

Implémentation des Groupements Sanitaires Territoriaux : Perceptions anticipées des professionnels de santé de la région Marrakech–Safi, défis, enjeux et facteurs clés de réussite

Implementation of Regional Health Groups: Anticipated perceptions of healthcare professionals in the Marrakech–Safi region, challenges, issues, and key success factors.

Auteur 1 : SBAI Abdenabi.

Auteur 2 : KHAIDAR Younes.

Abdenabi SBAI, (ORCID : 0009-0005-1133-2881 *, Enseignant chercheur PhD, MA, etc.)

1 Université Sidi Mohamed Ben Abdellah / ENCG de Fès / Laboratoire de Recherche et d'Etudes en Management, Entrepreneuriat et Finance (LAREMEF)

Younes KHAIDAR, (ORCID : 0009-0006-4355-702X *, Doctorant PhD, MA, etc.)

2 Université Sidi Mohamed Ben Abdellah / ENCG de Fès / Laboratoire de Recherche et d'Etudes en Management, Entrepreneuriat et Finance (LAREMEF)

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 : SBAI .A & KHAIDAR .Y (2026). « Implémentation des Groupements Sanitaires Territoriaux : Perceptions anticipées des professionnels de santé de la région Marrakech–Safi, défis, enjeux et facteurs clés de réussite », African Scientific Journal « Volume 03, Num 34 » pp: 1024 – 1064.



DOI : 10.5281/zenodo.18695904
Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

Cet article analyse les perceptions des professionnels de santé à l'égard de l'implémentation des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) au Maroc, en mettant l'accent sur les conditions jugées déterminantes pour la réussite de cette transformation organisationnelle. À travers une approche qualitative interprétative, l'étude repose sur des entretiens semi-directifs menés auprès d'acteurs appartenant à différents niveaux du système de santé. Les résultats montrent que les professionnels perçoivent les GST comme une réforme potentiellement structurante, mais dont la portée demeure conditionnée par son ancrage territorial et par les modalités concrètes de mise en œuvre. L'analyse met en évidence plusieurs obstacles organisationnels et institutionnels, notamment un déficit de gouvernance, une communication insuffisante et une centralisation persistante. En parallèle, les acteurs identifient des leviers de réussite tels que la gouvernance participative, la coordination inter-établissements et la modernisation managériale. Les résultats soulignent également l'importance de l'appropriation professionnelle et de la disponibilité des ressources, pour assurer l'effectivité de la réforme. En définitive, il ressort de cette recherche que la réussite des Groupements Sanitaires Territoriaux ne repose pas uniquement sur leur cadre institutionnel, mais dépend principalement de la mise en place d'une gouvernance territoriale effective, participative et dotée de capacités opérationnelles, condition essentielle pour traduire l'ambition de la réforme en résultats organisationnels concrets. S'appuyant sur une analyse comparative avec les expériences française, québécoise et rwandaise, l'article met en lumière les spécificités du contexte marocain. Il contribue ainsi à la littérature sur la gouvernance territoriale des systèmes de santé et offre des pistes de réflexion pour les décideurs publics.

Mots clés : Réforme des systèmes de santé, Gouvernance territoriale, Intégration des services et des soins, Changement organisationnel, Perceptions des professionnels de santé

Abstract

This article analyzes healthcare professionals' perceptions of the implementation of Territorial Health Groups (GST) in Morocco, focusing on the conditions considered crucial to the success of this organizational transformation. Using a qualitative interpretative approach, the study is based on semi-structured interviews conducted with stakeholders at different levels of the healthcare system. The results show that professionals perceive GSTs as a potentially transformative reform, but one whose scope remains conditioned by its territorial anchoring and the concrete modalities of its implementation. The analysis highlights several organizational and institutional obstacles, including a lack of governance, insufficient communication, and persistent centralization. At the same time, stakeholders identify levers for success such as participatory governance, inter-institutional coordination, and managerial modernization. The results also highlight the importance of professional ownership and resource availability in ensuring the effectiveness of the reform. Ultimately, the study suggests that the success of Territorial Health Groups does not rely solely on their institutional framework but primarily depends on the establishment of effective, participatory, and operationally supported territorial governance, which is essential to translating the reform's ambition into tangible organizational outcomes. Drawing on a comparative analysis of experiences in France, Quebec, and Rwanda, the article highlights the specificities of the Moroccan context. It thus contributes to the literature on territorial governance of health systems and offers food for thought for public decision-makers.

Keywords: Health system reform, Territorial governance, Integration of services and care, Organizational change, Perceptions of health professionals

Introduction

Les systèmes de santé contemporains sont confrontés à des transformations profondes, marquées par la montée des maladies chroniques, les contraintes budgétaires, les inégalités territoriales d'accès aux soins et la complexification croissante des parcours de santé. Dans ce contexte, de nombreux pays ont engagé des réformes visant à renforcer l'intégration des services, à territorialiser l'offre de soins et à améliorer la gouvernance des systèmes de santé. Ces transformations ont été particulièrement accélérées à la suite de la pandémie de COVID-19, qui a mis en évidence la nécessité de renforcer la coordination territoriale et la résilience des systèmes de santé (Belloni, 2025 ; OECD, 2023). Elles s'inscrivent ainsi dans une logique de transformation des organisations fragmentées au profit de dispositifs territoriaux plus coordonnés et plus performants.

Au Maroc, la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux s'inscrit dans cette trajectoire de transformation, en ambitionnant de restructurer l'organisation du système de santé autour de territoires sanitaires intégrés. Inspirée d'expériences internationales telles que les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) en France, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) au Québec ou encore les modèles de pilotage territorial mis en œuvre au Rwanda, cette réforme vise à renforcer la coordination des acteurs, à rationaliser l'allocation des ressources et à améliorer l'équité territoriale.

Dans ce contexte, le présent article porte spécifiquement sur l'analyse des perceptions des professionnels de santé à l'égard de la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc, en tant que facteur déterminant de sa réussite organisationnelle.

Toutefois, la littérature souligne que la réussite de ce type de réformes ne dépend pas uniquement de leur architecture institutionnelle, mais également de la manière dont elles sont perçues, appropriées et mises en œuvre par les acteurs de terrain. Les travaux en gouvernance territoriale et en changement organisationnel montrent en effet que les réformes imposées de manière descendante tendent à susciter des résistances, tandis que celles fondées sur la participation des professionnels et sur un pilotage local effectif favorisent l'adhésion et la durabilité du changement.

Dans le secteur de la santé, ces enjeux sont d'autant plus sensibles que les pratiques professionnelles, les logiques institutionnelles et les valeurs du service public structurent fortement les comportements des acteurs. Dès lors, l'analyse des perceptions des professionnels

de santé constitue un levier central pour comprendre les conditions réelles de réussite des transformations organisationnelles engagées. Dans cette perspective, cette étude s'inscrit dans une analyse approfondie de la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux en s'appuyant sur le retour des acteurs du système de santé. Il s'articule autour de la problématique suivante : *« Comment les professionnels de santé perçoivent-ils l'implémentation des Groupements Sanitaires Territoriaux, et quelles conditions identifient-ils comme déterminantes pour la réussite de cette transformation organisationnelle ? »*.

L'objectif principal de cette recherche est d'analyser les perceptions des professionnels de santé à l'égard des Groupements Sanitaires Territoriaux, en explorant leurs attentes, leurs résistances et leurs recommandations, et d'identifier les conditions organisationnelles et institutionnelles qu'ils considèrent comme déterminantes pour la réussite de cette transformation. Plus spécifiquement, l'article vise à comprendre les perceptions et attentes associées à la réforme, à identifier les obstacles organisationnels et institutionnels perçus, à dégager les leviers de réussite suggérés par les professionnels et à formuler des recommandations stratégiques à l'intention des décideurs politiques et institutionnels.

L'article est structuré comme suit : une première section présente le cadre conceptuel et la revue de littérature portant sur la gouvernance territoriale, la décentralisation et l'intégration des systèmes de santé ; la deuxième section expose le positionnement épistémologique et la méthodologie adoptée ; la troisième section présente les résultats empiriques ; enfin, une discussion approfondie confronte les constats aux expériences internationales avant qu'une conclusion ne synthétise les principaux apports, les limites de l'étude et les perspectives de recherche.

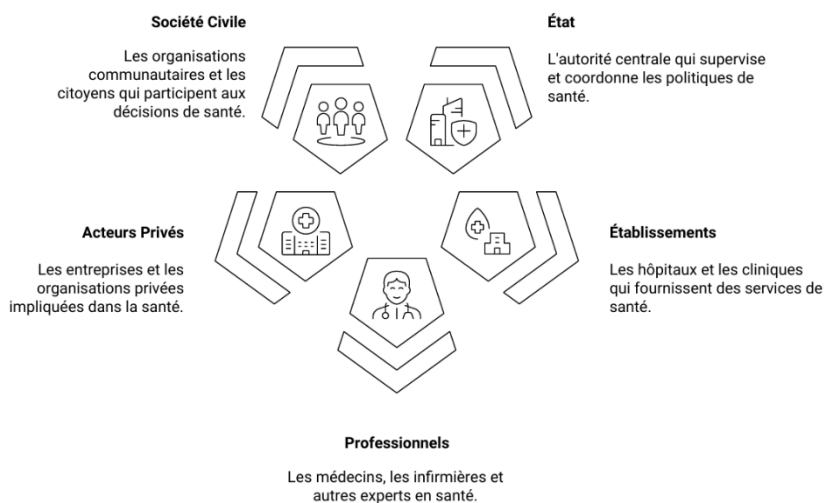
1. Cadrage conceptuel

Afin d'analyser la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux, il est nécessaire de mobiliser un cadre conceptuel permettant de saisir les dynamiques contemporaines de transformation des systèmes de santé. Ce cadrage s'appuie sur les apports de la littérature relatifs à la gouvernance territoriale, à la décentralisation et à l'intégration des soins. Il offre les fondements théoriques indispensables à la compréhension des logiques organisationnelles et institutionnelles à l'œuvre dans la réforme étudiée.

1.1. Gouvernance territoriale des systèmes de santé : fondements et enjeux conceptuels

La gouvernance territoriale en santé constitue aujourd’hui un champ d’analyse majeur, pour comprendre les transformations des systèmes sanitaires contemporains. Selon Rhodes (1996), la transition du *government* vers la *governance* marque l’émergence d’un mode de pilotage fondé non plus sur la hiérarchie, mais sur l’interdépendance des acteurs. Cette lecture trouve un écho particulier dans les systèmes de santé, où la coordination entre niveaux institutionnels et organisations médicales devient essentielle.

Figure N°1 : Démonstration des dimensions de la gouvernance territoriale en santé



Source : Élaborée par l’auteur

Pour Ansell et Torfing (2021), la gouvernance territoriale en santé repose sur un modèle collaboratif dans lequel l’État, les établissements, les professionnels, les acteurs privés et la société civile co-produisent les décisions. Cette approche insiste sur la nécessité de créer des dispositifs de délibération, d’apprentissage et de coopération qui dépassent les logiques bureaucratiques traditionnelles.

Dans la même lignée, Capano et Lippi (2017) soulignent que l’efficacité de la gouvernance territoriale dépend étroitement des instruments mobilisés : contractualisation, réseaux territoriaux, plateformes numériques et dispositifs participatifs. Ces outils conditionnent la capacité des acteurs à coordonner leurs actions, à réduire la fragmentation et à s’approprier les

réformes. Pour ces auteurs, les instruments de gouvernance jouent un rôle déterminant dans l'émergence de nouvelles formes d'intégration territoriale.

Par ailleurs, Peters (2021) indique que la gouvernance territoriale doit être pensée comme une réponse à la complexité croissante des systèmes publics, notamment sanitaires. Selon lui, la multiplication des acteurs, la variété des enjeux territoriaux et la coexistence de logiques professionnelles divergentes nécessitent des dispositifs de gouvernance capables de réduire les ambiguïtés organisationnelles et de clarifier les responsabilités.

Dans ce cadre, les travaux de Greer, Wismar et Figueras (2016 ; 2019) montrent que la gouvernance territoriale en santé repose sur l'articulation entre coordination verticale (État–régions–établissements) et coordination horizontale (coopérations inter-établissements, réseaux cliniques, partenariats publics-privés). Ces auteurs démontrent que la réussite des réformes territoriales dépend de la capacité à assurer une cohérence entre ces deux dimensions. À cet effet, Emerson et Nabatchi (2015) attestent que la gouvernance territoriale ne peut être dissociée de la gouvernance collaborative. Selon eux, la confiance, la participation des acteurs et l'apprentissage collectif constituent les conditions essentielles pour favoriser l'appropriation des réformes. Ainsi, Ansell et Gash (2018) soulignent également que les dispositifs participatifs améliorent la légitimité de l'action publique et renforcent l'engagement des professionnels.

De ce fait, la gouvernance territoriale est fortement influencée par les perceptions, attentes et marges de manœuvre des acteurs de terrain. Selon Moore (2019), la gouvernance en santé ne doit pas seulement viser l'efficacité organisationnelle, mais également la création de valeur publique à travers l'équité, la qualité et la participation. Pour Breton et Brousselle (2021), les réformes territoriales échouent lorsqu'elles sont perçues comme imposées ou déconnectées des réalités locales, ce qui confirme l'importance de l'appropriation professionnelle.

La gouvernance territoriale en santé apparaît comme un processus institutionnel, organisationnel et relationnel, façonné autant par les dispositifs formels que par les dynamiques sociales, culturelles et professionnelles. Elle constitue un cadre conceptuel essentiel pour analyser des réformes telles que les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc, où les enjeux de coordination, de participation et d'appropriation sont centraux.

1.2. La décentralisation et la régionalisation comme leviers de transformation des systèmes de santé

La gouvernance territoriale en santé ne peut être comprise sans être articulée aux processus de décentralisation et de régionalisation, qui constituent, selon de nombreux travaux, des leviers structurants de transformation des systèmes sanitaires. Pour Saltman, Bankauskaite et Vrangbæk (2007), la décentralisation vise à redistribuer les responsabilités et les capacités décisionnelles vers les niveaux territoriaux, dans l'objectif d'améliorer la réactivité des politiques de santé et de mieux adapter l'offre aux besoins locaux. Ce transfert de compétences crée les conditions institutionnelles nécessaires à une gouvernance territoriale plus intégrée, permettant aux régions et aux établissements de devenir de véritables acteurs du pilotage de l'action sanitaire.

Dans la même logique, la régionalisation constitue, selon Saltman et Figueras (2013), une modalité avancée de décentralisation car elle dote les territoires de structures de planification, de régulation et de coordination. Elle permet ainsi l'émergence d'espaces décisionnels cohérents, essentiels au développement de réseaux territoriaux de santé et à l'intégration des parcours. Cette structuration territoriale est au cœur de la gouvernance en réseau décrite par Greer, Wismar et Figueras (2016 ; 2019), pour qui la régionalisation transforme les relations entre les acteurs en articulant coordination verticale (État, région et établissements) et coordination horizontale (entre établissements et professionnels).

Par ailleurs, Peters (2021) démontre que la capacité d'un système de santé à mettre en œuvre une gouvernance territoriale efficace dépend directement du degré d'autonomie, de clarté institutionnelle et de cohérence organisationnelle produit par la décentralisation. De ce fait, une gouvernance territoriale robuste exige non seulement des compétences propres au niveau régional, mais aussi des instruments permettant une réelle co-production des décisions, ce que la décentralisation facilite en rapprochant les centres décisionnels des réalités du terrain.

Les travaux de Breton et Brousselle (2021) sur les réformes québécoises et ceux de Minvielle et al. (2018) sur les Groupements Hospitaliers de Territoire en France montrent que la gouvernance territoriale ne peut fonctionner que si les structures décentralisées disposent d'une capacité opérationnelle permettant la coordination clinique, la mutualisation des ressources et la gestion des tensions inter-organisationnelles. Lorsque les régions sont dotées d'un pouvoir

suffisant, elles deviennent des espaces de médiation, d'innovation organisationnelle et d'ajustement des politiques nationales aux spécificités locales.

Dans les pays à revenu intermédiaire, des études comme celles de Kalk et al. (2019) montrent que la décentralisation, lorsqu'elle est accompagnée de mécanismes de performance et de renforcement des capacités locales, peut produire une amélioration notable de l'efficacité territoriale. Cependant, ces mêmes auteurs rappellent que sans gouvernance territoriale claire, la décentralisation risque de renforcer les inégalités territoriales au lieu de les réduire, confirmant que les deux processus doivent être articulés.

Ainsi, gouvernance territoriale, décentralisation et régionalisation forment un triptyque indissociable : la décentralisation confère l'autonomie, la régionalisation structure les espaces d'action, et la gouvernance territoriale organise la coordination, la coopération et l'intégration des soins. Elles constituent un levier fondamental pour réussir des réformes comme les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc, où la transformation du système de santé repose sur l'équilibre entre autonomie locale, cohérence nationale et engagement des acteurs.

1.3. Réseaux territoriaux de santé

Les réseaux territoriaux de santé constituent aujourd'hui un pilier des politiques de réorganisation des systèmes de santé, en particulier dans les contextes où les gouvernements cherchent à réduire la fragmentation des services et à renforcer la coordination entre les acteurs. Selon Goodwin et al. (2016), ces réseaux reposent sur l'idée qu'une meilleure articulation entre soins primaires, soins hospitaliers, services spécialisés et acteurs communautaires permet d'améliorer la continuité des parcours, la qualité des soins et l'efficacité globale du système. Leur logique dépasse la simple juxtaposition d'établissements : ils visent la création d'un dispositif intégré, où les organisations collaborent autour d'objectifs stratégiques communs, définis en fonction des besoins spécifiques de la population d'un territoire donné.

Les travaux de Breton et Brousselle (2021) soulignent que les réseaux territoriaux de santé ne sont pas seulement des constructions organisationnelles, mais aussi des espaces de gouvernance collaborative. Ils mobilisent des mécanismes de coordination formels (protocoles territoriaux, plateformes numériques, comités inter-organisationnels) et informels (relations de confiance, routines professionnelles, leadership clinique) qui facilitent l'alignement des actions. Ce double registre explique pourquoi leur performance dépend autant des capacités institutionnelles que de la qualité des relations interprofessionnelles (Shaw et al., 2021). À l'échelle internationale,

l'OMS (2023) considère que ces réseaux constituent une étape essentielle pour la transition vers des systèmes de soins intégrés, fondés sur la proximité, la prévention et l'équité territoriale.

Dans le contexte marocain, la réforme du système de santé engagée depuis 2022 s'inscrit clairement dans cette dynamique. Les **Groupements Sanitaires Territoriaux (GST)**, institués par la loi 08.22, représentent le modèle national de réseau territorial intégré. Inspirés des Groupements Hospitaliers de Territoire (France) et des Centres intégrés de santé et de services sociaux (Québec), les GST visent à restructurer l'offre de soins à l'échelle régionale en favorisant la mutualisation des ressources, la standardisation des procédures et la coordination entre établissements publics. Ils constituent des entités de gouvernance intermédiaire, chargées d'organiser les parcours de soins, d'assurer la cohérence des plans territoriaux de santé et de garantir une meilleure répartition des services.

Comme le soulignent Greer et al. (2019) dans leurs travaux sur la gouvernance en santé, la réussite de telles organisations dépend de leur capacité à surmonter trois défis majeurs : la clarté des rôles institutionnels, la coordination multi-niveaux et l'appropriation par les professionnels. Les GST ne peuvent fonctionner efficacement que si les acteurs – directions régionales, hôpitaux, centres de santé, professionnels – adoptent une vision partagée du territoire comme espace de coopération plutôt que comme zone de concurrence. Ce point rejoint les analyses d'Ansell et Gash (2018) sur la gouvernance collaborative, qui montrent que l'engagement des acteurs et la qualité du leadership sont déterminants pour la durabilité des réformes.

Ainsi, les réseaux territoriaux de santé et les GST constituent deux concepts étroitement articulés : les premiers représentent le cadre théorique de l'intégration territoriale, tandis que les seconds incarnent son application institutionnelle dans le système marocain. Leur analyse permet de comprendre les transformations structurelles en cours, ainsi que les conditions nécessaires pour renforcer l'efficacité, l'équité et la cohérence de l'offre de soins.

2. Revue de littérature

2.1. Ancrage théorique de la territorialisation des politiques de santé

La territorialisation des politiques de santé s'inscrit dans un ensemble de cadres théoriques qui permettent d'en comprendre les fondements, les mécanismes et les dynamiques d'appropriation par les acteurs. L'un des ancrages majeurs repose sur la théorie de la gouvernance multi-niveaux, développée notamment par Hooghe et Marks (2003) et enrichie récemment par Peters

(2021). Cette théorie postule que l'action publique est structurée par une distribution verticale et horizontale des responsabilités entre l'État central, les niveaux régionaux et les entités locales. Dans le secteur de la santé, cette approche éclaire la manière dont la coordination entre ces niveaux influence la performance du système, la répartition des services et la capacité des acteurs territoriaux à mettre en œuvre les politiques nationales. La réforme marocaine des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) s'inscrit précisément dans cette logique, en cherchant à repositionner le territoire comme un espace de gouvernance opérationnelle.

Un deuxième ancrage théorique essentiel réside dans la théorie de la gouvernance collaborative, consolidée par Ansell et Gash (2008, 2018) et Emerson et Nabatchi (2015). Cette théorie met l'accent sur les conditions nécessaires à la coopération inter-organisationnelle dans la production des politiques publiques : la confiance, la transparence, la qualité du dialogue, l'équilibre des pouvoirs et la capacité de négociation. Dans la perspective de la territorialisation, elle permet de comprendre comment les professionnels de santé : hôpitaux, centres de santé, services d'urgence, agences régionales deviennent des co-décideurs et non de simples exécutants. La réussite des GST dépend ainsi du degré d'engagement des acteurs, de la qualité du leadership territorial et de la capacité à instaurer des mécanismes de coordination durable.

Un troisième cadre théorique mobilisé concerne la théorie des réseaux et de la gouvernance en réseau, particulièrement développée par Provan et Kenis (2008) et actualisée par Shaw, Rosen et Cookson (2021). Cette approche considère les organisations comme insérées dans des structures réticulaires marquées par l'interdépendance, la complémentarité des ressources et la nécessité de coordination. Les réseaux territoriaux de santé, au cœur des réformes contemporaines, sont analysés comme des systèmes complexes où les flux d'information, les coopérations cliniques et les arrangements institutionnels jouent un rôle central dans la cohérence du parcours de soins. Les GST, en tant que réseaux institutionnalisés, relèvent directement de ce paradigme, puisqu'ils cherchent à organiser une gouvernance intégrée fondée sur la mutualisation des équipements, la coordination des activités et la standardisation des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, la territorialisation des politiques de santé peut être éclairée par la théorie du changement organisationnel, notamment les approches d'Armenakis et Harris (2009), Weick (2001) ou encore By (2022). Cette théorie insiste sur le rôle des perceptions, de l'engagement, des résistances et des capacités d'adaptation dans la mise en œuvre des réformes. Les GST constituent une transformation structurelle majeure qui modifie les rôles, les processus

décisionnels et les relations professionnelles. La manière dont les acteurs interprètent, acceptent ou contestent ces changements est déterminante pour la réussite de la réforme. Cette théorie permet ainsi d'intégrer la dimension cognitive et psychosociale de la territorialisation, trop souvent négligée dans les approches purement institutionnelles.

En outre, la théorie de l'institutionnalisme sociologique (Scott, 2014 ; DiMaggio & Powell, 1983) offre une lecture structurante de la territorialisation en montrant que les organisations évoluent sous l'effet de pressions normatives, réglementaires et culturelles. Les réformes territoriales ne s'imposent pas mécaniquement : elles sont filtrées par les routines professionnelles, les normes historiques du secteur hospitalier, les valeurs organisationnelles et les logiques bureaucratiques. L'institutionnalisme permet ainsi de comprendre les convergences, les inerties et les résistances observées dans la mise en œuvre des GST.

Dans l'ensemble, ces différents ancrages théoriques convergent pour montrer que la territorialisation des politiques de santé est un processus multidimensionnel, à la fois institutionnel, organisationnel, relationnel et culturel. L'analyse des GST nécessite donc une articulation entre gouvernance multi-niveaux, gouvernance collaborative, théorie des réseaux, changement organisationnel et institutionnalisme, afin d'appréhender les complexités de cette transformation systémique et les conditions de sa réussite.

2.2. Analyse critique des travaux empiriques sur la mise en œuvre des réformes territoriales de santé

La littérature empirique sur la transformation des systèmes de santé met en lumière un mouvement structurel de reconfiguration organisationnelle, largement lié aux impératifs contemporains d'efficacité, de qualité et de continuité des soins. Dans ce cadre, les innovations organisationnelles représentent un champ d'analyse privilégié. Elles renvoient à l'introduction de nouvelles formes de coordination, de gouvernance et de structuration des activités cliniques (Burns & Stalker, 1961 ; Mintzberg, 1997). À cet égard, plusieurs travaux montrent que les organisations de santé évoluent progressivement vers des modèles plus flexibles, collaboratifs et transversaux (Denis, Langley & Rouleau, 2007). Les expériences menées en France, au Québec et en Angleterre révèlent que la création de pôles, de réseaux intégrés ou de plateformes de coordination permet une meilleure circulation de l'information et une réduction de la fragmentation des services (Contandriopoulos et al., 2018). Cependant, ces innovations ne

produisent leurs effets que lorsque les professionnels s'approprient les dispositifs et que les structures soutiennent réellement le changement.

L'intégration des services et des soins apparaît par ailleurs comme un levier central d'amélioration de la performance des systèmes de santé. Les travaux fondateurs de Kodner et Spreeuwenberg (2002) montrent que l'intégration verticale et horizontale favorise la continuité des soins, la réduction des duplications de tâches et une meilleure coordination interprofessionnelle. Les analyses plus récentes prolongent ces travaux en montrant que les dispositifs d'intégration territoriale constituent aujourd'hui un levier stratégique de transformation systémique, notamment dans les contextes de réforme post-pandémique, en renforçant la coordination des acteurs et la cohésion organisationnelle (Roth, 2025). De plus, les recherches menées par Valentijn (2016) sur l'intégration centrée patient démontrent que l'alignement des structures, des processus et des valeurs professionnelles constitue un déterminant majeur de la réussite des réformes. Les expériences québécoises, notamment celles des CISSS et CIUSSS confirment que la gouvernance intégrée contribue à améliorer l'efficacité organisationnelle et l'accès aux services (Minvielle et al., 2020). En France, l'essor des CPTS s'inscrit dans le même mouvement, visant à dépasser les cloisonnements professionnels au bénéfice des parcours territorialisés (Bourgueil et al., 2016). Toutefois, plusieurs études soulignent que l'intégration demeure entravée par la résistance au changement, l'absence d'interopérabilité des systèmes d'information ou les asymétries de pouvoir entre catégories professionnelles (Denis et al., 2011). En revanche, lorsqu'une gouvernance participative est instaurée, l'intégration génère des effets significatifs sur l'efficacité clinique et administrative.

Les innovations managériales et leur impact sur la performance constituent un autre axe fortement documenté. Ainsi, l'introduction d'outils de pilotage (tableaux de bord, indicateurs qualité, management par la performance) contribue à structurer les processus décisionnels et à renforcer la culture d'amélioration continue (Bevan & Hood, 2006). Dans cette perspective, la performance en santé est désormais appréhendée sous un angle multidimensionnel, incluant la qualité clinique, la sécurité des patients, la satisfaction des professionnels et l'efficacité économique (Kaplan et al., 2014). Au demeurant, les recherches empiriques montrent que les innovations managériales ne produisent des résultats significatifs que lorsqu'elles s'accompagnent d'un leadership transformationnel, d'une participation active des équipes et d'un climat de confiance organisationnelle (Denis & Forest, 2012). Dès lors, la performance

s'inscrit moins dans l'implantation mécanique d'outils que dans la capacité des organisations à créer des dynamiques d'apprentissage collectif.

Les pratiques professionnelles et les dynamiques des acteurs constituent un déterminant crucial de la réussite ou de l'échec des réformes sanitaires. La sociologie des professions souligne que les organisations de santé sont traversées par des identités professionnelles fortes, qui influencent l'appropriation des innovations (Freidson, 2001). À cet égard, plusieurs études démontrent que la collaboration interprofessionnelle et le décloisonnement des pratiques constituent des conditions essentielles à l'efficacité des innovations organisationnelles (D'Amour et al., 2008). En outre, la capacité des professionnels à co-construire les dispositifs, à partager l'information et à développer des pratiques réflexives influence directement la durabilité des transformations (Langley & Denis, 2011). Toutefois, lorsque les réformes sont perçues comme imposées « d'en haut », sans prise en compte des réalités professionnelles, elles génèrent résistance, contournement ou inertie (Waring & Currie, 2009). Ainsi, la littérature empirique converge vers l'idée que la réussite des innovations organisationnelles, managériales et cliniques repose sur une articulation étroite entre dispositifs formels et dynamiques professionnelles informelles.

3. Méthodologie de recherche

3.1. Positionnement épistémologique

Dans cette recherche, nous avons opté pour un positionnement interprétiviste, car l'objectif est de comprendre la manière dont les professionnels de santé construisent le sens de la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST). L'interprétivisme repose sur l'idée que la réalité sociale est subjective, contextualisée et co-produite par les acteurs, comme le soulignent Berger et Luckmann (1966). Ce courant considère que les phénomènes organisationnels ne peuvent être appréhendés indépendamment des significations que leur attribuent les individus, en cohérence avec les travaux de Geertz (1973) sur l'interprétation des cultures. De plus, l'analyse des perceptions, résistances et facteurs clés de succès liés à une réforme institutionnelle s'inscrit pleinement dans une logique exploratoire, telle que défendue par Weber (1965) et renouvelée par Schutz (1967). À cet égard, l'interprétivisme permet ainsi d'accéder à la profondeur des expériences vécues et aux logiques d'action des professionnels, ce qui en fait une approche particulièrement pertinente pour étudier les dynamiques d'appropriation, de légitimité et de sens au sein d'un secteur aussi complexe que celui de la

santé. Ce positionnement épistémologique implique un mode de raisonnement abductif, articulant un cadre théorique issu de la revue de littérature à une analyse interprétative des discours recueillis. Il s'agit ainsi de confronter les catégories conceptuelles aux données empiriques tout en laissant émerger des significations propres au terrain étudié, assurant ainsi la cohérence entre le paradigme interprétiviste adopté et la stratégie analytique mise en œuvre.

3.2. Échantillon étudié

L'échantillon retenu pour cette étude est constitué de 14 professionnels de santé, sélectionnés selon une logique d'échantillonnage raisonné, afin de garantir la diversité des perspectives et la richesse des données recueillies. Ces participants incluent des cadres administratifs, des médecins, des infirmiers ainsi que des agents administratifs, représentant différents niveaux d'intervention au sein du système de santé.

Ce choix répond à l'objectif d'obtenir une compréhension approfondie et nuancée des perceptions, attentes et résistances liées à la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST). Conformément aux recommandations de Miles et Huberman (1994) ainsi que de Patton (2002) en matière d'échantillonnage qualitatif, la composition de l'échantillon vise à maximiser la variation des profils afin de saisir la diversité des expériences professionnelles et des interprétations sociales associées à la réforme. Ce dispositif permet ainsi de produire une analyse riche, contextualisée et représentative des dynamiques organisationnelles observées sur le terrain.

3.3. Méthode de collecte des données

La collecte des données a été réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs, une méthode privilégiée dans les recherches qualitatives visant à explorer en profondeur les représentations, perceptions et expériences des acteurs (Kvale, 1996 ; Quivy & Van Campenhoudt, 2011). Le guide d'entretien élaboré pour cette étude comprend vingt-six questions ouvertes, structurées autour de cinq dimensions principales :

- La compréhension du modèle des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST),
- Les impacts anticipés de l'implémentation des GST sur les organisations et les pratiques professionnelles,
- Les obstacles organisationnels et institutionnels perçus,

- Les leviers de réussite identifiés par les professionnels,
- Et les recommandations formulées à l'intention des décideurs.

Cette structuration thématique permet d'assurer à la fois la cohérence de la démarche et la flexibilité nécessaire pour laisser émerger des éléments nouveaux, conformément aux principes de l'entretien compréhensif. Les entretiens ont été conduits en face-à-face ou à distance, selon les disponibilités des participants, et ont été intégralement enregistrés puis retranscrits pour garantir la fidélité de l'analyse.

3.4. Méthode de traitement des données

Le traitement des données a été réalisé sur NVivo 14 à travers une double approche combinant codage lexical et codage de contenu, conformément aux recommandations de Miles, Huberman et Saldaña (2014), pour les analyses qualitatives assistées par logiciel. L'ensemble des verbatims a été importé dans NVivo 14, qui a permis une organisation systématique des données et une extraction fine des unités de sens.

Tableau N°1 : Grille des items de codage

Catégorie	Sous Items de codage	Références
Perceptions et attentes associées aux GST	Représentation de la réforme	Freidson (2001) ; Denis, Langley & Rouleau (2007)
	Légitimité percée de la réforme	Bevan & Hood (2006) ; Mintzberg (1997)
	Adéquation territoriale	Valentijn (2016) ; Kodner & Spreeuwenberg (2002)
	Vision stratégique perçue	Burns & Stalker (1961) ; Kaplan & Porter (2014) —
	Orientation idéologique (étatisation vs privatisation)	Waring & Currie (2009) ; Contandriopoulos et al. (2018)

Obstacles organisationnels et institutionnels perçus	Déficit de gouvernance	Denis & Forest (2012); Minvielle et al. (2020)
	Déficit de communication institutionnelle	D'Amour et al. (2008); Kaplan et al. (2014)
	Fragmentation structurelle persistante	Kodner & Spreuwenberg (2002) ; Valentijn (2016)
	Incohérence territoriale	Bourgueil et al. (2016) ; Minvielle et al. (2020)
	Faible implication des professionnels	Langley & Denis (2011); Freidson (2001)
	Résistance professionnelle au changement	Waring & Currie (2009) ; Denis et al. (2011)
Leviers de réussite suggérés par les professionnels	Gouvernance participative	Denis, Langley & Rouleau (2007); Bevan & Hood (2006)
	Coordination inter-établissements	Valentijn (2016) ; D'Amour et al. (2008)
	Alignement territorial de l'offre de soins	Bourgueil et al. (2016) ; Kodner & Spreuwenberg (2002)
	Modernisation managériale	Kaplan et al. (2014) ; Mintzberg (1997)
	Appropriation professionnelle	Langley & Denis (2011); Freidson (2001)
	Clarification des objectifs stratégiques	Kaplan et al. (2014) ; Denis et al. (2007)

Recommandations stratégiques pour les décideurs	Implication des acteurs dès la conception	D'Amour et al. (2008) ; Langley & Denis (2011)
	Renforcement institutionnel	Minvielle et al. (2020) ; Bevan & Hood (2006)
	Transparence et redevabilité	Bevan & Hood (2006) ; Contandriopoulos et al. (2018)
	Simplification des procédures	Mintzberg (1997) ; Kaplan et al. (2014)

Source : Élaborée par l'auteur

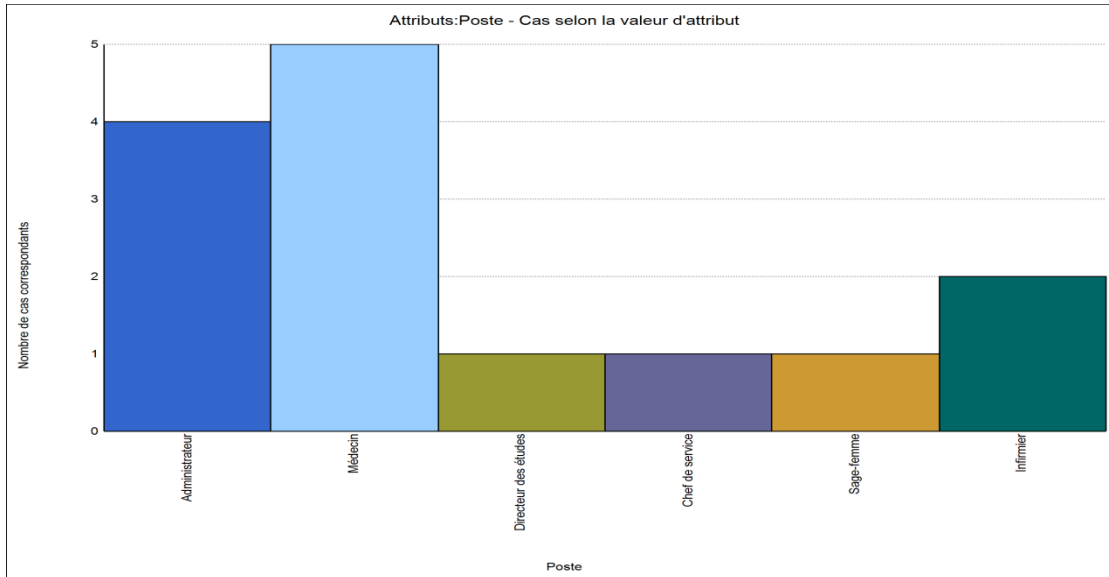
Dans cette étude, la stratégie analytique mobilisée s'inscrit dans une logique de codage dirigé, fondée sur une grille de codage construite a priori à partir des concepts et dimensions théoriques issus de la revue de littérature. Cette approche s'inspire de la directed content analysis, telle que proposée par Hsieh et Shannon (2005), visant à examiner la manière dont les catégories théoriques se manifestent dans le discours des professionnels. Le codage lexical a permis d'identifier les occurrences, cooccurrences et régularités dans l'usage des mots clés associés aux thèmes centraux de la réforme des GST, tandis que le codage de contenu a permis d'interpréter les significations sous-jacentes, les logiques d'action et les perceptions exprimées. L'utilisation combinée de ces deux techniques renforce la robustesse analytique du dispositif et assure une traçabilité méthodologique entre les données empiriques, les catégories théoriques et les résultats interprétatifs.

4. Présentation des résultats

Cette section présente les principaux résultats empiriques issus de l'analyse des données qualitatives recueillies auprès des professionnels de santé. Elle s'organise autour de l'analyse des profils des répondants, de l'exploration lexicale des discours et de l'analyse de contenu thématique permettant de mettre en évidence perceptions, obstacles, leviers et recommandations associés aux Groupements Sanitaires Territoriaux.

4.1. Analyse des profils interrogés

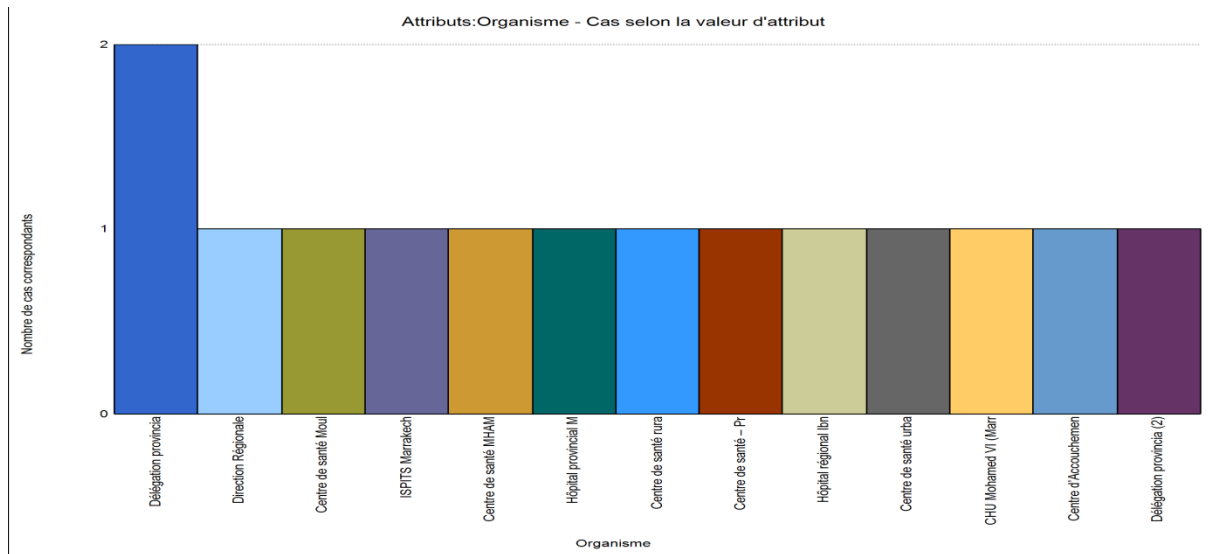
Figure N°2 : Distribution des répondants selon la fonction occupée



Source : Élaborée par l’auteur

La figure met en évidence la répartition des répondants selon leur poste au sein du système de santé, révélant une surreprésentation des fonctions administratives et médicales dans l’échantillon étudié. Les administrateurs constituent la catégorie la plus représentée, suivis des médecins, tandis que les autres profils professionnels notamment les directeurs des études, chefs de service, sage-femmes et infirmiers apparaissent de manière plus marginale. Cette distribution traduit une prédominance des acteurs impliqués dans les fonctions de pilotage, de gestion et de décision clinique, au détriment des professions davantage orientées vers l’exécution et le soin de première ligne. Une telle configuration de l’échantillon est susceptible d’influencer la nature des discours recueillis, en privilégiant des perceptions centrées sur les enjeux organisationnels, institutionnels et managériaux.

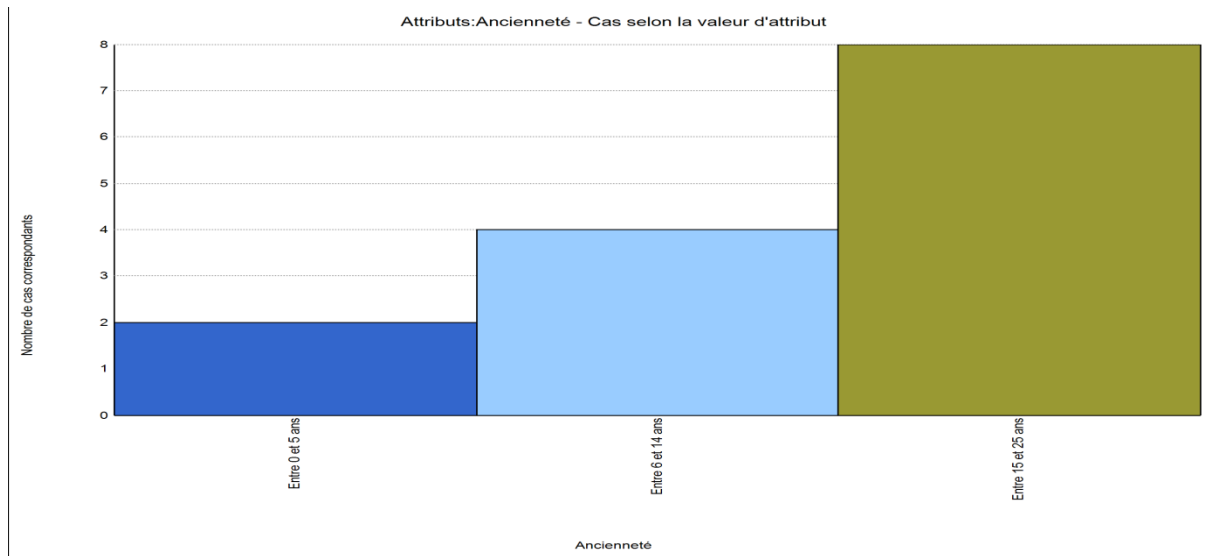
Figure N°3 : Distribution des répondants selon l'organisme



Source : Élaborée par l'auteur

Par ailleurs, la répartition des répondants selon leur organisme d'appartenance, met en évidence une forte dispersion institutionnelle de l'échantillon. Les participants proviennent d'une diversité de structures sanitaires et administratives, allant des délégations provinciales et directions régionales aux centres de santé urbains et ruraux, en passant par les hôpitaux provinciaux, régionaux, les CHU et les établissements de formation. Cette pluralité organisationnelle traduit une volonté de couvrir différents niveaux du système de santé, tant en amont qu'en aval de la chaîne de soins. Néanmoins, la majorité des organismes ne sont représentés que par un seul répondant, ce qui souligne le caractère exploratoire de la démarche et limite toute prétention à une représentativité institutionnelle stricte.

Figure N°4 : Distribution des répondants selon l'ancienneté



Source : Élaborée par l'auteur

La figure relative à l'ancienneté des répondants montre une prédominance marquée des professionnels disposant d'une expérience élevée dans le secteur de la santé. En effet, la majorité des participants se situent dans la tranche comprise entre 15 et 25 ans d'ancienneté, traduisant une forte présence d'acteurs expérimentés et durablement insérés dans les organisations sanitaires. Les répondants ayant une ancienneté intermédiaire, comprise entre 6 et 14 ans, sont également représentés, quoique de manière plus modérée, tandis que les profils les plus récents, ayant entre 0 et 5 ans d'expérience, demeurent minoritaires. Néanmoins, il s'agit d'un échantillon caractérisé par une expertise professionnelle accumulée, ce qui renforce la validité interne des résultats, notamment à travers un regard plus critique et réflexif sur les réformes successives du système de santé.

4.2. Analyse lexicale

Le nuage de mots met en évidence les notions les plus saillantes mobilisées par les professionnels de santé lorsqu'ils évoquent l'implémentation des Groupements Sanitaires Territoriaux, révélant une forte centralité des termes « coordination », « ressources », « parcours », « professionnels » et « gouvernance ».

4.1. Analyse de contenu

Cette sous-section présente les résultats de l'analyse de contenu thématique réalisée à partir des entretiens, selon un processus de codage systématique. Elle met en évidence les principales catégories analytiques structurant les perceptions, les obstacles, les leviers de réussite et les recommandations formulées par les professionnels de santé.

Tableau N°2 : Grille de codage des items relatifs à la perception des professionnels

Catégorie thématique (Perceptions)	Code	Définition opérationnelle du code	Extraits de verbatims
Représentation de la réforme	Représentation organisationnelle de la réforme	Manière dont les acteurs se représentent la réforme GST comme un changement organisationnel (réorganisation vs réforme structurelle)	« Pour moi, les GST ne constituent pas une réforme en profondeur du système de santé. Il s'agit surtout d'un regroupement administratif des structures existantes, avec un changement d'étiquette, mais sans transformation réelle des pratiques ni du mode de fonctionnement quotidien sur le terrain. » (P1)
	Réforme perçue comme opportunité	La réforme est perçue comme une opportunité potentielle de modernisation du système	« Sur le principe, je pense que les GST peuvent être une opportunité pour moderniser la gouvernance du système de santé, rapprocher les décisions du terrain et sortir d'un

			fonctionnement trop centralisé, à condition que cela soit réellement appliqué. » (P4)
Légitimité perçue de la réforme	Légitimité institutionnelle faible	Perception d'un déficit de légitimité lié à une réforme imposée de manière descendante	« Cette réforme a été conçue sans réelle concertation avec les professionnels de santé. On a l'impression qu'elle a été décidée au niveau central, puis imposée sur le terrain, sans prendre en compte les réalités du secteur. » (P5)
	Légitimité conditionnelle	Acceptation de la réforme sous réserve de résultats visibles et concrets	« La légitimité des GST dépendra surtout de ce qu'ils vont changer concrètement pour nous et pour les patients. Si on ne voit pas d'amélioration rapide, cette réforme perdra toute crédibilité. » (P6)
	Décalage territoire-organisation	Perception d'un écart entre le découpage des GST et les besoins réels des territoires	« Dans notre région, le futur CHU est à plusieurs centaines de kilomètres de certaines provinces. Les patients vont naturellement se diriger vers l'établissement le plus proche, même s'il

Adéquation territoriale			dépend d'un autre GST, ce qui montre un décalage clair entre la planification territoriale et la réalité vécue. » (P1)
	Hétérogénéité territoriale	Reconnaissance des disparités territoriales nécessitant des adaptations différenciées	« Un centre de santé en zone montagneuse ne peut pas être géré de la même manière qu'un CHU en milieu urbain. Si les GST ne tiennent pas compte de ces différences, ils risquent de reproduire les mêmes inégalités. » (P3)
Vision stratégique perçue	Absence de vision stratégique claire	Perception d'un flou sur les finalités réelles de la réforme	« On ne sait toujours pas clairement où l'on veut aller avec cette réforme. Est-ce une réforme structurelle du système de santé ou simplement une réorganisation administrative pour répondre à des contraintes budgétaires ? » (P1)
	Vision stratégique ambiguë	Existence d'objectifs affichés mais perçus comme insuffisamment traduits opérationnellement	« Officiellement, on parle de territorialisation, de performance et d'équité. Mais sur le terrain, on ne voit pas encore comment ces objectifs vont se traduire concrètement

			dans l'organisation quotidienne des soins. » (P2)
Orientation idéologique (étatisation vs privatisation)	Crainte d'une privatisation implicite	Perception des GST comme une étape vers une logique marchande du système de santé	« J'ai le sentiment que cette réforme s'inscrit dans une logique de privatisation progressive du secteur public de la santé, sous couvert d'autonomie et de performance, avec un risque de marginaliser la mission sociale du service public. » (P1)
	Défense de l'orientation sociale du système	Attachement à une forte intervention de l'État et à la mission sociale du système de santé	« Le secteur de la santé nécessite une forte présence de l'État. Toute réforme, y compris les GST, doit préserver cette orientation sociale et éviter une approche purement marchande. » (P4)

Source : Élaborée par l'auteur

L'analyse des perceptions associées aux Groupements Sanitaires Territoriaux révèle une représentation majoritairement organisationnelle de la réforme, perçue davantage comme une reconfiguration administrative que comme une transformation structurelle du système de santé. Cette lecture rejoint les travaux de Denis, Langley et Rouleau (2007), selon lesquels les réformes organisationnelles sont souvent interprétées par les acteurs à l'aune de leurs effets concrets sur les pratiques quotidiennes plutôt qu'à partir de leurs intentions normatives. La coexistence, dans les discours, d'une vision critique et d'une perception opportuniste de la

réforme traduit une ambivalence classique observée dans les processus de changement organisationnel (Armenakis & Harris, 2009), où l’adhésion reste conditionnée à la démonstration de bénéfices tangibles.

La faible légitimité perçue de la réforme, liée à son caractère descendant, fait écho aux analyses de la gouvernance collaborative développées par Ansell et Gash (2018), qui soulignent que l’absence de participation des professionnels fragilise l’appropriation et la crédibilité des dispositifs territoriaux. Cette légitimité apparaît ainsi essentiellement conditionnelle, dépendante de résultats visibles en matière d’accès, de qualité et d’efficacité, conformément aux travaux de Bevan et Hood (2006) sur la performance publique.

Par ailleurs, les perceptions relatives à l’adéquation territoriale mettent en évidence un décalage entre le découpage institutionnel des GST et les réalités géographiques et sociales des territoires, confirmant les constats de Bourgueil et al. (2016) et de Valentijn (2016) sur les limites des modèles d’intégration qui ignorent les flux réels de patients. L’absence de vision stratégique claire et la perception d’objectifs insuffisamment opérationnalisés traduisent une gouvernance territoriale encore inachevée, rejoignant les analyses de Peters (2021) sur les ambiguïtés propres aux réformes multi-niveaux.

Les tensions idéologiques entre logique d’étatisation et crainte d’une privatisation implicite renvoient aux travaux de Waring et Currie (2009), qui montrent que les réformes managériales en santé sont souvent interprétées comme des menaces potentielles pour la mission sociale du service public. Dans l’ensemble, ces perceptions confirment que la réussite des GST repose moins sur leur architecture institutionnelle que sur leur capacité à articuler gouvernance, territorialisation et appropriation professionnelle.

Tableau N°3 : Grille de codage des items relatifs aux obstacles

Catégorie thématique	Code	Définition opérationnelle du code	Extraits de verbatims illustratifs
Obstacles organisationnels	Déficit de gouvernance	Perception d’une gouvernance floue, centralisée ou insuffisamment	« Le problème principal, ce n’est pas le manque de textes, mais le manque de gouvernance réelle. Les

et institutionnels perçus		structurée, limitant la capacité de pilotage effectif des GST	décisions continuent à venir d'en haut, sans marge de manœuvre pour le territoire, ce qui donne l'impression que les GST ne sont qu'une couche administrative supplémentaire. » (P2)
	Déficit de communication institutionnelle	Insuffisance ou absence de communication claire, régulière et pédagogique autour des objectifs, modalités et impacts des GST	« On a reçu quelques présentations générales, mais personne ne nous a expliqué concrètement ce que les GST vont changer dans notre travail quotidien. Ce flou crée beaucoup de rumeurs et d'incompréhensions parmi les professionnels. » (P5)
	Fragmentation structurelle persistante	Maintien du cloisonnement entre établissements, niveaux de soins et acteurs malgré la réforme	« Même avec les GST, on a l'impression que chaque structure continue à fonctionner dans son coin. Il n'y a pas encore de véritables mécanismes qui obligent les établissements à travailler ensemble de manière coordonnée. » (P7)
	Incohérence territoriale	Inadéquation entre le découpage territorial des GST, l'implantation des structures et les flux réels de patients	« Dans certaines provinces, les patients vont naturellement vers l'hôpital le plus proche, même s'il dépend d'un autre territoire sanitaire. Cela montre que le découpage

			GST ne correspond pas toujours aux réalités géographiques et sociales. » (P1)
	Faible implication des professionnels	Perception d'une implication limitée des professionnels de santé dans la conception et la mise en œuvre des GST	« Les professionnels sont surtout informés, mais ils ne participent pas aux décisions. On nous consulte rarement, et quand c'est le cas, c'est souvent à la fin du processus, quand tout est déjà décidé. » (P3)
	Résistance professionnelle au changement	Résistances individuelles ou collectives liées à la peur, à la fatigue réformatrice et au manque de visibilité sur les bénéfices attendus	« Il y a une vraie lassitude sur le terrain. Les équipes ont déjà vécu plusieurs réformes sans amélioration concrète. Du coup, dès qu'on parle des GST, beaucoup se disent que ça va encore compliquer leur travail sans contrepartie. » (P6)

Source : Élaborée par l'auteur

L'analyse des obstacles organisationnels et institutionnels perçus met en évidence des freins structurels qui entravent l'opérationnalisation effective des Groupements Sanitaires Territoriaux. Le déficit de gouvernance apparaît comme un obstacle central, les acteurs soulignant la persistance d'un pilotage fortement centralisé et l'absence de marges de manœuvre réelles au niveau territorial. Cette perception rejoint les travaux de Peters (2021) et de Denis et Forest (2012), selon lesquels une gouvernance territoriale floue affaiblit la capacité de coordination et limite l'efficacité des réformes multi-niveaux.

Le déficit de communication institutionnelle renforce cette fragilité, en alimentant l'incertitude et les interprétations divergentes autour des finalités et des modalités des GST. Comme le

montrent D'Amour et al. (2008), l'absence de dispositifs de communication clairs compromet l'appropriation collective et favorise l'émergence de résistances informelles. Par ailleurs, la persistance d'une fragmentation structurelle, malgré l'introduction des GST, confirme les limites soulignées par Kodner et Spreeuwenberg (2002) et Valentijn (2016), qui rappellent que l'intégration des soins ne peut résulter d'un simple regroupement institutionnel sans mécanismes concrets de coordination inter-organisationnelle.

L'incohérence territoriale perçue, liée au décalage entre le découpage des GST et les flux réels de patients, renvoie aux analyses de Bourgueil et al. (2016) et Minvielle et al. (2020), selon lesquelles les réformes territoriales échouent lorsqu'elles ne s'appuient pas sur une lecture fonctionnelle des territoires de santé. En outre, la faible implication des professionnels dans la conception et la mise en œuvre des GST alimente une résistance au changement largement documentée dans la littérature sur le changement organisationnel (Waring & Currie, 2009 ; Langley & Denis, 2011). Cette résistance apparaît moins idéologique que cumulative, nourrie par une fatigue réformatrice et par l'absence de bénéfices perceptibles. Dans l'ensemble, ces obstacles soulignent que la réussite des GST dépend moins de leur architecture normative que de la capacité du système à instaurer une gouvernance lisible, participative et territorialement cohérente.

Tableau N°4 : Grille de codage des items relatifs aux leviers de réussite

Catégorie thématique	Code	Définition opérationnelle du code	Extraits de verbatims illustratifs (verbatim étendus)
	Gouvernance participative	Mise en place d'une gouvernance territoriale associant réellement les professionnels de santé aux instances de décision et de pilotage des GST	« Si on veut que les GST réussissent, il faut absolument que les professionnels de santé soient associés dès le départ aux décisions. Pas seulement informés, mais réellement impliqués dans les conseils, avec un droit de vote et une

Leviers de réussite suggérés par les professionnels			capacité d'influencer les choix stratégiques. » (P3)
	Coordination inter-établissements	Renforcement effectif de la coopération entre établissements et niveaux de soins à travers des mécanismes formalisés	« La réussite des GST passera par une vraie coordination entre les centres de santé, les hôpitaux provinciaux, régionaux et les CHU. Il faut des référents clairs, des réunions régulières et surtout des décisions suivies d'effets. » (P4)
	Alignement territorial de l'offre de soins	Adaptation de l'offre de soins à la géographie réelle des territoires et aux flux effectifs des patients	« Avant de penser organisation, il faut partir des besoins réels des populations. Les parcours de soins doivent être construits en fonction des distances, des moyens de transport et des habitudes des patients, sinon les GST resteront théoriques. » (P1)
	Modernisation managériale	Introduction de pratiques managériales modernes fondées sur l'autonomie, les outils numériques et le pilotage par la performance	« On ne peut pas réussir cette réforme avec les anciens outils. Il faut des systèmes d'information partagés, des tableaux de bord simples et une autonomie réelle de gestion pour pouvoir agir rapidement au niveau territorial. » (P2)

	Appropriation professionnelle	Processus par lequel les professionnels comprennent, acceptent et s'approprient les GST dans leurs pratiques quotidiennes	« Les GST ne marcheront que si les professionnels sentent que cette réforme est faite avec eux et pour eux. Dès qu'on voit des améliorations concrètes dans le quotidien, l'adhésion vient naturellement. » (P6)
--	-------------------------------	---	--

Source : Élaborée par l'auteur

L'analyse des leviers de réussite suggérés par les professionnels met en évidence une conception de la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux fondée sur des conditions de gouvernance, de coordination et d'appropriation plutôt que sur de simples ajustements institutionnels. La gouvernance participative apparaît comme un levier central, les acteurs soulignant la nécessité d'une implication effective des professionnels dans les instances de décision. Cette attente rejoint les travaux d'Ansell et Gash (2018) ainsi que d'Emerson et Nabatchi (2015), qui montrent que la gouvernance collaborative renforce à la fois la légitimité des réformes et leur capacité d'appropriation par les acteurs de terrain.

La coordination inter-établissements est également perçue comme un facteur déterminant de réussite, confirmant les analyses de Kodner et Spreeuwenberg (2002) et de Valentijn (2016), selon lesquelles l'intégration des soins repose sur des mécanismes formalisés de coopération plutôt que sur une simple proximité organisationnelle. L'importance accordée à l'alignement territorial de l'offre de soins renvoie aux travaux de Bourgueil et al. (2016) et Minvielle et al. (2020), qui soulignent que les réformes territoriales ne produisent d'effets que lorsqu'elles s'appuient sur une lecture fonctionnelle des territoires et des flux réels de patients.

Par ailleurs, la modernisation managériale est identifiée comme un levier structurant, en cohérence avec les travaux de Kaplan et Porter (2014) et Mintzberg (1997), qui insistent sur le rôle des outils de pilotage, des systèmes d'information et de l'autonomie décisionnelle dans l'amélioration de la performance organisationnelle. Enfin, l'appropriation professionnelle apparaît comme une condition transversale, rejoignant les analyses de Langley et Denis (2011) et Freidson (2001), selon lesquelles l'adhésion des professionnels dépend de la capacité des réformes à produire des bénéfices concrets dans les pratiques quotidiennes. Dans leur ensemble,

ces leviers traduisent une vision pragmatique de la réussite des GST, fondée sur l'articulation entre gouvernance territoriale, intégration organisationnelle et engagement des acteurs.

Tableau N°5 : Grille de codage des items relatifs aux recommandations

Catégorie thématique	Code	Définition opérationnelle du code	Extraits de verbatims illustratifs (verbatim étendus)
Recommandations stratégiques pour les décideurs	Clarification des objectifs stratégiques	Nécessité de définir explicitement la finalité, la portée et les priorités opérationnelles des GST afin de lever les ambiguïtés actuelles	« Avant de demander aux professionnels d'adhérer, il faut d'abord clarifier ce que l'on attend réellement des GST. Aujourd'hui, on ne sait pas si l'objectif est d'améliorer l'accès, de réduire les coûts ou de préparer une transformation plus profonde du système. » (P1)
	Implication des acteurs dès la conception	Recommandation d'associer les professionnels de santé et les cadres territoriaux dès les phases amont de conception des réformes	« Si les acteurs de terrain avaient été impliqués dès la conception de la réforme, on aurait évité beaucoup de résistances. Il faut construire les solutions avec ceux qui vont les appliquer, pas après coup. » (P3)
	Renforcement des ressources	Appel à doter les GST de ressources humaines, financières	« On peut avoir les meilleurs textes du monde, mais sans

		et matérielles suffisantes pour garantir leur opérationnalité	ressources humaines suffisantes, sans budgets clairs et sans moyens matériels, les GST ne pourront pas fonctionner correctement. » (P6)
	Transparence et redevabilité	Mise en place de mécanismes de suivi, d'évaluation et de reddition des comptes accessibles aux acteurs territoriaux	« Il faut des indicateurs clairs, partagés et suivis dans le temps, pour que tout le monde sache ce qui marche, ce qui ne marche pas et pourquoi. La transparence est essentielle pour restaurer la confiance. » (P4)
	Simplification des procédures	Recommandation de réduire la lourdeur administrative et de rationaliser les procédures de gestion	« Si la réforme aboutit à plus de procédures et plus de paperasse, elle sera rejetée. Il faut simplifier, accélérer les décisions et donner plus de marge de manœuvre aux territoires. » (P5)

Source : Élaborée par l'auteur

Les recommandations stratégiques formulées par les professionnels traduisent une attente forte d'un recentrage de la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux autour de principes de clarté, de cohérence et de faisabilité opérationnelle. La demande de clarification des objectifs stratégiques met en évidence un déficit de lisibilité de la réforme, déjà souligné par Kaplan et Porter (2014), qui montrent que l'absence de priorités explicites fragilise l'alignement entre vision stratégique et mise en œuvre organisationnelle. Cette ambiguïté stratégique contribue à entretenir l'incertitude et à limiter l'adhésion des acteurs.

L'implication des professionnels dès les phases de conception apparaît comme une recommandation structurante, en cohérence avec les travaux de D'Amour et al. (2008) et Langley et Denis (2011), selon lesquels la co-construction des réformes constitue un déterminant majeur de leur appropriation et de leur durabilité. Cette exigence reflète une critique implicite des logiques descendantes de réforme, souvent associées à des résistances organisationnelles (Waring & Currie, 2009).

Le renforcement des ressources humaines, financières et matérielles est identifié comme une condition sine qua non de l'opérationnalité des GST, rejoignant les analyses de Minvielle et al. (2020), qui soulignent que les réformes territoriales échouent lorsqu'elles reposent sur des structures dépourvues de capacités effectives d'action. Par ailleurs, les appels à la transparence et à la redevabilité renvoient aux travaux de Bevan et Hood (2006) sur le pilotage par la performance publique, mettant en évidence le rôle des indicateurs partagés dans la construction de la confiance et de la légitimité institutionnelle. Enfin, la simplification des procédures s'inscrit dans une critique plus large de la bureaucratisation excessive des systèmes de santé, telle qu'analysée par Mintzberg (1997), et souligne la nécessité de doter les territoires de marges de manœuvre décisionnelles réelles. Globalement, ces recommandations confirment que la réussite des GST repose sur une articulation étroite entre clarté stratégique, capacités institutionnelles et gouvernance inclusive.

La discussion des résultats met en évidence que les professionnels de santé perçoivent l'implémentation des Groupements Sanitaires Territoriaux comme une transformation organisationnelle potentiellement structurante, mais dont la portée reste conditionnée par des facteurs institutionnels, territoriaux et managériaux. Les résultats empiriques montrent que les perceptions ne relèvent ni d'une adhésion normative ni d'un rejet systématique, mais d'une évaluation pragmatique fondée sur les effets attendus de la réforme sur la gouvernance, l'organisation des soins et les pratiques professionnelles. Cette posture rejoint les analyses de Denis, Langley et Rouleau (2007) et d'Armenakis et Harris (2009), selon lesquelles les réformes organisationnelles en santé sont interprétées à l'aune de leur capacité à produire des changements concrets et observables.

Les constats relatifs à l'ancrage territorial et à l'adéquation de l'offre de soins aux réalités locales convergent fortement avec la littérature sur la gouvernance territoriale et les réseaux de santé (Greer, Wismar & Figueras, 2016 ; Valentijn, 2016). À cet égard, les expériences françaises des Groupements Hospitaliers de Territoire montrent que la réussite de l'intégration

repose sur une articulation fine entre coordination verticale et coopération horizontale, soutenue par des dispositifs de pilotage territorial (Minvielle et al., 2018). De manière comparable, les réformes québécoises des CISSS et CIUSSS illustrent l'importance d'un leadership régional fort et d'une autonomie opérationnelle réelle pour structurer des parcours intégrés adaptés aux besoins des populations (Breton & Brousselle, 2021).

L'expérience rwandaise apporte un éclairage complémentaire, en montrant que, même dans un contexte institutionnel centralisé, des mécanismes de pilotage local et de contractualisation territoriale peuvent améliorer la performance et l'équité du système de santé, à condition que les acteurs locaux disposent de capacités effectives d'action (Kalk et al., 2019). Toutefois, les résultats de cette étude soulignent des divergences notables liées au contexte marocain, notamment la persistance d'une centralisation administrative forte et d'une dépendance hiérarchique qui limitent l'autonomie décisionnelle des territoires. Ces constats rejoignent les analyses de Peters (2021), pour qui une gouvernance multi-niveaux inachevée génère des ambiguïtés organisationnelles et affaiblit la capacité de coordination.

Les facteurs de succès identifiés par les professionnels : gouvernance territoriale, participation des acteurs, ressources suffisantes et modernisation managériale sont largement cohérents avec la littérature sur la gouvernance collaborative (Ansell & Gash, 2018 ; Emerson & Nabatchi, 2015) et sur la performance publique (Bevan & Hood, 2006). À l'inverse, les barrières structurelles mises en évidence, telles que le flou statutaire des GST, les inégalités interrégionales et la résistance institutionnelle, confirment les travaux de Waring et Currie (2009) et de Scott (2014), qui montrent que les réformes imposées sans appropriation professionnelle tendent à produire inertie et contournement. Dans l'ensemble, cette discussion confirme que la réussite des GST dépend moins de leur cadre juridique que de leur capacité à instaurer une gouvernance territoriale effective, participative et dotée de moyens, inscrivant ainsi la réforme marocaine dans une trajectoire encore inachevée de territorialisation des politiques de santé.

Conclusion

Cette recherche avait pour ambition d'analyser les perceptions des professionnels de santé à l'égard de la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux, en mettant en lumière les conditions jugées déterminantes pour la réussite de cette transformation organisationnelle. En mobilisant une approche qualitative interprétative fondée sur des entretiens semi-directifs, l'étude a permis de saisir la manière dont les acteurs de terrain construisent le sens de la réforme, au-delà des dispositifs normatifs et institutionnels qui la sous-tendent.

Les principaux apports de cette recherche résident d'abord dans l'identification fine des représentations, des obstacles et des leviers associés aux GST, contribuant ainsi à enrichir les travaux sur la gouvernance territoriale des systèmes de santé dans les pays à revenu intermédiaire. Les résultats mettent en évidence le caractère conditionnel de l'adhésion des professionnels, largement dépendante de l'ancrage territorial, de la participation effective des acteurs et de la capacité des GST à produire des effets concrets sur l'organisation des soins. En outre, la confrontation des résultats aux expériences française, québécoise et rwandaise permet de situer le cas marocain dans une perspective comparative, soulignant à la fois des convergences en matière d'intégration territoriale et des spécificités liées à la centralisation administrative et à la dépendance hiérarchique.

Sur le plan théorique, cette étude contribue à articuler les approches de la gouvernance multi-niveaux, de la gouvernance collaborative et du changement organisationnel, en montrant que la territorialisation des politiques de santé constitue un processus à la fois institutionnel, organisationnel et relationnel. Sur le plan managérial et décisionnel, elle fournit des enseignements utiles pour les décideurs publics, en soulignant l'importance d'un leadership territorial fort, d'une autonomie opérationnelle réelle et d'un investissement soutenu en ressources humaines et matérielles.

Néanmoins, cette recherche présente certaines limites. Le recours à un échantillon restreint, bien que cohérent avec la logique qualitative adoptée, limite la généralisation des résultats à l'ensemble du système de santé marocain. De plus, l'étude repose sur des perceptions anticipées de la réforme, celle-ci étant encore en phase de déploiement, ce qui appelle à la prudence dans l'interprétation des conclusions. Ces limites ouvrent des perspectives pour des recherches futures, notamment des études longitudinales et quantitatives, permettant d'évaluer les effets réels des GST sur la performance, l'équité et la qualité des soins. En définitive, cette recherche

montre que la réussite des Groupements Sanitaires Territoriaux dépendra moins de leur cadre juridique que de leur capacité à instaurer une gouvernance territoriale inclusive, cohérente et durable.

Bibliographie

Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>

Ansell, C., & Gash, A. (2018). Collaborative platforms as a governance strategy. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 28(1), 16–32. <https://doi.org/10.1093/jopart/mux030>

Ansell, C., & Torfing, J. (2021). *Public governance as co-creation: A strategy for revitalizing the public sector*. Cambridge University Press.

Armenakis, A. A., & Harris, S. G. (2009). Reflections: Our journey in organizational change research and practice. *Journal of Change Management*, 9(2), 127–142. <https://doi.org/10.1080/14697010902879079>

Belloni G, Monod S, Poroës C, Bühler N, Avendano M, Wernli D. Health systems governance, shocks and resilience: a scoping review of key concepts and theories. *BMJ Global Health*. 2025;10:e017358. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017358>

Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: Targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration*, 84(3), 517–538. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2006.00600.x>

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Anchor Books.

Bourgueil, Y., Mousquès, J., Tajahmadi, A., & Bourron, F. (2016). Les organisations territoriales des soins primaires : Vers un modèle de coordination renforcée. *Revue française des affaires sociales*, (2), 79–102.

Breton, M., & Brousselle, A. (2021). Governing integrated care networks: The case of Québec. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), 1–12. <https://doi.org/10.5334/ijic.5668>

Burns, T., & Stalker, G. M. (1961). *The management of innovation*. Tavistock.

- Capano, G., & Lippi, A. (2017). How policy instruments are chosen: Patterns of decision makers' choices. *Policy Sciences*, 50(2), 269–293. <https://doi.org/10.1007/s11077-016-9267-4>
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, C. (2018). *Intégration des soins et gouvernance*. Presses de l'Université de Montréal.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín Rodríguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2008). The conceptual basis for interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 116–129. <https://doi.org/10.1080/13561820802082677>
- Denis, J.-L., & Forest, P.-G. (2012). Real reform begins within: An organizational approach to health care reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37(4), 633–645. <https://doi.org/10.1215/03616878-1596063>
- Denis, J.-L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179–215. <https://doi.org/10.1177/0018726707075288>
- Denis, J.-L., Langley, A., & Sergi, V. (2011). Leadership in the plural. *Academy of Management Annals*, 6(1), 211–283. <https://doi.org/10.5465/19416520.2012.667612>
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- Emerson, K., & Nabatchi, T. (2015). *Collaborative governance regimes*. Georgetown University Press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. University of Chicago Press.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books.
- Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., & Wodchis, W. (2016). *Providing integrated care for older people with complex needs*. The King's Fund.
- Greer, S. L., Wismar, M., & Figueras, J. (2016). *Strengthening health system governance*. WHO Regional Office for Europe.
- Greer, S. L., Wismar, M., & Figueras, J. (2019). *Everything you always wanted to know about European Union health policies*. WHO Regional Office for Europe.

- Hooghe, L., & Marks, G. (2003). Unraveling the central state. *American Political Science Review*, 97(2), 233–243. <https://doi.org/10.1017/S0003055403000649>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2014). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 92(9), 46–64.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Langley, A., & Denis, J.-L. (2011). Beyond evidence: The micropolitics of improvement. *Quality and Safety in Health Care*, 20(Suppl 1), i43–i46. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.046482>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis* (3rd ed.). Sage.
- Mintzberg, H. (1997). Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review*, 22(4), 9–18.
- Minvielle, E., Fourcade, A., Bourgueil, Y., & Contandriopoulos, A.-P. (2018). Hospital territorial groups in France. *Health Policy*, 122(6), 573–580. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.04.003>
- Minvielle, E., Waelli, M., Sicotte, C., & Kimberly, J. (2020). Managing customization in health care. *Health Services Management Research*, 33(1), 3–11. <https://doi.org/10.1177/0951484819876883>
- Moore, M. H. (2019). *Creating public value* (2nd ed.). Harvard University Press.
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Integrated care models: A global review*.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). *Health at a Glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Sage.
- Peters, B. G. (2021). *Governing in a time of complexity*. Edward Elgar.

- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229–252. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd.). Dunod.
- Rhodes, R. A. W. (1996). The new governance. *Political Studies*, 44(4), 652–667. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>
- Roth, M. (2025). *Managing institutional diversity in integrated care: A systematic literature review of institutional logics and management strategies*. *International Journal of Integrated Care*, 25(1), 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.8587>
- Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbæk, K. (2007). *Decentralization in health care*. Open University Press.
- Saltman, R. B., & Figueras, J. (2013). *European health care reform*. WHO Regional Office for Europe.
- Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations* (4th ed.). Sage.
- Shaw, S., Rosen, R., & Cookson, R. (2021). Rethinking integrated care. *BMJ*, 372, n93. <https://doi.org/10.1136/bmj.n93>
- Valentijn, P. P. (2016). Integrated care: A comprehensive conceptual framework. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.5334/ijic.2413>
- Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing expert knowledge. *Journal of Management Studies*, 46(4), 755–778. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2009.00811.x>
- Weick, K. E. (2001). *Making sense of the organization*. Blackwell.