

Gouvernance territoriale et performance des services de santé: perspectives pour les Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc

Abdeslam Baalla, Doctorant

Tarik Jellouli, Enseignant chercheur

Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Économie, Finance et
Management des Organisations (LIREFIMO), Maroc
Faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales (FSJES) de Fès
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès, Maroc

[Doi:10.19044/esj.2025.v21n22p185](https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n22p185)

Submitted: 28 May 2025

Accepted: 07 August 2025

Published: 31 August 2025

Copyright 2025 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

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>

Résumé

Cet article analyse les conditions de réussite des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) au Maroc, une innovation visant à décentraliser et intégrer les services de santé. S'appuyant sur le management public, les théories de la gouvernance et le cadre du Triple Aim, l'étude explore les leviers d'une gouvernance territoriale performante. La méthodologie repose sur une revue de littérature, une analyse comparative des réformes au Canada, en Espagne et en France, ainsi que sur l'examen des textes législatifs marocains (BO 7151, 7213) et des rapports institutionnels (OMS, HCP). Les résultats identifient comme facteurs clés : une territorialisation basée sur les besoins populationnels, une autonomie locale effective, des outils de pilotage (tableaux de bord, contractualisation) et un renforcement des capacités managériales, malgré des défis liés à la centralisation et aux disparités régionales. L'article préconise une gouvernance multi-niveaux agile, favorisant coordination, responsabilisation et expérimentation. Des recherches empiriques, notamment sur le pilote de Tanger-Tétouan-Al Hoceima, sont nécessaires pour évaluer l'impact des GST sur l'équité et la performance des services de santé.

Mots-clés : Gouvernance territoriale, Réforme de la santé, Groupements Sanitaires Territoriaux, Pilotage stratégique, Management public

Territorial Governance and the Performance of Health Services: Prospects for Territorial Health Groups in Morocco

Abdeslam Baalla, PhD Student

Tarik Jellouli, Research Professor

Interdisciplinary Research Laboratory in Economics, Finance and
Management of Organizations (LIREFIMO), Morocco Faculty of Law,
Economic and Social Sciences of Fez Sidi Mohamed Ben Abdellah
University of Fez, Morocco

Abstract

This article examines the conditions for the success of Territorial Healthcare Groups (GSTs) in Morocco, an innovative initiative aimed at decentralizing and integrating healthcare services. Drawing on public management, governance theories, and the Triple Aim framework, the study explores the levers for effective territorial governance. The methodology combines a literature review, a comparative analysis of healthcare reforms in Canada, Spain, and France, and an examination of Moroccan legislative texts (BO 7151, 7213) and institutional reports (WHO, HCP). The findings highlight key success factors: territorialization based on population needs, effective local autonomy, management tools such as dashboards and contractual agreements, and strengthened managerial capacities, despite challenges posed by historical centralization and regional disparities. The article advocates for agile, multi-level governance that promotes coordination, accountability, and experimentation. Further empirical research, particularly on the Tanger-Tetouan-Al Hoceima pilot, is essential to assess the GSTs' impact on equity and healthcare service performance.

Keywords: Territorial governance, Health reform, Territorial Health Groups, Strategic steering, Public management

Introduction

Dans un contexte mondial de transformation des systèmes de santé, marqué par la recherche d'un équilibre entre l'amélioration de la qualité des soins, la réduction des coûts et une meilleure expérience pour les usagers, de nombreux pays ont engagé des réformes structurelles profondes (WHO, 2007). Le cadre conceptuel du Triple Aim, proposé en 2008 par Berwick,

Nolan et Whittington, synthétise cette ambition en articulant trois objectifs fondamentaux : améliorer l'expérience des soins pour les patients, renforcer et améliorer la santé des populations, et réduire le coût des soins de santé par habitant. Ces principes ont influencé les politiques de santé à l'échelle internationale, encourageant des logiques de décentralisation, d'intégration des services et de gouvernance territoriale.

Le Maroc n'échappe pas à cette dynamique. Il est confronté à des inégalités régionales persistantes en matière d'accès aux soins, à une centralisation historique de la décision et à une fragmentation des structures de santé. Le pays a inauguré une réforme ambitieuse à travers l'adoption de la loi-cadre 06-22 relative au système national de santé (BO 7151, 2022), complétée notamment par la loi 08.22 (BO 7213, 2023). Ces textes visent à instaurer une nouvelle architecture de gouvernance sanitaire, fondée principalement sur la création des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST). Ces entités, récemment passées de la phase de conceptualisation à la mise en œuvre, notamment dans le pilote de Tanger-Tétouan-Al Hoceima, visent à régionaliser la gestion des services de santé pour mieux répondre aux besoins locaux, tout en renforçant la coordination, la performance et l'efficacité du système.

La création des GST constitue une innovation institutionnelle majeure dans l'histoire des politiques de santé au Maroc. En proposant une gouvernance territorialisée et intégrée, cette réforme vise à rompre avec la centralisation historique du système de santé et à mieux adapter les services aux besoins locaux. Elle s'inscrit dans une réflexion théorique plus large sur la gouvernance multiniveaux (Sabel & Zeitlin, 2012), l'intégration territoriale des soins (Valentijn et al., 2013), et la décentralisation fonctionnelle comme levier d'efficacité (Saltman et al., 2007). Ces approches permettent de penser les GST comme un dispositif de réorganisation des rapports entre l'État, les territoires et les professionnels de santé autour des objectifs communs, de performance, de coordination et d'adaptation contextuelle.

Toutefois, la mise en œuvre de cette réforme soulève de nombreux défis dans un contexte national marqué par des disparités régionales, des capacités administratives inégales et une culture organisationnelle dominée par des logiques verticales (OMS, 2022 ; Benmaamar et al., 2016). Dans cette perspective, les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) apparaissent comme une réponse organisationnelle innovante, alignée sur les standards internationaux de gouvernance intégrée. Cependant, la transition d'un système centralisé vers une gouvernance territorialisée soulève une question centrale : **quelles sont les conditions de réussite de la transformation territoriale du système de santé au Maroc à travers les GST, en termes de ressources, d'outils de pilotage et de mécanismes de coordination, afin de garantir leur efficacité, leur équité et leur soutenabilité ?**

De cette question principale émergent trois interrogations secondaires :

1. Quelles sont les ressources organisationnelles, humaines, financières et technologiques nécessaires pour assurer une mise en œuvre efficace des GST au Maroc ?
2. Quels outils de pilotage stratégique doivent être mobilisés pour optimiser la performance territoriale des services de santé ?
3. Quels mécanismes de coordination sont essentiels pour garantir l'intégration des soins et la synergie des politiques publiques ?

Ces questions orientent l'étude vers trois objectifs spécifiques : (i) identifier les ressources clés nécessaires à la mise en œuvre des GST ; (ii) déterminer les outils de pilotage adaptés à la performance territoriale ; (iii) analyser les mécanismes de coordination indispensables à l'intégration des soins et à la cohérence des politiques publiques. En vue de collecter les informations, nous avons eu recours à une approche méthodologique.

Méthodologie

En l'absence de données empiriques consolidées sur les Groupements Sanitaires Territoriaux, encore à un stade expérimental au Maroc, cette recherche adopte une approche exploratoire qualitative à visée théorique. La démarche méthodologique repose sur trois volets complémentaires :

- une revue de littérature ciblée portant sur le management public, la gouvernance territoriale et le contrôle de gestion appliqué à la santé ;
- une analyse comparative internationale mobilisant les cas du Canada, de l'Espagne et de la France, sélectionnés pour la diversité de leurs modèles de gouvernance sanitaire ;
- un examen des textes législatifs marocains (lois n° 06-22 et 08-22, publiées aux Bulletins Officiels n° 7151 et n° 7213), complété par l'étude de rapports institutionnels nationaux et internationaux (OMS,

HCP, Ministère de la santé et de la protection sociale marocaine). Cette triangulation documentaire vise à croiser les apports théoriques et les réalités institutionnelles, tout en contextualisant les enjeux spécifiques à la réforme des GST au Maroc.

Cadre conceptuel mobilisé

L'analyse s'appuie sur un cadre conceptuel multidimensionnel, articulant trois grands registres théoriques :

- **Gouvernance territoriale** : fondée sur les principes de subsidiarité, d'autonomie institutionnelle et de coordination multiniveau (Swyngedouw, 2005 ; Benz & Papadopoulos, 2006). Cette perspective met l'accent sur l'adaptation des politiques publiques aux besoins

locaux ainsi que sur l'innovation organisationnelle (Saltman et al., 2007 ; Bossert & Beauvais, 2002).

- **Théories du management public :**

- **théorie de l'agence** (Jensen & Meckling, 1976 ; Eisenhardt, 1989) : mobilisée pour analyser les relations contractuelles entre acteurs centraux et territoriaux, en intégrant les enjeux d'incitation, de contrôle et d'asymétrie d'information (Kettunen & Kallio, 2021) ;
- **resource-Based View** (Wernerfelt, 1984 ; Barney, 1991) : utilisée pour valoriser les ressources stratégiques (humaines, financières, technologiques) des organisations territoriales et leur contribution à la performance ;
- **approche par la structuration organisationnelle** (Lawrence & Lorsch, 1967 ; Mintzberg, 1982) : examine l'équilibre entre différenciation fonctionnelle et intégration structurelle dans le pilotage des entités territoriales ;
- **contrôle de gestion** (Anthony & Govindarajan, 2007 ; Demeestère, 2005 ; Nobre, 2009) : propose des outils de pilotage (reporting, dialogue de gestion, indicateurs de performance) adaptés à une gouvernance orientée vers les résultats.

- **Cadre du Triple Aim** (Berwick et al., 2008 ; OMS, 2022) : utilisé comme référentiel transversal pour analyser la performance des systèmes de santé selon trois dimensions interdépendantes : l'amélioration de l'expérience patient, l'amélioration de la santé des populations et l'optimisation des coûts.

Méthode d'analyse

La méthode retenue est de nature qualitative et repose sur une synthèse critique des approches managériales, des expériences internationales sélectionnées et des dispositifs réglementaires marocains. Cette approche permet :

- d'identifier les conditions de réussite des GST dans le cadre de la réforme du système de santé ;
- de formuler des recommandations opérationnelles contextualisées à l'intention des décideurs publics et des professionnels impliqués dans la gouvernance territoriale de la santé.

Résultats

L'analyse croisée des cadres conceptuels, des expériences internationales et du contexte réglementaire marocain permet de dégager trois résultats principaux, en lien direct avec les objectifs spécifiques de la

recherche. Ces résultats mettent en lumière les conditions clés de réussite des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) dans le cadre de la réforme du système de santé marocain.

Les ressources comme socle de la mise en œuvre effective des GST

La réussite des GST repose sur la disponibilité et la répartition équitable des ressources organisationnelles, humaines, technologiques et financières. L'étude révèle l'existence de fortes disparités régionales en matière de ressources humaines qualifiées (médecins, infirmiers, gestionnaires), ainsi qu'une capacité institutionnelle inégale à piloter localement les services. Par ailleurs, l'absence de systèmes d'information interopérables et la faiblesse des mécanismes de financement fondés sur les besoins populationnels entravent l'opérationnalisation des GST (OMS, 2022 ; Haut-Commissariat au Plan, 2021). Le renforcement des capacités locales apparaît dès lors comme une condition préalable indispensable à toute territorialisation effective.

La mobilisation d'outils de pilotage adaptés pour soutenir la performance territoriale

Les GST exigent une ingénierie de gestion stratégique fondée sur des outils appropriés de contrôle et d'évaluation. L'analyse souligne l'importance d'un pilotage basé sur des indicateurs de performance intégrés, combinant données quantitatives (efficacité, coûts, accès aux soins) et qualitatives (satisfaction des usagers, qualité perçue). Des instruments issus du contrôle de gestion, tels que les tableaux de bord équilibrés, la comptabilité par activités (*Activity-Based Costing*) et le dialogue de gestion, s'avèrent essentiels pour soutenir une gouvernance orientée vers les résultats (Kaplan & Norton, 1996 ; Anthony & Govindarajan, 2007 ; Neumann et al., 2016). En outre, la contractualisation entre les niveaux central et territorial (ex. : CPOM, contrats locaux de santé) constitue un levier pertinent pour articuler les priorités nationales et locales.

La gouvernance intégrée comme vecteur d'efficacité et de cohérence des politiques de santé

La transformation territoriale du système de santé marocain appelle un profond renouvellement du modèle de gouvernance. Les GST doivent être conçus comme des plateformes de coordination intermédiaire, à même d'assurer à la fois l'intégration verticale des orientations stratégiques (État – régions – établissements) et la coordination horizontale entre les acteurs locaux. Cette gouvernance multiniveau suppose des mécanismes de coopération entre professionnels de santé, élus locaux, gestionnaires et usagers, afin de renforcer la cohérence des parcours de soins et l'efficacité

globale du système (Saltman et al., 2007 ; Denis et al., 2011). Toutefois, cette dynamique se heurte à des défis structurels hérités de la centralisation, à des cultures administratives hiérarchisées, ainsi qu'à un déficit en données fiables pour le pilotage territorial (Berraho, 2017 ; Ouassou & Allali, 2022).

Discussion

La discussion s'organise autour de trois axes, chacun mettant en évidence un levier déterminant pour la réussite des Groupements Sanitaires Territoriaux au Maroc. Chaque sous-section analyse les implications concrètes des résultats, identifie les défis rencontrés ainsi que les opportunités à saisir, et propose des recommandations opérationnelles adaptées au contexte marocain. L'analyse s'appuie sur des cadres théoriques reconnus et sur des expériences internationales pertinentes, afin d'éclairer les dynamiques à l'œuvre dans la mise en œuvre des GST.

Le premier résultat met en évidence que la réussite des GST dépend de la disponibilité et de la répartition équitable des ressources organisationnelles, humaines, financières et technologiques. Les disparités régionales, documentées par le Haut-Commissariat au Plan (2021), révèlent une pénurie de professionnels qualifiés (médecins, infirmiers et techniciens de santé, gestionnaires) ainsi que des capacités administratives inégales, limitant la capacité des régions à assumer des responsabilités accrues (Najem, 2019). Selon la théorie des ressources (Barney, 1991), le renforcement des capacités locales est essentiel pour soutenir une gouvernance territorialisée. L'expérience des réseaux intégrés de services de santé au Canada montre que des investissements ciblés dans les ressources humaines et les systèmes d'information interopérables sont cruciaux pour une décentralisation efficace (Marchildon, 2013).

Défis :

Au Maroc, la centralisation historique du système de santé constitue un frein majeur à l'autonomie des régions dans la gestion de leurs priorités sanitaires (OMS, 2022). Cette limitation est aggravée par l'absence de systèmes d'information intégrés, qui entrave la circulation fluide des données entre les différents niveaux de gouvernance. Par ailleurs, le mécanisme actuel de péréquation financière demeure insuffisant pour corriger les disparités interrégionales et assurer une équité territoriale dans l'accès aux soins (Benmaamar et al., 2016).

Opportunités :

Les GST représentent une opportunité stratégique pour mutualiser les ressources, renforcer les compétences locales par la formation continue, et

intégrer des outils numériques adaptés, permettant ainsi une gouvernance sanitaire plus réactive aux spécificités régionales.

Recommandations :

- renforcer les capacités humaines par des programmes de formation ciblés à destination des professionnels de santé et des gestionnaires territoriaux.
- déployer des systèmes d'information interopérables, afin d'optimiser la gestion et l'analyse des données sanitaires à l'échelle régionale.
- instaurer une péréquation financière fondée sur les besoins réels des populations (démographie, morbidité, précarité), pour promouvoir une équité territoriale durable.

Le deuxième résultat souligne la nécessité d'outils de pilotage stratégique, tels que les tableaux de bord équilibrés (Kaplan & Norton, 1996), l'*Activity-Based Costing*, et les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), inspirés du modèle français (Perrin, 2010). Ces instruments permettent d'aligner les priorités nationales et locales tout en tenant compte des spécificités régionales. L'exemple des Agences Régionales de Santé (ARS) en France montre que des indicateurs de performance intégrés (combinant efficience, qualité des soins et satisfaction des usagers) renforcent une gouvernance orientée vers les résultats (Ministère de la Santé, 2016).

Défis :

Le manque de données sanitaires fiables et l'hétérogénéité des compétences managériales freinent l'intégration des outils numériques dans la gestion territoriale (Ouassou & Allali, 2022). Par ailleurs, une approche de standardisation trop rigide peut ignorer les spécificités locales et limiter l'appropriation des réformes (Bezes & Siné, 2011).

Opportunités :

Les GST offrent l'opportunité d'institutionnaliser des dispositifs numériques de suivi-évaluation adaptés aux réalités régionales. Ces outils peuvent renforcer la transparence, améliorer la performance locale et soutenir une gouvernance orientée vers les résultats.

Recommandations :

- mettre en place des tableaux de bord territorialisés intégrant des indicateurs quantitatifs (accès aux soins, coûts) et qualitatifs (satisfaction des patients).
- adopter des contrats d'objectifs inspirés des CPOM pour articuler les priorités nationales et locales.

- former les gestionnaires à l'utilisation des outils de contrôle de gestion afin de garantir leur adaptation aux contextes locaux.

Le troisième résultat met en avant l'importance d'une gouvernance intégrée, avec les GST comme plateformes de coordination intermédiaires. Une gouvernance multiniveau (Sabel & Zeitlin, 2012) favorise à la fois l'intégration verticale (entre l'État, les régions et les établissements) et horizontale (entre acteurs locaux). Les expériences des Groupements Hospitaliers de Territoire en France et des communautés autonomes en Espagne montrent que la coordination multi-acteurs et les systèmes d'information intégrés sont essentiels pour assurer des parcours de soins cohérents (Saltman et al., 2007 ; Denis et al., 2011).

Défis :

La culture organisationnelle verticale et le manque de concertation entre les acteurs (professionnels, élus locaux, usagers) freinent l'intégration des soins (Berraho, 2017). Le transfert des compétences demeure flou, et les données nécessaires au pilotage territorial sont insuffisantes (OMS, 2022).

Opportunités :

Les GST peuvent renforcer la proximité décisionnelle et favoriser une concertation multi-acteurs, ce qui améliore l'adaptation des services aux besoins locaux.

Recommandations :

- créer des instances de concertation multi-acteurs (professionnels, usagers, élus locaux) pour renforcer la cohérence des politiques publiques.
- développer des systèmes d'information intégrés afin de faciliter la coordination des parcours de soins.
- clarifier les responsabilités entre le niveau central, les agences déconcentrées et les GST pour garantir une gouvernance cohérente.

Conclusion

Cette contribution théorique éclaire les enjeux de la territorialisation de la gouvernance sanitaire au Maroc à travers la réforme des GST, portée par les lois 06-22 (BO 7151, 2022) et 08-22 (BO 7213, 2023). En mobilisant les cadres du management public, de la gouvernance territoriale et du Triple Aim, l'étude identifie trois conditions clés de réussite, alignées sur les objectifs spécifiques :

- **ressources adéquates** : Le renforcement des capacités locales (ressources humaines qualifiées, systèmes d'information

interopérables, financement équitable) est essentiel pour surmonter les disparités régionales et les faiblesses administratives (OMS, 2022 ; HCP, 2021).

- **outils de pilotage adaptés** : Des tableaux de bord multidimensionnels, des contrats d'objectifs inspirés des modèles français et l'Activity-Based Costing permettent un pilotage stratégique contextualisé (Kaplan & Norton, 1996 ; Perrin, 2010).
- **coordination efficace** : Une gouvernance multiniveau, avec les GST comme agences intermédiaires, favorise l'intégration des soins par une coordination verticale et horizontale, soutenue par des instances collaboratives (Saltman et al., 2007 ; Denis et al., 2011).

Malgré ces leviers, des défis structurels persistent : centralisation historique, inégalités territoriales, manque de données fiables et culture organisationnelle verticale (Berraho, 2017 ; Ouassou & Allali, 2022). Les GST offrent des opportunités significatives – proximité décisionnelle, mutualisation des ressources, concertation multi-acteurs –, mais leur succès dépend d'une mise en œuvre progressive, d'une clarification des responsabilités et d'un renforcement des capacités. Les expériences internationales (Espagne, France, Canada) soulignent l'importance d'une autonomie locale équilibrée par une régulation nationale, soutenue par des outils numériques et une gouvernance participative.

L'expérience internationale montre l'importance d'un équilibre entre autonomie locale et régulation nationale, soutenu par des outils numériques performants et une gouvernance participative. L'expérimentation en cours à Tanger-Tétouan-Al Hoceima représente un laboratoire privilégié pour tester ces principes.

Perspectives de recherche :

- évaluer les expérimentations pilotes des GST, notamment à Tanger-Tétouan-Al Hoceima, pour analyser leur fonctionnement et leurs dynamiques organisationnelles.
- étudier les mécanismes de coordination multi-acteurs pour optimiser l'intégration des soins et la cohérence des politiques publiques.
- analyser l'impact des GST sur l'équité d'accès aux soins et la qualité des services, à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2007). *Management control systems* (12th ed.). McGraw-Hill Education.
2. Barney, J. B. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
3. Bartoli, A. (2009). *Management dans les organisations publiques* (3e éd.). Dunod.
4. Benamar, L. (2021). Les inégalités territoriales dans le système de santé au Maroc. *Revue Marocaine d'Administration Publique*, (172), 101–118.
5. Benz, A., & Papadopoulos, Y. (2006). *Governance and Democracy: Comparing National, European and International Experiences*. Routledge.
6. Berraho, A. (2017). Gouvernance et réforme de la santé au Maroc : une lecture critique. *Revue Marocaine de Santé Publique*, 3(2), 45–52.
7. Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
8. Bezes, P., & Siné, A. (2011). Gouverner (par) la performance : usages, légitimités et controverses. *Revue française d'administration publique*, 137-138(1–2), 7–14. <https://doi.org/10.3917/rfap.137.0007>
9. Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., & Benamouzig, D. (2011). *New Public Management à la française. Les trajectoires locales d'un modèle global*. Presses Universitaires de France.
10. Bossert, T. J., & Beauvais, J. C. (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning*, 17(1), 14–31.
11. Bulletin Officiel 7151 (2022). *Loi-cadre 06-22 relative au système national de santé*.
12. Bulletin Officiel 7213 (2023). *Loi 08.22 relative à la création des Groupements Sanitaires Territoriaux*.
13. Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Pineault, R. (2004). La mise en œuvre : le chaînon manquant dans l'évaluation des systèmes de santé. *Ruptures*, 9(1), 30–47.
14. Costa-Font, J., & Greer, S. (2012). *Federalism and decentralization in European health and social care*. Palgrave Macmillan.

15. Costa-Font, J., & Rico, A. (2006). Devolution and the interregional inequalities in health and healthcare in Spain. *Regional Studies*, 40(8), 875–887.
16. Delas, C., Gonnin-Bolo, C., & Plunian, R. (2018). Performance et territoires : quelles conditions de réussite ? *Gestions Hospitalières*, (574), 286–291.
17. Demeestère, R. (2005). Contrôle de gestion dans les hôpitaux : entre performance économique et missions de service public. *Revue Française de Comptabilité*, 384, 48–51.
18. Demeestère, R. (2005). *Le pilotage de la performance dans les établissements de santé : entre régulation externe et mobilisation interne*. Les Études Hospitalières.
19. Denis, J.-L., Davies, H., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & McManus, A. (2011). *Assessing Initiatives To Transform Health Care Systems - Lessons For the Canadian Health Care System: CHSRF series on healthcare transformation: Paper 1*. CHSRF.
20. Dieleman, M., & Harnmeijer, J. W. (2006). *Improving health worker performance: In search of promising practices*. World Health Organization.
https://www.who.int/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf
21. Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *Academy of Management Review*, 14(1), 57–74.
22. France, G., & Taroni, F. (2005). The evolution of health policy-making in Italy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1–2), 169–187.
23. Haut-Commissariat au Plan (2021). *Rapport sur les disparités territoriales dans l'accès aux soins au Maroc*.
24. Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19.
25. Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305–360.
26. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business Press.
27. Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–52.
28. Kettunen, P., & Kallio, J. (2021). The role of agency theory in public management research: An overview. *Public Management Review*, 23(2), 205–227.
29. Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Harvard Business School Press.

30. Lorient, D. (2014). La gouvernance des ARS : entre déconcentration et nouvelle gestion publique. *Revue Française d'Administration Publique*, 149(1), 87–100.
31. Marchesnay, M. (2005). Management public et logique de service. *Revue française de gestion*, (157), 199–214.
32. Marchildon, G. P. (2013). *Health Systems in Transition: Canada*. WHO Regional Office for Europe.
33. Merchant, K. A., & Van der Stede, W. A. (2007). *Management control systems: Performance measurement, evaluation and incentives* (2nd ed.). Pearson Education.
34. Ministère de la Santé (France). (2016). *Instruction DGOS/PF2 relative à la mise en œuvre des GHT*.
35. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2023). *Note de présentation sur la mise en œuvre des Groupements Sanitaires Territoriaux*.
36. Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation.
37. Moisdon, J.-C. (2017). Les contrats locaux de santé comme instruments d'action publique. *Revue française d'administration publique*, 161, 27–39. <https://doi.org/10.3917/rfap.161.0027>
38. Najem, M. (2019). La gouvernance du système de santé marocain à l'épreuve de la régionalisation avancée. *Revue de Santé et Développement*, (11), 47–63.
39. Neumann, P. J., Sanders, G. D., Russell, L. B., Siegel, J. E., & Ganiats, T. G. (Eds.). (2016). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Oxford University Press.
40. Nobre, F. (2009). Les spécificités du contrôle de gestion dans les organisations publiques hospitalières : une analyse institutionnelle. *Revue Internationale de Gestion*, 34(1), 102–110.
41. Nobre, H. (2006). Contrôle de gestion hospitalier et performance des établissements de santé. *Revue Française de Gestion*.
42. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2022). *Profil du système de santé du Maroc*. Bureau régional de la Méditerranée orientale.
43. Osborne, S. P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377–387.
44. Ouassou, H., & Allali, K. (2022). Décentralisation et gouvernance locale de la santé au Maroc : enjeux et perspectives. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 88(3), 523–540.
45. Perrin, J. (2010). La contractualisation dans les systèmes de santé : enjeux et modalités. *Revue Hospitalière de France*, (527), 35–40.
46. Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford University Press.

47. Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481.
48. Purbey, S., Mukherjee, K., & Bhar, C. (2007). Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(3), 241–251. <https://doi.org/10.1108/17410400710731416>
49. Sabel, C. F., & Zeitlin, J. (2012). Experimentalist Governance. In *The Oxford Handbook of Governance*.
50. Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (2007). *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*. McGraw-Hill Education.
51. Swyngedouw, E. (2005). Governance Innovation and the Citizen: The Janus Face of Governance-beyond-the-State. *Urban Studies*, 42(11), 1991–2006.
52. Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13.
53. Vignon, J. (2016). Territoires et politiques de santé : vers une recomposition des responsabilités ? *Santé Publique*, 28(1), 123–129.
54. Wernerfelt, B. (1984). A Resource-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*, 5(2), 171–180.