

L'impact des contrats de prestation de services sur la qualité des soins dans les zones rurales marocaines : étude de cas de la province de Khouribga

The impact of service provision contracts on the quality of healthcare in rural areas of Morocco: a case study of the province of Khouribga

Anas LYAMANI

Faculté Polydisciplinaire Khouribga, Université Sultan Moulay Slimane, Beni Mellal, Maroc.

Mohamed ATIK

Faculté Polydisciplinaire Khouribga, Université Sultan Moulay Slimane, Beni Mellal, Maroc.

Résumé. La pénurie structurelle en ressources humaines dans le secteur de la santé publique au Maroc a conduit à la multiplication des contrats de prestation de services, notamment dans les zones rurales où les besoins en personnel médical et paramédical sont les plus pressants. Cette recherche analyse l'impact de ces contrats sur la qualité des soins dans la province de Khouribga, en mettant l'accent sur trois dimensions clés : l'accessibilité, la continuité et la qualité des prestations offertes. À travers une étude de cas approfondie, fondée sur une approche mixte combinant des entretiens semi-directifs avec les acteurs de santé (médecins, infirmiers, responsables provinciaux) et l'analyse de données quantitatives issues des rapports sanitaires locaux, l'étude met en évidence à la fois les apports et les limites de ce mode contractuel. Les résultats préliminaires suggèrent que les contrats de prestation ont permis de réduire temporairement les disparités géographiques d'accès aux soins, mais posent des défis en matière de stabilité du personnel, de continuité des services et de motivation professionnelle. Cette recherche vise ainsi à éclairer les décideurs sur les conditions d'une meilleure intégration des contractuels dans la stratégie nationale de santé, afin de concilier efficacité, équité et durabilité dans les politiques de ressources humaines en santé.

Mots-clés: *Contrats de prestation de services, Ressources humaines en santé, Zones rurales, Qualité des soins, Accessibilité, Maroc, Gouvernance sanitaire.*

Abstract. The structural shortage of human resources in Morocco's public health sector has led to an increasing reliance on service delivery contracts, particularly in rural areas where medical and paramedical staff are most needed. This study examines the impact of these contractual arrangements on healthcare quality in the province of Khouribga, focusing on three key dimensions: accessibility, continuity, and quality of care. Using an in-depth case study approach, this research adopts a mixed-method design that combines semi-structured interviews with healthcare actors (physicians, nurses, and provincial managers) and quantitative analysis of local health reports. Preliminary findings reveal that such contracts have temporarily improved geographic access to healthcare services, yet raise critical challenges regarding staff stability, service continuity, and professional motivation. The study ultimately aims to inform policymakers on how to better integrate contractual personnel into the national health strategy, ensuring greater efficiency, equity, and sustainability in public health human resource management.

Keywords: *Service delivery contracts, Health human resources, Rural areas, Quality of care, Accessibility, Morocco, Health governance.*

1. Introduction

Le système de santé marocain fait face depuis plusieurs décennies à un déséquilibre structurel

entre l'offre et la demande de soins, aggravé par une répartition inégale des ressources humaines entre zones urbaines et rurales (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2022 ; Ministère de la Santé et de la Protection Sociale [MSPS], 2023). Malgré les réformes engagées dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et du chantier de régionalisation sanitaire, la pénurie de professionnels de santé demeure un obstacle majeur à l'atteinte des objectifs d'équité et de qualité des soins (Banque Mondiale, 2021).

Dans ce contexte, l'État marocain a progressivement adopté une approche contractuelle et flexible du recrutement dans le secteur public, notamment à travers les contrats de prestation de services destinés à combler les besoins urgents en personnel médical, infirmier et administratif dans les établissements de santé ruraux. Ce mécanisme s'inscrit dans une logique plus large de nouvelle gestion publique (New Public Management), qui prône la performance, la responsabilisation et la flexibilité des modes de gestion (Hood, 1991 ; Pollitt & Bouckaert, 2017).

Ainsi, un gap scientifique persiste quant à la compréhension fine des implications réelles des contrats de prestation de services dans les systèmes de santé territorialisés, notamment dans des contextes caractérisés par des contraintes structurelles fortes comme celui des provinces rurales marocaines. Plus précisément, peu d'études ont examiné de manière empirique et contextualisée la manière dont ces dispositifs influencent simultanément la performance des structures de santé, l'organisation du travail et la qualité des soins délivrés.

Toutefois, la littérature montre que si ces dispositifs contractuels peuvent renforcer la réactivité du système, ils comportent également des risques de précarisation et de fragmentation organisationnelle (Dussault & Franceschini, 2006 ; Dieleman et al., 2011). Au Maroc, les études empiriques sur les effets concrets de ces contrats restent encore limitées, notamment en ce qui concerne leur impact sur la qualité des soins et la continuité des services dans les milieux ruraux.

Dès lors, la problématique centrale de cette recherche est la suivante : Dans quelle mesure les contrats de prestation de services contribuent-ils à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins dans les centres de santé ruraux de la province de Khouribga, tout en répondant au déficit structurel en ressources humaines ?

L'objectif de cet article est d'évaluer empiriquement les effets de ces contrats sur la performance et la qualité des soins, à travers une étude de cas approfondie mobilisant une approche mixte. Cette analyse vise à éclairer les décideurs publics sur les conditions d'une meilleure intégration de la contractualisation dans la stratégie nationale de santé, dans une perspective de gouvernance durable et équitable des ressources humaines.

Sur le plan scientifique, cette étude apporte une triple contribution. Premièrement, elle enrichit les travaux en gestion des ressources humaines en santé en proposant une analyse contextualisée des mécanismes de contractualisation dans un pays en réforme. Deuxièmement, elle fournit des données empiriques issues du terrain marocain, contribuant ainsi à combler un déficit de connaissances dans la littérature internationale. Enfin, elle propose des implications managériales et des pistes de réflexion pour les décideurs publics, en vue d'une meilleure intégration de ces dispositifs dans une stratégie globale de gouvernance des ressources humaines en santé.

L'article se structure comme suit. La première section présente le cadre conceptuel et la revue de littérature. La deuxième section décrit la méthodologie de recherche adoptée. La troisième section expose les résultats empiriques. Enfin, la quatrième section propose une discussion des résultats et met en évidence les principales implications théoriques et managériales, avant de

conclure.

2. Cadre conceptuel

L'analyse de l'impact des contrats de prestation de services dans le secteur de la santé publique s'inscrit dans un ensemble de cadres conceptuels relatifs à la nouvelle gestion publique, à la gouvernance des ressources humaines en santé, et à la qualité des soins. Ces trois dimensions permettent d'appréhender à la fois la logique managériale, institutionnelle et sociale de la contractualisation dans le contexte marocain.

a. La contractualisation publique et la logique de performance

La contractualisation dans le secteur public, et plus particulièrement dans le domaine de la santé, s'inscrit dans le mouvement de la Nouvelle Gestion Publique (NGP) visant à introduire des logiques managériales dans la gestion des services publics (Hood, 1991 ; Pollitt & Bouckaert, 2017). Dans ce cadre, les contrats de prestation de services représentent un outil de flexibilité permettant aux administrations publiques de répondre à des besoins urgents en ressources humaines tout en contournant les lourdeurs administratives liées au statut de la fonction publique.

Selon Osborne & Gaebler (1992), la contractualisation est l'un des leviers de modernisation du secteur public, permettant d'introduire la performance et la responsabilisation dans les relations entre l'État et les prestataires. Au Maroc, cette dynamique a été renforcée par les réformes de la gouvernance publique et la décentralisation des politiques de santé (Bekkari, 2020). Cependant, plusieurs auteurs soulignent les limites structurelles de ces dispositifs dans les contextes de pays en développement : manque de suivi, absence de standardisation des critères de performance, et risques d'inégalités entre zones urbaines et rurales (World Health Organization, 2021 ; Ridde et al., 2018).

b. Gouvernance sanitaire et gestion des ressources humaines en santé

La gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé publique marocain est marquée par une pénurie chronique de personnels qualifiés, notamment dans les régions rurales (Ministère de la Santé, 2023). Dans ce contexte, les contrats de prestation de services constituent une forme de flexibilité de l'emploi visant à assurer la continuité du service public (Lepineux et al., 2019).

Toutefois, cette flexibilité peut générer de nouvelles tensions : précarisation des travailleurs contractuels, inégalités dans les conditions de travail et manque de sentiment d'appartenance organisationnelle (Deci & Ryan, 2000 ; Kooij et al., 2021). Ces aspects influencent directement la motivation, la qualité du service rendu et, in fine, la satisfaction des usagers.

La gouvernance des ressources humaines en santé (GRHS) repose sur la capacité des décideurs à planifier, former, mobiliser et retenir un personnel compétent, en adéquation avec les besoins de la population (WHO, 2020). Dans les pays à revenu intermédiaire comme le Maroc, la pénurie de personnel de santé, accentuée par les déséquilibres géographiques, a conduit à explorer des solutions contractuelles pour pallier les déficits d'effectifs (Chen et al., 2004 ; Dolea et al., 2010).

Cependant, plusieurs travaux soulignent que la contractualisation ne peut être efficace que si elle s'inscrit dans un cadre institutionnel garantissant la transparence, la motivation et la coordination entre acteurs publics et privés (Liu et al., 2015). Sans cela, elle risque de renforcer les inégalités territoriales et de fragiliser la continuité des services, particulièrement dans les zones rurales.

Dans le cas marocain, l'introduction de ces contrats s'inscrit dans un contexte de réformes

structurelles du système de santé, où la régionalisation sanitaire et la déconcentration administrative cherchent à rapprocher la décision du terrain (MSPS, 2023). La question centrale demeure alors celle de la cohérence entre gouvernance contractuelle et gouvernance territoriale.

c. Qualité des soins, équité et continuité des services

La qualité des soins est multidimensionnelle : elle combine les dimensions techniques, relationnelles et organisationnelles de la prestation (Donabedian, 1988 ; Berwick, 2002). Dans les zones rurales, la qualité perçue dépend non seulement des compétences du personnel, mais aussi de la stabilité et de la disponibilité des équipes de santé (Campbell et al., 2000).

Or, les contrats de prestation, souvent de courte durée et mal encadrés, peuvent fragiliser cette continuité. Selon Dieleman et al. (2011), l'instabilité du personnel contractuel influence directement la satisfaction des patients et la confiance dans le système de santé. D'un autre côté, plusieurs études soulignent que la souplesse des contrats peut favoriser l'adaptabilité et l'innovation organisationnelle, notamment dans des contextes à ressources limitées (Vujicic et al., 2010 ; Ridde & Yaogo, 2018).

Ainsi, l'évaluation de la contractualisation ne peut se limiter à une approche quantitative des effectifs : elle doit intégrer les dimensions qualitatives de la prestation, l'équité d'accès et la pérennité institutionnelle des dispositifs.

D'une autre optique, la qualité des soins dans les zones rurales ne dépend pas seulement de la disponibilité du personnel, mais également de leur engagement, de la continuité des services et de la gouvernance locale (Donabedian, 1988 ; Lega & DePietro, 2019). Les contrats de prestation peuvent améliorer la couverture sanitaire, mais risquent aussi d'affaiblir la stabilité des équipes et la coordination entre acteurs (Soualhi, 2022).

L'enjeu central est donc de concilier efficacité managériale et équité sanitaire, en s'assurant que la contractualisation ne devienne pas un palliatif structurel, mais un levier durable d'amélioration des soins dans les territoires à faible densité médicale.

Ce cadre théorique met en évidence une tension entre efficacité managériale et équité sociale dans la mise en œuvre des contrats de prestation de services. Il justifie une analyse multidimensionnelle de leur impact sur la qualité des soins, articulant les approches de la performance publique, de la gouvernance RH et de la qualité perçue par les usagers.

L'étude de la province de Kourouba, en tant que territoire rural représentatif, permet d'interroger la capacité du modèle contractuel à répondre durablement aux enjeux de ressources humaines, tout en garantissant l'équité territoriale et la continuité des soins.

Tableau 1 : Synthèse du cadre conceptuel

Concept clé	Définition	Auteurs de référence	Implications pour la recherche
Contractualisation publique	Outil de gestion inspiré du New Public Management visant à formaliser la relation entre l'administration et les prestataires pour renforcer la performance et la responsabilité.	Hood (1991) ; Osborne & Gaebler (1992) ; Pollitt & Bouckaert (2017)	Permet d'analyser le modèle de gouvernance adopté dans la santé publique marocaine.
Flexibilité de l'emploi en santé	Dispositif visant à répondre aux besoins conjoncturels en main-d'œuvre par le recours à des contrats temporaires ou de prestation.	Lepineux et al. (2019) ; Deci & Ryan (2000) ; Kooij et al. (2021)	Évalue les effets des contrats sur la motivation, la stabilité et la performance du personnel.
Qualité des soins	Degré auquel les services de santé augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux standards professionnels.	Donabedian (1988) ; Lega & DePietro (2019) ; OMS (2021)	Sert à mesurer l'impact concret des contrats sur les patients et la performance organisationnelle.

Source : Auteurs

3. Méthodologie

Cette recherche adopte une approche mixte combinant des méthodes qualitatives et quantitatives afin d'appréhender de manière globale l'impact des contrats de prestation de services sur la qualité des soins dans les zones rurales marocaines. Le choix de cette démarche s'explique par la complexité du phénomène étudié, qui implique à la fois des dimensions organisationnelles, humaines et perçues par les acteurs. L'étude s'est concentrée sur la province de Khouribga (centre de santé issus de Khouribga, Oued-Zem et Bejaad), un territoire représentatif des défis du système de santé marocain en matière de ressources humaines et d'équité territoriale.

a. Approche quantitative

L'approche quantitative vise à mesurer objectivement l'impact des contrats de prestation de services sur la performance et la qualité des soins dans les centres de santé ruraux de la province de Khouribga. Elle permet d'évaluer les évolutions des principaux indicateurs de fonctionnement avant et après la mise en œuvre du dispositif contractuel, afin de dégager des tendances empiriques et de tester les hypothèses de recherche.

Les données quantitatives ont été collectées à partir de sources institutionnelles fiables, notamment les registres des centres de santé, les rapports d'activité provinciaux et le système d'information sanitaire du ministère de la Santé et de la Protection Sociale tels que l'application SREC (SANTE DE LA REPRODUCTION, SANTE DE L'ENFANT ET SOINS CURATIFS).

Ces données couvrent la période 2019-2025, permettant ainsi une comparaison longitudinale entre la situation pré-contractualisation (2019-2020) et post-contractualisation (2021-2025).

Les indicateurs retenus ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence analytique pour mesurer la performance des structures sanitaires rurales qui montre le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Indicateurs étudiés dans l'approche quantitative

Indicateur	Définition / Mode de mesure	Source des données	Période d'analyse
Taux de fréquentation	Nombre de consultations par mois / population couverte	Registres des centres de santé	2019-2025
Nombre moyen de consultations / jour	Activité journalière moyenne par médecin ou infirmier	Rapports d'activité	2019-2025
Temps moyen d'attente	Intervalle moyen entre l'arrivée du patient et la prise en charge	Enquêtes de satisfaction	2020-2025
Nombre d'actes médicaux réalisés	Somme des actes diagnostiques et thérapeutiques enregistrés	Système d'information sanitaire	2019-2025
Taux d'absentéisme	Proportion de jours d'absence par rapport aux jours ouvrés	Fiches de présence du personnel	2019-2025
Taux de rotation du personnel	Ratio des départs sur l'effectif total par an	Ressources humaines provinciales	2019-2025

Source : Auteurs

b. Approche qualitative

L'approche qualitative vise à approfondir la compréhension des perceptions, motivations et expériences des acteurs concernés par la contractualisation. Quarante entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de différents profils : prestataires contractuels (médecins, infirmiers, agents de saisie), professionnels permanents (fonctionnaires de santé) et usagers des services. L'échantillonnage a été construit selon une logique de diversité des points de vue, afin de représenter l'ensemble des catégories impliquées dans la prestation de soins ruraux.

Les thématiques abordées lors des entretiens portent sur les conditions de travail, la perception de la précarité contractuelle, l'organisation du travail et la continuité des soins, l'acceptabilité sociale du recours à la contractualisation, la qualité relationnelle entre contractuels et permanents, ainsi que la perception globale de la qualité des soins par les usagers. L'analyse de contenu a été réalisée selon la méthode du codage thématique assisté par NVivo, permettant d'identifier des régularités discursives et de dégager des catégories conceptuelles.

Tableau 3 : Échantillon qualitatif et profils des participants

Catégorie d'acteurs	Nombre d'entretiens	Fonction / rôle	Principaux thèmes abordés
Médecins contractuels	5	Prise en charge des patients, gestion des urgences	Motivation, précarité, reconnaissance
Infirmiers contractuels	8	Prise en charge des patients, gestion des urgences	Conditions de travail, autonomie
Agents de saisie	4	Gestion administrative et flux de données	Charge de travail, coordination
Fonctionnaires permanents	10	Supervision, relations hiérarchiques	Cohabitation, communication interne
Usagers / patients	13	Bénéficiaires directs des soins	Accessibilité, qualité perçue, confiance

Source : Auteurs

L'approche qualitative vise ainsi à contextualiser les résultats statistiques, en mettant en lumière les dimensions humaines, relationnelles et institutionnelles de la contractualisation dans le secteur de la santé publique.

4. Résultats

a. Résultats quantitatifs

L'analyse des données quantitatives met en évidence des évolutions significatives dans la performance des centres de santé après l'introduction des contrats de prestation. La comparaison entre les périodes avant (2019-2020) et après (2021-2025) contractualisation montre une amélioration générale des indicateurs liés à la fréquentation, à la productivité et à la réactivité du personnel.

Les données issues du système d'information sanitaire révèlent une augmentation moyenne de 27 % du taux de fréquentation mensuelle et une réduction de 32 % du temps moyen d'attente des patients dans les centres bénéficiant de personnel contractuel. En revanche, le taux d'absentéisme reste légèrement supérieur dans les centres mixtes (contractuels et fonctionnaires), traduisant une certaine instabilité organisationnelle.

Tableau 4 : Évolution des indicateurs de performance

Indicateurs	Période avant (2019-2020)	Période après (2021-2025)	Variation (%)	Interprétation
Taux de fréquentation (consultations/mois)	850	1080	+27 %	Amélioration de l'accès aux soins et attractivité accrue des centres ruraux.
Nombre moyen de consultations par jour	18	24	+33 %	Hausse de la productivité des équipes médicales.
Temps moyen d'attente (minutes)	68	46	-32 %	Meilleure réactivité du personnel et organisation du flux patient.
Nombre d'actes médicaux mensuels	1350	1820	+35 %	Extension de l'offre de soins et des services rendus.
Taux d'absentéisme du personnel (%)	9.5	11.2	+1.7 pts	Instabilité liée à la rotation et au renouvellement des contrats.
Taux de rotation du personnel (%)	6.8	12.4	+82 %	Forte mobilité contractuelle impactant la continuité des soins.

Source : Auteurs

Ces résultats confirment que la contractualisation constitue une solution efficace à court terme pour combler les déficits en ressources humaines et améliorer la disponibilité des soins dans les zones rurales. Cependant, la montée du taux de rotation et le maintien d'un absentéisme élevé traduisent des fragilités structurelles liées à la précarité du statut contractuel et à l'absence de perspectives professionnelles durables.

b. Résultats qualitatifs

Les entretiens menés auprès des acteurs du système de santé ont permis de dégager quatre thématiques majeures : la motivation professionnelle, la continuité du service, la qualité

relationnelle au travail et la perception des usagers.

L'analyse de contenu, réalisée via NVivo, a mis en évidence des discours contrastés selon les catégories d'acteurs. Si les prestataires contractuels soulignent la souplesse et l'opportunité d'emploi qu'offre ce dispositif, ils expriment également une forte insécurité professionnelle et une faible reconnaissance institutionnelle. Les responsables administratifs reconnaissent les effets positifs du dispositif sur la couverture des besoins, mais évoquent les difficultés liées à la gestion hybride du personnel et au manque d'intégration des contractuels dans les structures publiques.

Tableau 5 : Synthèse des résultats qualitatifs selon les catégories d'acteurs

Thèmes principaux	Extraits représentatifs	Interprétation analytique
Motivation et reconnaissance	« Ce contrat m'a permis de travailler, mais je vis dans l'incertitude du lendemain. » (Médecin contractuel)	Les contrats de prestation favorisent l'insertion professionnelle mais entretiennent une précarité structurelle.
Continuité du service	« Quand un contractuel part, tout le service doit s'adapter de nouveau. » (Infirmier permanent)	La rotation fréquente perturbe la stabilité organisationnelle et la qualité du service.
Relations hiérarchiques	« Les règles ne sont pas claires : on dépend à la fois du ministère et de la société prestataire. » (Agent de saisie)	La double tutelle administrative crée une ambiguïté dans les rapports d'autorité et de responsabilité.
Perception des usagers	« Avant, il n'y avait pas toujours un médecin ; maintenant oui, mais ils changent souvent. » (Usager)	Les patients apprécient la disponibilité accrue, mais critiquent le manque de continuité du suivi médical.

Source : Auteurs

Ces résultats mettent en lumière le paradoxe de la contractualisation : un dispositif qui améliore la disponibilité immédiate des soins, tout en générant de nouvelles formes de précarité et d'instabilité au sein des équipes de santé. La complémentarité des données quantitatives et qualitatives permet ainsi de conclure que si la contractualisation contribue à renforcer la performance opérationnelle, elle pose des défis en termes de pérennité, d'équité et de cohésion organisationnelle.

5. Analyse des résultats et discussion

L'examen combiné des données quantitatives et qualitatives met en lumière la dualité de l'influence des contrats de prestation de services sur la qualité des soins dans les régions rurales du Maroc. Ces mécanismes, mis en place pour remédier au manque chronique de ressources humaines, engendrent des résultats ambivalents entre performance organisationnelle à court terme et vulnérabilité institutionnelle à long terme. En termes quantitatifs, les indicateurs examinés montrent une nette progression de la performance opérationnelle des centres de santé. Une hausse de la fréquentation et du volume d'interventions médicales effectuées, associée à une diminution des délais d'attente, témoigne d'une accessibilité accrue aux soins tant sur le plan géographique que temporel. Cette évolution s'explique en grande partie par la disponibilité accrue du personnel contractuel, particulièrement dans les zones où la pénurie de médecins et d'infirmiers freinait auparavant le fonctionnement régulier des services. Ces résultats confirment la capacité des politiques de contractualisation à renforcer la réactivité du système de santé et à répondre rapidement aux

besoins de la population, en cohérence avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2022) sur la décentralisation et la flexibilité des effectifs.

Les entrevues indiquent que, bien que les contractuels considèrent leur embauche comme une chance professionnelle, ils ressentent également une vulnérabilité statutaire et une précarité identitaire au sein du système de santé publique. Leur situation vulnérable crée un sentiment d'insécurité, d'exclusion partielle et de manque de reconnaissance, amplifié par le traitement différencié par rapport aux fonctionnaires titulaires. Cette distinction de statut engendre une hiérarchie non explicitée entre les « agents permanents » et les « agents temporaires », ce qui nuit à l'harmonie des équipes et complique les interactions professionnelles.

Les administrateurs et les dirigeants de santé témoignent que les contrats de service ont contribué à augmenter l'effectif du personnel, tout en mettant l'accent sur les défis liés à la gestion de ces ressources humaines mixtes. Il arrive parfois que le flou dans la supervision, l'évaluation et la discipline soit causé par les zones d'ambiguïté hiérarchique existantes entre le ministère, les délégations régionales et les sociétés de prestation. Cette ambiguïté dans les mécanismes de gouvernance diminue l'efficacité managériale du système, restreignant la possibilité de surveiller et de diriger les performances individuelles et collectives.

Les perceptions des usagers, quant à elles, traduisent une amélioration tangible de la disponibilité des soins, mais aussi une discontinuité relationnelle liée à la rotation du personnel. Plusieurs patients regrettent l'absence de stabilité des équipes et la difficulté de maintenir une relation de confiance durable avec les prestataires. Cette observation renvoie à la notion de qualité relationnelle, composante essentielle de la qualité globale des soins selon Donabedian (1988), qui repose autant sur la compétence technique que sur la continuité humaine et sociale du service.

L'analyse générale révèle ainsi un paradoxe dans la contractualisation. D'une part, elle représente un outil à effet immédiat, offrant une solution aux besoins pressants et améliorant la couverture de santé dans des régions rurales historiquement défavorisées. D'un autre côté, elle engendre des types d'instabilité organisationnelle qui mettent en péril la durabilité de la performance et l'harmonie du système de santé public. Effectivement, le taux élevé de départs du personnel sous contrat, visible dans les chiffres, met en évidence une déperdition d'expérience et une réduction du capital humain sur la durée, entravant la pérennité des connaissances institutionnelles.

Ces résultats rejoignent plusieurs travaux récents sur la gouvernance des ressources humaines dans les systèmes de santé africains (Vujicic et al., 2019 ; Cometto et al., 2020 ; Kaba et al., 2023), qui soulignent la tension entre flexibilité managériale et stabilité professionnelle. Dans le contexte marocain, cette tension est d'autant plus marquée que la réforme du système de santé s'inscrit dans la dynamique des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), qui visent à décentraliser la gestion tout en améliorant l'efficacité et l'équité territoriale. Les résultats suggèrent que, sans un accompagnement stratégique en matière de gestion des compétences, la contractualisation risque de renforcer des inégalités internes au lieu de les réduire.

Enfin, du point de vue conceptuel, l'étude met en lumière la nécessité d'adopter une approche intégrée de la performance dans le secteur public, articulant les dimensions structurelles (dispositifs contractuels), humaines (motivation et reconnaissance) et institutionnelles (gouvernance et régulation). Les contrats de prestation ne peuvent être considérés comme de simples instruments de gestion, mais doivent s'inscrire dans une logique de développement organisationnel durable, où la valorisation du capital humain occupe une place centrale.

6. Conclusion

L'étude met en lumière que la contractualisation, considérée comme une politique d'adaptation des ressources humaines dans le contexte de la santé marocaine, engendre des impacts divergents. Elle participe à l'amélioration immédiate de la couverture de santé, de l'accès aux soins et de l'efficacité opérationnelle des centres en milieu rural. Toutefois, l'efficacité à long terme dépend de la capacité du système public à intégrer ces contractuels dans une approche stratégique et inclusive de gestion des ressources humaines.

Sur le plan académique, cette étude enrichit la littérature sur la gouvernance des ressources humaines en santé dans les pays en développement, en apportant un regard contextualisé sur les effets de la contractualisation dans un environnement institutionnel en transition. Elle illustre comment la digitalisation, la territorialisation et la contractualisation s'articulent dans un processus complexe de modernisation administrative.

Sur le plan managérial, plusieurs implications peuvent être formulées. D'abord, la contractualisation doit être accompagnée par des mécanismes de suivi et d'évaluation réguliers, intégrant non seulement les indicateurs de performance clinique, mais aussi la satisfaction et la motivation du personnel. Ensuite, il est nécessaire d'instaurer des cadres de formation continue et de développement professionnel permettant aux contractuels d'acquérir une expertise durable et transférable. Troisièmement, la réussite du dispositif passe par une clarification des responsabilités hiérarchiques entre les structures publiques et les sociétés prestataires, afin d'éviter les chevauchements d'autorité. Enfin, la reconnaissance institutionnelle du travail des contractuels à travers des primes, des passerelles de titularisation ou des programmes de stabilisation constitue un levier essentiel pour renforcer leur engagement et la qualité du service public.

En somme, les contrats de prestation apparaissent comme une solution transitoire et adaptative, mais non suffisante, pour répondre aux besoins du système de santé marocain. Pour qu'ils deviennent un véritable levier de gouvernance territoriale durable, il est impératif de les inscrire dans une stratégie globale de modernisation de la fonction RH publique, fondée sur la stabilité, la compétence et l'équité.

7. Références

- Banque Mondiale. (2021). Maroc : Rapport sur la gouvernance et la performance du secteur de la santé. Washington, DC: World Bank.
- Barbazza, E., Langins, M., Kluge, H. H. P., & Tello, J. E. (2021). Health workforce governance: Processes, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery. *Health Policy*, 125(2), 255–263.
- Bekkari, A. (2020). La gouvernance publique et la décentralisation sanitaire au Maroc. *Revue Marocaine d'Administration Publique*, 55(3), 87–106.
- Berwick, D. M. (2002). A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Affairs*, 21(3), 80–90.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611–1625.
- Chen, L., Evans, T., Anand, S., Boufford, J. I., Brown, H., Chowdhury, M., ... & Wibulpolprasert, S. (2004). Human resources for health: Overcoming the crisis. *The Lancet*, 364(9449), 1984–1990.
- Cometto, G., Witter, S., & Boe, M. (2020). Health workforce policies in low- and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 18(1), 34–49.
- Crozier, M. (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Paris : Le Seuil.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Dejours, C. (2003). *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Paris : Bayard.
- Dieleman, M., Gerretsen, B., & van der Wilt, G. J. (2011). Human resource management interventions to improve health workers’ performance in low and middle income countries: A realist review. *Health Research Policy and Systems*, 9(1), 7.
- Dolea, C., Stormont, L., & Braichet, J.-M. (2010). Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(5), 379–385.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4(1), 12.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19.
- Kaba, A., El-Jardali, F., & Cometto, G. (2023). Managing human resources for resilient health systems. *BMJ Global Health*, 8(2), e009841.
- Kooij, D. T. A. M., Kanfer, R., Betts, M., & Rudolph, C. W. (2021). Aging and the motivation to continue working: The moderating role of occupational future time perspective. *Work, Aging and Retirement*, 7(1), 1–14.
- Lalonde, M. (2013). *Zones d’incertitude et santé au travail : une approche sociologique*. Montréal : Presses de l’Université de Montréal.
- Lalonde, M., & D’Amour, D. (2015). Gestion du stress et collaboration interprofessionnelle en soins infirmiers. *Revue canadienne de soins infirmiers*, 110(4), 45–52.
- Lega, F., & De Pietro, C. (2019). Leadership in healthcare: Managing change and innovation. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e4–e20.
- Lepineux, F., Ben Abdeljelil, R., & Côté, J. (2019). Flexibilité de l’emploi et précarité dans les services publics de santé. *Revue Internationale de Gestion*, 44(3), 71–88.
- Liu, X., Hotchkiss, D. R., & Bose, S. (2015). The role of contracting in improving health system performance: Lessons from low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 23(1), 1–11.
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2023). *Rapport annuel sur les ressources humaines et la gouvernance territoriale du système de santé marocain*. Rabat : MSPS.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales (3e éd.)*. Paris : Armand Colin.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform: A Comparative Analysis – Into the Age of Austerity (4e éd.)*. Oxford: Oxford University Press.
- Reynaud, J.-D. (1997). *Les règles du jeu. L’action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin.
- Reynaud, J.-D. (2001). *Le conflit, la négociation et la règle*. Toulouse : Octarès Éditions.

- Ridde, V., & Yaogo, M. (2018). La contractualisation dans les systèmes de santé en Afrique : entre promesse et réalité. *Revue Tiers Monde*, 236(4), 131–152.
- Ridde, V., Robert, E., & Guichard, A. (2018). Contracting and health system governance in West Africa. *BMJ Global Health*, 3(1), e000671.
- Soualhi, M. (2022). *Les défis de la gouvernance territoriale de la santé au Maroc*. Rabat : L'Harmattan Maroc.
- St-Yves, A., & Caron, R. (2020). Le leadership infirmier en première ligne : pratiques, défis et perspectives. *Revue Santé Publique*, 32(3), 301–309.
- Vujicic, M., Ohiri, K., & Sparkes, S. (2010). *Working in health: Financing and managing the public sector health workforce*. Washington, DC: World Bank.
- Vujicic, M., Witter, S., & Cometto, G. (2019). Human resources for health reform: Balancing flexibility and stability. *Health Systems & Reform*, 5(3), 211–221.
- World Health Organization. (2020). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2021). *Global report on health workforce statistics*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2022). *State of the health workforce in the Eastern Mediterranean Region*. Geneva: WHO.