

REVUE DROIT & SOCIÉTÉ

PÉRIODIQUE SCIENTIFIQUE À COMITÉ DE LECTURE, ÉDITÉE PAR L'INSTITUT D'ÉTUDES SOCIALES ET MÉDIATIQUE
CONSACRÉE À LA PUBLICATION D'ÉTUDES ET DE RECHERCHES DANS LES DOMAINES JURIDIQUE ET SOCIAL.

Directeur de publication : Younes Bennane - Rédactrice en chef : Sanaa Haouata

VERS UN PILOTAGE À DISTANCE DE LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE DE SOINS AU MAROC

Écrit par :
Khalid NYA



Revue Droit et Société المجتمع والقانون مجلة



E ISSN 2737-8101



VERS UN PILOTAGE À DISTANCE DE LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE DE SOINS AU MAROC

TOWARDS REMOTE MANAGEMENT OF THE TERRITORIALIZATION OF HEALTHCARE SERVICES IN MOROCCO.

Khalid Nya

Enseignant chercheur en Droit public et sciences politiques

*Institut Supérieur des Professions Infirmières et des Techniques de Santé
de Rabat - Ministère de la Santé et de la Protection Sociale - Maroc*

*Faculté des sciences juridiques économiques et sociales –Agdal-,
Université Mohammed V de Rabat*



NYA, K.(2025). *VERS UN PILOTAGE À DISTANCE
DE LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE DE
SOINS AU MAROC*. *Revue Droit et Société*, 6(17),
64-79.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.16874936>



VERS UN PILOTAGE À DISTANCE DE LA TERRITORIALISATION DE L'OFFRE DE SOINS AU MAROC



RESUME

En raison de la fragmentation persistante des services de santé au Maroc, la loi-cadre n° 06-22 et la loi n° 08-22 ont institué les *Groupements Sanitaires Territoriaux* (GST) afin de renforcer la gouvernance régionale et d'améliorer la coordination des acteurs. Dotés d'une autonomie programmatique limitée, les GST élaborent la carte sanitaire régionale en cohérence avec la carte nationale, structurent les parcours patients et synchronisent l'action des intervenants, tout en demeurant sous la supervision de l'État en tant qu'établissements publics territoriaux. S'appuyant sur une analyse de la littérature sur la territorialisation des politiques publiques et sur une interprétation exégétique du cadre normatif, cet article met en lumière la tension entre décentralisation et déconcentration dans la mise en œuvre de la réforme. Les GST constituent un instrument de territorialisation visant à concilier flexibilité locale et cohérence nationale, mais leur efficacité dépendra de la capacité à articuler pilotage stratégique central et autonomie décisionnelle régionale, condition essentielle pour réduire les disparités d'accès aux soins et assurer l'efficacité du système de santé.

Mots-clés: *territorialisation des politiques publiques ; décentralisation administrative ; groupements sanitaires territoriaux ; pilotage à distance.*

Khalid Nya

Enseignant chercheur en Droit public et sciences politiques

Université Mohammed V de Rabat

TOWARDS REMOTE MANAGEMENT OF THE TERRITORIALIZATION OF HEALTHCARE SERVICES IN MOROCCO

ABSTRACT

Due to the persistent fragmentation of healthcare services in Morocco, Framework Law No. 06-22 and Law No. 08-22 established the Groupements Sanitaires Territoriaux (Territorial Health Groups, GSTs) to strengthen regional governance and improve stakeholder coordination. With limited programmatic autonomy, GSTs develop the

regional health map in alignment with the national map, structure patient care pathways, and synchronize the actions of various actors, while remaining under State supervision as territorial public establishments. Drawing on a review of the literature on the territorialization of public policies and an exegetical interpretation of the normative framework, this article highlights the tension between decentralization and deconcentration in the implementation of the reform. GSTs represent a territorialization instrument designed to reconcile local flexibility with national coherence; however, their effectiveness will depend on the ability to articulate centralized strategic steering with genuine regional decision-making autonomy—an essential condition for reducing disparities in healthcare access and ensuring the overall efficiency of the health system.

Khalid Nya

*Lecturer and researcher in public law
and political science*

Mohammed V University, Rabat

Keywords: *territorialization of public policies; administrative decentralization; territorial health groups; remote governance.*

INTRODUCTION :

Le droit à la santé, bien loin de se limiter à un principe théorique, exige une offre de soins digne et universelle, constituant à la fois une condition essentielle, un pilier incontournable de la justice sociale et une manifestation concrète de notre humanité commune. Dans cette perspective, le Maroc a engagé une réorganisation majeure de son administration de la santé afin de corriger les inégalités statutaires entre les différents acteurs qui la composent, avec l'objectif de mettre en place un modèle plus cohérent et en adéquation avec le vaste processus de régionalisation avancée consacré par la loi fondamentale de 2011. Cette transformation s'est concrétisée par l'adoption de la loi-cadre n°06-22, qui a profondément modifié les modalités de gestion de ce service public essentiel.

En effet, d'après la carte sanitaire de 2023, le système hospitalier marocain se compose de 159 établissements hospitaliers, organisés selon différents modes de gestion. Parmi eux, 27 appartiennent aux centres hospitaliers universitaires (CHU) — tels qu'Ibn Sina, Ibn Rochd, Mohammed VI d'Oujda, Fès et Mohammed IV de Marrakech —, 77 relèvent du système SEGMA et font partie des 173 SEGMA inscrits dans la Loi de finances 2022, et 55 sont gérés en régie directe.

En parallèle, le réseau des établissements de soins de santé primaires, entièrement géré en régie, joue un rôle essentiel dans la couverture sanitaire nationale. Il comprend 877 centres de santé urbains et 1 322 centres de santé ruraux, assurant ainsi une présence sanitaire étendue sur l'ensemble du territoire. La répartition et l'organisation de ces structures s'appuient sur une carte sanitaire nationale et des schémas régionaux de l'offre de soins, élaborés par les directions régionales, qui agissent en tant que services extérieurs déconcentrés. Cette organisation témoigne d'une décentralisation limitée dans la gestion de l'offre de soins, combinée à une forte déconcentration opérationnelle. En d'autres termes, si la planification et la coordination restent centralisées, la mise en œuvre relève largement des échelons territoriaux, ce qui permet une adaptation aux réalités locales tout en maintenant une cohérence nationale.

Le changement a visé la redéfinition des acteurs institutionnels responsables de la production du panier de soins. À l'observation simple, il révèle une dichotomie persistante. D'un côté se trouve un réseau de soins de santé primaires – épaulé par des structures d'appui et sous gestion déconcentrée du ministère –, de l'autre, un système hospitalier fragmenté entre les SEGMA (Services de l'État Gérés de Manière Autonome), à l'autonomie limitée et rattachés aux services déconcentrés du ministère, et les CHU (Centres Hospitalo-Universitaires), jouissant, eux, de la personnalité morale et d'une autonomie financière effective. Pour remédier à ces incohérences de gouvernance, la réforme a institué les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) dans le schéma d'optimiser la gouvernance et la coordination de l'offre de soins à l'échelle régional pour surmonter l'immensité de la couverture géographique des CHU.

En attente de la mise en place effective des GST, l'implantation territoriale des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) au Maroc présente toujours une particularité notable : leur couverture géographique ne correspond pas aux limites administratives des régions. En effet, ces établissements, bien que jouant un rôle central dans l'offre de soins tertiaires, desservent des espaces qui dépassent souvent les frontières régionales, créant ainsi une certaine asymétrie entre leur rayon d'action et le découpage territorial officiel. Par ailleurs, leur statut juridique en tant qu'établissements publics autonomes, dotés d'une autonomie financière et gestionnaire leur permet de fonctionner selon des logiques propres, distinctes de celles des administrations déconcentrées. En ce sens, les CHU incarnent une forme de décentralisation fonctionnelle de l'offre de soins, où la spécialisation et l'autonomie opérationnelle priment sur la logique territoriale stricte.

Dans un autre registre territorial, la salubrité représente l'une des dimensions fondamentales de l'ordre public, aux côtés de la tranquillité et de la sécurité. Elle englobe l'ensemble des mesures et des conditions sanitaires visant à préserver la santé publique et à garantir un environnement de vie sain pour les populations (Duguit, 1927). Au niveau local, cette responsabilité incombe principalement aux collectivités territoriales. Au Maroc, ces collectivités à travers les bureaux d'hygiène communaux, chargés de contrôler le respect des normes sanitaires, et les services de gestion des déchets ménagers, qui assurent la collecte, l'élimination et le traitement des ordures dans une perspective de protection de l'environnement (Oulachguer, 2010).

La réforme du système national de santé au Maroc, portée par la dynamique de la régionalisation avancée et la décentralisation de certaines compétences de l'État, a entraîné une reconfiguration majeure des relations entre l'autorité sanitaire centrale — représentée par le ministère de la Santé — et ses services extérieurs, ainsi que certaines entités décentralisées

comme la Haute Autorité de Santé. Dans ce nouveau schéma, les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) remplacent progressivement les établissements de soins déconcentrés et les centres hospitalo-universitaires traditionnels.

Dans ce contexte, une question centrale se pose : comment la réforme du système national de santé participe-t-elle à une nouvelle consécration de la régionalisation avancée au Maroc à travers une décentralisation territorialisée de l'offre de soins ?

Cette problématique s'inscrit dans une approche casuistique visant à dévoiler, par une argumentation subtile et contextualisée, les manifestations concrètes de la régionalisation avancée. Cette dernière se traduit notamment par la mise en valeur du rôle stratégique des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), en tant qu'instruments centraux de la territorialisation de la politique de l'offre de soins au sein des territoires sanitaires.

Le recours à une analyse casuistique permet ainsi de conceptualiser cette dynamique, en combinant une revue de la littérature rigoureuse et une interprétation exégétique du cadre juridique encadrant la territorialisation de la politique sanitaire au Maroc.

Sur le plan conceptuel, la régionalisation avancée constitue un pilier fondamental du processus de décentralisation et de démocratie locale, consacré par la Constitution de 2011 et les lois organiques de 2015, qui attribuent aux régions des compétences renforcées et une autonomie accrue dans la gestion de leurs affaires, notamment en matière de santé publique. La littérature souligne que cette régionalisation vise à promouvoir un développement intégré, durable et une justice spatiale, en adaptant l'offre de soins aux spécificités territoriales et aux besoins locaux, ce qui justifie la mise en place des GST comme leviers de cette territorialisation

Sous l'effet de cette réforme, la territorialisation des politiques publiques en santé se matérialise par une réorganisation institutionnelle où l'État maintient le pilotage stratégique tout en laissant l'exécution à des entités décentralisées comme les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST). Cette approche s'appuie sur la conviction que la prise de décision locale favoriserait une adaptation optimale des politiques de santé aux contextes locaux, tant en ce qui concerne les besoins sanitaires qu'en ce qui concerne la répartition des ressources. Par cette logique, la réforme actuelle semble compter sur la capacité des GST à servir d'interface efficace entre les directives nationales et les particularités territoriales. L'instauration de ces structures indique que la décentralisation de l'action publique, lorsqu'elle est ancrée au niveau régional, serait un outil efficace pour optimiser l'offre de soins, promouvoir l'équité territoriale et accroître l'efficacité globale du système de santé. Il reste cependant à déterminer dans quelle mesure les inégalités territoriales concernant les capacités institutionnelles, humaines et financières peuvent influencer l'impact réel de cette délégation.

Pour répondre à notre problématique, nous avons adopté un plan binaire articulant cadre théorique et analyse institutionnelle. La première partie propose un cadrage conceptuel de la territorialisation des politiques publiques, envisagée comme un processus descendant (top-down), en lien avec les dynamiques de décentralisation et de déconcentration administrative dans le contexte étatique marocain. Il s'agit de mettre en lumière les logiques de territorialisation de l'action publique telles qu'elles sont pensées et structurées par le centre.

La seconde partie s'ouvre sur une analyse de la décentralisation en tant qu'instrument de pilotage à distance des politiques publiques, soulignant comment l'État marocain délègue

certaines compétences tout en maintenant un contrôle stratégique. Cette réflexion nous conduit à examiner la territorialisation de l'offre de soins à travers la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), en tant que nouveaux établissements publics à compétence territoriale, ainsi que les mécanismes institutionnels encadrant leur gouvernance.

I. De la territorialisation des politiques publiques : concepts fondamentaux et application au Maroc

Si la territorialisation des politiques publiques s'est construite théoriquement à partir d'un paradigme top-down, sa mise en œuvre dans les contextes nationaux appelle à une lecture plus nuancée. Au Maroc, ce processus s'inscrit dans une dynamique institutionnelle complexe où la centralisation historique de l'État cohabite avec des aspirations décentralisatrices exprimées dans les réformes constitutionnelles récentes. Comprendre comment ce principe se décline dans l'architecture politico-administrative marocaine implique d'examiner les tensions, les innovations et les limites qui caractérisent l'articulation entre déconcentration et décentralisation dans la gestion des affaires publiques territoriales.

1. La territorialisation des politiques publiques : une approche top down

La territorialisation des politiques publiques, dans son acception doctrinale, renvoie à la manière dont le pouvoir central intègre les spécificités locales dans la conception et la mise en œuvre de l'action publique. Ce processus essentiel consiste à adapter les mesures conçues au niveau national pour qu'elles correspondent aux réalités territoriales, mettant ainsi en lumière la tension entre une approche centralisée, souvent perçue comme rigide, et la nécessité de tenir compte des particularités locales.

Cette approche implique une adaptation des interventions publiques aux dynamiques territoriales, favorisant une gouvernance plus efficace et plus proche des besoins locaux (Giblin, 2011 ; Castaing, 2012). Elle repose sur la capacité des institutions à élaborer des réponses différenciées en fonction des caractéristiques des territoires (Hernandez, 2008 ; Reigner, 2004), tout en associant les acteurs locaux à la définition des enjeux et des solutions (Autès, 1991, 2005 ; Daguin et al., 2000). Comme le soulignent Muller et Jobert (1987), les politiques publiques ne sont jamais simplement « appliquées » de manière uniforme, mais sont réinterprétées et transformées par les acteurs locaux en fonction de leurs contextes. Cette réappropriation peut donner lieu à des résultats variés, reflétant la diversité des enjeux sociaux, économiques et culturels propres à chaque territoire. Ainsi, la territorialisation s'éloigne d'un pilotage strictement centralisé pour privilégier une approche déconcentrée, où les dynamiques spatiales et les acteurs locaux jouent un rôle clé dans l'élaboration des politiques (Amat-Roze, 2011). Elle illustre un équilibre entre cadrage national et flexibilité locale, où l'efficacité des mesures dépend de leur capacité à s'ancrer dans les réalités territoriales tout en répondant aux objectifs stratégiques de l'État.

Ce phénomène soulève des questions clés, notamment en matière de gouvernance et d'équité spatiale. Comment concilier une vision nationale cohérente avec la flexibilité nécessaire pour répondre aux besoins locaux ? Comment garantir que tous les territoires bénéficient équitablement des politiques publiques sans sacrifier leur singularité ? Ces défis illustrent l'importance d'une coordination efficace entre les différents niveaux de pouvoir et les acteurs locaux, tout en encourageant une participation citoyenne renforcée pour ancrer les politiques dans les réalités du terrain.

Ce processus de déclinaison des politiques publiques dans les territoires est souvent perçu comme une réponse aux particularités locales, où l'uniformité laisse place à une adaptation fine et ciblée. Loin d'être appliquées de manière rigide, les politiques sont réinterprétées par une multitude d'acteurs – élus, agents publics, associations ou autres intervenants – qui jouent un rôle clé dans leur mise en œuvre de l'action publique (Lascoumes & Le Galès, 2007).

Le territoire existe à travers l'appropriation que les acteurs en font bien qu'il leurs précède en tant qu'entité spatiale, culturelle, sociale et organisationnelle (Arnaud, 2012). Ainsi, le processus de territorialisation illustre comment les politiques publiques s'enracinent dans les réalités locales, tout en étant façonnées par celles-ci. Cette approche met en lumière le rôle central des dynamiques locales et des ressources endogènes, qu'elles soient tangibles, comme les infrastructures ou le patrimoine, ou intangibles, comme la mise en réseau de l'ensemble des acteurs publics et privés (Pecqueur, 2000).

La territorialisation des politiques publiques, si elle se nourrit théoriquement de la vitalité des acteurs locaux – élus animés par des convictions fortes, techniciens soucieux d'efficacité, associations porteuses d'innovations sociales – révèle dans les faits une réalité plus contrastée, où l'engagement inégal de ces protagonistes dessine une géographie capricieuse des possibles. Ce mécanisme, pour vertueux qu'il soit lorsqu'il permet d'adapter finement l'action publique aux spécificités locales, produit simultanément des effets pervers : certains territoires, portés par des coalitions d'acteurs dynamiques et des financements pérennes, deviennent des laboratoires d'excellence, tandis que d'autres, minés par des rivalités de clocher ou l'absence de leadership visionnaire, voient leurs retards se cristalliser. On touche ici au paradoxe fondamental de la décentralisation : l'outil conçu pour corriger les inégalités spatiales finit parfois par les sanctifier (David, O. 2008).

L'adhésion et l'implication des acteurs décentralisés deviennent non seulement un impératif pour un management public plus efficient et efficace mais aussi s'inscrit dans une logique démocratique qui renforce la légitimité de l'action publique mise en œuvre (Mény et Thoenig, 1989). Cependant, cet impératif est pourvu d'un risque de fragmentation des politiques publiques et générer des tensions liées aux compétences partagées entre les différents niveaux administratifs (Pasquier, 2012). Cette situation complexe soulève des questions fondamentales en matière d'efficacité et de légitimité démocratique, notamment lorsque les décisions sont prises à un niveau éloigné des réalités quotidiennes des citoyens comme pour les politiques communautaires européennes (Scharpf, 1999). Dans ce contexte, la coordination entre les différents échelons de gouvernement devient un enjeu central pour éviter les redondances et les conflits de compétences. Si la décentralisation permet une meilleure adaptation aux spécificités locales, elle nécessite également des mécanismes de coopération solides pour assurer la cohérence des politiques publiques.

En tant que processus, dans une approche systémique, la territorialisation des politiques publiques est une logique top-down du moment qu'ils sont conçues au niveau central avant d'être déclinées localement. Cette démarche de mise en œuvre, souvent pilotée par l'État, vise à maintenir un contrôle sur les orientations générales tout en déléguant la mise en œuvre aux acteurs locaux (Balme, 1996). Cependant, cette logique centralisatrice peut réduire la marge de manœuvre des acteurs locaux, générant des tensions entre les objectifs nationaux et les réalités territoriales. Les « bureaucrates de terrain » – enseignants, policiers, travailleurs sociaux – jouent un rôle essentiel dans cette adaptation, mais ils se heurtent souvent à des directives centrales rigides qui limitent leur capacité d'initiative (Lipsky, 1980). Cette tension entre contrôle central et adaptation locale est au cœur des débats sur la territorialisation,

révélant les limites d'une approche trop hiérarchisée. Elle interroge également la manière dont les acteurs locaux parviennent – ou non – à concilier les impératifs nationaux avec les besoins spécifiques de leur territoire, une question qui reste ouverte dans les travaux sur l'action publique.

Dans un autre registre axé sur la proximité et le territoire, le principe de subsidiarité, qui défend l'idée que les décisions et les actions doivent être prises au niveau le plus proche des citoyens – c'est-à-dire localement –, occupe une place centrale dans les débats sur la répartition des compétences entre les différents niveaux de gouvernance. Selon ce principe, il est préférable de laisser les décisions aux échelons locaux, sauf lorsque des enjeux dépassent leurs capacités d'action (Millon-Delsol, 1992). Cette approche s'inscrit dans une logique de gouvernance multi-niveaux, où les politiques publiques sont élaborées et mises en œuvre à plusieurs échelles, allant du local au supranational (Hooghe et Marks, 2001). Cependant, cette multiplicité d'échelons n'est pas sans poser des défis. Elle complexifie la coordination entre les acteurs et peut engendrer des chevauchements de compétences ou des conflits institutionnels. Par exemple, des dispositifs comme les contrats de plan État-région ou les partenariats public-privé ont été conçus pour améliorer cette coordination, mais leur efficacité reste limitée face à la fragmentation des responsabilités (Gaudin, 1999). Ainsi, la gestion des interactions entre les acteurs locaux, régionaux, nationaux et supranationaux nécessite une attention particulière, tout en tenant compte des spécificités et des ressources propres à chaque territoire.

En somme, la territorialisation de l'action publique est marquée par plusieurs tensions dialectiques qui reflètent les contradictions inhérentes au processus de sa fabrication et mise en œuvre. D'un côté, elle est souvent présentée comme un moyen de renforcer l'autonomie locale et de répondre aux besoins spécifiques des territoires. De l'autre, elle peut renforcer l'emprise de l'État central, qui délègue la mise en œuvre tout en gardant un contrôle indirect sur les orientations générales (Epstein, 2005). Les politiques locales, c'est d'abord l'affaire des territoires. Elles naissent des réalités du terrain, portées par les mairies, les départements ou les régions pour répondre aux besoins concrets des habitants—que ce soit en matière de transports, d'écoles ou d'aménagement urbain. C'est du sur-mesure, avec une vraie marge de manœuvre. À l'inverse, la territorialisation des politiques publiques, c'est quand l'État adapte ses grandes orientations nationales aux spécificités locales. On est moins dans l'initiative purement locale que dans une forme de dialogue—parfois déséquilibré—entre le niveau central et les acteurs de terrain. L'idée ? Éviter le "prêt-à-porter" administratif pour coller aux réalités locales, sans pour autant lâcher complètement les rênes. Au final, les deux logiques se croisent : l'une part du bas (bottom-up), l'autre du haut (top-down). Mais sur le terrain, la frontière est souvent floue, et tout se joue dans l'art de concilier vision nationale et attentes locales.

2. La territorialisation des politiques publiques au Maroc : entre décentralisation et déconcentration

La Constitution marocaine de 2011 a marqué un tournant décisif en consacrant un cadre juridique précis pour l'organisation des collectivités territoriales. Celles-ci se voient conférer le statut de personnes morales de droit public, avec des missions clairement définies (Article 135). Les régions, préfectures, provinces et communes sont ainsi dotées d'une autonomie de gestion, exercée démocratiquement par des conseils élus au suffrage universel direct. Cette structure vise à renforcer la légitimité démocratique tout en permettant une adaptation flexible aux réalités locales. L'organisation territoriale repose sur des principes fondamentaux tels que

la libre administration, la coopération et la solidarité (Article 136), favorisant une gestion autonome tout en encourageant la collaboration entre les collectivités. La participation active des populations locales est encouragée, soutenant un développement humain intégré et durable. Pour réduire les disparités régionales, des mécanismes financiers spécifiques, comme le fonds de mise à niveau sociale et le fonds de solidarité interrégionale (Article 142), ont été mis en place.

Les collectivités territoriales participent également à la politique générale de l'État via leurs représentants à la Chambre des Conseillers (Article 137), assurant que leurs besoins soient intégrés dans la planification nationale. Les présidents des conseils exécutent les délibérations adoptées (Article 138), garantissant une mise en œuvre efficace des décisions démocratiques. Des mécanismes participatifs, tels que le dialogue, la concertation et le droit de pétition (Article 139), impliquent les citoyens dans l'élaboration des programmes de développement, renforçant ainsi la transparence et la responsabilité. En vertu du principe de subsidiarité (Article 140), les collectivités disposent de compétences propres ou partagées avec l'État, bénéficiant d'un pouvoir réglementaire adapté aux besoins locaux. Elles disposent également de ressources financières propres et de ressources affectées par l'État (Article 141), avec un transfert concomitant lors des transferts de compétences. Les walis et gouverneurs, représentants du pouvoir central, appliquent les lois et coordonnent les services administratifs déconcentrés (Article 145).

Pour encadrer de manière précise le fonctionnement des collectivités, trois lois organiques ont été adoptées : la loi n° 111-14, promulguée le 7 juillet 2015, définit le cadre relatif aux régions ; la loi n° 112-14 régit les préfectures et provinces ; et la loi n° 113-14 traite des modalités d'élection des membres des conseils régionaux. Ces lois visent à décentraliser le pouvoir et à améliorer la gouvernance locale dans le respect du principe de subsidiarité. Ainsi, la Constitution marocaine, complétée par ces lois organiques, structure un système qui favorise à la fois l'autonomie locale sous supervision et le contrôle par des services extérieurs du ministère de l'intérieur dépassant le simple droit de regard de la part du pouvoir central représenté par les walis et gouverneurs.

La décentralisation territoriale, bien que conçue pour renforcer l'autonomie locale, se heurte à des obstacles structurels qui en limitent la portée. Premièrement, les collectivités locales demeurent largement tributaires des transferts financiers étatiques, leurs ressources propres restant marginales malgré les dispositions constitutionnelles (art. 141). Cette dépendance, soulignée par l'OCDE (2020) et analysée par Bensouda (2022), compromet leur capacité à financer des projets structurants, les subventions publiques s'avérant à la fois instables et insuffisantes. Deuxièmement, une logique bureaucratique prédomine au sein de ces entités : la gestion des ressources humaines, caractérisée par des effectifs pléthoriques et des compétences inadaptées, génère une inflation des dépenses de fonctionnement (Trésorerie Générale du Royaume, 2019). Ce phénomène, couplé à des contrôles administratifs perçus comme contraignants malgré leur assouplissement en 2017 (Soussi, 2023), détourne les budgets locaux des investissements prioritaires au profit de charges récurrentes. Ainsi, cette double contrainte – financière et organisationnelle – entrave non seulement l'autonomie décisionnelle des territoires, mais aussi leur aptitude à répondre aux besoins socioéconomiques des populations, remettant en cause l'effectivité même du modèle décentralisateur.

La charte de déconcentration de 2018 consacre les walis et gouverneurs comme acteurs pivots de la territorialisation des politiques publiques, leur attribuant un rôle central dans la

coordination des administrations déconcentrées et l'appui aux collectivités territoriales. En tant que représentants de l'État, ils incarnent l'articulation entre les orientations nationales et les spécificités locales, assurant une adaptation contextualisée des directives aux réalités du terrain. Leur mission englobe la synergie des services déconcentrés, l'alignement des projets locaux sur les priorités étatiques, et l'accompagnement technique des collectivités et établissements publics à compétence territoriale pour renforcer leur autonomie opérationnelle.

L'un des enjeux majeurs de la déconcentration est la ****rationalisation des structures et des méthodes**** d'intervention. La charte de déconcentration prévoit que les administrations centrales doivent adapter leur fonctionnement aux enjeux locaux, mais cette réforme reste incomplète en raison de la diversité des modes d'organisation des services extérieurs et de la difficulté à coordonner leurs actions (OCDE, 2020). Par ailleurs, la déconcentration des missions de gestion, notamment la délégation des crédits, se heurte à la réticence des services centraux, qui craignent de perdre leur pouvoir de décision (Mechrafi, 2011).

Malgré ces limites, la déconcentration offre des perspectives prometteuses pour renforcer l'efficacité des politiques publiques locales. En confiant aux walis et aux gouverneurs un rôle de pilote des politiques territoriales, elle permet de mieux adapter les interventions aux besoins spécifiques des territoires. Cependant, pour que cette ambition se concrétise, il est essentiel de renforcer les moyens humains et financiers des services déconcentrés et de clarifier les compétences des différents acteurs locaux.

La combinaison entre décentralisation et déconcentration constitue l'instrument de la territorialisation des politiques publiques au Maroc. Cependant, cette dynamique reste fragilisée par une discordance entre le temps de la décentralisation et celui de la déconcentration (Berjaoui, H. 2018) ce qui augmente la complexité du processus de la territorialisation et provoque ipso-facto des inégalités spatiales non seulement en termes de ressources mais aussi de capacité des acteurs à adopter et adapter les politiques publiques au niveau du territoire.

Au Maroc, la territorialisation des politiques publiques repose sur deux mécanismes complémentaires : d'une part la décentralisation, comprenant à la fois la décentralisation territoriale (collectivités territoriales) et fonctionnelle (établissements publics autonomes), et d'autre part la déconcentration (administrations décentralisées de l'État). Ce système dual génère une pluralité d'acteurs dont la coordination incombe principalement aux walis et gouverneurs, qui jouent un rôle d'interface entre ces différents niveaux. Cependant, cette architecture complexe soulève d'importants défis de gouvernance, notamment en termes de chevauchements de compétences, de rivalités institutionnelles et de clarification des rôles entre acteurs locaux et services de l'État, nécessitant une meilleure articulation pour optimiser l'efficacité des politiques publiques territoriales.

II. Décentralisation et pilotage à distance : vers des politiques territoriales de l'offre de soins

La décentralisation, souvent présentée comme une réponse aux défis de l'action publique contemporaine, porte en elle une promesse : celle de rapprocher les décisions prises au niveau central des réalités locales tout en préservant une cohérence d'ensemble. Pour en saisir les nuances, il est nécessaire d'adopter une démarche en deux temps. Il s'agit d'abord de comprendre la décentralisation comme un instrument de pilotage à distance des politiques publiques, puis d'explorer comment cette logique se matérialise dans le domaine de la santé, à travers l'émergence de politiques territoriales de l'offre de soins.

1. La décentralisation comme instrument du pilotage à distance des politiques publiques

La décentralisation est souvent présentée comme une réponse aux défis de l'action publique moderne, permettant de rapprocher les décisions des réalités locales et des citoyens (Oates, 1972). Pourtant, derrière cette promesse d'efficacité et de démocratie locale se cache une réalité plus complexe. En transférant des compétences vers les échelons locaux ou fonctionnels, la décentralisation instaure une dynamique paradoxale où l'autonomie des acteurs territoriaux coexiste avec des mécanismes de régulation centralisée. Cette tension, déjà observée par Hauriou (1925) dans ses travaux sur l'autonomie administrative, repose sur un équilibre précaire entre responsabilisation locale et maintien d'une cohérence nationale. L'État, tout en se désengageant formellement de certaines prérogatives, développe des instruments de pilotage à distance pour orienter les politiques publiques sans recourir à un contrôle direct (Lascoumes & Le Galès, 2007). Cette logique, qui s'inscrit dans le cadre plus large du New Public Management, utilise des outils tels que les indicateurs de performance et les financements conditionnels pour maintenir une forme de gouvernance indirecte (Osborne & Gaebler, 1992 ; Bezes, 2009). Ainsi, la décentralisation ne signifie pas un désengagement total de l'État, mais plutôt une reconfiguration de son rôle, passant d'un exécutant direct à un architecte institutionnel définissant les règles du jeu (De Montalivet, P. 2020).

Cependant, cette hybridation entre autonomie locale et régulation centralisée génère des tensions structurelles. D'un côté, la décentralisation fonctionnelle, théorisée par Duguit (1927) comme une délégation technique à des établissements spécialisés, permet une adaptation aux spécificités sectorielles et parfois locales dans des domaines comme l'éducation ou la santé, où les besoins varient considérablement d'un territoire à l'autre. D'un autre côté, le pilotage par objectifs, inspiré des pratiques managériales privées (Hood, 1991), tend à uniformiser les pratiques, risquant ainsi de vider l'autonomie locale de sa substance (Chevallier, 2003). Ces contradictions sont particulièrement visibles dans les politiques sectorielles, où les collectivités territoriales doivent concilier normes nationales et attentes citoyennes. Par exemple, les travaux sur les inégalités d'application des réformes sanitaires montrent que la décentralisation peut conduire à des disparités importantes dans la qualité des services publics (Hassenteufel, 2011). Ainsi, si la décentralisation favorise une meilleure adaptation des politiques aux besoins locaux, elle peut aussi fragmenter l'action publique et creuser les écarts entre territoires (Prud'homme, 1995).

Dans *Les transformations du droit public* (1913), Léon Duguit avance l'idée selon laquelle l'État unitaire peut affirmer son autorité de manière indirecte en confiant certaines compétences à des établissements publics autonomes. Ce mécanisme de décentralisation fonctionnelle repose sur l'attribution de missions techniques et sectorielles à des structures spécialisées, bénéficiant d'une indépendance administrative et financière, bien que soumises au contrôle de l'État. Une telle organisation favorise une gestion optimisée des services publics, sans pour autant remettre en cause l'unité juridique et politique de l'État. Pour Duguit, la décentralisation fonctionnelle apparaît ainsi comme un mode de gouvernement indirect.

La décentralisation, qu'elle soit territoriale ou fonctionnelle, constitue un levier de rationalisation de l'action publique à l'échelle locale, tout en s'inscrivant dans le cadre d'un État unitaire qui continue de structurer les processus décisionnels. Si les collectivités territoriales et les établissements publics bénéficient d'une autonomie partielle leur permettant d'adapter les politiques aux spécificités locales, cette autonomie reste encadrée par l'État. Celui-ci conserve un rôle central à travers des mécanismes de contrôle, de coordination et de

régulation, assurant l'unité et la cohérence de l'action publique. La décentralisation ne traduit donc pas un affaiblissement de l'État, mais une reconfiguration de ses modes d'intervention, alliant proximité décisionnelle et pilotage centralisé pour une action publique plus efficace, légitime et territorialisée.

2. la territorialisation de l'offre de soins à l'aune du nouveau cadre normatif du système national de santé

La loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, promulguée le 9 décembre 2022, constitue un tournant structurant dans la réforme du secteur sanitaire marocain. Conformément aux dispositions constitutionnelles qui consacrent le droit à la santé comme droit fondamental, cette loi ambitionne d'instaurer une couverture sanitaire universelle, d'assurer l'équité d'accès aux soins et d'améliorer de manière continue leur qualité (Préambule ; articles 1 et 2). Elle repose sur plusieurs piliers stratégiques, au nombre desquels figure la territorialisation de l'offre de soins, considérée comme une condition essentielle d'efficacité et d'équité (article 2).

La territorialisation, érigée en principe structurant, vise à adapter l'offre de soins aux spécificités sanitaires, géographiques et socio-économiques de chaque territoire. Cette mission est expressément confiée par la loi cadre aux Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), qui constituent des établissements publics à compétence territoriale conformément à l'article 36 du décret portant charte nationale de déconcentration administrative, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière (article 2 ; Préambule). Ces entités ont pour vocation de regrouper, dans une logique intégrée, l'ensemble des établissements de santé publics opérant dans une même région.

Les GST sont appelés à jouer un rôle central dans la mise en œuvre régionale de la politique de santé publique. Leur action s'appuie sur les cartes sanitaires nationales élaboré par l'autorité sanitaire centrale, outils de planification destinés à garantir une répartition rationnelle et équilibrée des ressources et des services sur l'ensemble du territoire (Préambule ; article 12). Au niveau du territoire, la carte régionale assure l'opérationnalisation du parcours de soins en veillant à ce que les usagers accèdent en premier lieu aux établissements de soins de santé de base, conformément à une logique graduée d'accès aux soins (article 12).

Dans le prolongement de cette dynamique territoriale, la loi prévoit la mise à niveau des infrastructures de santé publiques (article 13), ainsi que des mesures destinées à renforcer les ressources humaines. Elle entend notamment mobiliser les compétences marocaines à l'étranger, attirer des expertises internationales et encourager les investissements étrangers dans le secteur de la santé (article 14). Ces initiatives, coordonnées par les GST, visent à améliorer durablement la qualité et l'accessibilité des services de santé dans l'ensemble des régions.

L'ancrage territorial des GST ne les isole pas du reste du système de santé : ils s'inscrivent dans une architecture globale renouvelée, aux côtés d'institutions telles que la Haute Autorité de Santé, chargée de l'encadrement technique de l'Assurance Maladie Obligatoire, ou encore les établissements publics dédiés à l'approvisionnement en médicaments et produits sanguins (Préambule). Cette articulation vise à garantir une coordination efficiente entre les différents maillons du système national de santé.

En somme, les Groupements Sanitaires Territoriaux apparaissent comme l'un des dispositifs les plus novateurs introduits par la loi-cadre n° 06-22. Ils matérialisent la volonté de l'État de décentraliser la gouvernance sanitaire, de rapprocher les politiques publiques des citoyens et de faire du territoire l'échelle pertinente d'action en matière de santé (Préambule ; articles 2, 5 et 12). À travers leur mise en place, le système de santé marocain se dote d'un outil stratégique pour atteindre les objectifs de couverture sanitaire universelle, d'équité territoriale et de durabilité des services de santé.

L'articulation entre la carte sanitaire nationale et les cartes sanitaires régionales constitue l'un des instruments les plus aboutis de cette territorialisation. Tandis que la carte nationale définit les grandes orientations en matière de planification de l'offre de soins, les cartes régionales en assurent la déclinaison opérationnelle, en tenant compte des spécificités locales en termes de besoins, de ressources et d'accessibilité. Cette interaction entre les deux niveaux permet de garantir une cohérence d'ensemble tout en assurant la souplesse nécessaire à l'adaptation locale. En consacrant la région comme territoire sanitaire de référence (article 12), la loi affirme une approche fondée sur la régionalisation fonctionnelle, dans laquelle la planification, la gestion et le pilotage des politiques sanitaires sont désormais pensés à l'échelle régionale, renforçant ainsi la subsidiarité et l'efficacité de l'action publique en santé.

Les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), institués par la loi 08 22, constituent des établissements publics autonomes dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière (art. 1). Placés sous la tutelle du ministère de la Santé et de la Protection sociale (art. 2), ils regroupent, sur un même territoire, l'ensemble des établissements de santé publics, à l'exclusion des structures soumises à un régime spécial (art. 3).

Au cœur de leur mission figure l'élaboration et la mise à jour de la carte sanitaire régionale (art. 4 1). Celle-ci se présente comme un document de planification détaillé comprenant :

- la localisation et la capacité (nombre de lits, places) de chaque établissement de santé public ;
- la répartition des ressources humaines (médecins, infirmiers, paramédicaux) et des équipements (plateaux techniques, imagerie, laboratoires) ;
- l'analyse des besoins de la population (indicateurs démographiques, pathologies prédominantes, zones sous-dotées) ;
- la définition des filières de soins (premier recours, soins spécialisés, réadaptation) et de leurs modalités de coordination ;
- les modalités d'accès géographique et temporel (secteurs de couverture, temps d'accès maximal) ;
- les perspectives d'évolution (création de nouvelles structures, extension de capacités, déploiement de la télémédecine) .

Les GST assurent ainsi la programmation et la coordination des filières de soins, la promotion de la santé publique à travers la prévention, la surveillance épidémiologique et la gestion des urgences sanitaires (art. 4 1 et 4 2), ainsi que la formation pratique des étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, soins infirmiers et métiers techniques de santé (art. 4 4). Ils veillent également à la délivrance des autorisations d'exercice des professions de santé et d'exploitation des cliniques privées, ainsi qu'au contrôle de la qualité et de la sécurité des prises en charge (art. 4 6).

La gouvernance des GST s'organise autour d'un conseil d'administration et d'un directeur général (art. 5). Le conseil d'administration comprend différentes catégories de membres (art. 6) :

- les représentants des syndicats et des professions de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.) ;
- les doyens et professeurs des facultés de médecine, pharmacie et odontologie ;
- les administrateurs issus des ministères et des administrations déconcentrées (Wali, délégué du ministère de la Santé) ;
- les représentants des collectivités locales (président du conseil de région, élus) ;
- les délégués des organismes d'assurance maladie obligatoire ;
- des experts indépendants en santé et, le cas échéant, des spécialistes de la recherche et de l'innovation (art. 6).

Ce conseil fixe les orientations régionales en matière d'offre de soins : il approuve le programme de travail annuel, la carte sanitaire, le plan médical, le budget pluriannuel, le règlement intérieur et le statut du personnel (art. 7). Il peut également instituer des comités spécialisés et se réunit au moins deux fois par an (art. 8 10).

Le directeur général, nommé selon les modalités applicables aux établissements publics (art. 11), est chargé de mettre en œuvre les décisions du conseil. Il prépare les dossiers soumis à l'examen de celui-ci (programme de travail, carte sanitaire, budget), coordonne les activités des établissements membres et assure la gestion des ressources humaines, financières et logistiques (art. 12). Ainsi, la carte sanitaire régionale, alliée à une gouvernance pluraliste associant acteurs professionnels, universitaires, administratifs et territoriaux, garantit une offre de soins territorialisée, cohérente et adaptée aux besoins de la population.

Alors que la loi prévoit que la carte sanitaire régionale doit être élaborée en cohérence avec la carte sanitaire nationale (art. 4 1), le programme médical régional, autonome tant dans son élaboration que dans son exécution, organise le parcours de soins du patient entre les structures de soins de santé primaire et les établissements hospitaliers de niveaux supérieurs. Il vise à rationaliser l'utilisation des ressources disponibles dans la région et à améliorer l'efficacité des services.

Reposant sur la carte sanitaire régionale, ce programme garantit la continuité et la gradation des prises en charge, de la première consultation aux soins spécialisés. Il définit également un panier de soins harmonisé, délivré de manière équitable à l'ensemble des usagers du territoire.

Dès lors, chaque région devient une véritable entité de planification, de coordination et de pilotage des politiques de santé, avec un référentiel de services partagés. Cette évolution marque une avancée inédite au Maroc, en dotant le Groupement Sanitaire Territorial (GST) d'un rôle stratégique et opérationnel pour la mise en œuvre des soins (art. 4). Ainsi, dans chaque région, les citoyens bénéficieront désormais de prestations de santé normalisées, équitables et coordonnées, assurant une réponse homogène et adaptée à leurs besoins, dans le cadre d'un véritable territoire sanitaire intégré.

Le pilotage à distance des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) s'effectue principalement à travers leur conseil d'administration, qui regroupe des représentants de l'administration déconcentrée ainsi que des collectivités territoriales et administrations décentralisées, leur conférant un droit de contrôle comparable à celui exercé sur l'ensemble

des établissements publics. Par ailleurs, ce pilotage s'appuie sur la carte sanitaire nationale, qui oriente la planification globale de l'offre de soins et conditionne l'élaboration de la carte sanitaire régionale. Cette dernière est élaborée et mise en œuvre par les GST, afin d'adapter l'organisation des services de santé aux besoins spécifiques de chaque région et garantir une coordination territoriale efficace.

Le regroupement d'établissements de santé appartenant à différents réseaux, qu'ils relèvent du secteur des soins primaires ou hospitaliers, et disposant de statuts juridiques hétérogènes, autour d'un projet médical régional unique coordonné par un établissement de référence au niveau régional, s'inscrit dans une logique de décentralisation appliquée à la territorialisation de l'offre de soins. Ce modèle vise à réorganiser les modalités de pilotage des services de santé en intégrant diverses structures au sein d'une même entité régionale.

La démarche repose sur une reconfiguration des compétences, des responsabilités et des moyens à l'échelle territoriale. Elle cherche à instaurer une coordination fonctionnelle entre les acteurs locaux afin de structurer l'offre de soins selon les caractéristiques démographiques, épidémiologiques et géographiques des régions. Cette évolution implique une transformation des relations entre les niveaux central et régional, sans pour autant impliquer nécessairement une autonomie complète des territoires. L'approche territorialisée de l'offre de soins, dans le cadre de cette décentralisation, s'accompagne de mécanismes de gouvernance destinés à rationaliser la gestion des ressources et des parcours de soins.

Conclusion

La territorialisation de l'offre de soins, telle qu'instaurée par la réforme du système national de santé au Maroc, traduit une volonté manifeste de rapprocher les politiques publiques des réalités locales, tout en préservant une cohérence nationale. À travers les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), le pays s'oriente vers un modèle de gouvernance mixte, combinant autonomie régionale et pilotage stratégique central. Ces entités, dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière, sont appelées à jouer un rôle de pivot dans la planification, la coordination et l'optimisation de l'offre de soins à l'échelle régionale.

Cependant, cette dynamique de territorialisation ne se limite pas à une simple réorganisation institutionnelle. Elle implique un véritable changement de paradigme, fondé sur la subsidiarité, la responsabilisation des acteurs territoriaux, et une gestion intégrée des ressources. Si la réforme introduit des outils de planification innovants – comme les cartes sanitaires régionales – elle pose aussi des défis importants : disparités de capacités entre régions, coordination interinstitutionnelle complexe, et risque de fragmentation si les mécanismes de gouvernance ne sont pas pleinement opérationnels.

Ainsi, la réussite de cette réforme dépendra de la capacité à construire un équilibre entre adaptation locale et cohérence nationale, autonomie et régulation, innovation et équité. En plaçant le territoire au cœur de l'action publique en santé, le Maroc amorce une transition vers un système plus inclusif, plus efficace et potentiellement plus juste, à condition que les logiques de pilotage à distance soient accompagnées d'un véritable renforcement des capacités territoriales.

Références bibliographiques

Ouvrages

- Balme, R. (dir.) (1996). Les politiques du néo-régionalisme : action collective régionale et globalisation. Paris : Economica.
- De Montalivet, P., Heitzmann-Patin, M., Janicot, L., Roblot-Troizier, A., & Vidal-Naquet, A. (Éds.). (2020). Révolution, constitution, décentralisation : Mélanges en l'honneur de Michel Verpeaux. Paris : Dalloz.
- Duguit, L. (1999). Les transformations du droit public (2e tirage, réimp. éd. 1913). La Mémoire du Droit.
- Gaudin, J.-P. (2007). Gouverner par contrat (2e éd.). Paris : Presses de Sciences Po.
- Hauriou, M. (1925). Précis de droit administratif et de droit public. Paris : Sirey.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2007). Sociologie de l'action publique. Paris : Armand Colin.
- Lipsky, M. (1980). Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. New York: Russell Sage Foundation.
- Mény, Y., & Thoenig, J.-C. (1989). Politiques publiques. Paris : Presses Universitaires de France.
- Millon-Delsol, C. (1993). Le principe de subsidiarité. Paris : Presses Universitaires de France (coll. « Que sais-je ? »).
- Muller, P. (2013). Les politiques publiques (10e éd.). Paris : PUF.
- Oates, W. E. (1972). Fiscal Federalism. Harcourt Brace Jovanovich.
- Pasquier, R. (2012). Le pouvoir régional. Paris : Presses de Sciences Po.
- Pecqueur, B. (2000). Le développement local (2e éd.). Paris : La Découverte.

Articles scientifiques et thèses

- Arnaud, C. (2012). Approche fonctionnelle et dynamique du portefeuille territorial d'événements culturels : manager la proximité pour une attractivité durable du territoire (Thèse de doctorat, Sciences de gestion, Aix-Marseille Université).
- Autès, M. (2005). « Territoires et subjectivités : les nouveaux défis de l'action sociale », *Recherches et Prévision*, n°21, p. 9–19.
- Bensouda, N. (2022). « L'autonomie fiscale locale a-t-elle encore un sens pour le développement territorial ? », in M. Bouvier (dir.), *Colloque d'autonomie fiscale locale et développement territorial*. LGDJ.

Berjaoui, H. (2018, 5 novembre). « La discordance entre "le temps" de la décentralisation et "le temps" de la déconcentration chez le gouverneur marocain », Village de la Justice.

Castaing, C. (2012). « La territorialisation des politiques de santé », Les Études Hospitalières.

Daguin, S., Harivel, L., Perri, T. & Ripert, F. (2000). « La territorialisation des services publics des collectivités locales en France », Les Cahiers du management territorial, n°3, p. 21–37.

David, O. (2008). « Territorialisation des politiques publiques et cohésion nationale : un mariage complexe », in R. Dodier, A. Rouyer & R. Séchet (éds.), Territoires en action et dans l'action (tome 1). Presses Universitaires de Rennes.

Epstein, R. (2005). « Gouverner à distance. Quand l'État se retire des territoires », Esprit, n°319 (novembre), p. 96–111.

Giblin, B. (2011). « Santé publique et territoires », Hérodote, vol. 4, n°143, p. 3–12.

Hassenteufel, P. (2011). Sociologie politique de l'action publique. Paris : Armand Colin.

Hooghe, L., & Marks, G. (2003). « Unraveling the Central State, but How? Types of Multi-Level Governance », American Political Science Review.

Oulachguer, N. (2010). « Place du bureau communal d'hygiène dans le système sanitaire », Journal Marocain des Sciences Médicales, 17(4).

Prud'homme, R. (1995). « On the Dangers of Decentralisation », The World Bank Research Observer, août.

Reigner, H. (2004). « La territorialisation de l'enjeu "sécurité routière" : vers un basculement de référentiel ? », Espaces et sociétés, vol. 3, n°118, p. 23–41.

Textes juridiques et documents officiels

Décret n° 2.17.618 du 25 octobre 2018, portant adoption de la Charte nationale de la déconcentration administrative

Loi n° 08-22 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST).

Loi organique n° 111-14 relative aux régions, promulguée par le Dahir n° 1-15-83 du 20 ramadan 1436 (7 juillet 2015)

Loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé.