

Intelligence territoriale et économique en santé : quelles implications pour les Groupements Sanitaires Territoriaux marocains ?

Territorial and Economic Intelligence in Health : Implications for Morocco's Territorial Health Groups.

- **AUTEUR 1** : Younes KHAIDAR,
- **AUTEUR 2** : Abdenabi SBAI,

(1) : Doctorant PhD, ENCG de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc.

(2) : Enseignant-chercheur PhD, ENCG de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc.



Conflit d'intérêt : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêt.

Pour citer cet article : KHAIDAR .Y & SBAI .A (2026) « Intelligence territoriale et économique en santé : quelles implications pour les Groupements Sanitaires Territoriaux marocains ?»,

IJAME : Volume 02, N° 21 | Pp: 343 – 363.



DOI : 10.5281/zenodo.22140580
Copyright © 2026 – IJAME

Résumé

Cet article développe un cadre conceptuel intégrateur articulant deux corpus de recherche jusqu'ici peu croisés dans le champ de la santé publique : l'intelligence économique et l'intelligence territoriale. Désigné « intelligence territoriale et économique en santé » (ITE-Santé), ce cadre vise à analyser conjointement la capacité d'un territoire sanitaire à produire et partager une connaissance contextualisée de ses besoins et ressources, et la capacité de ses organisations à transformer cette connaissance en information stratégique mobilisable pour la décision. Il est appliqué à la réforme marocaine des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST). Alors que la littérature sur la gouvernance territoriale des systèmes de santé s'est largement construite autour des théories de la gouvernance collaborative et de la gouvernance multi-niveaux, elle a peu mobilisé les apports spécifiques de l'intelligence économique (veille, protection, influence) et de l'intelligence territoriale (connaissance partagée du territoire, apprentissage collectif, ancrage participatif). L'article propose une lecture conceptuelle croisée, désignée intelligence territoriale et économique en santé (ITE-Santé), et l'applique au cadre légal marocain instituant les GST (loi n° 08-22). Il montre que plusieurs missions prévues par la loi, mutualisation des ressources, carte sanitaire régionale, veille épidémiologique, régulation des relations avec le secteur privé, recoupent directement des fonctions classiques de l'intelligence économique et de l'intelligence territoriale, sans que ce potentiel soit aujourd'hui explicité ni instrumenté dans les textes. L'article conclut sur la nécessité, pour la traduction opérationnelle de ces missions, de concevoir un dispositif intégrateur de planification médicale territoriale articulant création de valeur pour le patient, connaissance fine du territoire et apprentissage organisationnel par les données, ouvrant une piste de recherche pour un modèle spécifique, à développer et à valider empiriquement dans un travail ultérieur.

Mots Clés : Intelligence Territoriale, Intelligence Economique, Gouvernance Des Systemes De Sante, Groupements Sanitaires Territoriaux, Maroc, Planification Medicale Territoriale.

Abstract :

This article proposes a theoretical framework articulating two research traditions rarely combined in the public health field, economic intelligence and territorial intelligence, to analyze Morocco's reform of Territorial Health Groups (Groupements Sanitaires Territoriaux, GST). While the literature on territorial governance of health systems has largely developed around collaborative and multi-level governance theories, it has made limited use of the specific contributions of economic intelligence (monitoring, protection, influence) and territorial intelligence (shared territorial knowledge, collective learning, participatory anchoring). The article proposes a cross-disciplinary framework, referred to as territorial and economic intelligence in health (ITE-Health), and applies it to the Moroccan legal framework establishing the GST (Law n° 08-22). It shows that several missions assigned by the law, resource pooling, regional health mapping, epidemiological surveillance, regulation of relations with the private sector, directly overlap with classic functions of economic and territorial intelligence, although this potential remains largely unexplicated and uninstrumented in the current texts. The article concludes on the need, for the operational translation of these missions, to design an integrative territorial medical planning framework articulating value creation for the patient, fine-grained territorial knowledge, and organizational learning through data, opening a research avenue for a specific model to be developed and empirically validated in future work.

Keywords: Territorial Intelligence, Economic Intelligence, Health System Governance, Territorial Health Groups, Morocco, Territorial Medical Planning.

Introduction

Les systèmes de santé contemporains évoluent sous la pression conjointe de plusieurs dynamiques : le vieillissement démographique, la montée des maladies chroniques, la contrainte budgétaire et l'exigence croissante d'équité territoriale dans l'accès aux soins. Ces dynamiques ont conduit de nombreux pays à repenser l'échelle pertinente de gouvernance de leur système de santé, en substituant à des logiques nationales uniformes des dispositifs territorialisés capables de s'ajuster aux réalités locales. La pandémie de Covid-19 a accéléré ce mouvement en révélant, de façon souvent brutale, les limites des architectures sanitaires fragmentées et l'importance d'une coordination fine entre les échelons central, régional et local (Belloni et al., 2025 ; OCDE, 2023).

Au Maroc, cette dynamique de territorialisation trouve une traduction institutionnelle précise avec la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), instaurés par la loi n° 08-22, promulguée par le Dahir n° 1-23-50 du 9 Dou Al Hijja 1444 (28 juin 2023) et publiée au Bulletin officiel n° 7213 du 17 juillet 2023, dans le prolongement de la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé (Dahir n° 1-22-77 du 9 décembre 2022). Le GST est conçu comme un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, appelé à se substituer aux directions régionales de la santé et à intégrer les moyens humains et matériels des centres hospitaliers universitaires implantés sur son territoire. Cette architecture confère au GST un périmètre de mission large : organisation de l'offre de soins, santé publique et veille épidémiologique, formation, recherche, mutualisation des ressources entre établissements membres, et régulation des relations avec le secteur privé et la médecine libérale.

Une abondante littérature s'est développée pour analyser ce type de réformes territoriales de santé sous l'angle de la gouvernance : gouvernance multi-niveaux (Hooghe & Marks, 2003 ; Peters, 2021), gouvernance collaborative (Ansell & Gash, 2008, 2018 ; Emerson & Nabatchi, 2015), ou encore gouvernance en réseau (Provan & Kenis, 2008). Ces cadres éclairent avec pertinence les mécanismes de coordination verticale et horizontale, les conditions de légitimité et d'appropriation par les acteurs de terrain, ainsi que les risques de résistance institutionnelle propres à ce type de transformation organisationnelle. Ils demeurent en revanche relativement silencieux sur une dimension pourtant explicitement inscrite dans les missions légales des GST : la capacité du territoire à produire, mobiliser et partager de la connaissance stratégique, sur les besoins de la population, sur les ressources disponibles, sur les risques sanitaires émergents, pour éclairer la décision publique.

Cette dimension a pourtant fait l'objet, dans d'autres champs disciplinaires, de deux corpus théoriques anciens et solidement établis : l'intelligence économique, née dans le contexte de la compétitivité des entreprises et des nations (Martre, 1994 ; Levet, 2001), et l'intelligence territoriale, développée pour penser la capacité collective d'un territoire à apprendre de lui-même et à orienter ses politiques publiques (Bertacchini, 2004 ; Herbaux, 2007). Ces deux corpus ont été mobilisés dans des secteurs aussi divers que le développement économique local, l'aménagement du territoire ou la gestion de crise, mais leur application au champ spécifique de la gouvernance des systèmes de santé régionaux demeure marginale dans la littérature francophone. Un article récent de Baalla et Jellouli (2025), consacré aux conditions de succès des GST à partir des théories du management public et du cadre du Triple Aim, illustre d'ailleurs cette lacune : il mobilise abondamment les théories de la gouvernance et de la décentralisation, sans toutefois recourir aux cadres de l'intelligence économique ou territoriale.

Le déficit identifié ne réside donc pas dans l'absence de travaux sur l'information stratégique, la gouvernance territoriale ou l'apprentissage organisationnel en santé pris séparément, mais dans leur faible articulation au sein d'un même cadre d'analyse. Les approches de gouvernance collaborative et multi-niveaux permettent principalement d'expliquer les configurations d'acteurs, les mécanismes de coordination et les conditions institutionnelles de l'action collective. L'intelligence territoriale porte davantage sur la production, la contextualisation et le partage d'une connaissance du territoire entre acteurs interdépendants, tandis que l'intelligence économique s'intéresse à la transformation de l'information pertinente en capacité d'anticipation, de protection et de décision stratégique. L'enjeu théorique consiste dès lors moins à juxtaposer ces perspectives qu'à comprendre leur complémentarité fonctionnelle dans un système territorial de santé : comment la connaissance produite collectivement à l'échelle du territoire peut-elle être transformée en intelligence stratégique, puis mobilisée dans les processus de gouvernance et de décision ?

Le présent article se propose de combler cet écart en posant la question suivante : en quoi les concepts d'intelligence économique et d'intelligence territoriale permettent-ils d'éclairer les missions de gouvernance prévues par la réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc, et quelles implications en tirer pour la mise en œuvre de cette réforme ? L'objectif n'est pas de produire une évaluation empirique de la réforme, dont la mise en œuvre reste, au moment de la rédaction de cet article, à un stade précoce dans la plupart des régions du Royaume, mais de construire un cadre conceptuel qui articule ces deux corpus et d'en tester la pertinence heuristique sur le cadre légal marocain.

L'article est structuré en trois temps. Une première section propose un cadrage conceptuel de l'intelligence économique et de l'intelligence territoriale, et esquisse leur articulation possible dans le champ de la santé, que nous désignons par commodité intelligence territoriale et économique en santé (ITE-Santé). Une deuxième section applique cette grille de lecture au cadre légal des GST, en identifiant les missions prévues par la loi n° 08-22 qui relèvent, sans être nommées comme telles, de logiques d'intelligence économique ou territoriale. Une troisième section discute les apports et les limites de cette lecture croisée, avant qu'une conclusion n'ouvre une piste de recherche sur les conditions d'opérationnalisation de ces fonctions au sein d'un dispositif de planification médicale territoriale.

1. Cadrage conceptuel

1.1 L'intelligence économique : de la compétitivité des organisations à la gestion stratégique de l'information

L'intelligence économique trouve son ancrage institutionnel en France dans le rapport commandé par le Commissariat général du Plan et dirigé par Henri Martre, qui la définit comme l'ensemble des actions coordonnées de recherche, de traitement et de diffusion de l'information utile aux acteurs économiques, en vue de son exploitation (Martre, 1994). Cette définition fondatrice articule trois fonctions devenues classiques dans la littérature : la veille, qui consiste à capter en continu les signaux faibles et les évolutions de l'environnement ; la protection du patrimoine informationnel, qui vise à sécuriser les données stratégiques d'une organisation contre leur captation par des tiers ; et l'influence, entendue comme la capacité à peser sur les règles du jeu, normatives, réglementaires ou d'opinion, dans lesquelles évolue l'organisation.

Les travaux ultérieurs ont précisé et élargi cette matrice fondatrice. Levet (2001) insiste sur l'intelligence économique comme mode de pensée avant d'être un ensemble d'outils : elle suppose une capacité organisationnelle à transformer l'information en connaissance actionnable, ce qui la distingue d'une simple fonction de documentation ou de veille technologique. Bournois et Romani (2000) montrent, à partir d'enquêtes menées auprès d'entreprises françaises, que les organisations les plus performantes en la matière sont celles qui articulent la fonction de veille à la prise de décision stratégique, plutôt que de la cantonner à un service périphérique. Marcon et Moinet (2011) systématisent cette approche en distinguant trois niveaux d'analyse, individuel, organisationnel, territorial, ce dernier niveau faisant explicitement le pont avec les travaux sur l'intelligence territoriale mobilisés dans la sous-section suivante.

Bien que développée initialement pour le monde de l'entreprise, l'intelligence économique a rapidement débordé ce cadre pour s'appliquer aux organisations publiques et aux politiques publiques elles-mêmes. Baumard (1991) souligne que toute organisation évoluant dans un environnement incertain, ce qui est éminemment le cas des organisations de santé, comme l'a montré très tôt Arrow (1963) dans son analyse de l'incertitude constitutive du marché des soins médicaux, est structurellement contrainte de développer une capacité de surveillance de son environnement, sous peine de subir les évolutions plutôt que de les anticiper. Transposée au secteur de la santé, la fonction de veille recouvre naturellement la veille épidémiologique, la veille réglementaire et la veille sur les ressources humaines et technologiques disponibles ; la fonction de protection recouvre la sécurisation des données de santé, particulièrement sensibles ; la fonction d'influence, enfin, recouvre la capacité d'un établissement ou d'un territoire de santé à peser sur l'allocation des ressources nationales, sur les négociations avec les organismes assureurs ou sur les termes de sa relation avec le secteur privé.

Cette dernière fonction mérite une clarification lorsqu'elle est transposée au secteur public de la santé : l'influence, dans le vocabulaire de l'intelligence économique d'entreprise, renvoie souvent à une logique de lobbying ou de conquête de parts de marché. Appliquée à un établissement public de santé, elle doit être réinterprétée comme une capacité de négociation et de régulation au service de l'intérêt général plutôt que comme une stratégie concurrentielle, une nuance sur laquelle nous reviendrons dans la discussion.

1.2 L'intelligence territoriale : le territoire comme système apprenant

L'intelligence territoriale constitue un corpus distinct, quoiqu'historiquement voisin, de l'intelligence économique. Développée notamment par Bertacchini (2004) et Herbaux (2007), elle part d'un constat différent : alors que l'intelligence économique prend pour objet une organisation cherchant à optimiser sa position dans un environnement concurrentiel ou contraint, l'intelligence territoriale prend pour objet le territoire lui-même, considéré comme un acteur collectif capable d'apprendre de ses propres dynamiques pour orienter ses politiques publiques. Bertacchini définit l'intelligence territoriale comme la capacité d'un ensemble d'acteurs hétérogènes, collectivités, entreprises, associations, citoyens, à produire collectivement de la connaissance sur leur territoire et à la mobiliser dans un processus de décision partagée. Herbaux (2007) insiste sur la dimension processuelle de cette intelligence : il ne s'agit pas d'un dispositif technique isolé (un observatoire, une base de données) mais d'un processus social continu d'observation, de délibération et d'ajustement.

Cette approche trouve un écho dans les travaux plus anciens de l'école du développement territorial, en particulier ceux de Maillat (1995) sur les milieux innovateurs. Maillat montre que la capacité d'innovation d'un territoire ne dépend pas seulement des ressources qu'il concentre, mais de la densité et de la qualité des interactions de proximité entre ses acteurs, un capital relationnel et cognitif propre au territoire, qui se distingue des ressources individuelles de chaque organisation qui le compose. Cette perspective a des implications directes pour la lecture des réformes territoriales de santé : un GST performant ne serait pas seulement celui qui dispose des meilleures ressources hospitalières prises isolément, mais celui qui parvient à faire émerger, entre ses établissements membres et les professionnels qui y exercent, une capacité collective d'observation et d'apprentissage propre au territoire régional.

Deux apports complémentaires enrichissent ce cadre. D'une part, la dimension institutionnelle mise en avant par Williamson (1985) et North (1990) : les institutions qui structurent les échanges entre acteurs d'un même territoire, règles formelles, mais aussi routines et conventions informelles, déterminent la capacité de ce territoire à réduire ses coûts de coordination et à transformer l'information disponible en action coordonnée. Un territoire doté d'institutions fragmentées, où chaque établissement de santé continue de fonctionner selon ses propres routines sans mécanisme structurant l'échange d'information, ne peut développer une intelligence territoriale réelle, quel que soit le volume de données produit. D'autre part, la dimension d'apprentissage continu portée par le concept de Learning Health System, forgé par l'Institute of Medicine (2001, 2013) : un système de santé apprenant est celui où les données produites par la pratique clinique quotidienne alimentent en boucle courte la recherche et l'amélioration des pratiques, plutôt que de rester cantonnées à des usages administratifs ou de reporting.

L'intelligence territoriale se distingue ainsi de l'intelligence économique sur trois plans principaux : l'échelle d'analyse (le territoire plutôt que l'organisation), la finalité (la cohésion et l'apprentissage collectifs plutôt que la compétitivité individuelle) et le mode de production de la connaissance (participatif et délibératif plutôt que centralisé au sein d'une fonction dédiée). Ces différences n'excluent cependant pas une complémentarité forte, en particulier dans un secteur comme la santé où l'organisation, l'établissement, le GST, et le territoire, la région sanitaire, la population qu'elle dessert, sont d'emblée imbriqués.

Une dernière clarification s'impose, tant ces trois notions sont parfois employées l'une pour l'autre dans la littérature. La gouvernance territoriale désigne l'architecture des relations de pouvoir et de décision entre acteurs d'un même territoire : qui décide, avec quelle légitimité,

selon quelles règles de coordination verticale et horizontale. L'intelligence territoriale ne porte pas sur cette architecture elle-même, mais sur la connaissance qui la nourrit : elle décrit comment les acteurs d'un territoire produisent et partagent une compréhension commune de leurs besoins et de leurs ressources, indépendamment de la répartition formelle des pouvoirs. L'intelligence économique, enfin, se situe à un troisième niveau, celui de l'organisation prise isolément, et concerne sa capacité propre à capter, protéger et valoriser l'information utile à ses décisions. Un GST peut ainsi disposer d'une gouvernance territoriale bien définie sur le papier, avec des instances de coordination clairement identifiées, sans pour autant avoir développé l'intelligence territoriale qui permettrait à ces instances de s'appuyer sur une connaissance partagée et actualisée du territoire, ni l'intelligence économique qui permettrait à chaque établissement membre de nourrir cette connaissance à partir de ses propres données.

1.3 Vers une intelligence territoriale et économique appliquée à la santé

La juxtaposition de ces deux corpus invite à formuler une proposition conceptuelle : celle d'une intelligence territoriale et économique appliquée à la santé, que nous désignons ITE-Santé, et qui articule la logique organisationnelle de l'intelligence économique, veille, protection, influence, au service d'une organisation de santé donnée, et la logique collective de l'intelligence territoriale, apprentissage, participation, cohésion, au service d'un territoire sanitaire donné.

Cette articulation n'est pas seulement fonctionnelle, elle répond à une nécessité propre au secteur de la santé. Un établissement peut développer isolément ses propres capacités de veille ou de protection de l'information ; il ne peut en revanche ni évaluer les besoins réels de la population qu'il dessert, ni anticiper les flux de patients entre structures, sans une connaissance du territoire que seule une intelligence territoriale peut produire et partager. Inversement, un territoire ne peut apprendre de lui-même, au sens où l'entendent Bertacchini et Herbaux, si les organisations qui le composent ne transforment pas leurs données d'activité en informations exploitables et ne les remettent pas en circulation, ce que l'Institute of Medicine (2001, 2013) capture précisément avec la notion de Learning Health System. L'intelligence économique fournit ainsi la matière première, une information organisationnelle traitée et fiabilisée, que l'intelligence territoriale met en mouvement à l'échelle collective. Sans cette articulation, l'une des deux fonctions tourne à vide : une organisation qui accumule de l'information sans la partager appauvrit le territoire, un territoire qui délibère sans données organisationnelles fiables produit une connaissance mal ancrée dans la réalité opérationnelle.

Cette articulation trouve un point d'ancrage naturel dans la littérature sur la gouvernance territoriale des systèmes de santé rappelée en introduction. Lorsque Ansell et Torfing (2021)

décrivent la gouvernance territoriale en santé comme un modèle collaboratif où l'État, les établissements, les professionnels, les acteurs privés et la société civile co-produisent les décisions, ils décrivent en creux un processus d'intelligence territoriale au sens de Bertacchini et Herbaux, sans toutefois mobiliser cet appareil conceptuel ni en tirer les implications opérationnelles en matière de dispositifs d'observation et de partage de la connaissance. De même, lorsque Greer, Wismar et Figueras (2016, 2019) articulent coordination verticale (État-région-établissements) et coordination horizontale (coopérations inter-établissements, réseaux cliniques), ils décrivent une architecture de gouvernance qui, pour fonctionner, suppose un système d'information capable de faire circuler la connaissance entre ces deux axes, fonction que l'intelligence territoriale permet précisément de nommer et d'outiller.

Symétriquement, les fonctions de mutualisation des ressources, de contractualisation interne et de régulation des relations avec le secteur privé, que l'on retrouve dans la plupart des réformes territoriales de santé contemporaines, relèvent plus directement d'une logique d'intelligence économique appliquée à une organisation de santé : il s'agit d'optimiser l'allocation des ressources internes, de protéger des données sensibles, et de négocier les termes d'une relation avec des acteurs externes, assureurs, secteur libéral, industrie pharmaceutique.

L'intérêt de cette lecture croisée est double. D'un point de vue analytique, elle permet de rendre visibles des fonctions de gouvernance qui restent souvent implicites dans les textes réglementaires, la loi peut prévoir une veille épidémiologique ou une carte sanitaire régionale sans que ces dispositifs soient pensés comme relevant d'une fonction d'intelligence organisée, dotée de moyens humains, de processus et d'une gouvernance propre. D'un point de vue managérial, elle permet de poser la question de l'instrumentation : quels dispositifs concrets, systèmes d'information géographique en santé, cellules d'analyse de données, comités de partage de la connaissance entre établissements, sont nécessaires pour que ces fonctions légales se traduisent en pratique organisationnelle effective, plutôt que de rester des intentions normatives.

Cette proposition conceptuelle appelle une clarification de méthode. Nous ne prétendons pas ici avoir découvert un phénomène nouveau : les fonctions de veille, de mutualisation ou d'apprentissage territorial sont documentées de longue date, chacune dans son corpus disciplinaire propre. Notre apport est de nature intégrative : proposer un cadre de lecture qui permette d'articuler ces fonctions dispersées lorsqu'elles s'appliquent au cas spécifique de la gouvernance territoriale de la santé, et d'en tirer un instrument d'analyse applicable à un cas

concret, celui des Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc, auquel nous consacrons la section suivante.

Précisons où se situe exactement cet apport par rapport aux cadres de gouvernance déjà mobilisés dans ce champ. Les théories de la gouvernance collaborative et multi-niveaux répondent avant tout à une question de coordination : qui décide, à quel niveau, et selon quelles règles les acteurs s'accordent-ils ? L'ITE-Santé se positionne en amont de cette question : elle interroge la nature et la circulation de la connaissance qui alimente ces décisions, une dimension que les cadres de gouvernance présupposent le plus souvent sans l'outiller. Ce déplacement n'est pas un simple habillage terminologique. Il change la nature des recommandations que l'on peut tirer de l'analyse d'une réforme territoriale de santé : là où la gouvernance oriente vers des dispositifs de concertation ou de répartition des compétences, l'ITE-Santé oriente vers des dispositifs de production, de protection et de partage de connaissance, systèmes d'information partagés, cellules de veille, protocoles de remontée de données, qui restent largement absents des textes analysés dans la section suivante.

2. La réforme des Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc : un terrain d'application de l'ITE-Santé

2.1 Cadre légal et architecture institutionnelle

La réforme du système de santé marocain engagée depuis 2022 s'inscrit dans la trajectoire de territorialisation décrite en introduction. Elle repose sur deux textes fondateurs : la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, promulguée par le Dahir n° 1-22-77 du 14 Joumada I 1444 (9 décembre 2022) et publiée au Bulletin officiel n° 7151 du 12 décembre 2022, qui pose les principes généraux de la réforme, couverture sanitaire universelle, décentralisation de la gouvernance, intégration des soins, ; et la loi n° 08-22, promulguée par le Dahir n° 1-23-50 du 28 juin 2023, qui institue spécifiquement les Groupements Sanitaires Territoriaux comme nouvel échelon de gouvernance régionale du système de santé.

Le GST est défini par la loi comme un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, créé dans chaque région du Royaume. Il se substitue aux directions régionales de la santé antérieures et intègre les biens, les moyens et les personnels des centres hospitaliers universitaires implantés sur son territoire, jusqu'alors dotés d'une gouvernance propre et largement disjointe de celle des établissements de soins primaires et secondaires. Cette intégration constitue en elle-même une rupture organisationnelle majeure : elle réunit, sous une

même autorité régionale, des établissements historiquement marqués par des cultures institutionnelles, des statuts de personnel et des modes de gouvernance différenciés.

La loi confère au GST six missions principales, dont l'énoncé mérite d'être rappelé précisément car il structure directement la lecture ITE-Santé développée dans la sous-section suivante : l'organisation de l'offre de soins à l'échelle régionale, via l'élaboration d'une carte sanitaire régionale et d'un programme médical régional ; la santé publique, incluant la prévention, la promotion de la santé et la veille épidémiologique ; la formation initiale et continue des professionnels de santé, en lien avec les facultés de médecine et les instituts de formation ; la recherche clinique, épidémiologique et organisationnelle ; la mutualisation des ressources humaines, matérielles, logistiques et informationnelles entre les établissements membres ; et la régulation des relations avec le secteur privé et la médecine libérale exerçant sur le territoire régional.

La gouvernance du GST est de nature duale, associant un Conseil d'Administration et une Direction Générale. Le Conseil d'Administration, présidé par le Wali de région, réunit des représentants des administrations centrales, du Conseil régional, des doyens des facultés de médecine et de pharmacie, des directeurs des instituts de formation, des représentants des organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire, des représentants des professionnels de santé, ainsi que des membres indépendants choisis pour leur expertise. La Direction Générale, quant à elle, est chargée d'exécuter les décisions du Conseil, de préparer le plan de travail annuel, d'élaborer la carte sanitaire régionale et le programme médical régional, de gérer le budget, de proposer la structure organisationnelle du GST, et d'assurer le contrôle et l'évaluation périodiques de son fonctionnement.

Cette architecture institutionnelle, à la fois ambitieuse dans son périmètre de missions et prudente dans son dispositif de gouvernance partagée, constitue un cas d'étude particulièrement propice à l'application du cadre ITE-Santé proposé dans cet article. Elle prévoit en effet, sans les nommer comme telles, plusieurs fonctions qui relèvent directement de l'intelligence économique et de l'intelligence territoriale, c'est cette correspondance que la sous-section suivante se propose d'explicitier.

2.2 Lecture des missions du GST à travers le prisme de l'ITE-Santé

Le rapprochement entre les six missions légales du GST et les fonctions d'intelligence économique et territoriale décrites en première partie peut être synthétisé dans le tableau suivant, qui ne prétend pas épuiser la richesse de chaque mission mais propose une grille de

lecture destinée à en faire ressortir la dimension informationnelle et cognitive, généralement peu explicitée dans les commentaires juridiques et institutionnels de la réforme.

Tableau 1 : Correspondance entre les missions légales du GST et les fonctions d'intelligence économique et territoriale

Mission légale du GST (loi n° 08-22)	Fonction d'intelligence mobilisée	Référence
Carte sanitaire régionale et programme médical régional	Connaissance participative du territoire	Bertacchini, 2004; Herbaux, 2007; Maillat, 1995
Santé publique, prévention, veille sanitaire et surveillance épidémiologique	Veille territoriale et alerte précoce	Martre, 1994; Institute of Medicine, 2001, 2013
Mutualisation des ressources humaines, matérielles, logistiques et informationnelles	Optimisation et protection des ressources internes	Williamson, 1985; Barney, 1991
Formation initiale et continue ; recherche clinique, épidémiologique et organisationnelle	Apprentissage territorial continu	Institute of Medicine, 2001, 2013; Djellal, Gallouj & Gallouj, 2004
Régulation des relations avec le secteur privé et la médecine libérale	Influence et négociation régulatrice	Levet, 2001
Gouvernance duale : Conseil d'Administration et Direction Générale	Arbitrage des cinq fonctions précédentes	Ansell & Gash, 2008, 2018

Source : élaboré par les auteurs.

La lecture de ce tableau appelle plusieurs commentaires.

La mission d'organisation de l'offre de soins, qui se traduit concrètement par l'élaboration d'une carte sanitaire régionale et d'un programme médical régional, relève d'abord d'une logique d'intelligence territoriale au sens strict : il s'agit de produire une connaissance fine et actualisée des besoins de la population et de l'offre disponible sur un territoire donné, connaissance qui ne

peut être produite par la seule administration centrale mais suppose la mobilisation d'acteurs multiples, établissements, professionnels, collectivités territoriales, selon le processus participatif que décrivent Bertacchini (2004) et Herbaux (2007). Cette lecture rejoint directement les travaux de Maillat (1995) sur les milieux innovateurs : un territoire de santé qui se contente d'agréger les données de chaque établissement sans construire une capacité collective d'interprétation ne produit pas d'intelligence territoriale, quelle que soit la sophistication de ses outils de cartographie.

La mission de santé publique, en particulier la veille sanitaire et la surveillance épidémiologique explicitement mentionnées par la loi n° 08-22, articule les deux corpus mobilisés dans cet article. Elle relève d'une fonction de veille au sens classique de l'intelligence économique (Martre, 1994), capter en continu les signaux, ici épidémiologiques, de l'environnement, mais appliquée à un objet foncièrement collectif et territorial, ce qui la rapproche également de la dimension d'alerte précoce documentée dans les travaux sur les systèmes de santé apprenants (Institute of Medicine, 2001, 2013).

La mission de mutualisation des ressources humaines, matérielles, logistiques et informationnelles entre établissements membres relève plus directement d'une logique d'intelligence économique interne à l'organisation que constitue le GST. Elle rejoint la théorie des coûts de transaction de Williamson (1985), pour qui l'intégration d'activités auparavant dispersées entre plusieurs entités autonomes, ici les anciennes directions régionales, les CHU et les délégations provinciales, se justifie lorsque les coûts de coordination entre entités séparées excèdent les coûts internes de gestion d'une structure intégrée. Elle rejoint également la théorie des ressources de Barney (1991) : la capacité de mutualisation elle-même, si elle est correctement organisée, peut constituer pour le GST une ressource rare et difficilement imitable, source d'avantage organisationnel durable par rapport à un fonctionnement resté fragmenté.

La mission de formation et de recherche relève d'une fonction d'apprentissage territorial au sens propre : elle vise à ce que la pratique clinique quotidienne, produite au sein des établissements membres du GST, alimente en retour la formation des professionnels et la production de connaissance scientifique sur le territoire lui-même, boucle d'apprentissage que l'Institute of Medicine (2001, 2013) formalise sous le concept de Learning Health System, et que Djellal, Gallouj et Gallouj (2004) analysent, dans le contexte hospitalier français, sous l'angle de l'innovation de service.

La mission de régulation des relations avec le secteur privé et la médecine libérale, enfin, relève d'une fonction d'influence au sens de l'intelligence économique (Levet, 2001), mais appelle la clarification déjà évoquée en première partie : il ne s'agit pas, pour le GST, de développer une stratégie concurrentielle vis-à-vis du secteur privé, mais d'exercer une capacité de négociation et de régulation au service de la cohérence territoriale de l'offre de soins, une régulation, non une compétition.

L'ensemble de ces cinq fonctions ne prend cependant sens que si elle est adossée à une gouvernance capable de les arbitrer et de les articuler entre elles : c'est le rôle dévolu par la loi à la gouvernance duale du GST, associant Conseil d'Administration et Direction Générale. Cette architecture de gouvernance rejoint directement les travaux sur la gouvernance collaborative (Ansell & Gash, 2008, 2018) : sa capacité à remplir son rôle d'arbitrage dépendra moins de sa conformité formelle au texte de loi que de la qualité du dialogue, de la confiance et de l'équilibre des pouvoirs qu'elle parvient à instaurer entre ses différentes parties prenantes, État, professionnels de santé, société civile, secteur privé.

Ce parcours des six missions légales du GST à travers le prisme de l'ITE-Santé met en évidence un constat central pour la suite de cet article : la loi n° 08-22 prévoit, en substance, l'ensemble des fonctions qu'un dispositif d'intelligence territoriale et économique en santé requiert, mais elle ne les instrumente pas explicitement comme telles. Aucune disposition ne prévoit, par exemple, l'existence d'une cellule dédiée à l'analyse et au partage des données territoriales de santé, ni une doctrine explicite reliant entre elles la création de valeur pour le patient, la connaissance du territoire et l'apprentissage par les données. Cet écart entre l'intention légale, riche et ambitieuse, et son instrumentation opérationnelle constitue, à notre sens, l'angle mort principal de la réforme actuelle, et le point de départ de la réflexion développée en conclusion de cet article.

3. Discussion : apports théoriques croisés et limites

La lecture croisée proposée dans les sections précédentes appelle plusieurs remarques discutant sa portée et ses limites.

Premièrement, elle ne se substitue pas aux cadres de gouvernance territoriale déjà mobilisés dans la littérature sur les réformes de santé territorialisées, mais les complète sur un point précis : l'instrumentation informationnelle. Lorsque Peters (2021) souligne que la gouvernance multi-niveaux échoue souvent faute de dispositifs capables de réduire les ambiguïtés organisationnelles et de clarifier les responsabilités entre échelons, il pointe un problème que

le cadre ITE-Santé permet de préciser : ces ambiguïtés proviennent en grande partie d'un déficit de circulation de l'information entre les acteurs, déficit que ni la seule volonté de coordination verticale, ni la seule bonne volonté participative ne suffisent à combler sans un dispositif dédié, cellule d'analyse, système d'information partagé, observatoire territorial.

Deuxièmement, le rapprochement avec le management par la valeur en santé (Porter & Lee, 2013) et le Balanced Scorecard (Kaplan & Norton, 1996) permet de préciser la finalité de cette instrumentation : il ne s'agit pas de produire de la donnée pour elle-même, mais de la mettre au service d'un objectif clairement identifié, la valeur créée pour le patient, définie comme le rapport entre les résultats cliniques obtenus et les ressources mobilisées. Cette précision est importante pour éviter un écueil classique des politiques de gouvernance par les indicateurs, où la multiplication des tableaux de bord se substitue à l'amélioration réelle des pratiques plutôt que de la servir.

Troisièmement, cette lecture doit être maniée avec prudence sur le plan de la transposition internationale. Les modèles souvent cités comme sources d'inspiration pour les réformes territoriales de santé, groupements hospitaliers de territoire en France, centres intégrés de santé et de services sociaux au Québec, se sont développés dans des contextes où l'infrastructure informationnelle préexistait largement à la réforme organisationnelle elle-même. Rien ne garantit qu'il en soit de même dans le cas marocain, où la décentralisation sans gouvernance territoriale claire, ni infrastructure de données adéquate, risque de renforcer les inégalités territoriales plutôt que de les réduire : la revue systématique de Dwicaksono et Fox (2018), portant sur les pays à revenu faible et intermédiaire, montre précisément que l'effet de la décentralisation sur la performance des systèmes de santé reste hétérogène et dépend étroitement des mécanismes de gouvernance qui l'accompagnent. L'intelligence territoriale et économique en santé n'est donc pas une condition suffisante de réussite de la réforme, mais une condition nécessaire dont l'absence de traitement explicite dans les textes constitue un risque identifiable.

Quatrièmement, la dimension participative de l'intelligence territoriale, telle que la conçoivent Bertacchini (2004) et Herbaux (2007), impose une vigilance particulière face au risque d'instrumentalisation bureaucratique de la donnée. Comme le montrent Waring et Currie (2009) à propos des réformes managériales en santé, l'introduction de nouveaux outils de pilotage, aussi sophistiqués soient-ils, ne produit d'appropriation durable par les professionnels de santé que si elle s'accompagne d'un authentique partage du pouvoir de décision, et non d'un simple dispositif de surveillance descendante. L'intelligence territoriale, dans son acception originelle,

se distingue précisément de la seule informatique décisionnelle par cette exigence de coproduction : un GST doté des meilleurs outils de collecte de données, mais dépourvu de mécanismes réels de délibération avec les professionnels et les acteurs du territoire, ne développerait qu'une façade d'intelligence territoriale, susceptible de renforcer les résistances au changement plutôt que de les dissiper.

Sur le plan méthodologique, enfin, ce constat appelle des travaux empiriques que le présent article, de nature conceptuelle, ne pouvait mener : l'analyse des dispositifs effectivement mis en place par les premiers GST opérationnalisés au Maroc, le degré réel d'appropriation de ces fonctions d'intelligence par les professionnels de santé, et l'évaluation de leurs effets sur les indicateurs de performance territoriale, accès, qualité, équité. De tels travaux supposeraient une méthodologie mixte, combinant l'analyse documentaire des textes d'application de la loi n° 08-22, des entretiens auprès des acteurs de la gouvernance régionale, et, à moyen terme, l'analyse des données produites par les systèmes d'information des GST eux-mêmes, un programme de recherche qui dépasse le cadre du présent article mais que ses conclusions contribuent à justifier.

Cette discussion invite ainsi à formuler une hypothèse de recherche que le présent article se contente de poser, sans pouvoir la trancher empiriquement : la réussite opérationnelle des GST au Maroc dépendra vraisemblablement moins de la seule conformité de leur architecture au cadre légal, dont on a vu qu'il est déjà riche et exigeant, que de la capacité de chaque GST à traduire ces missions légales en un dispositif concret articulant création de valeur pour le patient, connaissance fine et partagée du territoire, et apprentissage organisationnel continu par les données. C'est cette hypothèse que nous développons, à titre de perspective, dans la conclusion de cet article.

Conclusion et perspective de recherche

Cet article a proposé un cadrage conceptuel articulant deux corpus théoriques rarement croisés dans le champ de la santé publique, l'intelligence économique et l'intelligence territoriale, pour analyser la réforme marocaine des Groupements Sanitaires Territoriaux. Il a montré que les six missions confiées par la loi n° 08-22 aux GST, offre de soins, santé publique, formation, recherche, mutualisation des ressources, régulation des relations avec le secteur privé, recoupe, sans les nommer comme telles, des fonctions classiques de veille, de protection, d'influence, d'apprentissage territorial et de coopération collective, documentées de longue date dans les littératures de l'intelligence économique et de l'intelligence territoriale.

Cette lecture croisée, désignée par commodité intelligence territoriale et économique en santé (ITE-Santé), présente un intérêt à la fois analytique et managérial. Sur le plan analytique, elle permet de rendre visible une dimension structurante de la réforme des GST, la capacité du territoire à produire, partager et mobiliser de la connaissance stratégique, qui reste largement implicite dans le cadre légal et peu instrumentée dans la littérature existante sur la gouvernance territoriale de la santé. Sur le plan managérial, elle invite les gestionnaires et décideurs impliqués dans la mise en œuvre des GST à ne pas réduire cette réforme à une simple recomposition organisationnelle et statutaire, mais à investir explicitement dans les dispositifs, systèmes d'information géographique en santé, cellules d'analyse des données, mécanismes participatifs de partage de la connaissance entre établissements, qui permettront de traduire les missions légales en pratique effective.

Cette conclusion appelle toutefois une prolongation. Si l'intelligence territoriale et économique en santé constitue un cadre de lecture pertinent des missions déjà inscrites dans la loi, elle ne dit pas encore comment ces fonctions doivent être articulées entre elles, ni selon quelle doctrine de pilotage elles doivent être opérationnalisées à l'échelle d'un territoire de santé donné. Répondre à cette question suppose de dépasser le seul cadrage conceptuel pour construire un modèle intégrateur de planification médicale territoriale, un dispositif qui articule explicitement la création de valeur pour le patient, la connaissance fine et partagée du territoire sanitaire, et l'apprentissage organisationnel continu par les données, au service d'une gouvernance territoriale réellement participative. La conception, l'argumentation théorique et, à terme, la validation empirique d'un tel modèle, appliqué au cas d'un Groupement Sanitaire Territorial marocain, constituent le prolongement naturel de la présente recherche et feront l'objet d'un travail ultérieur.

Cet article présente enfin des limites qu'il convient d'assumer explicitement. De nature conceptuelle, il ne repose pas sur une analyse empirique du fonctionnement effectif des GST, dont la plupart demeurent, au moment de la rédaction, à un stade précoce de mise en œuvre. Le cadre ITE-Santé qu'il propose devra être confronté, dans des travaux ultérieurs, à l'observation des pratiques réelles de gouvernance territoriale, seule à même de confirmer ou d'infirmer sa pertinence heuristique. Il constitue néanmoins, nous l'espérons, une contribution utile à la construction d'un dialogue encore naissant entre les sciences de gestion appliquées à la santé et les corpus théoriques de l'intelligence économique et territoriale.

Références

- 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.
- Arrow, K. J. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941–973.
- Baalla, A., & Jellouli, T. 2025. Gouvernance territoriale et performance des services de santé : Perspectives pour les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc. *European Scientific Journal, ESJ*, 21(22), 185. <https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n22p185>
- Barney, J. 1991. Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120.
- Baumard, P. 1991. *Stratégie et surveillance des environnements concurrentiels*. Masson.
- Belloni, G., Monod, S., Poroës, C., Bühler, N., Avendano, M., & Wernli, D. 2025. Health systems governance, shocks and resilience: A scoping review of key concepts and theories. *BMJ Global Health*, 10, e017358. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017358>
- Bertacchini, Y. 2004. *L'intelligence territoriale: Une valeur ajoutée à la coopération inter-organisationnelle*. Institut catholique d'arts et métiers.
- Bournois, F., & Romani, P.-J. 2000. *L'intelligence économique et stratégique dans les entreprises françaises*. Economica.
- Djellal, F., Gallouj, F., & Gallouj, K. 2004. *L'hôpital innovateur : de l'innovation médicale à l'innovation de service*. De Boeck.
- Dwicaksono, A., & Fox, A. M. 2018. Does decentralization improve health system performance and outcomes in low- and middle-income countries? A systematic review of evidence from quantitative studies. *The Milbank Quarterly*, 96(2), 323–368. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12327>
- Emerson, K., & Nabatchi, T. 2015. *Collaborative governance regimes*. Georgetown University Press.
- Greer, S. L., Wismar, M., & Figueras, J. 2016. *Strengthening health system governance: Better policies, stronger performance*. Open University Press.

- Greer, S. L., Wismar, M., & Figueras, J. 2019. Everything you always wanted to know about European Union health policies. WHO Regional Office for Europe.
- Herbaux, P. 2007. Intelligence territoriale : répondre au défi de la décision partagée. Actes du colloque VSST (Veille Stratégique Scientifique et Technologique).
- Hooghe, L., & Marks, G. 2003. Unraveling the central state. *American Political Science Review*, 97(2), 233–243. <https://doi.org/10.1017/S0003055403000649>
- Institute of Medicine. 2001. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press.
- Institute of Medicine. 2013. Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America. National Academies Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 1996. The balanced scorecard: Translating strategy into action. Harvard Business School Press.
- Levet, J.-L. 2001. L'intelligence économique : mode de pensée, mode d'action. *Economica*.
- Maillat, D. 1995. Milieux innovateurs et dynamique territoriale. In A. Rallet & A. Torre (Eds.), *Économie industrielle et économie spatiale* (pp. 211–231). *Economica*.
- Marcon, C., & Moinet, N. 2011. L'intelligence économique. Dunod.
- Martre, H. 1994. Intelligence économique et stratégie des entreprises. Commissariat général du Plan ; La Documentation française.
- North, D. C. 1990. Institutions, institutional change and economic performance. Cambridge University Press.
- OCDE. 2023. Panorama de la santé 2023 : les indicateurs de l'OCDE. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Peters, B. G. 2021. Governing in a time of complexity. Edward Elgar.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. 2013. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70.
- 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>
- Waring, J., & Currie, G. 2009. Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*, 30(7), 755–778. <https://doi.org/10.1177/0170840609104819>
- Williamson, O. E. 1985. The economic institutions of capitalism. Free Press.

Textes juridiques cités

Dahir n° 1-22-77 du 14 Joumada I 1444 (9 décembre 2022) portant promulgation de la loi-cadre n° 06-22 relative au système national de santé, Bulletin officiel n° 7151 du 12 décembre 2022.

Dahir n° 1-23-50 du 9 Dou Al Hijja 1444 (28 juin 2023) portant promulgation de la loi n° 08-22 relative à la création des groupements sanitaires territoriaux, Bulletin officiel n° 7213 du 17 juillet 2023.