l'approbation et au contrôle de l'État. Cette situation confirme le caractère fondamentalement relatif de l'indépendance financière consacrée par la loi n° 08.22 et révèle une gouvernance financière sous supervision étatique renforcée (Chevallier, 2014).

2.5. L'autonomie financière à l'épreuve de la gouvernance territoriale : une différenciation nécessaire entre les territoires

L'un des enjeux majeurs de l'autonomie financière des GST réside dans la prise en compte des profondes disparités territoriales qui caractérisent le système de santé marocain. Les capacités de mobilisation des ressources propres varient considérablement selon les territoires, en fonction de facteurs géographiques, démographiques, économiques et sociaux. Une application uniforme des principes d'autonomie financière risque ainsi de reproduire, voire d'accentuer, les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins et de qualité des services (Loughlin, 2014).

Dans cette perspective, l'autonomie financière ne peut être conçue comme un objectif homogène et immédiat, mais comme un processus différencié et progressif, devant être adapté aux réalités spécifiques de chaque territoire. Cette approche implique un rôle renouvelé de l'État, non plus uniquement en tant que gestionnaire direct des structures sanitaires, mais comme régulateur, garant de l'équité territoriale et correcteur des déséquilibres structurels. L'intervention de l'État demeure ainsi indispensable pour accompagner les groupements les plus fragiles, assurer la solidarité interterritoriale et préserver l'unité du service public de santé (Marks & Hooghe, 2004).

L'analyse de l'organisation financière des GST met ainsi en évidence une autonomie financière juridiquement affirmée mais matériellement limitée, inscrite dans un modèle de gouvernance sous supervision étatique. Cette autonomie relative constitue à la fois une opportunité de modernisation de la gestion du système de santé et une source de tensions structurelles, dont la maîtrise conditionne largement la réussite de la réforme engagée par la loi n° 08.22

3. Cadre théorique et approche analytique

L'analyse des GST institués par la loi n° 08.22 s'inscrit dans un cadre théorique croisant les apports de la gouvernance publique, de la théorie juridique de l'autonomie des établissements publics et des approches contemporaines de la gestion publique axée sur les résultats. Ce cadre permet d'appréhender les GST non seulement comme des constructions juridiques nouvelles, mais également comme des instruments de transformation de l'action publique dans le secteur de la santé.

3.1. La gouvernance publique comme cadre d'analyse de la territorialisation du système de santé

L'analyse des GST institués par la loi n° 08.22 s'inscrit dans un cadre théorique combinant les apports de la gouvernance publique, de la théorie juridique de l'autonomie des établissements publics et des approches contemporaines de la gestion publique axée sur les résultats. Ce croisement théorique permet de considérer les GST non seulement comme des constructions juridiques nouvelles, mais aussi comme des instruments de transformation de l'action publique dans le secteur de la santé, articulant objectifs d'efficacité, de performance et de territorialisation.

Ce cadre analytique facilite l'examen de deux dimensions essentielles :

1. La capacité des groupements à instaurer une gouvernance territoriale réellement intégrée, capable de rapprocher les décisions des besoins locaux et de coordonner les structures sanitaires sur un territoire donné ;

2. L'exercice d'une autonomie financière et managériale fonctionnelle, encadrée par l'État mais destinée à améliorer l'efficacité et la performance des services publics de santé.

L'approche adoptée repose sur une analyse normative et institutionnelle, centrée sur le contenu de la loi n° 08.22 et des textes réglementaires connexes, combinée à une lecture critique des dispositifs de gouvernance et de gestion financière qu'elle institue. Cette démarche s'inscrit dans la continuité des travaux sur la gouvernance publique territoriale (Rhodes, 1996 ; Kooiman, 2003) et sur l'autonomie relative des établissements publics (Auby, 2013 ; Chevallier, 2014), tout en intégrant les perspectives managériales contemporaines issues du New Public Management (Hood, 1991 ; Pollitt & Bouckaert, 2017).

3.1. La gouvernance publique comme cadre d'analyse de la territorialisation du système de santé

La notion de gouvernance publique s'est progressivement imposée dans l'analyse des réformes administratives comme alternative au modèle classique fondé sur la hiérarchie, la centralisation et le monopole étatique de la décision publique. Elle renvoie à un mode de coordination des acteurs reposant sur la participation, la régulation, la contractualisation et la coopération entre une pluralité d'intervenants, qu'ils soient publics ou privés (Lascombes & Le Galès, 2007 ; Pierre & Peters, 2000).

Dans le secteur de la santé, la gouvernance publique se traduit par la recherche d'un équilibre entre les impératifs nationaux de cohérence et d'égalité, et la nécessité d'adapter les politiques aux spécificités territoriales. La territorialisation de la politique de santé constitue ainsi un levier central pour améliorer l'efficacité et l'efficacité du système, en rapprochant la décision des besoins réels des populations, en optimisant l'allocation des ressources et en favorisant la coordination des acteurs à l'échelle régionale (WHO, 2016 ; OECD, 2020).

La création des groupements sanitaires territoriaux, en vertu de la loi n° 08.22, peut être interprétée comme l'expression juridique d'une volonté de reconfigurer la gouvernance du système de santé. Elle vise à dépasser le cloisonnement institutionnel des établissements sanitaires, à instaurer une coordination territoriale intégrée et à mutualiser les ressources et compétences dans un cadre de gouvernance plus horizontale.

Cependant, la gouvernance publique ne se réduit pas à une simple déconcentration ou décentralisation organisationnelle. Elle implique également :

- une redistribution effective du pouvoir décisionnel, permettant aux acteurs locaux de contribuer réellement aux choix stratégiques ;
- une participation élargie des parties prenantes, incluant usagers, collectivités territoriales et professionnels de santé ;
- une transparence accrue des mécanismes de gestion et de contrôle, garantissant l'efficacité et la légitimité des décisions.

L'effectivité de ces principes doit être évaluée à la lumière des dispositions concrètes de la loi n° 08.22, qui, si elle proclame la territorialisation et l'autonomie, encadre néanmoins

fortement les groupements par des mécanismes de tutelle administrative et financière. Ce cadre théorique permet donc d'analyser les GST comme un terrain d'articulation entre innovation managériale et encadrement étatique, tout en évaluant leurs capacités à traduire en pratique les principes de la gouvernance territoriale.

3.2. L'autonomie des établissements publics : entre reconnaissance juridique et encadrement étatique

La théorie juridique de l'autonomie des établissements publics constitue un second pilier du cadre analytique de cette étude. Traditionnellement, l'autonomie des établissements publics repose sur trois dimensions complémentaires : la personnalité morale, l'autonomie administrative et l'autonomie financière (Auby, 2013 ; Chevallier, 2014). Cette autonomie vise à permettre une gestion plus souple et plus efficace des services publics, tout en maintenant un lien fonctionnel avec l'État à travers des mécanismes de tutelle et de contrôle.

Dans cette perspective, l'autonomie financière ne doit pas être assimilée à une indépendance budgétaire absolue. Elle se conçoit plutôt comme une autonomie fonctionnelle encadrée, dans laquelle l'établissement dispose d'un budget propre et de ressources spécifiques, tout en demeurant soumis à des règles strictes de contrôle, d'approbation et de supervision financière exercées par l'autorité de tutelle (Bouckaert, Peters & Verhoest, 2010 ; Rivero & Waline, 2018). La doctrine souligne ainsi que l'autonomie financière des établissements publics est fondamentalement relative, puisque l'État conserve un pouvoir d'orientation stratégique et un droit de regard sur les décisions budgétaires jugées sensibles.

Appliquée aux groupements sanitaires territoriaux, cette approche permet de dépasser une lecture purement formelle des dispositions de la loi n° 08.22 consacrant leur autonomie financière. Elle invite à s'interroger sur leur capacité réelle à mobiliser des ressources propres, à arbitrer librement leurs choix budgétaires et à assumer une responsabilité financière effective dans un contexte marqué par la prédominance des subventions publiques et par l'intervention continue du contrôle financier de l'État (Loughlin, 2014 ; OECD, 2020). Cette analyse révèle que l'autonomie proclamée reste largement conditionnée par l'encadrement étatique et les contraintes institutionnelles du système de santé marocain.

3.3. Les apports du New Public Management et de la gestion axée sur les résultats

L'analyse s'appuie également sur les enseignements du New Public Management et de la gestion axée sur les résultats, qui ont profondément influencé les réformes des services publics au cours des dernières décennies. Ces approches mettent l'accent sur la performance, l'efficacité, la responsabilisation des gestionnaires et l'évaluation des résultats, en introduisant dans le secteur public des instruments inspirés du privé, tels que les contrats-objectifs, les indicateurs de performance, les audits externes et la contractualisation entre autorités de tutelle et établissements (Hood, 1991; Pollitt & Bouckaert, 2017).

La loi n° 08.22 s'inscrit partiellement dans cette logique, notamment à travers:

- la promotion de la mutualisation des ressources à l'échelle territoriale;
- la contractualisation entre l'État et les GST pour fixer des objectifs et des responsabilités;
- la mise en place de mécanismes d'évaluation et de contrôle de la performance financière et administrative des groupements.

Cependant, l'introduction de ces instruments managériaux dans un secteur aussi sensible que la santé publique soulève des enjeux spécifiques. La recherche de performance et d'efficacité ne peut compromettre l'accès équitable aux soins, la continuité du service public ou le rôle régulateur de l'État, qui demeure garant des principes de justice sociale et d'équité territoriale (OECD, 2020).

Dans ce cadre, les GST peuvent être appréhendés comme des structures hybrides, situées à l'intersection d'une logique administrative classique et d'une logique managériale orientée vers les résultats. Cette hybridation constitue à la fois une opportunité de modernisation du système de santé et une source de tensions, notamment lorsque les impératifs de performance financière entrent en contradiction avec les exigences d'équité et de responsabilité sociale.

Ce cadre théorique fournit les outils conceptuels nécessaires pour analyser les mécanismes de gouvernance et d'organisation financière instaurés par la loi n° 08.22, ainsi que leurs limites structurelles. Il permet de montrer que la création des GST ne représente pas une rupture radicale avec le modèle antérieur, mais plutôt une recombinaison progressive de l'action publique sanitaire, fondée sur une autonomie encadrée et une gouvernance territoriale sous supervision étatique.

Conclusion

L'analyse des groupements sanitaires territoriaux, à travers le prisme de l'autonomie administrative et financière relative, met en évidence une transformation significative mais inachevée du mode de gouvernance du système de santé au Maroc. Loin de constituer une rupture radicale avec les modèles antérieurs de gestion centralisée, cette réforme s'inscrit dans une dynamique de recombinaison progressive des rapports entre l'État et les structures territoriales de santé, caractérisée par une délégation encadrée des compétences et des responsabilités

Sur le plan théorique, les GST illustrent pleinement les limites du modèle d'autonomie tel qu'il est souvent mobilisé dans les réformes inspirées du NPM. Si l'autonomie organisationnelle et financière est juridiquement consacrée, son effectivité demeure conditionnée par des mécanismes de tutelle, de contrôle et de dépendance structurelle aux financements publics. Cette configuration confirme que l'autonomie ne saurait être appréhendée comme une indépendance décisionnelle totale, mais plutôt comme une autonomie fonctionnelle, strictement circonscrite par les impératifs de cohérence du système national de santé et par les contraintes budgétaires de l'État.

L'étude met également en lumière une tension persistante entre les objectifs d'efficacité managériale et les exigences fondamentales du service public de santé. La recherche de performance, de rationalisation des coûts et d'optimisation des ressources, bien que légitime dans un contexte de rareté budgétaire, se heurte aux principes d'égalité d'accès aux soins, de solidarité territoriale et de continuité du service public. Cette tension constitue un point de fragilité de la réforme, car une application trop rigide des logiques managériales pourrait produire des effets selon les territoires, accentuant ainsi les inégalités sanitaires existantes.

Par ailleurs, l'autonomie financière des GST apparaît structurellement asymétrique. Les capacités de mobilisation des ressources propres varient fortement selon les caractéristiques socio-économiques des territoires, relativisant la portée universelle du modèle proposé. En l'absence de mécanismes correcteurs suffisamment robustes, cette asymétrie pourrait transformer l'autonomie financière en facteur de fragmentation territoriale plutôt qu'en levier de modernisation du système de santé.

En définitive, la réforme des GST ne peut être analysée uniquement à travers ses dispositifs juridiques et organisationnels. Elle doit être comprise comme un processus de gouvernance en tension, dans lequel l'État redéfinit son rôle non pas en se retirant, mais en se repositionnant comme régulateur, arbitre et garant de l'équité territoriale. La réussite de cette réforme dépendra ainsi moins de l'extension formelle de l'autonomie que de la capacité des pouvoirs publics à articuler autonomie, régulation et solidarité territoriale dans une logique cohérente et durable, afin d'assurer une gouvernance territoriale réellement intégrée et équitable.

Bibliographie

1. ouvrages

1. Auby, J.-B. (2013). *Droit administratif général*. Paris : Dalloz.
2. Chevallier, J. (2014). *Les établissements publics en droit français*. Paris : LGDJ.
3. Hood, C. (1991). *A Public Management for All Seasons?* Public Administration, 69(1), 3-19.
4. Kooiman, J. (2003). *Governing as Governance*. London: Sage.
5. Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2007). *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po.
6. Loughlin, J. (2014). *Subnational Government: The French Experience*. In R. Kersting & A. Vetter (Eds.), *Reforming Local Government in Europe* (pp. 45-64). Wiesbaden: Springer VS.
7. Pierre, J., & Peters, B. G. (2000). *Governance, Politics and the State*. London: Macmillan.
8. Rivero, C., & Waline, J. (2018). *Les établissements publics : théories et pratiques*. Paris .
9. Rhodes, R. A. W. (1996). *The New Governance: Governing without Government*. Political Studies, 44(4), 652-667.
10. Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform: A Comparative Analysis – Into the Age of Austerity* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.

2. Rapports

1. OECD. (2015). *Public Governance Reviews: Ireland – Country Report*. Paris : OECD Publishing.
2. OECD. (2020). *Health at a Glance: OECD Indicators 2020*. Paris : OECD Publishing.
3. WHO. (2016). *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Genève.
4. World Bank. (2017). *Public Financial Management and Health System Performance*. Washington, DC : World Bank.

3. Lois et textes législatifs

- Loi n° 08.22 relative aux groupements sanitaires territoriaux. Maroc, 2022.