
| RESEARCH ARTICLE

Modèles multidimensionnels de mesure de la performance des organisations hospitalières : Une revue systématique de littérature

Lahbib LAHDAB¹ ✉ and Ahmed Fath-Allah RAHMOUNI²

^{1,2}Laboratoire de recherche : Gouvernance des organisations et des territoires, Ecole National de Commerce et de Gestion, Tanger - Maroc

Corresponding Author: Lahbib LAHDAB, **E-mail:** lahdab@gmail.com

| ABSTRACT

As a complex socio-technical system, hospitals are constantly striving to improve their performance in terms of the effectiveness and efficiency of the services they provide and the quality and safety of patient care, despite the constraints and challenges associated with the nature of their environment. This article aims to identify multidimensional models for measuring hospital performance through a systematic review of literature based on the PRISMA approach. This approach enabled us to extract 14 eligible articles, which were subjected to an analysis resulting in the identification of 08 models relating to performance measurement systems in hospital organisations.

L'hôpital en tant que système sociotechnique complexe ne cesse de déployer des efforts indéniables pour améliorer sa performance en matière de l'efficacité et de l'efficience des prestations et services prodigués avec une qualité et une sécurité de prise en charge des patients et ce, malgré les contraintes et les défis liés à la nature de son environnement. Cet article vise à identifier les modèles multidimensionnels de mesure de la performance hospitalière au prisme d'une revue systématique des revues de littérature basée sur l'approche PRISMA. Cette démarche nous a permis d'extraire 14 articles éligibles qui ont été ensuite soumis à une analyse aboutissant à relever 08 modèles se rapportant aux systèmes de mesure de performance dans les organisations hospitalières.

| KEYWORDS

Hospital, Performance, Systematic review, PRISMA, Multidimensional model, Performance measurement.

Hôpital, Performance, Revue systématique, PRISMA, Modèle multidimensionnel, Mesure de performance

| ARTICLE INFORMATION

ACCEPTED: 11 April 2025

PUBLISHED: 24 May 2025

DOI: 10.61424/ijmhr.v3.i2.281

1. Introduction

L'hôpital, en tant qu'organisation sociotechnique complexe, se structure selon une configuration de bureaucratie professionnelle (Mintzberg & Romelaer, 1982), où l'expertise des professionnels hautement qualifiés joue un rôle central dans la réalisation des activités. Cette particularité engendre une interdépendance forte entre le sommet stratégique et le centre opérationnel (Nobre & Haouet, 2011), notamment en matière de gestion, y compris dans l'élaboration et la mise en œuvre du système de mesure de la performance hospitalière.

Les acteurs hospitaliers doivent concilier des impératifs d'efficacité, d'efficience, ainsi que de qualité et sécurité des soins, tout en intégrant les contraintes liées à leur environnement interne et externe. Ces exigences multiples imposent à l'organisation de se doter d'un dispositif de mesure de performance robuste, permettant non seulement

d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés, mais aussi d'identifier les écarts et de mettre en place des actions correctives lorsque nécessaire.

Cependant, la performance étant une notion polysémique (Issor, 2017), son évaluation nécessite une approche multidimensionnelle. Si de nombreux modèles ont été développés pour appréhender ses différentes facettes - financières, opérationnelles, cliniques ou relationnelles -, leur diversité même soulève des défis majeurs. La littérature existante présente en effet trois limitations principales :

- ✓ Une prédominance des approches sectorielles au détriment d'une vision holistique (Kaplan & Norton, 1992 ; Arah et al., 2003) ;
- ✓ Un manque de consensus sur les indicateurs clés adaptés aux spécificités hospitalières (DREES 2015) ;
- ✓ Une inadéquation croissante des cadres traditionnels face aux nouvelles exigences de qualité et de transformation digitale des systèmes de santé (OCDE, 2021).

Dans ce contexte, cet article vise à combler ces lacunes en identifiant et analysant les modèles multidimensionnels de mesure de la performance hospitalière à travers une revue systématique de la littérature, en s'appuyant sur la méthodologie PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La problématique centrale qui guide cette recherche est la suivante :

Quels sont les modèles multidimensionnels de mesure de la performance hospitalière ?

Pour répondre à cette question, l'article s'articulera en trois parties. Premièrement, nous présenterons la méthodologie employée pour la sélection des études. Ensuite, nous examinerons les principaux modèles multidimensionnels identifiés suite à cette revue systématique de littérature. Nous discuterons ensuite ces résultats avant de faire une conclusion.

2. Cadre théorique du système de mesure de la performance hospitalière

Les modèles utilisés pour le pilotage et l'évaluation de la performance hospitalière peuvent être regroupés en deux grandes catégories : les modèles unidimensionnels et les modèles multidimensionnels.

2.1 Modèles unidimensionnels :

- ✓ **Modèle rationnel (ou fonctionnaliste)** : Ce modèle, largement dominant dans la théorie des organisations (Parsons, 1956, et Etzioni, 1964), postule qu'une organisation est performante lorsqu'elle atteint ses objectifs prédéfinis. L'efficacité est mesurée par la réalisation des buts fixés ;
- ✓ **Modèle d'acquisition des ressources** : Inspiré des travaux sur les systèmes ouverts (Yuchtman & Seashore, 1967), ce modèle considère l'organisation comme dépendante de son environnement. La performance repose sur sa capacité à mobiliser les ressources nécessaires à son fonctionnement et à s'adapter aux exigences externes ;
- ✓ **Modèle des processus internes** : Issu des approches systémiques (March & Simon, 1958), il évalue la performance à travers le bon fonctionnement interne, sans dysfonctionnements majeurs. La stabilité, la cohérence des processus et le contrôle sont privilégiés comme critères d'efficacité ;
- ✓ **Modèle des relations humaines** : Influencé par la pensée d'Elton Mayo (1933) et l'école des relations humaines, ce modèle valorise un environnement de travail sain. La performance découle de la motivation, du consensus et d'un climat organisationnel positif ;
- ✓ **Modèle politique** : Basé sur une vision stratégique des organisations comme arènes de pouvoir (Crozier & Friedberg, 1977), ce modèle juge la performance par la capacité à concilier les intérêts internes et externes via la négociation et le compromis ;
- ✓ **Modèle de la légitimité sociale** : S'appuyant sur les théories institutionnelles (DiMaggio & Powell, 1983), il définit la performance par l'alignement de l'organisation avec les normes et valeurs sociales. La réputation et l'image deviennent des indicateurs clés ;

- ✓ **Modèle zéro défaut** : Popularisé dans les approches qualité (Crosby, 1979), ce modèle estime qu'une organisation est performante si elle élimine toute erreur ou inefficacité dans ses processus ;
- ✓ **Modèle comparatif de performance** : Ce modèle, souvent utilisé dans les analyses benchmarking (Camp, 1989), évalue la performance par comparaison avec d'autres organisations similaires, mettant en avant une supériorité relative.

2.2 Modèles multidimensionnels :

- ✓ **Modèle normatif du système d'action rationnelle (Modèle de Donabedian)** : C'est le modèle le plus utilisé dans les établissements de santé, il s'inspire des théories de l'action rationnelle en sociologie (Weber, 1922 ; Parsons, 1951 ; Simon, 1947). Proposé par Donabedian (1966), il évalue la performance, notamment la qualité des soins, à travers trois dimensions complémentaires : la structure (ressources et organisation), les processus (activités et pratiques) et les résultats (effets et impacts). Ce cadre normatif est devenu une référence incontournable en gestion hospitalière.
- ✓ **Projet Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)** : Développé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Veillard et al., 2005), ce modèle vise à évaluer la performance hospitalière tout en favorisant le benchmarking à travers des réseaux nationaux et internationaux. Il s'articule autour de quatre étapes clés, résumées par les « 4 M » (Motivate, Measure, Make sense, Move), et positionne l'évaluation comme un outil managérial pour améliorer la qualité des services et soutenir les gestionnaires hospitaliers.
- ✓ **Modèle Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (EGIPSS)** : Inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons (1951), ce modèle intégrateur, conçu par Sicotte et al. (1998), repose sur quatre fonctions interdépendantes : l'adaptation (aux changements externes), l'atteinte des buts (efficacité), la production (efficience des processus) et le maintien des valeurs organisationnelles (cohésion culturelle). La performance découle de l'équilibre et de la synergie entre ces dimensions.
- ✓ **Cadre multipolaire** : Évolution du modèle EGIPSS, ce cadre intègre le concept de système de soins intégré (coopération entre soins primaires, hôpitaux et collectivités locales) et la mission de service public (équité d'accès, efficience et reddition de comptes). Développé pour s'appliquer à des structures comme les directions régionales de santé ou les établissements de soins primaires, il se distingue par sa flexibilité et son approche systémique (Contandriopoulos et al., 2000).
- ✓ **Balanced Scorecard (Tableau de bord prospectif)** : Conçu par Kaplan et Norton (1992), cet outil stratégique permet aux organisations de traduire leur vision en actions concrètes à travers quatre perspectives équilibrées :
 - Perspective financière : valeur créée pour les actionnaires ;
 - Perspective client : valeur offerte aux usagers ;
 - Perspective processus internes : efficacité des processus clés ;
 - Perspective apprentissage et développement : capacité d'innovation et de progrès.
 Ce modèle a été ajusté dans le contexte hospitalier pour créer une organisation orientée stratégie.

Ce cadre théorique met en évidence une diversité de modèles, qu'ils soient unidimensionnels ou multidimensionnels, chacun offrant une perspective spécifique pour mesurer la performance hospitalière. Cependant, ces cadres ne constituent pas une liste exhaustive. D'autres modèles sont également utilisés dans les contextes hospitaliers pour répondre à des besoins spécifiques. Une revue systématique approfondie de la littérature scientifique permettrait de dévoiler ces approches supplémentaires, enrichissant ainsi notre compréhension des outils disponibles et de leur applicabilité dans la gestion hospitalière.

3. Méthodologie :

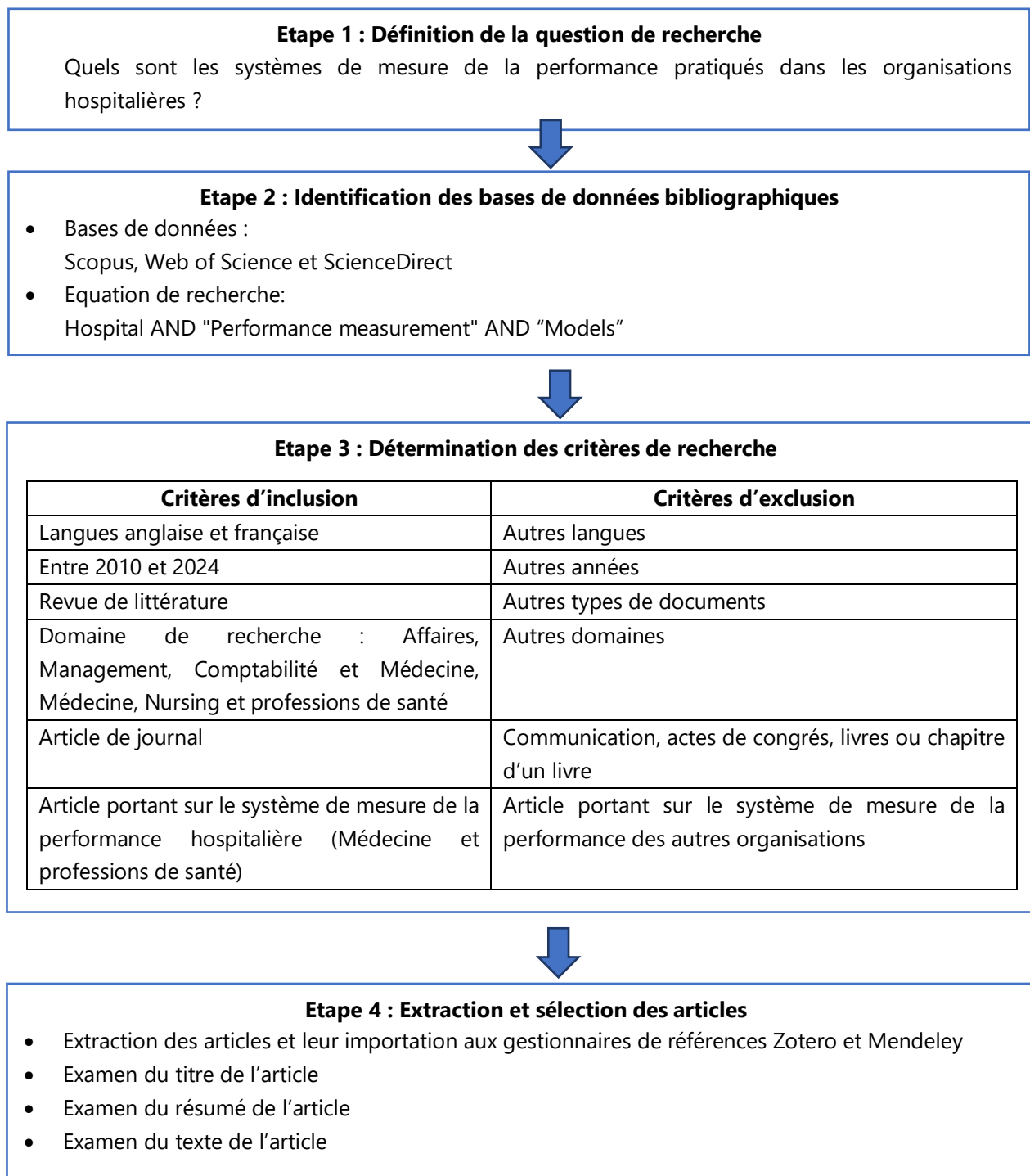
3.1 Recherche bibliographique basée sur l'approche de PRISMA

Dans le cadre de l'objectif défini dans cet article, la recherche documentaire a été réalisée en respectant les lignes directrices de l'outil PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Cette méthodologie, reconnue pour sa rigueur, a permis d'identifier et de sélectionner quatorze (14) articles pertinents, qui constituent la base de notre revue systématique des revues. Cette approche offre l'avantage de fournir une synthèse structurée d'un ensemble d'informations relatives au sujet de cette étude, comme le soulignent Hartling et al. (2012), cités par Nambiema et al. (2021).

3.2 Protocole de recherche:

Le protocole conçu dans le cadre de la présente recherche s'articule autour des étapes détaillées dans la figure suivante :

Figure n° 01 : Protocole de recherche



Source : Auteurs

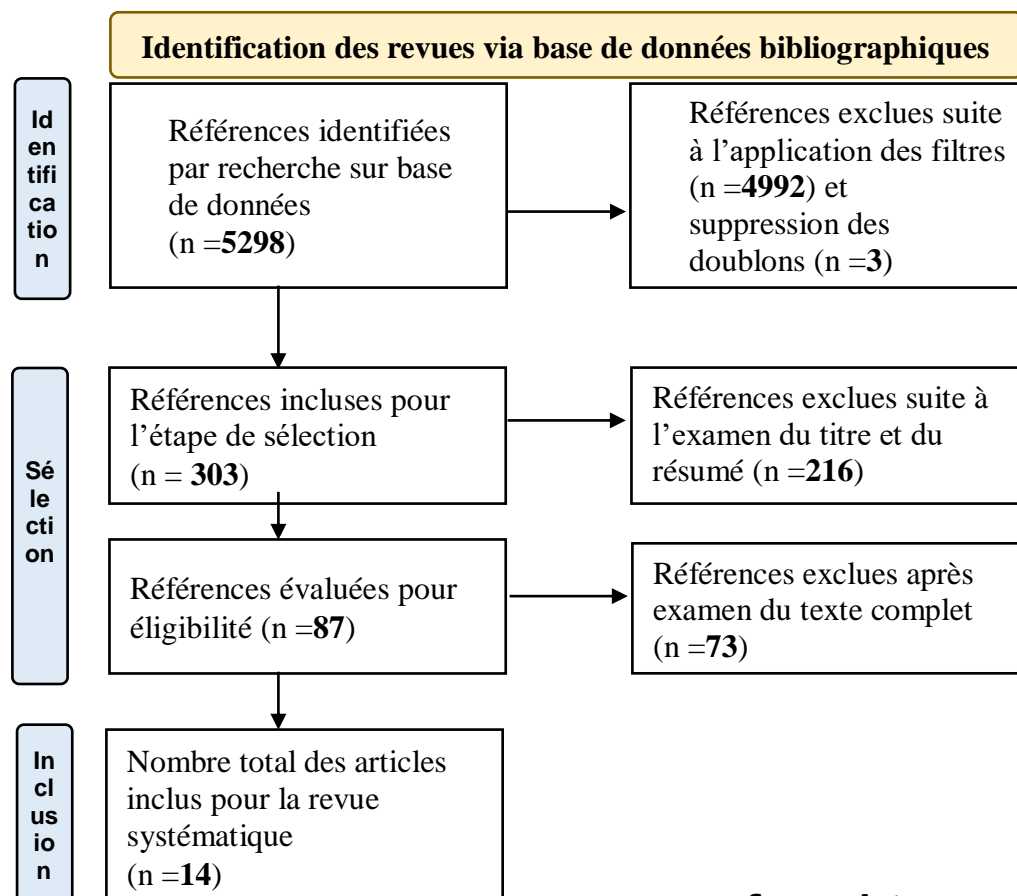
3.3 Synthèse du processus de recherche :

En suivant le protocole de recherche, le résultat de ce travail a fait ressortir 14 articles éligibles pour la revue systématique après application des filtres et examen des titres, des résumés et des textes complets.

Tableau n° 01 : Processus de sélection des articles pour la revue systématique

Processus de sélection	SCOPUS	Web Of Science	Science Direct	Total
Articles identifiés par les mots clés	461	309	4528	5298
Articles exclus en appliquant les critères d'inclusion et d'exclusion et après suppression des doublons	446	289	4260	4995
Articles inclus pour l'étape de sélection	15	20	268	303
Articles exclus suite à l'examen des titres, résumés et textes intégraux	13	12	264	289
Articles inclus pour la revue systématique	2	8	4	14

Source : Auteurs

Figure n° 02 : Diagramme de PRISMA 2020

Source : Auteurs

A signaler que ce processus de sélection, combiné à une lecture approfondie et à une évaluation des textes intégraux des documents éligibles, s’est déroulé du 18 avril 2024 au 30 juin 2024, conformément au protocole de PRISMA tel décrit dans la figure n°02.

3.4 Analyse des données bibliographiques :

Les articles éligibles ont été importé sous format (*.CSV) du logiciel ZOTERO en tant que gestionnaire des références au logiciel MS Excel 2019 pour en effectuer une analyse descriptive. Ensuite, ces articles en PDF ont été sujets d’une analyse thématique servant à identifier, analyser et interpréter des thèmes (patterns) dans des données qualitatives (Clarke & Braun, 2017). Cette dernière analyse a emprunté les étapes suivantes en utilisant le logiciel Atals.ti 9 :

- ✓ Segmenter le contenu en identifiant les extraits (segments) ayant un rapport avec l’objet de recherche ;
- ✓ Attribuer un code à chaque segment délimité ;
- ✓ Regrouper ces codes pour identifier les thèmes partageant des éléments communs pour former les unités de sens ;
- ✓ Analyser et interpréter ces thèmes.

Tableau n°03 : Codes attribués à chaque article en compagnie du nombre de segments

Document	Codes	Quotation Count
20 years of studies on the balanced scorecard Trends, accomplishments, gaps and opportunities for future research	BSC Performance measurement	63
A review of the Australian healthcare system A policy perspective	Performance measurement	4
Balanced scorecard trends, developments and future directions	BSC Performance measurement	90
Developing key performance indicators for hospital facilities management services a developing country perspective	BSC Performance measurement KPI	26
Dimensions of performance and related key performance indicators addressed	BSC KPI Performance measurement Donabedian	26
Do performance measurement models have any impact on primary health care A systematic review	BSC Donabedian Performance measurement EGIPSS The Health Care Quality Indicator The “Institute of Medicine” model The Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals model	35

Measuring research in the big data era: The evolution of performance measurement systems in the Italian teaching hospitals	Performance measurement	6
Measuring the logistics performance of internal hospital supply chains – A literature study	BSC Performance measurement	12
Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems a systematic review	BSC Performance measurement European Foundation for Quality Management Baldrige Donabedian	30
Performance measurement and management in the public sector state of the art and research opportunities	BSC Performance measurement	66
Performance Measurement to Demonstrate Value	Donabedian Performance measurement	18
Revisiting strategy mapping for performance management	BSC Performance measurement	35
The performance measurement–management divide in public health	Donabedian Performance measurement	40
Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations: Issues and challenges	BSC Performance measurement KPI	115

Source : Atlas.ti 9

4. Résultats :

Les résultats, obtenus à partir d'une analyse descriptive et d'une analyse thématique, mettent en évidence des tendances significatives ainsi que des thèmes récurrents, contribuant ainsi à une compréhension approfondie et nuancée du sujet à l'étude.

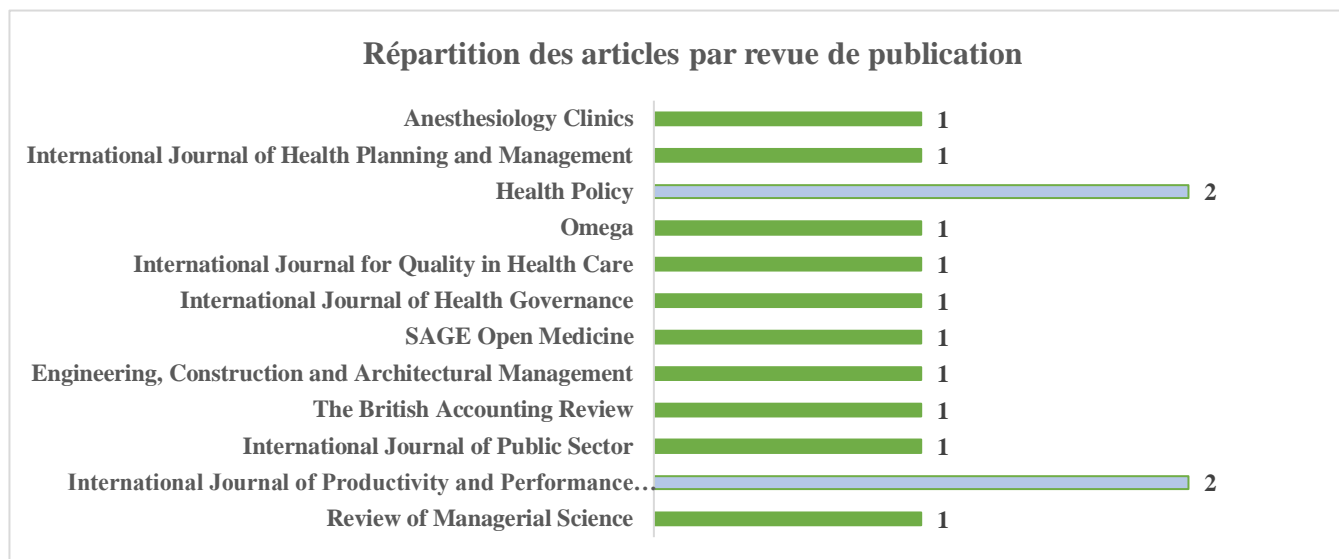
4.1 Analyse descriptive

4.1.1 Nuage de mots

Sous le logiciel Atals.ti 9, un nuage de mots a été constitué à partir des métadonnées correspondant aux articles éligibles. Ce nuage reprend les mots récurrents qui comportent une signification claire ayant un lien avec notre question de recherche en évitant les mots vides et les mots indésirables.

Les revues « Health Policy » et « International Journal of Productivity and Performance Management » ont équitablement partagé quatre articles.

Figure n°05 : Répartition des articles par revue de publication

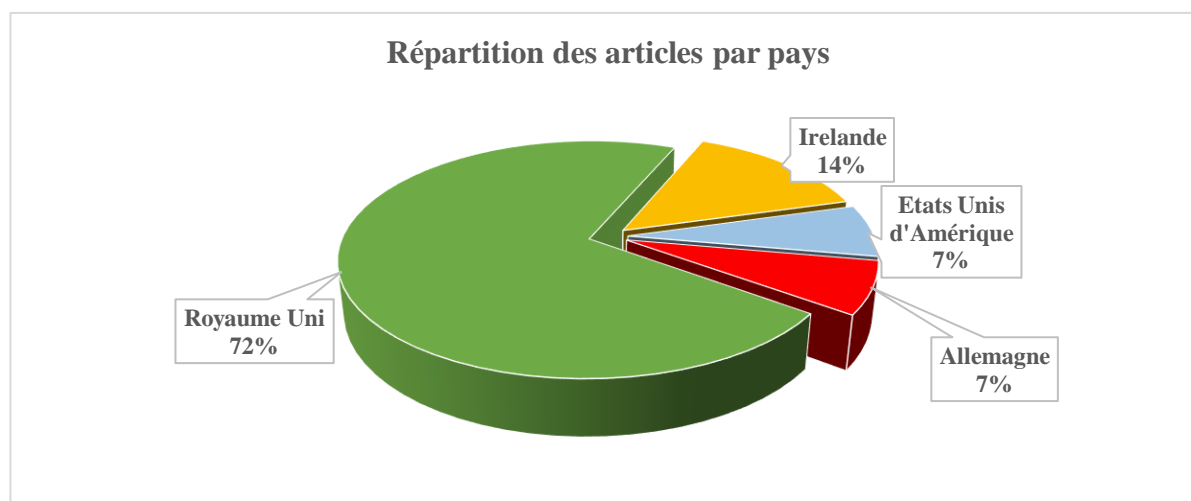


Source : Auteurs

4.1.4 Répartition des articles par pays :

72% articles proviennent du pays du Royaume Uni, suivi de l'Irlande (14%), puis conjointement par les Etats Unis d'Amérique (7%) et l'Allemagne (7%).

Figure n°06 : Répartition des articles par pays



Source : Auteurs

4.1.5 Classement des revues de publication :

Sur la base des données publiées dans le site <https://www.scimagojr.com/journalrank.php>, un classement de revues de publication a été opéré en vue de ressortir celles dont l'index H dépasse 100. Seulement quatre articles figurant dans le tableau suivant respectent ce seuil.

Tableau n°02 : Classement des revues de publication

Journal de publication	Pays	SJR	SJR Best Quartile	H index	Nombre d'articles
Omega	Royaume Uni	2,647	Q1	167	1
Health Policy	Ireland	1,206	Q1	110	2
International Journal for Quality in Health Care	Royaume Uni	0,8	Q2	108	1
The British Accounting Review	Royaume Uni	1,366	Q1	84	1
International Journal of Productivity and Performance Management	Royaume Uni	0,878	Q1	77	2
Engineering, Construction and Architectural Management	Royaume Uni	0,896	Q1	73	1
International Journal of Public Sector	Royaume Uni	0,706	Q1	68	1
Anesthesiology Clinics	Etats Unis d'Amérique	0,491	Q2	65	1
Review of Managerial Science	Allemagne	1,866	Q1	52	1
International Journal of Health Planning and Management	Royaume Uni	0,691	Q2	49	1
SAGE Open Medicine	Royaume Uni	0,615	Q2	37	1
International Journal of Health Governance	Royaume Uni	0,347	Q3	31	1
Total					14

Source : Auteurs

4.2 Analyse thématique :

Ce travail nous a permis en conséquence d'identifier huit (08) modèles multidimensionnels à partir des articles éligibles et qui ont une relation étroite avec la mesure de performance de l'hôpital.

1. Modèle de Balanced scorecard :

Dix (10) articles éligibles pour cette revue systématique ont mentionné le balanced scorecard (BSC) comme étant un outil stratégique utilisé pour le pilotage de la performance (Klassen et al., 2010 ; Northcott & Taulapapa, 2012 ; Hoque, 2014 ; Moons et al., 2019 ; Armstrong, 2019 ; Zaadoud et al., 2020 ; Amos et al., 2020 ; Garengo & Sardi, 2021 ; Gartner & Lemaire, 2022 ; Kumar et al., 2023).

2. Modèle de Donabedian ou Modèle normatif du système d'action rationnelle :

Ce modèle a été cité par cinq articles (Klassen et al., 2010 ; Hyder & Hebl, 2015 ; Schwartz & Deber, 2016 ; Zaadoud et al., 2020 ; Gartner & Lemaire, 2022). Il est le plus utilisé par les établissements de santé. Donabedian (1966) a proposé que la qualité des soins, et plus généralement la performance, puisse être évaluée en utilisant des normes non seulement de résultats, mais aussi de processus et de structure.

3. Modèle de Performance Assessment Tool for Quality improvement in Hospitals (PATH):

Faisant l'objet d'un seul article (Zaadoud et al., 2020), ce modèle conçu par l'OMS permet aux hôpitaux d'évaluer leurs performances par l'intermédiaire de six dimensions à savoir : Efficacité clinique, Efficience, Sécurité, Soins centrés sur le patient, Personnel et Gouvernance réactive.

4. Modèle « Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé » (EGIPSS) :

C'est un modèle intégrateur de la performance organisationnelle qui a été mentionné par Zaadoud et al. (2020) dans son article sélectionné.

Pour être performante, l'organisation doit équilibrer les quatre dimensions/fonctions qui se complètent : Adaptation, Atteinte des buts, Production et Maintien des valeurs organisationnelles (Champagne et al., 2005).

5. Modèle d'excellence de la Fondation Européenne pour la Gestion de la Qualité :

Mentionné dans l'article de Klassen et al. (2010), ce modèle adopte une approche intégrative de la gestion de la qualité en prenant en considération des différents aspects tels que : Résultats obtenus, orientation des clients, système d'information, satisfaction du personnel et l'innovation qui constitue un avantage compétitif pour toute organisation.

6. Modèle de "The Health Care Quality Indicator"

C'est un projet de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui vise à mettre en place des indicateurs pour une comparaison entre ses membres en termes de la qualité associée aux soins de santé comme l'indique l'article de Zaadoud et al. (2020).

7. Modèle de Malcom Baldrige :

Ce type de modèle est utilisé pour améliorer la performance organisationnelle moyennant sept volets : Leadership, planification stratégique, client (patient), système d'information (analyse des données), ressources humaines, processus et résultats. Ce modèle a été traité dans l'article de Klassen et al. (2010).

8. Modèle de "The Institute of Medicine":

Ce dernier modèle a été développé pour la gestion de la qualité en tenant compte de six dimensions suivantes : Efficacité, Efficience, Sécurité, Temps opportun, Equité et Services centrés sur le client (Zaadoud et al., 2020).

5. Discussion :

La présente revue systématique a permis d'identifier huit modèles multidimensionnels de mesure de la performance hospitalière à travers une analyse rigoureuse de 14 articles éligibles, en s'appuyant sur le protocole de PRISMA. Ces résultats répondent directement à la problématique de cette recherche.

En confrontant ces résultats au cadre théorique présenté, plusieurs observations émergent, mettant en lumière à la fois les apports de ces modèles, leurs limites et leur pertinence dans le contexte hospitalier.

Les huit modèles identifiés reflètent une diversité d'approches qui s'inscrivent dans la catégorie des modèles multidimensionnels décrits dans le cadre théorique. Contrairement aux modèles unidimensionnels (rationnel, acquisition des ressources, processus internes, etc.), qui se concentrent sur une seule facette de la performance, ces modèles multidimensionnels adoptent une vision plus holistique, intégrant des dimensions variées telles que l'efficacité, l'efficience, la qualité des soins, la satisfaction des parties prenantes et l'adaptation aux changements environnementaux. Cet aspect multidimensionnel répond à la nature polysémique de la performance hospitalière, comme souligné par Issor (2017), et s'aligne avec les exigences d'un système sociotechnique complexe où les objectifs financiers, cliniques et sociaux doivent être conciliés (Mintzberg & Romelaer, 1982).

Le modèle Balanced Scorecard (BSC), mentionné dans dix articles, se distingue par sa prédominance et son adaptabilité au contexte hospitalier. En intégrant les perspectives financière, client, processus internes et apprentissage/développement (Kaplan & Norton, 1992), il offre un cadre stratégique qui dépasse les approches sectorielles critiquées dans la littérature (Arah et al., 2003). Cependant, son application dans les hôpitaux soulève des défis, notamment en raison de la difficulté à définir des indicateurs clés de performance (KPIs) adaptés aux spécificités du secteur. Cette observation est cohérente avec les résultats de l'analyse thématique, où les termes « KPIs » et « mesure » figurent parmi les plus récurrents, suggérant une préoccupation centrale autour de la quantification de la performance.

Le modèle de Donabedian, cité dans cinq articles, reste une référence incontournable grâce à sa simplicité et à sa focalisation sur la triade structure-processus-résultats. Ce cadre normatif, ancré dans les théories de l'action rationnelle (Weber, 1922 ; Parsons, 1951), permet d'évaluer la qualité des soins de manière systématique, ce qui en fait un outil particulièrement adapté aux établissements de santé. Toutefois, son caractère prescriptif peut limiter sa capacité à intégrer des dimensions émergentes, telles que la transformation digitale ou l'expérience patient, qui deviennent des priorités dans les systèmes de santé modernes (OCDE, 2021).

D'autres modèles, comme PATH et EGIPSS, bien que moins fréquemment cités, apportent des perspectives complémentaires. PATH, développé par l'OMS, met l'accent sur le benchmarking et la gouvernance réactive, répondant ainsi au besoin d'adaptation aux exigences externes, une fonction clé dans le modèle d'acquisition des ressources (Yuchtman & Seashore, 1967) et dans EGIPSS (Sicotte et al., 1998). EGIPSS, quant à lui, se distingue par son approche intégrative, équilibrant adaptation, atteinte des buts, production et maintien des valeurs organisationnelles, ce qui en fait un outil pertinent pour les systèmes de santé intégrés. Ces modèles illustrent une évolution vers des cadres plus flexibles et systémiques, comme le cadre multipolaire (Contandriopoulos et al., 2000), bien qu'ils restent sous-représentés dans la littérature analysée.

Les modèles EFQM, Malcom Baldrige, Health Care Quality Indicator et Institute of Medicine, bien que moins dominants dans les résultats, enrichissent le paysage en intégrant des dimensions comme l'innovation, l'équité et la centralité du patient. Ces aspects répondent aux lacunes des cadres traditionnels face aux nouvelles exigences de qualité et de transformation digitale (OECD, 2020). Par exemple, le modèle de l'Institute of Medicine, avec ses six dimensions (efficacité, efficience, sécurité, temps opportun, équité, services centrés sur le client), offre une vision alignée sur les attentes contemporaines des systèmes de santé, mais son application pratique reste peu documentée dans les articles analysés.

En général, les modèles multidimensionnels identifiés offrent des outils précieux pour appréhender la complexité de la performance hospitalière, mais leur applicabilité dépend de leur capacité à s'adapter aux spécificités locales et aux évolutions du secteur. Ces résultats confirment la nécessité d'une approche intégrée, comme préconisée par Kaplan & Norton (1992) et Sicotte et al. (1998).

6. Conclusion :

Cette revue systématique des revues a fait ressortir 14 articles éligibles qui ont fait l'objet de deux analyses : descriptive et thématique. Les résultats ainsi obtenus nous ont permis d'identifier 08 modèles multidimensionnels utilisés au niveau des structures hospitalières dans l'objectif de piloter et mesurer la performance organisationnelle.

Cette étude enrichit la compréhension de la performance hospitalière au niveau théorique en consolidant un cadre conceptuel multidimensionnel. Elle met en évidence la pertinence des modèles intégrateurs, tels que EGIPSS ou le BSC, qui s'alignent sur les théories systémiques et rationnelles (Parsons, 1951 ; Kaplan & Norton, 1992), tout en répondant à la polysémie du concept de performance (Issor, 2017). En outre, elle souligne l'évolution des cadres vers une prise en compte des exigences contemporaines, comme la transformation digitale et l'équité, absentes des modèles plus anciens.

Sur le plan managérial, les modèles identifiés offrent aux gestionnaires hospitaliers des outils pratiques pour piloter la performance de manière holistique. Le BSC, par exemple, permet de traduire la vision stratégique en indicateurs concrets, tandis que le modèle de Donabedian fournit une structure claire pour évaluer la qualité des soins. Ces cadres peuvent également faciliter le benchmarking (PATH) et l'amélioration continue (EFQM, Malcom Baldrige), soutenant ainsi les décisions dans un environnement marqué par des contraintes multiples.

Il n'en demeure moins que l'étude présente plusieurs limites en ce sens que la forte concentration des articles au Royaume-Uni (72 %) entrave la généralisation des résultats à d'autres contextes géographiques et systèmes de santé. De plus, d'autres modèles pourraient exister en pratique. Une recherche bibliographique approfondie incluant des articles d'études empiriques pourrait accroître le nombre des références et détecter en conséquence les modèles non rapportés dans le cadre de cette recherche.

Les recherches futures pourraient approfondir la polysémie de la performance hospitalière avec des méthodes qualitatives novatrices, adapter les modèles multidimensionnels aux réalités locales, en particulier dans les pays à ressources limitées, et évaluer leur pertinence face à la digitalisation.

References

- [1] Amos, D., Au-Yong, C. P., & Musa, Z. N. (2020). Developing key performance indicators for hospital facilities management services: A developing country perspective. *Engineering, Construction and Architectural Management*, 27(9), 2715–2735. <https://doi.org/10.1108/ECAM-11-2019-0642>
- [2] Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M. J., Ten Asbroek, A. H. A., & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377–398. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg049>
- [3] Armstrong, R. (2019). Revisiting strategy mapping for performance management: A realist synthesis. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 68(4), 721–752. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-08-2017-0192>
- [4] Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage.
- [5] Camp, R. C. (1989). *Benchmarking: The search for industry best practices that lead to superior performance*. Quality Press.
- [6] Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Sicotte, C. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS* (Rapport R05-05). GRIS, Université de Montréal.
- [7] Clarke, V., & Braun, V. (2014). Thematic analysis. In T. Teo (Ed.), *Encyclopedia of critical psychology* (pp. 1947–1952). Springer.
- [8] Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- [9] Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. McGraw-Hill.
- [10] Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Éditions du Seuil.
- [11] DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- [12] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2015). Les éléments de la "performance" hospitalière : Les conditions d'une comparaison. *Études et Résultats*, (942).
- [13] Dixit, S. K., & Sambasivan, M. (2018). A review of the Australian healthcare system: A policy perspective. *SAGE Open Medicine*, 6. <https://doi.org/10.1177/2050312118769211>
- [14] Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–206. <https://doi.org/10.2307/3348969>
- [15] Etzioni, A. (1964). *Modern organizations*. Prentice-Hall.
- [16] Garengo, P., & Sardi, A. (2021). Performance measurement and management in the public sector: State of the art and research opportunities. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 70(7), 1629–1654. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-03-2020-0102>
- [17] Gartner, J. B., & Lemaire, C. (2022). Dimensions of performance and related key performance indicators addressed in healthcare organisations: A literature review. *International Journal of Health Planning and Management*, 37(4), 1941–1952. <https://doi.org/10.1002/hpm.3452>
- [18] Hoque, Z. (2014). 20 years of studies on the balanced scorecard: Trends, accomplishments, gaps and opportunities for future research. *The British Accounting Review*, 46(1), 33–59. <https://doi.org/10.1016/j.bar.2013.10.003>
- [19] Horenberg, F., Lungu, D. A., & Nuti, S. (2020). Measuring research in the big data era: The evolution of performance measurement systems in the Italian teaching hospitals. *Health Policy*, 124(12), 1387–1394. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.10.002>
- [20] Hyder, J. A., & Hebl, J. R. (2015). Performance measurement to demonstrate value. *Anesthesiology Clinics*, 33(4), 679–696. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.07.007>
- [21] Issor, Z. (2017). La performance de l'entreprise : Un concept complexe aux multiples dimensions. *Projectics / Proyèctica / Projectique*, 17(2), 93–103. <https://doi.org/10.3917/proj.017.0093>
- [22] Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71–79.
- [23] Klassen, A., Miller, A., Anderson, N., Shen, J., Schiariti, V., & O'Donnell, M. (2010). Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(1), 44–69. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp057>
- [24] Kumar, S., Lim, W. M., Sureka, R., Jabbour, C. J. C., & Bamel, U. (2023). Balanced scorecard: Trends, developments, and future directions. *Review of Managerial Science*. <https://doi.org/10.1007/s11846-023-00700-6>
- [25] Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. Macmillan.
- [26] Mintzberg, H., & Romelaer, P. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'organisation.
- [27] Moons, K., Waeyenbergh, G., & Pintelon, L. (2019). Measuring the logistics performance of internal hospital supply chains: A literature study. *Omega*, 82, 205–217. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2018.01.007>
- [28] Nambiema, A., Fouquet, J., Guilloteau, J., & Descatha, A. (2021). La revue systématique et autres types de revue de la littérature : Qu'est-ce que c'est, quand, comment, pourquoi ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 82(5), 539–552. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2021.06.002>

- [29] Nobre, T., & Haouet, I. (2011). Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier : Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle. *Revue française de gestion*, 211(2), 103–118.
- [30] Northcott, D., & Ma'amora Taulapapa, T. (2012). Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations: Issues and challenges. *International Journal of Public Sector Management*, 25(3), 166–191. <https://doi.org/10.1108/09513551211224234>
- [31] Organisation de coopération et de développement économiques. (2021). *Coopération pour le développement 2021 : Pour une transformation numérique juste*. OCDE.
- [32] Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press.
- [33] Parsons, T. (1956). Suggestions for a sociological approach to the theory of organizations. *American Sociological Review*, 21(6), 1053–1064.
- [34] Schwartz, R., & Deber, R. (2016). The performance measurement-management divide in public health. *Health Policy*, 120(3), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.003>
- [35] Scott, S. D., Albrecht, L., O'Leary, K., Ball, G. D., Hartling, L., Hofmeyer, A., & Dryden, D. M. (2012). Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implementation Science*, 7(1), 70. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-70>
- [36] Sicotte, C., Champagne, F., & Contandriopoulos, A. P. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, 11(1), 24–41. <https://doi.org/10.1177/095148489801100106>
- [37] Simon, H. A. (1947). *Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organizations*. Macmillan.
- [38] Veillard, J., Schiøtz, M. L., Guisset, A.-L., Brown, A. D., & Klazinga, N. S. (2005). A performance assessment framework for hospitals: The WHO Regional Office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 487–496. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi072>
- [39] Weber, M. (1922). *Economy and society*. University of California Press.
- [40] Zaadoud, B., Chbab, Y., & Chaouch, A. (2020). Do performance measurement models have any impact on primary health care? A systematic review. *International Journal of Health Governance*, 25(4), 319–334. <https://doi.org/10.1108/IJHG-04-2020-0039>