International Journal of Economics and Management Sciences
Volume 5, Issue 2 (2026), pp. 138-154
ISSN 2823-9350

Gouvernance hospitalière et rôle des agents de sécurité : pratiques informelles et régulation de l'accès aux services

Hospital governance and the role of security agents: informal practices and regulation of access to services

AMRANE Zineb
Doctorante, faculté des lettres et des sciences humaines Ain Chock, Université Hassan II-Casablanca-Maroc.

Correspondance address Faculté des lettres et des sciences humaines Ain Chock, Université Hassan II, Casablanca-Maroc

Cite this article Amrane, Z. (2026). Gouvernance hospitalière et rôle des agents de sécurité : pratiques informelles et régulation de l'accès aux services.
IJEMS, Volume 5, Issue 2 (2026), pp. 138-154

Submitted: 29/03/2026
Accepted : 20/04/2026

Copyright © IJEMS

International Journal of Economics and Management Sciences
Volume 5, Issue 2 (2026), pp. 138-154
ISSN 2823-9350

Résumé
Cette recherche explore le rôle des agents de sécurité dans les hôpitaux marocains et leur contribution à la gouvernance quotidienne des services de soins. À travers des entretiens semi-directifs, l'étude se concentre sur deux dimensions : les tâches officielles et informelles des agents de sécurité ; et l'effet de l'ancienneté sur leur capacité à agir comme intermédiaires entre l'institution hospitalière et les usagers. Les résultats montrent que, si les missions formelles se limitent au contrôle des accès et à la surveillance des espaces, les agents expérimentés développent un savoir pratique approfondi sur le fonctionnement interne de l'hôpital. Avec le temps, ils acquièrent une connaissance fine des procédures, des services, des habitudes de personnel, et construisent des réseaux relationnels stratégiques. Cette expertise leur permet d'adapter l'accès aux services et d'orienter certains usagers plus efficacement, ce qui montre une régulation interne différenciée. L'hôpital joue un rôle central dans ce processus en conservant le contrôle sur le recrutement, l'affectation et le maintien des agents, malgré l'externalisation juridique de la sécurité. Ce maintien de contrôle contribue directement à créer les conditions qui rendent possibles ces pratiques informelles. Cette recherche met en évidence que la gouvernance hospitalière ne se réduit pas aux seules règles formelles, mais s'incarne également dans les savoirs pratiques mobilisés par des acteurs périphériques. Elle montre, par ailleurs, que ces savoirs conditionnent la circulation des usagers et révèlent l'importance des ajustements quotidiens dans le fonctionnement concret de l'institution hospitalière.

Mots clés : Gouvernance hospitalière, agents de sécurité, régulation informelle, savoirs pratiques

Abstract
This research explores the role of security guards in Moroccan hospitals and their contribution to everyday governance of healthcare services. Based on semi-structured interviews, the study focuses on two main dimensions: the formal and informal tasks of security guards, and the effect of seniority on their ability to act as intermediaries between the hospital institution and its users. The findings show that, while formal duties are limited to access control and space surveillance, more experienced agents develop an in-depth practical knowledge of the hospital's internal functioning. Over time, they acquire a detailed understanding of procedures, services, staff routines, and build strategic relational networks. This expertise highlighting a form of differentiated internal regulation. The hospital plays a central role of this process by maintaining control over recruitment, assignment, and retention of security functions. This continued control directly contributes to creating the conditions that make these informal practices possible. Overall, the study demonstrates that hospital governance extends beyond formal rules and is also embodied in the practical knowledge mobilized by peripheral actors. Il further shows that such knowledge shapes the circulation of users and underscores the importance of everyday adjustments in the concrete functioning of hospital institutions.

Key words: Hospital governance, security guards, informal regulation, practical knowledge.

International Journal of Economics and Management Sciences
Volume 5, Issue 2 (2026), pp. 138-154
ISSN 2823-9350

Introduction

A partir de 27 septembre 2025, le Maroc a connu une importante vaque de protestations sociales mobilisée par des collectifs de jeunes se désignant sous le nom de GenZ212 (Génération Z + l'indicatif téléphonique national). Ces mobilisations ont exprimé une insatisfaction sociale à l'égard du fonctionnement des services publiques, en particulier dans les secteurs de la santé et de l'éducation. En effet, les contestations liées au services publics traduisent souvent des tensions entre les attentes sociales des citoyens et les capacités organisationnelles des institutions chargés de fournir ces services (Hirshman, 1970 ; Pierson, 2001). L'hôpital occupe à cet égard une place particulière dans l'espace public, dans la mesure où il constitue l'un des lieux les plus visibles de l'action publique et un espace central de l'expérience concrète des politiques sociales (Freidson, 1970 ; Scott et al., 2000).

Dans ce contexte, les mobilisations observées au Maroc se sont largement cristallisées autour du fonctionnement des hôpitaux publics. Cette focalisation s'explique en grande partie par l'évènement tragique qui a servi de déclencheur aux contestations : le décès de plusieurs femmes lors d'accouchements à l'été 2025 dans l'hôpital régional d'Agadir. Cet épisode à susciter une forte émotion dans l'opinion publique et a progressivement transformé l'hôpital en un espace symbolique de contestation. Les critiques exprimées par les manifestants portent principalement sur la qualité de l'accueil des patients, le manque de personnel et l'insuffisance des équipements médicaux. Toutefois, au-delà de ces difficultés concrètes, ces revendications renvoient à des interrogations plus larges concernant la gestion des hôpitaux publics et à la capacité du système de santé à répondre aux attentes sociales en matière d'accès aux soins.

Cependant, au-delà des demandes techniques et des critiques adressées au professionnels de santé et aux responsables du système national de santé, les discours circulant dans l'espace public soulignant également le rôle d'autres acteurs présents dans l'environnement hospitalier. La chaine nationale 2M a repris cette observation dans son programme consacré aux protestations, en faisant une remarque explicite, mais passagère, sur les agents de sécurité. Dans ce contexte, ils sont présentés comme des figures centrales de l'expériences quotidienne du service, témoignant à la fois des dysfonctionnements structurels et des limites du management formel (2M, 2025).

Cette perception publique renvoie à une dimension bien connue dans la sociologie des organisations. Dans de nombreux systèmes, des acteurs situés à la périphérie de la hiérarchie formelle peuvent néanmoins occuper une place importante dans le fonctionnement concret des organisations. Leur présence quotidienne les amène souvent à participer, de manière informelle, à la régulation des interactions et à la gestion des situations de tension (Crozier & Friedberg, 1977 ; Lipsky, 1980). Dans le contexte hospitalier, les agents de sécurité se trouve précisément dans ce type de position. Présent en permanence aux entrées des services, dans les couloirs, ils se situent à l'interface entre l'institution et ses usagers. Cette position les place au cœur des interactions quotidiennes entre patients, familles et personnels hospitaliers. Elle leur offre également une visibilité particulière sur les flux des patients, les situations d'urgence et, plus largement, sur les tensions organisationnelles qui traversent l'hôpital public.

International Journal of Economics and Management Sciences
Volume 5, Issue 2 (2026), pp. 138-154
ISSN 2823-9350

Dans cette perspective, l'étude de ces acteurs constitue un point d'entrée original pour analyser les dynamiques organisationnelles qui structurent le fonctionnement concret des établissement hospitaliers. La littérature consacrée à la gouvernance hospitalière s'est en effet largement concentrée sur les professionnels de santé, les cadres administratifs ou encore les dispositifs institutionnels de gestion qui encadrent l'activité des établissements de santé (Freidson, 1970 ; Scott et al., 2000 ; Ferlie & Shortell, 2001). En revanche, les acteurs occupant des positions d'interface avec les usagers, bien qu'ils soient présents au cœur des interactions quotidiennes de l'hôpital, ont fait l'objet d'une attention plus limitée dans les travaux existants. Pourtant, leur expérience quotidienne du terrain peut offrir un éclairage précieux sur le fonctionnement réel des organisations hospitalières.

Dès lors, cet article propose d'examiner la gouvernance hospitalière à partir des pratiques des agents de sécurité. Il vise, d'une part, à analyser la manière dont ces acteurs contribuent à la régulation des flux, à la médiation des tensions et à l'organisation de l'accès aux services. D'autres part, il cherche à comprendre comment leurs pratiques s'inscrivent dans des formes de gouvernance informelle qui complètent, contournent ou prolongent les dispositifs formels. Dans cette optique, la recherche s'articule autour de la question suivante : comment la gouvernance hospitalière se construit-elle concrètement à travers les pratiques quotidiennes d'acteurs périphériques, et quelles formes de régulation informelle ces acteurs produisent-ils dans l'organisation de l'accès aux soins dans les hôpitaux marocains ? À partir de cette interrogation, cette recherche poursuit un double objectif. Il s'agit, d'une part, d'analyser les pratiques concrètes des agents de sécurité afin de comprendre comment, au-delà de leurs missions formelles, ils participent à la régulation quotidienne de l'institution hospitalière. D'autre part, ce travail vise à mettre en évidence les conditions organisationnelles qui rendent possibles ces pratiques, en particulier le rôle de l'hôpital dans la production et la stabilisation de ces formes d'intervention. L'objectif est ainsi de saisir la manière dont des savoirs pratiques, construit dans l'expérience et les interactions, contribuent au fonctionnement réel de l'organisation.

Dans cette perspective, ce travail apporte une contribution à la littérature en proposant une analyse centrée sur des acteurs souvent invisibilisé dans les études sur la gouvernance hospitalière et, plus largement, sur les organisations publiques. Il montre que la gouvernance hospitalière ne se réduit pas aux dispositifs formels ni aux structures administratives, mais qu'elle se construit aussi dans des pratiques situées, portées par des acteurs périphériques dont l'action est déterminante dans l'organisation effective des services. En mettant en lumière ces formes de régulation informelle, cette recherche contribue à renouveler l'analyse de la gouvernance hospitalière. Elle souligne le rôle des interactions, des savoirs pratiques et des arrangements quotidiens dans la production de l'ordre organisationnel, qui conditionne à la fois l'accès aux soins et l'expérience des usagers.

1. Revue de littérature et cadre théorique :

Depuis les années 1990, le concept de gouvernance s'est progressivement imposé dans les sciences sociales pour analyser les transformations des modes d'exercice du pouvoir (Chevallier, 2003). Il est généralement mobilisé pour décrire le passage des modes d'exercice du pouvoir traditionnelles de gouvernement vers des modes d'organisation plus ouverts et plus

interactifs (ibid). Cette évolution s'inscrit dans un contexte marqué par des transformations économiques, institutionnelles et sociales qui ont conduit à repenser le rôle de l'État et les modes de gestions des organisation publiques. Dans cette nouvelle perspective, La gouvernance est considérée comme l'ensemble des structures, des mécanismes, des processus et des relations à travers lesquels une organisation est dirigées et coordonnée (Rhodes, 1997 ; Kooiman, 2003). L'analyse ne se limite plus aux dispositifs formels ou aux règles institutionnelles. Elle s'intéresse également aux pratiques quotidiennes et aux interactions entre acteurs qui participent au fonctionnement réel des organisation (Rhodes, 1997). Ce déplacement est essentiel, car il introduit déjà une tension entre gouvernance prescrites et gouvernance en acte.

Dans le champ des politiques publiques, cette approche a été largement mobilisée pour analyser les transformations des systèmes de santé, en Europe comme dans d'autres contextes. Les travaux de Saltman, Bankauskaite et Vrangbæk (2007) montrent que les réformes sanitaires ont introduit des logiques de Décentralisation et de régulation par la performance, redéfinissant les rapports entre État et établissements de santé. Ferlie et Shortell (2001) complètent cette analyse en mettant en évidence une gouvernance hospitalière structurée par l'articulation entre niveau macro, méso et micro, soulignant ainsi la complexité multi-niveaux des organisations de santé. Dans la même perspective, Scott et al. (2000) insistent sur le fait que ces organisations sont fortement influencées par leur environnement institutionnel, normatif et réglementaire. Ainsi, la gouvernance apparaît comme un phénomène structuré, mais dépendant de multiples contraintes.

Ces logiques de gouvernance se sont diffusées dans les pays du sud à travers les réformes de modernisation de l'action publique. Au Maroc, l'intérêt pour la gouvernance s'est consolidé dans le cadre des réformes administratives engagées au cours des dernières décennies, avec pour objectifs l'amélioration de la performance des institutions et le renforcement de la transparence dans la gestion publique. Cette évolution s'inscrit dans une dynamique plus large d'adoption des principes du Nouveau management public, qui structure une part importante des réformes contemporaines de l'action publique (Maher & Cherkaoui, 2020). Dans ce contexte, la gouvernance s'impose progressivement comme un enjeu central dans les politiques publiques marocaines, à travers une série des réformes institutionnelles et administratives. La constitution de 2011 et les réformes qui l'ont suivie, ont renforcé cette orientation en mettant l'accent sur la coordination entre acteurs, le contrôle et l'efficacité de l'action publique (OCDE, 2023).

Toutefois, plusieurs travaux soulignent que l'application des principes de gouvernance au Maroc reste confrontée à certaines difficultés. Parmi les principales causes évoquées figurent la persistance de pratiques administratives traditionnelles, les rigidités institutionnelles et l'écart entre les réformes annoncées et leur mise en œuvre effective (Dahman, 2020). Ainsi, la gouvernance apparaît à la fois comme un objectif de réforme et comme un cadre analytique permettant d'examiner les transformations en cours dans les institutions publiques marocaines. malgré l'apport de ces travaux, au niveau international comme national, une grande partie de cette littérature reste centrée sur les dimensions formelles de la gouvernance. Elle met principalement l'accent sur les structures institutionnelles, les réformes organisationnelles et

les dispositifs de gestion, au détriment des pratiques concrètes qui organisent l'activité quotidienne. En se concentrant sur les niveaux macro et méso, ces approches tendent à marginaliser les dynamiques micro qui se déploient dans les interactions ordinaires au sein des organisation. Elles offrent ainsi une lecture partielle de la gouvernance, qui ne permet pas de saisir pleinement la manière dont elle se construit effectivement dans les pratiques.

C'est précisément pour dépasser cette limite qu'un ensemble de travaux s'est intéressé à la dimension pratique et interactionnelle de la gouvernance. Les analyses de Crozier et Friedberg (1977) montrent que les organisations ne fonctionnent pas uniquement à travers des règles formelles, mais à travers des jeux d'acteurs structurés par des zones d'incertitude, des rapports de pouvoirs et des stratégies d'ajustement. Dans le prolongement de cette approche, Lipsky (1980) introduit la notion de « *street-level bureauceacy* » pour désigner les agents en contact direct avec les usagers, qui participe de manière décisive à la mise en œuvre concrète des politiques publiques. Plusieurs recherches empiriques dans le champ de la santé ont confirmé cette perspective, notamment à travers l'étude du rôle des infirmiers, des agents d'accueil ou des travailleur sociaux dans la régulation quotidienne de l'accès aux soins (Maynard-Moody & Musheno, 2003 ; Evans & Harris, 2004). Ces travaux mettent en évidence l'importance des pratiques discrétionnaires et des ajustements quotidiens dans le fonctionnement réel des organisations sanitaires.

Toutefois, malgré leur apport major, ces approches restent largement centrées sur des catégories professionnelles institutionnellement identifiées et reconnues dans les dispositifs de service public. Elles laissent ainsi dans l'ombre d'autres acteurs présents au cœur des interactions quotidiennes, mais rarement considérés comme des acteurs à part entière. Plusieurs travaux récents en sociologie des organisations soulignent d'ailleurs cette limite, en appelant à élargir l'analyse aux acteurs impliqués dans la régulation concrète des organisations (Linhardt, 2017 ; Dubois, 2010). Dans cette perspective, la présente recherche s'inscrit précisément dans cet espace encore peu exploré, en se focalisant sur les agents de sécurité hospitaliers dans le contexte marocains. Ces acteurs sont présents en permanence dans les espaces de circulation de l'hôpital. Ils sont en contact direct avec les patients, les familles et le personnel. Cette position leur permet d'observer les pratiques quotidiennes et d'intervenir dans certaines situations. A travers leurs actions, ils participent à la gestion des flux, à l'orientation des usagers et à la régulation des interactions.

Dans ce travail, la gouvernance n'est pas envisagée comme un ensemble de dispositifs formels ou de structures administratives, mais comme un processus construit dans les pratiques et les interactions quotidiennes. Cette approche conduit à déplacer l'analyse vers les formes concrètes de coordination et d'ajustement qui permettent le fonctionnement des organisations. Elle conduit également à considérer la gouvernance comme une réalité distribuée, produite par une pluralité d'acteurs, y compris ceux situés à la périphérie des structures formelles (Rhodes, 1997 ; Kooiman, 2003). Dans ce cadre l'analyse s'appuie sur l'approche stratégique des organisations (Crozier & Friedberg, 1977), qui met en évidence l'importance des marges d'incertitude et des ressources détenues par les acteurs dans la structuration des relations de pouvoir. Elle mobilise également les travaux de Lipsky (1980), qui permettent de penser l'action des agents de terrain comme un processus d'interprétation et de mise en œuvre des

règles dans des contextes concrets, impliquant des formes de discrétion et d'ajustement (Evans & Harris, 2004). Enfin, cette lecture est complétée par la théorie de la régulation sociale (Reynaud, 1989), qui souligne la coexistence entre régulation formelle et régulation autonome, et met en lumière le rôle des pratiques dans la production des normes effectives. Ainsi, ce cadre théorique permet d'appréhender la gouvernance comme un processus situé, inscrit dans l'action, et d'analyser les organisations à partir des dynamiques pratiques qui en structurent le fonctionnement.

2. Méthodologie de recherche

Cette recherche adopte une approche qualitative visant à analyser le fonctionnement de l'institution hospitalière à partir de l'expérience d'acteurs situés à l'interface entre l'organisation et ses usagers. L'objectif est de comprendre comment les pratiques quotidiennes et les interactions dans l'espace hospitalier participent à la régulation du fonctionnement de l'institution, et éclairent ainsi certaines dimensions de la gouvernance hospitalière. Le choix d'une approche qualitative se justifie par la nature de l'objet étudié, qui porte sur des pratiques informelles, des ajustements quotidiens et des interactions situées.

Le matériau empirique repose sur 49 entretiens semi-directifs réalisés avec des agents de sécurité travaillant dans différents établissements hospitaliers de la région Casablanca-Settat. Le choix de l'entretien semi directif permet d'accéder au point de vue des acteurs et de recueillir des récits détaillés sur leurs pratiques professionnelles, leurs interactions avec les usagers et leurs perceptions du fonctionnement de l'hôpital (Kauffmann, 2011 ; Blanchet & Gotman, 2015). Cette méthode est particulièrement adaptée pour saisir les logiques pratiques qui structurent l'organisation de travail et les formes de régulations qui se développent dans les situations quotidiennes.

Le choix des participants repose sur un échantillonnage raisonné. Tous les agents enquêtés disposent d'au moins une année d'expérience dans leur fonction. Ce critère permet de s'assurer qu'ils possèdent une connaissance minimale du fonctionnement de l'hôpital et qu'ils ont été confrontés à des situations variées. L'échantillon a également été construit de manière à intégrer une diversité de profils, notamment en termes d'ancienneté, de trajectoires professionnelles et de contextes d'exercices. Cette diversité permet de saisir une pluralité de pratiques et de situations.

L'accès aux enquêtés a été facilité par le recours à la technique de boule de neige, qui consiste à identifier progressivement de nouveaux participants à partir des contacts déjà établis. Cette stratégie s'est révélée particulièrement pertinente dans un milieu professionnel où l'accès direct aux agents peut être limité. Elle a permis de constituer progressivement un corpus d'entretiens couvrant plusieurs établissements hospitaliers de la région. Le guide d'entretien a été construit autour de plusieurs axes directement liés à la problématique de la recherche. Un premier axe portait sur les trajectoires professionnelles et les modalités d'accès au métier, afin de situer la position des agents dans l'organisation du travail hospitalier. Un second axe s'intéressait aux pratiques quotidiennes et aux tâches exercées dans l'espace hospitalier. Un troisième axe concernait les interactions avec les différents acteurs de l'institution, en particulier le personnel administratif et soignant, les patients et les familles. Enfin, un dernier axe portait sur la perception du fonctionnement de l'hôpital et des difficultés organisationnelles dans le travail

International Journal of Economics and Management Sciences
Volume 5, Issue 2 (2026), pp. 138-154
ISSN 2823-9350

quotidien. Ce guide a évolué au fil de l'enquête, en fonction des éléments émergents dans les premiers entretiens. Cette adaptation progressive s'inscrit dans une démarche inspirée de la théorie ancrée (Glaser & Strauss, 1967), fondée sur un va-et-vient constant entre collecte et analyse.

L'analyse des données a été conduite selon une logique inductive. Elle suit un processus de codage en trois étapes tel que défini par la théorie ancrée (Glaser & Strauss, 1967 ; Strauss & Corbin, 1998). Dans un premier temps, un codage ouvert a permis d'identifier les thèmes récurrents à partir des discours des enquêtés, en procédant à une fragmentation analytique des données (Charmaz, 2006). Dans un second temps, un codage axial a permis de regrouper ces thèmes en catégories plus larges, en mettant en évidence les relations entre les différentes dimensions observées (Strauss & Corbin, 1998). Enfin, un codage sélectif a été mobilisé pour organiser les résultats autour de catégories centrales en lien avec la problématique de recherche, en assurant la cohérence globale de l'analyse et l'intégration des différents dimensions empiriques (Glaser & Strauss, 1967).

La collecte des données a été poursuivis jusqu'à atteindre un point de saturation théorique, conformément aux principes de l'enquête qualitative (Glaser & Strauss, 1967). À ce stade, les entretiens supplémentaires n'ont plus produit de nouvelles catégories, mais ont confirmé les régularités déjà identifiées, renforçant ainsi la stabilité des résultats. Par ailleurs, plusieurs dispositifs ont été mis en place afin de garantir la rigueur et la validité de la recherche. Une forme de triangulation a été assurée à travers la diversité des profils enquêtés ainsi que la pluralité des établissements étudiés, permettant de croiser les points de vue et de consolider les analyses (Denzin, 1978). Cette démarche a été complétée par une confrontation régulière entre les données empiriques et les cadres théoriques mobilisés, favorisant un va-et-vient constant entre terrain et conceptualisation.

Dans son ensemble, ce dispositif méthodologique permet de saisir de manière fine les pratiques quotidiennes et les interactions qui structurent le fonctionnement concret de l'institution hospitalière. L'articulation entre une collecte de données progressive, une analyse inductive inspirée de la théorie ancrée et une attention portée à la diversité des situations enquêtés offre un cadre rigoureux pour comprendre les dynamiques étudiés. En croisant les récits des agents issus de différents contextes et niveaux d'expérience, l'analyse met en évidence des régularités tout en prenant en compte la diversité des trajectoires. Cette démarche permet ainsi de relier les pratiques individuelles aux logiques organisationnelles plus larges. Elle contribue à éclairer la gouvernance hospitalière à partir de ses manifestations concrètes, telles qu'elles se construisent dans les interactions quotidiennes et les ajustements pratiques.

3. Entre contrôle et orientation : les tâches quotidiennes des agents de sécurité à l'hôpital

Se pencher sur les tâches des agents de sécurité à l'hôpital revient, en réalité, à déplacer le regard sur la gouvernance elle-même. Car celle-ci ne se loge pas uniquement dans les décisions administratives ou dans les textes qui organisent l'activités hospitalière. Elle se fabrique aussi ailleurs, dans des gestes simples, dans des interactions répétées, dans des ajustements discrets qui permettent à l'institution de tenir. À ce niveau, les agents de sécurité apparaissent comme des acteurs inattendus mais centraux. Leur position à l'interface les expose à toutes les tensions

International Journal of Economics and Management Sciences
Volume 5, Issue 2 (2026), pp. 138-154
ISSN 2823-9350

du système. Ils assurent des fonctions de filtrage, d'orientation et de médiation. Autrement dit, ils participent à une forme de gouvernance en acte, diffuse et concrète, qui repose sur une coordination distribuée entre acteurs (Rhodes, 1997). Dès lors, le fonctionnement de L'hôpital ne repose pas uniquement sur son organisation formelle, mais sur des ajustement continues produits dans l'action.

Ce que révèle les entretiens, c'est précisément cet écart entre la fonction prescrite et le travail réel. Officiellement, les agents contrôlent les accès. Dans les faits, ils font bien plus. Ils observent, apprennent, s'adaptent. Leur activité déborde les consignes et se redéfinit au contact des situations. Ce débordement n'est pas marginal. Il constitue le cœur du fonctionnement ordinaire. Là où les règles s'arrêtent, ils prennent les relais. Ils occupent ces zones floues où l'organisation laissent des marges. Et c'est dans ces interstices que se construisent des capacités d'action, des savoir-faire pratiques et des formes de pouvoir silencieuses, liées à la maîtrise des zones d'incertitudes et des relations (Crozier & & Friedberg, 1977). Mais ici, ces dynamiques ne sont pas portées par les élites organisationnelles. Elles émergent à partie de positions périphériques, souvent peu visibles.

> « *Au début, je ne connaissais pas vraiment le travail. Je restais surtout à la porte du service et je suivais les consignes de notre chef. Mon travail consistait surtout à limiter le nombre de personnes qui entraient avec le malade, parce que la salle d'attente est petite. Je devais donc empêcher que plusieurs membres de la famille entrent en même temps. Quand il y avait un problème entre le personnel et les patients ou leurs familles, on essayait aussi d'intervenir pour calmer la situation… Mais je voyais qu'un de mes collègues, qui travaille ici depuis plus de dix ans, ne restait presque jamais à la porte. Il était souvent à l'intérieur du service. À l'époque, je travaillait aux urgences. Je remarquais que c'est lui qui organisait le passage des patients. Il leur disait à qui s'adresser et où aller. Parfois, il allait même prévenir le médecin pour lui dire qu'un patient venait d'arriver et que son état était critique… je regardais tout cela et je me demandais comment il avait acquis cette capacité.* » (Entretien 14)

Ce récit permet d'abord de comprendre comment les tâches attribuées aux agents de sécurité sont définies dans leur forme la plus simple et formelle. Les missions apparaissent comme des consignes élémentaires : rester à la porte du service et contrôler l'accès. L'agent doit surveiller et limiter le nombre de personnes présentes dans la salle d'attente. Cette exigence repose sur une contrainte matérielle explicite, liée à la configuration des lieux. La réduction de l'espace disponible impose en effet une régulation des entrées afin d'éviter la saturation et les perturbations dans le fonctionnement du service. À ce niveau, l'activité de l'agent semble relever d'une application directe des règles organisationnelles.

Cependant, cette première lecture reste partielle. La maîtrise des flux apparaît aussi comme un point central du fonctionnement hospitalier et comme un espace stratégique de régulation. Le contrôle de l'accès au service, qui peut sembler simple, constitue en réalité une marge d'incertitude au sens de Crozier et Friedberg (1977). Les règles fixent un cadre général, mais elles ne couvrent pas toutes les situations concrètes. L'agent doit décider qui laisser entrer en priorité, comment réagir face à une famille insistante, ou encore s'il doit appliquer strictement la règles ou l'adapter à l'état du patient. Ces situations obligent l'agent à interpréter et à décider. C'est dans cet espace que se construit sa capacité d'action. En contrôlant l'accès, il ne se limite

pas à exécuter une consigne. Il régule les flux et agit sur les conditions d'accès au soin. Cette position lui donne un pouvoir discret mais réel, fondé sur la maîtrise d'une situation incertaine. Dans l'exercice concret de l'action, cette dynamique se traduit par une capacité d'ajustement des acteurs de terrain. L'agent traduit les règles en pratiques, en fonction des contraintes du moment et des interactions rencontrées. Il ajuste son action selon les urgences et les situations. Ce travail montre que la gouvernance ne se limite pas aux décisions prises au sommet de l'organisation, mais qu'elle se construit dans l'action des acteurs de terrain, au plus près des usagers (Lipsky, 1980). Ainsi, l'ordre qui se maintient dans le service ne repose pas uniquement sur des dispositifs formels, mais sur une série d'intervention situées qui permettent de stabiliser les interactions et d'éviter les débordements. La régulation quotidienne prend alors la forme d'une gouvernance distribuée, dans laquelle plusieurs acteurs contribuent, chacun à son niveau, au fonctionnement de l'organisation (Rhodes, 1997 ; Kooiman, 2003).

Au-delà du simple contrôle des accès, les entretiens révèlent une implication plus large des agents de sécurité dans la gestion des situations relationnelles au sein de l'hôpital. Ils sont souvent amenés à intervenir dans les situations de tensions qui apparaissent entre les patients, leurs familles et le personnel hospitalier. Lorsque les conflits éclatent, ils tentent de calmer les échanges et de contrôler les réactions. Cette activité, en apparence relationnelle, constitue en réalité une autre marge d'incertitude au sein de l'organisation. Les règles formelles ne définissent pas précisément comment agir dans ces situations. Elles laissent place à l'interprétation, à l'évaluation et à la décision. L'agent doit lire la situation, choisir la bonne posture adaptée et ajuster son discours. En maîtrisant ces moments, l'agent acquiert une capacité à influencer le déroulement des interactions et à prévenir leur escalade. Il ne fait pas que maintenir l'ordre, il produit une régulation relationnelle qui stabilise le fonctionnement du service. Cette capacité à agir dans l'incertitude montre que le pouvoir organisationnel au sein de l'hôpital se construit aussi à partir de la gestion de situations non totalement encadrées (Crozier &Friedberg, 1977).

Les récits des agents de sécurité deviennent encore plus révélateurs lorsqu'ils évoquent des pratiquent qui dépassent les tâches officiellement attribuées à leur fonction. Plusieurs agents expliquent qu'ils ne se contentent pas de rester à l'entrée du service. Ils se déplacent souvent à l'intérieur des espaces institutionnels et orientent les usagers qui ne savent pas où aller. Ils indiquent les bureaux, expliquent certaines démarches ou signalent les services auxquels les patients doivent s'adresser. En faisant, ils interviennent dans un domaine où les règles existent, mais restent souvent peu claires pour les usagers. À travers l'expérience, ils acquièrent une connaissance des circuits et des pratiques internes. Cette connaissance devient une ressource essentielle. Elle leur permet d'orienter plus efficacement les usagers et parfois de faciliter l'accès à certains services. En maîtrisant ces informations, ils occupent une position stratégique dans l'organisation. Leur rôle ne se limite plus à surveiller un espace, il s'étend à la gestion des parcours des patients dans l'hôpital.

Cette position d'intermédiaire et cette connaissance pratique du fonctionnement de l'hôpital transforment profondément la place occupée par les agents de sécurité dans l'organisation. Sans modification formelle de leur statut, ils élargissent progressivement leur champ d'action à travers les situations qu'ils rencontrent. Leur rôle ne se limite plus à exécuter les consignes,

International Journal of Economics and Management Sciences
Volume 5, Issue 2 (2026), pp. 138-154
ISSN 2823-9350

mais consiste à rendre les règles applicables dans des contextes concrets, souvent marqués par l'urgence, l'incertitude et la pression des usagers. Dans cette perspective, leur activité met en évidence un décalage entre l'organisation telle qu'elle est pensée et l'organisation telle qu'elle fonctionne réellement (Crozier & Friedberg, 1977). Les procédures existent, mais elles ne suffisent pas à elle seules à assurer cette continuité. Les agents de sécurité participent directement à ce travail d'ajustement. Ils comblent les zones floues, facilitent les circulations et contribuent à maintenir un équilibre dans des situations parfois instables.

Ce constat permet alors de déplacer légèrement l'analyse. Plus que de simple exécutant, ces agents apparaissent comme des opérateurs pratiques de l'organisation. Leur action révèle que le fonctionnement hospitalier repose en partie sur des ressources informelles, telles que l'expérience, la connaissance des circuits ou la capacité à gérer les situations imprévues. Ces ressources, bien qu'invisibles dans les dispositifs formels, jouent un rôle dans l'accès aux services et dans la régulation des interactions (Evans & Harris, 2004). Ainsi, l'étude de leurs pratiques ne met pas seulement en évidence une extension de leurs missions. Elle montre surtout que le fonctionnement de l'hôpital dépend, dans une certaine mesure, de ces formes d'engagement situées, construites dans l'expérience et mobilisées au quotidien.

4. Ancienneté et rôle d'intermédiaire dans la gouvernance hospitalière

Les pratiques décrites par les agents de sécurité soulèvent plusieurs interrogations importantes. Comment ces agents parviennent-ils à développer une connaissance aussi précise du fonctionnement interne de l'hôpital alors que leurs missions officielles restent limitées au contrôle des accès ? Par quels processus acquièrent-ils cette compréhension des procédures, des services et des relations entre les différents acteurs de l'institutions ? Ces questions invitent à déplacer l'analyse vers les conditions concrètes de production de cette connaissance. Il ne s'agit pas seulement d'un apprentissage formel, mais d'un savoir construit progressivement dans l'expérience quotidienne, au contact des situations et des interactions. Dans cette perspective, la connaissance des agents ne peut être réduite à un stock d'informations, mais doit être appréhender comme une compétence pratique, située, qui se forme dans l'action et se transforme au fil du temps. Cette dimension située de la connaissance permet non seulement de comprendre le fonctionnement de l'hôpital, mais aussi d'y agir de manière plus efficace en ajustant les comportements aux contraintes et aux attentes du contextes.

> « *Non, moi je ne peux pas faire ça. Je travaille ici seulement depuis un an. Je ne connais pas encore vraiment comment les choses se passent et je ne connais pas bien le personnel. Pour faire entrer un patient directement dans la salle de soins, il faut que le personnel me fasse confiance ou qu'il y ait une certaine sympathie entre nous. Sinon ils ne vont pas accepter.* » (Entretien 32)

Les entretiens menés avec les agents de sécurité montrent que tous ne sont pas en mesure d'occuper ce rôle d'intermédiaire entre l'hôpital et les usagers. Cette capacité apparaît surtout chez les agents de sécurité qui possèdent plusieurs années d'ancienneté dans la même institution. Les agents récemment recrutés restent généralement limités aux tâches les plus visibles de la fonction, comme le contrôle des entrées ou la surveillance des espaces. Leur action est fortement encadrée par les consignes, et leur marge d'initiative demeure limitée. À l'inverse, les agents présent depuis longtemps dans l'établissement développent

progressivement une compréhension plus fine de l'organisation des services. Cette différence ne tient pas uniquement à la durée de présence, mais au processus cumulatif d'observation, d'interaction et d'apprentissage informel. En effet, c'est par la répétition des situations que les agents apprennent à repérer les routines, à identifier les logiques propres à chaque service et à comprendre les relations entre les acteurs. Ce processus correspond à une forme d'apprentissage par immersion, dans laquelle l'acteur construit progressivement des repères qui ne sont pas explicitement transmis. L'expérience devient ainsi une ressource centrale, qui élargit les possibilités d'action et transforme la position occupée dans l'espace hospitalier.

Cette dynamique apparaît encore plus clairement lorsque les agents évoquent le temps nécessaire pour maitriser les codes et les procédures de l'hôpital. Plusieurs insistent sur la durée de cet apprentissage, souvent estimée à plusieurs années, parfois jusqu'à cinq ans. Cette temporalité longue montre que la connaissance du fonctionnement hospitalier ne se réduit pas à l'acquisition de règles formelles. Elle implique une formalisation progressive avec des pratiques concrètes, des habitudes professionnelles et des modes de coordination implicites. Autrement dit, les agents n'apprennent pas seulement ce qu'il faut faire, mais comment et dans quelles conditions il est possible d'agir. Cette dimension rejoint l'idée selon laquelle l'action organisationnelle repose sur des savoirs pratiques, incorporés, qui se construisent dans l'expérience et permettent d'interpréter les situations au-delà des prescriptions formelles (Lipsky, 1980). À mesure que cette connaissance se consolide, les agents deviennent capables d'anticiper certaines situations, d'orienter plus efficacement les usagers et d'intervenir de manière plus pertinente dans les interactions.

Dans ce cadre, l'ancienneté ne constitue pas seulement un indicateur temporel, mais une véritable ressource organisationnelle. Elle permet aux agents d'accumuler une connaissance du fonctionnement réel de l'hôpital, distincte de son organisation formelle. Cette connaissance leur confère une forme de légitimité informelle dans les interactions quotidiennes. Le fait, souvent mentionné dans les entretiens, d'être présent depuis longtemps que certains professionnels de santé n'est pas anodin. Il traduit une manière de se positionner dans l'institution, en valorisant la stabilité et la continuité face à la rotation d'autres acteurs. Cette position renforce leur capacité à intervenir et à être reconnus dans certaines situations. On retrouve ici une logique bien identifiée dans l'analyse stratégique des organisations, où la maîtrise de ressources spécifiques, en l'occurrence la connaissance des circuits et des pratiques, constitue une source de pouvoir, indépendamment du statut formel (Crozier & Friedberg, 1977).

Par ailleurs, cette accumulation d'expérience s'accompagne d'un autre processus tout aussi important : la construction progressive de relations au sein de l'hôpital. L'apprentissage ne passe pas uniquement par l'observation, mais aussi par l'inscription dans un réseau d'interactions. Au fil du temps, les agents apprennent à identifier les professionnels les plus coopératifs, ceux qui acceptent plus facilement leur intervention ou avec lesquels une relation de confiance peut s'établir. Ce repérage facilite la circulation de l'information et rend possibles certaines formes d'intermédiation auprès des usagers. Ainsi, la capacité d'agir ne repose pas uniquement sur la connaissance des procédures, mais aussi sur la qualité des relations construites dans le temps. Cette articulation entre ressources informationnelles et ressources

relationnelles renforce la position d'agents dans l'organisation et élargit leurs marges d'action dans des situations concrètes. Elle montre que le pouvoir d'agir ne dépend pas uniquement de règles formelles, mais aussi de l'accès à des réseaux et à des formes de reconnaissance informelle.

Ainsi, le rôle d'intermédiaire ne peut être compris uniquement à partir du poste occupé. Il dépend de conditions plus larges, liées au temps, à la stabilité des interactions et à l'inscription dans des relations sociales durables. L'analyse montre alors que la capacité d'action des agents de sécurité repose sur un processus progressif d'apprentissage et d'intégration, dans lequel l'expérience et les relations jouent un rôle central. Ces éléments permettent de mieux comprendre pourquoi certains agents parviennent à élargir leur champ d'action, tandis que d'autres restent limités aux tâches prescrites.

5. L'hôpital comme acteur central de la gouvernance informelle

La question de l'ancienneté des agents de sécurité permet de reformuler le problème en des termes plus structurels. L'analyse passe ainsi des trajectoires individuelles aux conditions organisationnelles qui rendent possibles l'accumulation des savoirs pratiques dans un cadre pourtant conçu pour produire de la rotation. En effet, l'expérience acquise facilite la maîtrise des procédures formelles et informelles, ainsi que la construction de relations de confiance avec le personnel hospitalier. Toutefois, elle entre en tension avec le principe d'externalisation des fonctions support tel qu'il est mis en œuvre dans les administrations publiques marocaines (Lahjouji & El Menzhi, 2018 ; Marhoui, 2022). En théorie, ce dispositif devrait produire une instabilité des positions occupées. Or, les trajectoires observées montrent au contraire des formes de présence prolongée et de stabilisation des agents. Ce décalage invite à considérer l'externalisation non pas comme un cadre homogène, mais comme un dispositif réinterprété dans ses usages, dont les effets dépendent des arrangements locaux (Bezes, 2009)

Ce paradoxe se comprend à partir du décalage entre organisation formelle et fonctionnement réel, clairement exprimé dans les discours des agents :

> « *En réalité, nous ne dépendons pas directement de l'entreprise de sécurité, même si c'est elle qui nous paie… Dans le travail quotidien, nous dépendons surtout de l'hôpital. Ce sont le chef de sécurité ou les surveillants qui nous donnent les consignes. Les entreprises changent régulièrement, mais nous, nous restons en place.* » (Entretien 12)

Cette formulation met en évidence une dissociation entre l'autorité formelle et l'autorité effective. Si l'entreprise assure la gestion administrative du contrat, c'est bien l'hôpital qui organise concrètement le travail. Il distribue les tâches et régules les parcours professionnels des agents. Le recrutement, l'affectation, le maintien dans les services ou les changements de poste relèvent ainsi largement de décisions internes. De plus le processus de recrutement passe souvent par des intermédiaires déjà présents dans l'hôpital, ce qui facilite l'intégration des agents et favorise leur maintien dans le temps. Cette configuration permet une certaine continuité, même lorsque la société prestataire change à la suite d'un nouvel appel d'offres.

Dans cette perspective, la stabilité des agents apparaît comme le produit direct de cette organisation. Elle ne relève pas uniquement de trajectoires individuelles, mais d'un mode de gestion qui permet leur inscription durable dans l'institution. Ce point conduit à reconsidérer le rôle de l'hôpital, non seulement comme un cadre d'application des règles, mais comme un

International Journal of Economics and Management Sciences
Volume 5, Issue 2 (2026), pp. 138-154
ISSN 2823-9350

acteur qui façonne activement les conditions de production des formes d'intermédiation et de régulation informelle. En effet, c'est parce que les agents sont maintenus dans le même environnement qu'ils peuvent observer les routines, comprendre les circuits et s'approprier progressivement les règles dans leur dimension pratique. L'hôpital crée ainsi les conditions d'un apprentissage situé, qui ne passe ni par des dispositifs formels de formation ni par des transmissions explicites, mais par l'exposition répétée aux situations de travail et aux interactions quotidiennes (Reynaud, 1989).

L'hôpital ne se contente pas de créer les conditions permettant aux agents de sécurité d'exercer leur rôle d'intermédiaire. Il contribue également, de manière indirecte, à produire un traitement différencié des usagers. Les pratiques des agents expérimentés ont des effets variés selon la relation que chaque patient ou famille entretient avec eux. Les usagers qui bénéficient de leur aide accèdent plus rapidement aux services, obtiennent des informations détaillées sur les démarches et sont orientés vers le personnel le plus coopératif. Ces agents connaissent parfaitement les procédures, les services les plus accessibles et les professionnels les moins exigeants, ce qui leur permet de privilégier certains usagers. A l'inverse, ceux qui n'ont pas ce privilège se heurtent aux règles strictes, vivent une expérience frustrante et perçoivent l'organisation comme opaque et injuste. Cette situation met en évidence une dimension souvent moins visible du fonctionnement organisationnel. La distribution inégale des ressources d'accès, qui ne repose pas uniquement sur des règles explicites, mais aussi sur des interactions situées.

> « *Oui, il arrive que nous aidions certains patients à éviter la file d'attente. Par exemple, nous pouvons les faire entrer par une porte secondaire ou préparer leur dossier d'hospitalisation à leur place. Cela leur permet de gagner du temps et d'éviter certaines formalités... Ce sont des situations qui se produisent parfois… nous, on ne choisit pas vraiment. On aide surtout ceux qui viennent vers nous et demandent notre aide. Les autres ne demandent pas* » (Entretien 26)

Cet extrait met en évidence plusieurs éléments essentiels. D'une part, il montre que l'application des règles n'est pas systématique, mais qu'elle fait l'objet d'ajustement situés. D'autre part, il révèle que ces ajustements ne sont pas présentés comme des transgressions intentionnelles, mais comme des réponses à des demandes concrètes formulées par les usagers. L'agent ne se perçoit pas comme celui qui sélectionne, mais comme celui qui répond à une sollicitation. Cette manière de cadrer l'action contribue à légitimer des pratiques qui introduisent pourtant une différenciation dans l'accès aux services. De plus, ces propos illustrent le rôle central des acteurs périphériques dans la régulation quotidienne de l'institution hospitalière. En adoptant ou en modulant l'application des règles pour certains usagers, les agents exercent un pouvoir discrétionnaire significatif, qui dépasse la fonction de surveillance classique. Cette capacité à décider qui bénéficie d'un accès privilégié ou d'informations supplémentaires traduit une influence directe sur la manière dont l'institution fonctionne pour différents usagers. Ceux qui sont favorisés profitent d'avantages concrets, tandis que d'autres restent soumis aux contraintes formelles et aux limites des procédures officielles.

Dans cette perspective, la régulation interne de l'hôpital apparaît comme fondamentalement hétérogène. Elle dépend moins d'une application uniforme des normes que des configurations relationnelles dans lesquelles les agents sont insérés. Les pratiques observées traduisent ainsi

l'existence d'une hiérarchie implicite entre les usagers, construite au fil des interactions et des ajustements quotidiens. Ce type de différenciation peut être rapproché des analyses d'Hirschman (1970), qui montrent que l'accès aux ressources et aux possibilités d'action dépend souvent de la capacité des acteurs à mobiliser des relations. Ici, cette capacité est largement médiée par les agents de sécurité, dont la position intermédiaire leur permet d'infléchir les parcours des usagers.

Conclusion

L'analyse des pratiques des agents de sécurité montre que la gouvernance hospitalière ne se limite pas aux organigrammes ou aux règles écrites. Elle se construit aussi à travers les savoirs pratiques et les ajustements quotidiens des acteurs périphériques. Les tâches officielles, limitées au contrôle des entrées et à la surveillance, ne suffisent pas à rendre compte de l'étendue réelle du rôle des agents. Leur ancienneté leur permet en effet d'acquérir une connaissance fine du fonctionnement interne, de repérer les routines des services et de saisir les dynamiques relationnelles entre les différents acteurs. Ces agents deviennent des intermédiaires essentiels, capables d'orienter les usagers et d'agir dans les situations complexes du quotidien.

La capacité des agents expérimentés à jouer ce rôle repose sur l'ancienneté mais aussi sur les réseaux relationnels construits avec le personnel hospitalier. L'hôpital lui-même contribue activement à cette dynamique, en conservant un contrôle sur le recrutement, l'affectation et le maintien des agents, même lorsque la fonction sécurité est juridiquement externalisée. Cette configuration permet à certains agents de rester plusieurs années dans le même établissement, favorisant l'apprentissage des codes institutionnels et la constitution de relations stratégiques. Ces pratiques informelles, tout en étant en partie discrétionnaires, deviennent essentielles au fonctionnement quotidien du service et au maintien de l'ordre pratique.

Par ailleurs, l'impact de ces pratiques sur les usagers est différencié. Les patients et familles bénéficiant de l'expérience et des réseaux des agents accèdent plus facilement aux services et reçoivent des informations utiles, tandis que d'autres subissent les contraintes des règles formelles. Cette situation révèle une gouvernance hospitalière qui dépasse la simple application des procédures et se manifeste dans la manière dont l'institution organise concrètement l'accès aux ressources et la circulation des usagers. L'hôpital n'est pas seulement un cadre organisationnel, mais un acteur central qui produit, par ses modes de gestion et le maintien d'agents expérimentés, les conditions de régulation informelle et de médiation quotidienne. Ces résultats confirment l'importance des acteurs périphériques et des savoirs pratiques dans la compréhension du fonctionnement réel des institutions hospitalière, à la fois en termes de régulation, de distribution des ressources et de gouvernance effective.

Au-delà de ces résultats empiriques, cette recherche apporte plusieurs contributions. Elle permet d'abord de déplacer le regard vers des acteurs souvent invisibilisés dans l'analyse des organisations hospitalières, en montrant leur rôle dans la régulation concrète du fonctionnement institutionnel. Elle contribue ensuite à articuler l'analyse de la gouvernance avec celle des savoirs pratiques et des dynamiques relationnelles, en mettant en évidence la manière dont ces dimensions participent à la production de l'ordre organisationnel. Enfin, elle

éclaire les effets différenciés de ces pratiques sur les usagers, en soulignant les inégalités implicites qui peuvent émerger dans l'accès aux services.

Cependant, cette étude présente certaines limites qu'il convient de souligner. Si les agents interrogés appartiennent à plusieurs établissements de santé, ces derniers sont tous situés dans une même région, celle de Casablanca-Settat. Cette inscription territoriale spécifiques peut influencer les dynamiques observées. Cette relative homogénéité spatiale limite ainsi la portée comparative de l'analyse et invite à la prudence dans la généralisation des résultats à d'autres contextes hospitaliers, notamment ceux situés dans des régions organisées différemment.

Ces éléments ouvrent plusieurs perspectives de recherches. Il serait notamment pertinent d'élargir l'enquête à d'autres régions, afin d'examiner dans quelle mesure les dynamiques observées varient selon les contextes territoriaux et les configurations organisationnelles. Une telle approche permettait de mieux comprendre le poids des facteurs locaux dans la structuration des pratiques des agents, ainsi que dans la production des formes de régulation au sein des établissement de santé.

Références

Bevir, M., & Rhodes, R. A. W. (2003). *Interpreting British governance*. Routledge.

Bezes, P. (2009). *Réinventer l'État : Les réformes de l'administration française (1962-2008).* Presses Universitaires de France.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Saga Publication.

Chevallier, J. (2003). *La gouvernance*. Presses Universitaires de France.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Éditions du Seuil.

Dahman, O. (2020). La recherche sur la gouvernance publique dans le cadre du nouveau modèle de développement économique au Maroc. *Revue de l'Entrepreneuriat et du Management de l'Innovation*, 5(2), 1-15.

Denzin, N. K. (1978). *The research art: A theoretical introduction to sociological methods*. McGraw-Hill

Dubois, V. (2010). *La vie au guichet : Relation administrative et traitement de la misère*. Economica.

Evans, T., & Harris, J. (2004). Street-level bureaucracy, social work and the (exaggerated) death of discretion. British Journal of Social Work, 34 (6), 871-895.

Ferlie, E., & Shortell, S. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.

Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.

Hirschman, A. (1970). *Exit, voice, and loyalty : Responses to Decline in Firms, Organizations, and States.* Harvard University Press.

Kaufmann, J. -C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin.
Kooiman, J. (2003). *Governing as governance*. Sage Publications.
Lahjouji, M., & El Menzhi, M. (2018). Les réformes administratives au Maroc à l'épreuve du New Public Management. *Revue marocaine d'administration publique*, 6, 45-62
Linhardt, D. (2017). La comédie humaine du travail. Erès.
Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
Maher, M. A., & Cherkaoui, M. (2020). La convergence entre le management public et la gouvernance publique : Mythe et réalité au Maroc. *Revue de Contrôle, Comptabilité et Audit*, 4(3), 1-20.
Marhoui, Y. (2022). *La modernisation publique au Maroc : entre référentiels managériaux et contraintes institutionnelles*. Rabat : Edition universitaires marocaines.
Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2003). *Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service*. University of Michigan Press.
OCDE. (2023). *Examens de l'OCDE sur la gouvernance publique : Maroc*. Organisation de coopération et de développement économiques.
Pierson, P. (2001). *The new politics of the welfare state*. Oxford University Press.
Reynaud, J.-D. (1989). *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. Armand Colin.
Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University Press.
Scott, W., Ruef, M., Mendel, P., & Caronna, C. (2000). *Institutional change and healthcare organizations*. University of Chicago Press.
Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbæk, K. (Eds). (2007). *Decentralization in health care : Strategies and outcomes*. Open University Press.
Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Basics of qualitative research: Technique and procedures for developing grounded theory (2nd ed.). Sage Publications.
2M. (2025). *[Reportage sur les manifestations GenZ212 et la situation hospitalière]* [Vidéo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=WqtgSEI8WZ4