

Audit et dispositifs d'évaluation dans les hôpitaux : revue de portée des mécanismes de gouvernance, de qualité et de performance

Audit and evaluation mechanisms in hospitals: a scoping review of governance, quality of care, and organizational performance

Abdenabi SBAI, (Enseignant-chercheur)

*Laboratoire de Recherche et d'Etudes en Management, Entrepreneuriat et Finance (LAREMEF)
École Nationale de Commerce et de Gestion - Fès
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès, Maroc*

Boujema HAMMOUMI, (Doctorant)

*Laboratoire de Recherche et d'Etudes en Management, Entrepreneuriat et Finance (LAREMEF)
École Nationale de Commerce et de Gestion - Fès
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah de Fès, Maroc*

Adresse de correspondance :	École nationale de commerce et de gestion de Fès, Route D'immouzer, B.P: A81, 30000Téléphone : 05 35 62 29 32
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude. Ils assument l'entière responsabilité de tout éventuel plagiat, de l'usage de l'intelligence artificielle dans la rédaction, ainsi que des résultats présentés dans cet article.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	SBAI, A., & HAMMOUMI, B. (2026). Audit et dispositifs d'évaluation dans les hôpitaux : revue de portée des mécanismes de gouvernance, de qualité et de performance. <i>International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics</i> , 7(6), 495–524. https://doi.org/10.5281/zenodo.20378421
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: 29/04/2026

Accepted: 31/05/2026

International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics - IJAFAME

ISSN: 2658-8455

Volume 7, Issue 06 (2026)

Audit et dispositifs d'évaluation dans les hôpitaux : revue de portée des mécanismes de gouvernance, de qualité et de performance

Résumé

Face aux exigences croissantes en matière de qualité des soins, de transparence et de redevabilité, les établissements hospitaliers sont amenés à renforcer leurs mécanismes de gouvernance, de contrôle et d'évaluation. Les dispositifs d'audit et d'évaluation, incluant l'audit interne, l'audit clinique et les systèmes d'assurance qualité, occupent désormais une place stratégique dans le pilotage hospitalier. Toutefois, la littérature scientifique relative à ces mécanismes demeure fortement fragmentée entre différentes approches cliniques, organisationnelles, qualité et numériques, limitant une compréhension intégrée de leurs effets sur la gouvernance, la qualité des soins et la performance hospitalière. En réponse à cette fragmentation, cette revue propose une typologie intégrée des dispositifs d'audit hospitalier ainsi qu'un modèle conceptuel systémique des mécanismes d'impact organisationnels.

L'étude repose sur une revue de portée (*scoping review*) conduite conformément aux recommandations méthodologiques PRISMA-ScR. Une stratégie de recherche systématique a été menée dans les bases de données Scopus, Web of Science et PubMed, sur la période 2010–2025, complétée par certaines sources de littérature grise institutionnelle. Les critères d'inclusion concernaient les études portant sur les dispositifs d'audit ou d'évaluation appliqués aux organisations hospitalières, issues principalement de publications scientifiques évaluées par les pairs.

Trente études ont été retenues et analysées selon une approche thématique, permettant d'identifier une typologie structurée en six catégories complémentaires : audit clinique, audit interne organisationnel, audits qualité et accréditation, *audit et feedback*, audit entre pairs et dispositifs numériques fondés sur la *Business Intelligence* et la gouvernance des données. L'analyse met également en évidence quatre mécanismes d'impact systémiques : le renforcement de la gouvernance hospitalière, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'optimisation de la performance organisationnelle, ainsi que le développement de dynamiques d'apprentissage et de transformation continue.

Les mécanismes d'audit et d'évaluation occupent une place stratégique dans les initiatives d'amélioration continue au sein des organisations hospitalières. Cette revue de portée propose une lecture intégrée orientée gouvernance, reliant audit, gouvernance clinique, qualité des soins, performance, résilience hospitalière et pilotage par la donnée, ouvrant des perspectives pour la modélisation d'un cadre adapté aux systèmes hospitaliers publics en transformation, notamment dans le contexte marocain.

Mots clés : Audit interne ; Gouvernance clinique ; Qualité des soins ; Sécurité des patients ; Performance hospitalière

JEL Classification : M42, I18, G32

Type du papier : Recherche Théorique

Abstract

In response to increasing demands for quality of care, transparency, and accountability, hospitals are required to strengthen their governance, control, and evaluation mechanisms. Audit and evaluation systems, including internal audit, clinical audit, and quality assurance mechanisms, now occupy a strategic role in hospital governance and organizational performance management. However, the scientific literature remains highly fragmented across clinical, organizational, quality, and data-driven approaches, limiting an integrated understanding of how these mechanisms interact and shape governance, quality, and performance outcomes within hospital systems. To address this fragmentation, this scoping review proposes an integrated typology of hospital audit mechanisms and a systemic conceptual model explaining their contributions to governance, quality of care, organizational performance, and hospital resilience.

This research is based on a scoping review conducted in accordance with the PRISMA-ScR methodological guidelines. A systematic search strategy was carried out in the Scopus, Web of Science, and PubMed databases over the 2010–2025 period, complemented by sources of institutional grey literature. The inclusion criteria covered studies addressing audit or evaluation systems applied to hospital organizations, mainly drawn from peer-reviewed scientific publications.

Thirty studies were retained and analyzed using a thematic approach, enabling the identification of a structured typology of six complementary categories: clinical audit, organizational internal audit, quality audits and accreditation, audit and feedback, peer audit, and digital systems based on Business Intelligence and data governance. The analysis also highlights four systemic impact mechanisms: strengthening hospital governance, improving quality and patient safety, optimizing organizational performance, and fostering learning and continuous transformation dynamics.

Audit and evaluation mechanisms occupy a strategic position in continuous improvement initiatives within hospital organizations. This scoping review provides an integrated governance-oriented reading linking audit, clinical governance, quality of care, performance, hospital resilience, and data-driven management, opening promising perspectives for modeling a governance framework adapted to transforming public hospital systems, notably in the Moroccan context.

Keywords: Internal audit; Clinical governance; Quality of care; Patient safety; Hospital performance

JEL Classification: M42, I18, G32

Paper type: Theoretical Research

1. Introduction

Face aux exigences croissantes de qualité des soins, de sécurité des patients, de transparence et de redevabilité, les établissements hospitaliers sont amenés à renforcer leurs mécanismes de gouvernance, de contrôle et d'évaluation. Dans ce contexte, les dispositifs d'audit et d'évaluation occupent une place de plus en plus stratégique dans le pilotage des organisations de santé, en soutenant à la fois l'amélioration des pratiques professionnelles, la maîtrise des risques, la conformité aux standards, l'efficacité organisationnelle et la qualité de la décision.

Les transformations contemporaines des systèmes hospitaliers, marquées par la complexité organisationnelle, la pression sur les ressources, la digitalisation des processus et l'exigence d'amélioration continue, ont conduit à une diversification progressive des dispositifs mobilisés. Aux formes historiquement dominantes d'audit clinique et de démarches qualité se sont progressivement ajoutés l'audit interne organisationnel, les dispositifs d'*audit et feedback*, les approches collaboratives entre pairs ainsi que les outils numériques de pilotage fondés sur la *Business Intelligence* et la gouvernance des données (Trouillard et al., 2022).

Dans cette perspective, les dispositifs numériques fondés sur la *Business Intelligence*, les systèmes d'information hospitaliers et les infrastructures de gouvernance des données occupent une place croissante dans le pilotage des organisations de santé. Ces outils permettent non seulement la production d'indicateurs de performance et le suivi des activités cliniques et organisationnelles, mais également le développement de mécanismes d'aide à la décision, de benchmarking et de pilotage stratégique fondés sur les données. Cette évolution vers une gouvernance hospitalière pilotée par les données rejoint également les approches contemporaines du data-driven policy making appliquées aux systèmes de santé publics, dans lesquelles les infrastructures informationnelles deviennent des leviers centraux de pilotage stratégique et d'aide à la décision (Malatre et al., 2022).

Malgré cette montée en puissance, la littérature scientifique demeure marquée par une fragmentation persistante des approches. Les travaux existants abordent souvent séparément l'audit clinique, l'audit interne hospitalier, les démarches d'accréditation, les audits qualité, les mécanismes de retour d'information ou encore les infrastructures numériques de pilotage. Cette segmentation limite la compréhension intégrée des mécanismes reliant audit, gouvernance clinique, qualité des soins, fonctionnement organisationnel et transformation hospitalière.

Cette fragmentation constitue un enjeu scientifique important, dans la mesure où les établissements hospitaliers évoluent aujourd'hui vers des architectures de gouvernance plus intégrées, où les dimensions cliniques, organisationnelles, qualité, digitales et collaboratives interagissent de manière croissante.

Si certains travaux ont abordé de manière sectorielle les mécanismes d'audit dans le contexte hospitalier, notamment (Hut-Mossel et al., 2021), qui analysent les mécanismes et facteurs contextuels déterminants l'efficacité des audits sur la qualité des soins, ou (Bernardino & Pinto Bernardino, 2025), qui examinent la mise en œuvre de l'audit interne dans les hôpitaux publics en soulignant les différences entre les pays et les défis persistants, aucune synthèse intégrée n'articule l'ensemble de ces dimensions au sein d'un cadre conceptuel unifié reliant audit clinique, audit interne organisationnel, dispositifs qualité, retour d'information et gouvernance fondée sur la donnée.

Une approche intégrée des dispositifs d'audit et d'évaluation apparaît ainsi nécessaire pour mieux comprendre leurs interactions organisationnelles et leurs dynamiques d'amélioration continue.

Cette problématique revêt une importance particulière dans les systèmes hospitaliers publics des pays émergents, notamment au Maroc. Le système hospitalier public marocain connaît

actuellement une phase de transformation marquée par la généralisation de la Couverture Sanitaire Universelle et par des exigences croissantes en matière de gouvernance, de qualité des soins, d'efficacité organisationnelle et de redevabilité des établissements publics de santé.

Dans ce contexte, les dispositifs d'audit et d'évaluation apparaissent comme des leviers stratégiques de modernisation de la gouvernance hospitalière, de maîtrise des risques et d'amélioration de la qualité des soins. Toutefois, les cadres conceptuels mobilisés dans la littérature internationale demeurent majoritairement construits à partir de contextes institutionnels à hauts revenus, ce qui limite leur transférabilité directe aux réalités organisationnelles des systèmes hospitaliers émergents.

Cette étude s'inscrit ainsi dans une perspective de lecture intégrée des dispositifs d'audit hospitalier, en mobilisant une synthèse rigoureuse de la littérature internationale afin d'éclairer les enjeux contemporains de transformation des hôpitaux publics marocains.

Cette étude est ainsi guidée par la question suivante, formulée selon l'approche PCC : Quels sont les mécanismes, modalités et effets des dispositifs d'audit et d'évaluation sur la gouvernance, la qualité des soins et la performance organisationnelle des établissements hospitaliers, notamment dans les systèmes hospitaliers publics en transformation ?

C'est dans cette perspective que la présente étude adopte une revue de portée (scoping review) conduite conformément aux recommandations méthodologiques PRISMA-ScR. Une stratégie de recherche systématique a été menée dans les bases Scopus, Web of Science et PubMed, sur la période 2010–2025, complétée par certaines sources de littérature grise, afin de cartographier les principaux dispositifs d'audit et d'évaluation mobilisés dans les établissements hospitaliers.

L'objectif de cette revue est triple : (i) proposer une typologie structurée des dispositifs d'audit hospitalier, (ii) analyser leurs mécanismes de contribution à la gouvernance, à la qualité des soins et à la dynamique organisationnelle, et (iii) développer une lecture intégrée des dynamiques reliant audit, apprentissage organisationnel, feedback, pilotage par la donnée et transformation hospitalière.

Cette revue de portée montre que les dispositifs d'audit et d'évaluation hospitaliers ne peuvent plus être appréhendés comme des mécanismes isolés de contrôle ou de conformité. La littérature révèle au contraire l'émergence progressive d'une architecture intégrée articulant audit clinique, audit interne organisationnel, dispositifs qualité, *audit et feedback*, apprentissage organisationnel et gouvernance fondée sur la donnée. En réponse à la fragmentation des travaux existants, cette étude propose une typologie intégrée des dispositifs d'audit hospitalier ainsi qu'un modèle conceptuel systémique expliquant les mécanismes par lesquels ces dispositifs contribuent à la gouvernance, à la qualité des soins, à la performance organisationnelle et à la résilience hospitalière. Elle ouvre également des perspectives pour la modélisation de cadres de gouvernance adaptés aux systèmes hospitaliers publics en transformation, notamment dans le contexte marocain.

2. Revue de littérature

2.1. Audit et dispositifs d'évaluation en milieu hospitalier

Les établissements hospitaliers mobilisent aujourd'hui une pluralité croissante de dispositifs d'audit et d'évaluation visant à soutenir la qualité des soins, la sécurité des patients, la maîtrise des risques et la performance organisationnelle. Les dispositifs d'audit peuvent être analysés à deux niveaux complémentaires : un niveau opérationnel, correspondant aux instruments et pratiques d'évaluation, et un niveau stratégique, relatif à leurs effets sur la gouvernance, la performance et la résilience des systèmes hospitaliers. Historiquement centré sur l'audit clinique et les démarches de conformité qualité, le champ s'est progressivement élargi à des formes plus intégrées incluant

l'audit interne organisationnel, les dispositifs d'*audit et feedback*, l'évaluation entre pairs, les audits d'accréditation ainsi que les infrastructures numériques de pilotage fondées sur la *Business Intelligence* et la gouvernance des données (Bernardino & Pinto Bernardino, 2025; Foy et al., 2020; Waris et al., 2025).

L'audit clinique est largement reconnu comme un levier d'amélioration des pratiques professionnelles et de standardisation des protocoles. Toutefois, son efficacité demeure fortement dépendante de la régularité des cycles d'évaluation, de l'implication des équipes soignantes et de l'existence de mécanismes de suivi structurés. Plusieurs travaux soulignent en effet que l'inscription dans une logique PDCA ne garantit pas, à elle seule, une transformation durable des pratiques cliniques, notamment en l'absence d'un leadership clinique fort et d'une appropriation organisationnelle des résultats d'audit (Bernardino & Pinto Bernardino, 2025; Waris et al., 2025). L'audit interne organisationnel est fréquemment présenté comme un levier de renforcement de la gouvernance, de la transparence et de la gestion des risques hospitaliers. Plusieurs travaux montrent néanmoins que son efficacité demeure étroitement liée au degré d'indépendance des fonctions d'audit, au soutien des instances dirigeantes et à l'intégration réelle des recommandations dans les processus décisionnels. La littérature souligne également que certains dispositifs restent encore centrés sur une logique de conformité administrative, limitant leur capacité à produire une véritable amélioration organisationnelle et stratégique (Hanskamp-Sebregts et al., 2020; Ivers et al., 2012; Van Gelderen et al., 2018).

Les dispositifs qualité et d'accréditation, adossés à des standards externes tels que les normes ISO ou les référentiels de la Joint Commission International, sont largement reconnus pour leur contribution à la structuration des processus et à la réduction des non-conformités. Leur efficacité organisationnelle réelle demeure cependant discutée dans la littérature. Plusieurs travaux confirment leur impact positif sur la qualité des soins et la performance organisationnelle (Moyo et al., 2024 ; Trouillard et al., 2022), tandis que d'autres soulignent le risque d'une conformité essentiellement formelle, dans laquelle les exigences de certification sont satisfaites sans transformation substantielle des pratiques cliniques, de la coordination des soins ou de la sécurité des patients.

Les dispositifs d'*audit et feedback* ainsi que l'audit entre pairs favorisent une approche collaborative d'amélioration des pratiques. Leur efficacité demeure néanmoins fortement dépendante de la qualité du retour d'information et de l'adhésion des professionnels de santé. Plusieurs travaux soulignent qu'un retour d'information insuffisamment contextualisé ou peu participatif peut limiter l'impact durable de ces dispositifs sur les pratiques cliniques et organisationnelles (Foy et al., 2020; Fridrich et al., 2022).

Les systèmes de *Business Intelligence*, les tableaux de bord et les infrastructures de gouvernance des données offrent des perspectives importantes pour renforcer le pilotage stratégique des établissements hospitaliers. Leur efficacité demeure toutefois conditionnée à la qualité des données, à l'interopérabilité des systèmes d'information et aux capacités analytiques des organisations. Plusieurs travaux soulignent ainsi que la disponibilité des outils numériques ne garantit pas, à elle seule, une amélioration effective de la décision stratégique et de la performance hospitalière (Kitsios & Kapetaneas, 2022; Martin et al., 2023).

2.2. Gouvernance clinique, qualité et performance hospitalière

L'ancrage conceptuel de cette revue repose sur l'idée que les dispositifs d'audit et d'évaluation participent à une architecture intégrée de gouvernance hospitalière, articulant les dimensions cliniques, organisationnelles, qualitatives et stratégiques. Cette perspective prolonge les travaux sur la gouvernance clinique, entendue comme l'ensemble des mécanismes permettant de garantir

la qualité, la sécurité et la redevabilité des soins (Bernardino & Pinto Bernardino, 2025; Specchia et al., 2010).

Dans cette logique, l'audit apparaît comme un mécanisme de régulation organisationnelle reliant la production d'informations fiables, la supervision des risques, le suivi des actions correctives, l'apprentissage organisationnel et l'aide à la décision stratégique. Toutefois, plusieurs travaux soulignent que l'efficacité de cette fonction intégratrice dépend largement de la capacité des établissements à assurer la circulation des informations, la coordination entre les acteurs et l'appropriation effective des recommandations issues des dispositifs d'audit.

Cette lecture converge avec les cadres normatifs proposés par l'Institute of Internal Auditors (IIA) et le Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO), qui positionnent l'audit comme un levier structurant de gouvernance, de maîtrise des risques et de création de valeur. Ces référentiels fournissent un cadre conceptuel d'analyse, dont les implications sont corroborées par les travaux empiriques récents.

Si le lien entre dispositifs d'audit et performance hospitalière s'observe à trois niveaux complémentaires, à savoir le niveau micro relatif à l'amélioration des pratiques cliniques et de la qualité documentaire, le niveau méso lié à la coordination interservices et à la standardisation des processus, et le niveau macro associé à la gouvernance stratégique, à la transparence et au pilotage des ressources, la littérature souligne que ces effets demeurent fortement dépendants de la cohérence entre les niveaux d'intervention, de la capacité de coordination organisationnelle et de l'alignement entre les objectifs cliniques et les priorités stratégiques des établissements. Plusieurs travaux montrent ainsi que la traduction des constats d'audit en améliorations tangibles reste variable selon les contextes organisationnels et les capacités de pilotage des établissements hospitaliers (Martin et al., 2023; McVey et al., 2021).

Dans une perspective complémentaire, les dispositifs d'audit hospitalier peuvent également être analysés à la lumière de la Théorie de l'agence, qui met en évidence les relations entre principaux et agents caractérisées par des asymétries d'information et des divergences d'intérêts. Dans le contexte hospitalier, ces asymétries se traduisent notamment par une difficulté pour les instances de gouvernance à observer directement les pratiques cliniques, la qualité des soins et l'utilisation des ressources. Les mécanismes d'audit, de contrôle interne et de reporting apparaissent dès lors comme des instruments de réduction de ces asymétries informationnelles, contribuant à renforcer la redevabilité, la transparence et la qualité de la décision stratégique.

Les mécanismes d'audit s'inscrivent ainsi dans une logique de gouvernance fondée sur la redevabilité, la maîtrise des risques et la création de valeur organisationnelle.

Au-delà de cette lecture fondée sur la gouvernance et la théorie de l'agence, plusieurs cadres théoriques complémentaires permettent d'analyser plus finement les mécanismes d'impact des dispositifs d'audit en milieu hospitalier.

Si la majorité des travaux recensés sont issus de contextes hospitaliers européens et anglo-saxons, leurs enseignements ne sont pas entièrement transférables aux systèmes hospitaliers des pays émergents. Dans ces contextes, l'efficacité des dispositifs d'audit et d'évaluation demeure fortement conditionnée par les capacités institutionnelles, la disponibilité des ressources humaines et financières, le niveau de maturité des systèmes d'information ainsi que les modalités de gouvernance publique. Plusieurs travaux soulignent ainsi que les contraintes organisationnelles et réglementaires peuvent limiter l'intégration effective des dispositifs d'audit dans les mécanismes de pilotage hospitalier et d'amélioration continue.

Le système hospitalier public marocain illustre particulièrement ces enjeux, dans un contexte de transformation marqué par la généralisation de la Couverture Sanitaire Universelle, le

renforcement des exigences de redevabilité et les dynamiques de modernisation de la gouvernance hospitalière.

2.3. Fondements théoriques mobilisables

Au regard du corpus analysé, les dispositifs d'audit et d'évaluation hospitaliers apparaissent comme des mécanismes intégrés de gouvernance, de production d'informations stratégiques et d'apprentissage organisationnel. L'analyse de la littérature montre que leur efficacité repose de manière croissante sur la capacité des établissements hospitaliers à articuler gouvernance, circulation des données, pilotage stratégique et dynamiques d'amélioration continue.

Parmi ces cadres, la gouvernance hospitalière fondée sur la donnée et la théorie de l'apprentissage organisationnel constituent le socle théorique central de cette revue. Ce double ancrage permet d'analyser les mécanismes par lesquels les dispositifs d'audit contribuent à la gouvernance, à la qualité des soins et à la performance hospitalière. Les autres cadres, notamment la théorie de l'agence, la théorie réaliste et l'approche socio-technique, apportent un éclairage complémentaire sur les mécanismes de redevabilité, la variabilité contextuelle des effets et le rôle des infrastructures numériques dans le pilotage hospitalier.

Autour de ce socle principal, plusieurs cadres théoriques complémentaires permettent d'éclairer des dimensions spécifiques des mécanismes d'impact identifiés dans le corpus : la théorie de l'agence pour les mécanismes de gouvernance et de réduction des asymétries informationnelles, la théorie réaliste pour l'analyse des variations contextuelles des effets, ainsi que l'approche socio-technique pour le rôle des systèmes d'information et des infrastructures numériques dans les architectures contemporaines de pilotage hospitalier.

Ces cadres permettent d'expliquer, respectivement, la dynamique de transformation des routines professionnelles, la variabilité des effets selon les contextes organisationnels et la centralité croissante des systèmes d'information socio-techniques dans les architectures contemporaines de gouvernance hospitalière.

L'analyse du corpus met en évidence que les dispositifs d'audit hospitalier mobilisent plusieurs cadres théoriques complémentaires. La théorie de l'agence explique le rôle de l'audit comme mécanisme de redevabilité et de réduction des asymétries d'information au niveau organisationnel, tandis que la théorie de l'apprentissage organisationnel éclaire la transformation progressive des pratiques professionnelles à travers les mécanismes de retour d'information et de rétroaction. La théorie réaliste souligne que les effets des dispositifs d'audit demeurent fortement dépendants des contextes organisationnels, du leadership et du degré d'appropriation locale. Enfin, l'approche socio-technique souligne le rôle structurant des systèmes d'information et de la gouvernance par la donnée dans les dispositifs contemporains de pilotage hospitalier.

2.4. Théorie de l'apprentissage organisationnel

La théorie de l'apprentissage organisationnel apparaît particulièrement adaptée aux dispositifs d'*audit et feedback*, d'audit entre pairs et de ré-audit. Les audits produisent des informations sur les écarts, lesquelles alimentent des boucles de rétroaction, favorisent la réflexivité collective et soutiennent la transformation progressive des routines professionnelles (Fridrich et al., 2022; Hut-Mossel et al., 2021; Taylor et al., 2016).

Cette perspective théorique permet de comprendre comment les constats d'audit se transforment en apprentissages collectifs, en ajustements comportementaux et en cycles d'amélioration continue au sein des organisations hospitalières.

2.5. Théorie réaliste des mécanismes contextuels

La théorie réaliste est particulièrement utile pour expliquer pourquoi les effets des audits varient selon les établissements et les contextes organisationnels. L'efficacité dépend de l'interaction entre le contexte, les acteurs, le leadership, la qualité du feedback et la culture organisationnelle (Alvarado et al., 2020; Hut-Mossel et al., 2021).

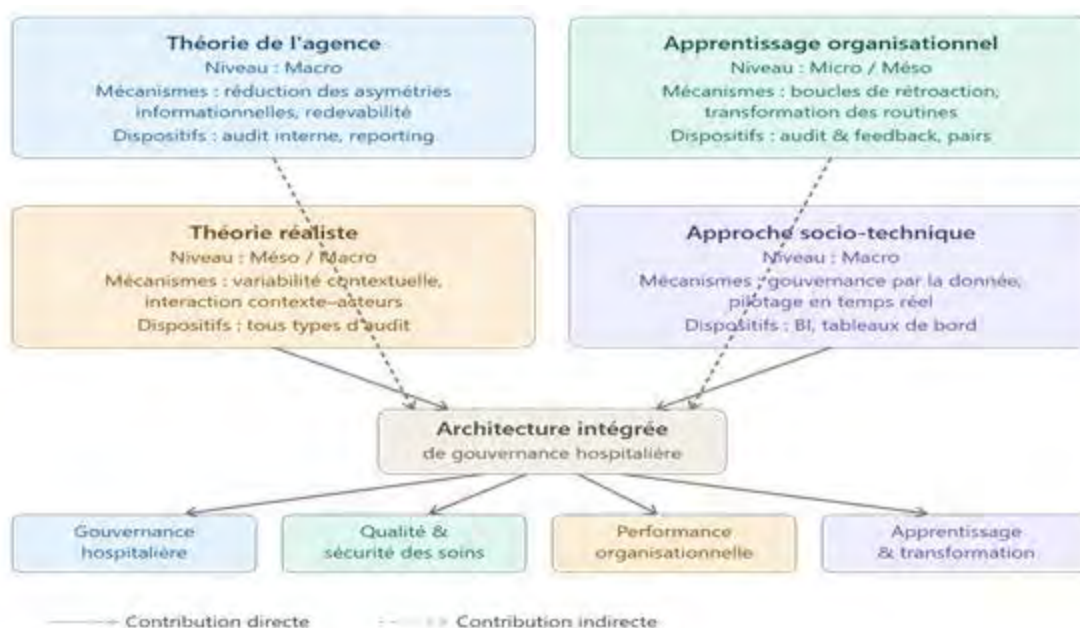
Cette approche éclaire les mécanismes par lesquels un même dispositif d'audit peut produire des résultats différenciés selon le degré d'engagement des équipes, la maturité des processus et la capacité d'appropriation locale.

2.6. Approche socio-technique et gouvernance fondée sur la donnée

L'approche socio-technique, prolongée par les modèles de gouvernance fondée sur la donnée, considère que les dispositifs d'audit ne produisent de valeur que si la qualité des données, les infrastructures numériques, les compétences analytiques et les routines décisionnelles permettent leur transformation en actions stratégiques (Antonacci et al., 2023; Kitsios & Kapetaneas, 2022; McVey et al., 2021).

Dans cette perspective, plusieurs travaux soulignent que les difficultés d'interopérabilité des systèmes d'information, l'hétérogénéité des données et les limites des capacités analytiques peuvent constituer des freins majeurs à l'intégration effective des dispositifs numériques de pilotage dans les organisations hospitalières.

Figure 1 : Cadres théoriques mobilisés pour l'analyse des dispositifs d'audit hospitalier



Source : Auteurs

Au regard des cadres théoriques mobilisés, une démarche méthodologique rigoureuse s'impose afin d'analyser de manière systémique les dispositifs d'audit hospitalier. La présente recherche adopte ainsi une revue de portée (scoping review) conforme aux recommandations PRISMA-ScR, visant à cartographier les dispositifs, identifier leurs mécanismes d'impact et proposer une lecture intégrée de leur contribution à la gouvernance, à la qualité des soins et à la performance.

3. Méthodologie

3.1. Type d'étude et question de recherche

La présente recherche adopte une revue de portée (scoping review) visant à analyser les dispositifs d'audit et d'évaluation mobilisés dans les établissements hospitaliers, ainsi que leurs mécanismes de contribution à la gouvernance, à la qualité des soins et à la performance organisationnelle.

Ce choix méthodologique se justifie par la nature encore fragmentée et multidimensionnelle de la littérature, nécessitant une approche exploratoire, intégrative et systémique permettant de cartographier les concepts, d'identifier les mécanismes sous-jacents et de structurer un cadre analytique cohérent.

Cette revue est conduite conformément aux lignes directrices du PRISMA-ScR, garantissant la transparence, la reproductibilité et la rigueur du processus de sélection, d'extraction et d'analyse des études.

L'adoption du cadre PRISMA-ScR permet ainsi de renforcer la robustesse méthodologique de l'étude et d'assurer la traçabilité des choix opérés à chaque étape du processus de recherche.

La question de recherche a été formulée selon l'approche PCC (Population–Concept–Contexte) :

- **Population** : Établissements hospitaliers
- **Concept** : Dispositifs d'audit et d'évaluation
- **Contexte** : Gouvernance, qualité des soins et performance

La question centrale est la suivante :

Quels sont les mécanismes, modalités et effets des dispositifs d'audit et d'évaluation sur la gouvernance, la qualité des soins et la performance des établissements hospitaliers ?

Cette orientation méthodologique permet également de mieux appréhender les mécanismes de redevabilité et les architectures de gouvernance hospitalière mis en évidence dans les revues récentes consacrées à la gouvernance organisationnelle hospitalière.

Cette formulation permet d'articuler explicitement les dimensions analytiques issues du cadre théorique, en reliant dispositifs, mécanismes et effets organisationnels dans une perspective intégrée.

3.2. Stratégie de recherche et sources documentaires

Une recherche documentaire systématique a été réalisée dans les bases de données scientifiques internationales suivantes :

- Scopus
- Web of Science
- PubMed

Cette recherche a été complétée par une recherche manuelle via Google Scholar, mobilisé comme outil de repérage d'articles potentiellement non captés par les bases principales et de suivi des citations. Par ailleurs, une recherche ciblée de littérature grise institutionnelle a été conduite afin d'identifier les référentiels normatifs utiles à l'interprétation des dispositifs d'audit, de qualité et de gouvernance hospitalière.

La littérature grise a été sélectionnée de manière ciblée en fonction de sa pertinence normative et institutionnelle pour le champ de l'audit, de la qualité et de la gouvernance hospitalière. Les documents retenus proviennent d'organisations internationales reconnues et ont été mobilisés exclusivement comme cadres de référence pour l'interprétation et la contextualisation des résultats empiriques, sans être intégrés au décompte des 30 études incluses dans l'analyse thématique.

La période de recherche couvre les publications entre 2010 et 2025, permettant de capturer l'évolution contemporaine des pratiques d'audit hospitalier et l'émergence des approches numériques de pilotage.

Les équations de recherche ont été construites à partir des mots-clés suivants :

- *Internal audit*
- *Clinical audit*
- *Hospital governance*
- *Quality of care*
- *Healthcare performance*
- *Business intelligence*
- *Audit feedback*
- *Peer audit*

Ces mots-clés ont été combinés à l'aide d'opérateurs booléens (AND, OR) afin d'optimiser la sensibilité et la spécificité de la recherche documentaire.

Les équations de recherche suivantes ont été utilisées dans les bases de données :

Scopus / Web of Science: ("internal audit" OR "clinical audit" OR "peer audit" OR "audit feedback") AND ("hospital" OR "healthcare organization") AND ("governance" OR "quality of care" OR "patient safety" OR "organizational performance" OR "business intelligence")

PubMed: ("audit"[MeSH] OR "clinical audit" OR "audit and feedback") AND ("hospital administration"[MeSH] OR "hospitals"[MeSH]) AND ("quality of health care"[MeSH] OR "organizational performance" OR "governance").

La littérature grise mobilisée comprend des normes, référentiels et rapports institutionnels relatifs à l'audit, au contrôle interne, à la qualité, à l'accréditation et à la gouvernance hospitalière. Ces sources proviennent d'organisations internationales et d'autorités reconnues, notamment l'Institute of Internal Auditors, le Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Haute Autorité de Santé, la Joint Commission International, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la Banque mondiale. Ces références ont été mobilisées exclusivement comme cadres normatifs et analytiques, et non comme sources empiriques, afin d'éclairer les standards internationaux en matière de gouvernance, de qualité des soins et de pilotage des organisations de santé. Ces documents ont été retenus pour leur rôle structurant dans la formalisation des standards d'audit, de qualité et de gouvernance.

3.3. Critères d'éligibilité

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- Articles scientifiques indexés (Scopus, WoS, PubMed)
- Études portant sur l'audit clinique, l'audit interne organisationnel, les dispositifs qualité et d'accréditation, l'*audit et feedback*, l'audit entre pairs et les dispositifs numériques de pilotage
- Lien explicite avec la gouvernance, la qualité et la sécurité des soins, ou la performance hospitalière
- Publications en langue anglaise
- Période : 2010–2025

Les critères d'exclusion concernent :

- Les études hors contexte hospitalier
- Les articles non scientifiques

- L'absence de texte intégral
- L'absence de lien direct avec les dispositifs d'audit ou d'évaluation

La restriction aux publications en langue anglaise se justifie par la prédominance de la littérature scientifique indexée sur l'audit hospitalier dans les bases Scopus, Web of Science et PubMed. Toutefois, ce choix peut introduire un biais linguistique susceptible de sous-représenter certains travaux francophones portant sur les systèmes hospitaliers publics des pays émergents, notamment le Maroc.

L'application de ces critères vise à garantir la pertinence scientifique, la comparabilité des études et la cohérence analytique du corpus retenu.

3.4. Processus de sélection et synthèse des études

Les références identifiées ont été importées dans Zotero afin d'assurer le dédoublement, l'organisation du corpus documentaire et le suivi des différentes étapes du processus de sélection. Cet outil a également permis de tracer les décisions prises à chaque étape du screening, depuis l'examen des titres et résumés jusqu'à l'évaluation des textes intégraux.

Afin de renforcer la fiabilité du processus de sélection, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les études retenues ont fait l'objet d'échanges et de validations entre les auteurs au cours des différentes étapes de sélection.

Le processus de sélection s'est déroulé selon les étapes du PRISMA-ScR :

1. Lecture des titres et résumés
2. Évaluation de l'éligibilité en texte intégral
3. Inclusion des études dans la synthèse finale

Chaque étape a été conduite de manière systématique afin de limiter les biais de sélection et d'assurer la transparence du processus décisionnel.

Au total, 30 articles ont été retenus pour l'analyse finale.

Le processus détaillé est présenté à travers un diagramme PRISMA, permettant de visualiser les flux de sélection et de renforcer la lisibilité méthodologique de l'étude.

Tableau 1 : Processus de sélection des études selon PRISMA

Étapes du processus	Nombre d'articles
Références identifiées dans Scopus	113
Références identifiées dans Web of Science	31
Références identifiées dans PubMed	17
Références identifiées via bases de données	161
Références supplémentaires (autres sources)	9
Total des références avant dédoublement	170
Doublons supprimés	70
Références après dédoublement	100
Références exclues après lecture des titres et résumés	58
Articles évalués en texte intégral	42
Articles exclus après lecture intégrale	12
Études incluses dans la synthèse finale	30

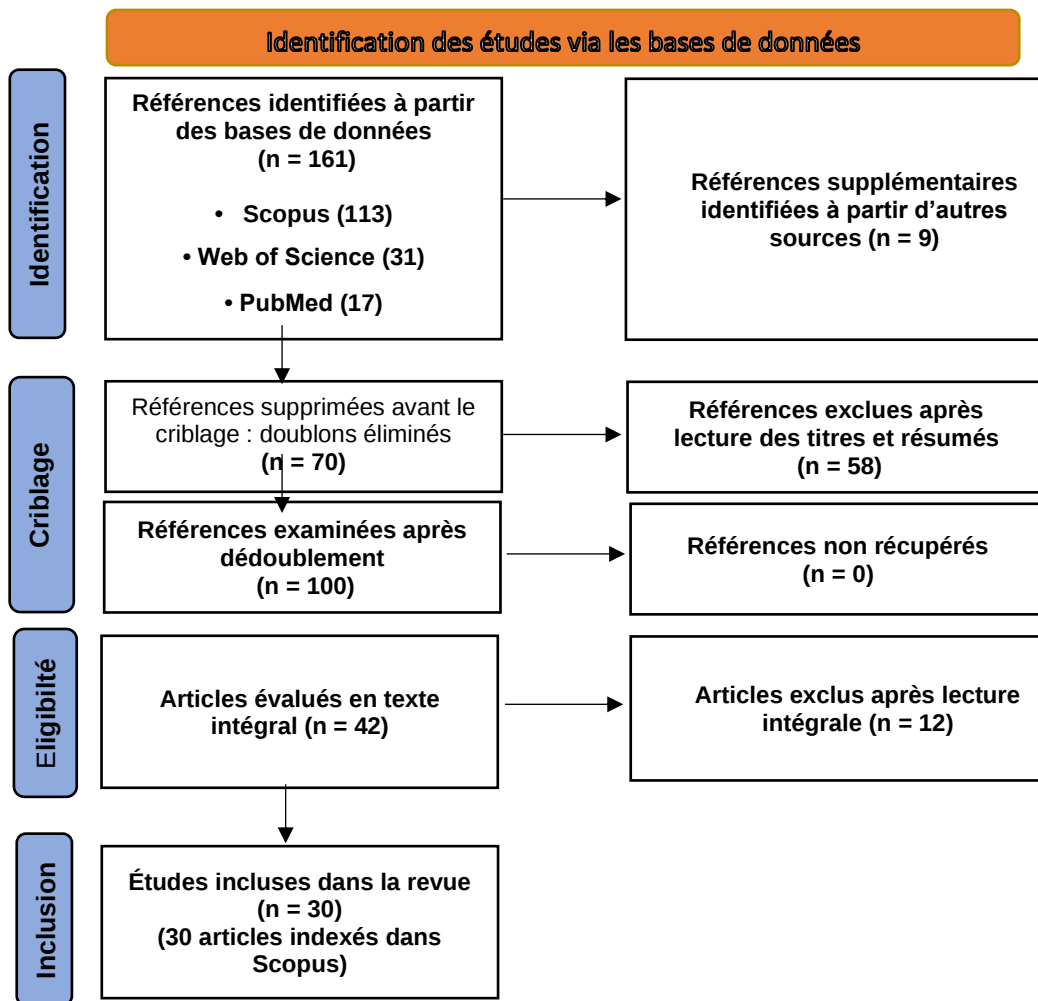
Source : Auteurs

L'analyse thématique a été conduite manuellement selon une démarche inductive et itérative. Une grille d'extraction standardisée a été appliquée à chaque étude afin de recueillir les informations relatives aux dispositifs d'audit, aux contextes hospitaliers, aux mécanismes d'impact et aux effets organisationnels observés. Les catégories initiales de codage ont ensuite été progressivement regroupées et affinées au fil des lectures, conduisant à l'élaboration d'une typologie finale

structurée autour de six catégories complémentaires : audit clinique, audit interne organisationnel, dispositifs qualité et accréditation, *audit et feedback*, audit entre pairs, et dispositifs numériques fondés sur la Business Intelligence et la gouvernance des données.

Le diagramme de flux ci-dessous représente visuellement ce processus, conformément aux exigences du PRISMA-ScR, depuis les 170 références initiales jusqu'aux 30 études retenues pour l'analyse finale.

Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA-ScR -Processus de sélection des études



Source : Auteurs

3.5. Extraction des données

Les données ont été extraites à l'aide d'une grille standardisée, permettant de collecter :

- Informations bibliographiques
- Type d'étude et Méthodologie
- Type de dispositif d'audit
- Résultats clés
- Mécanismes identifiés
- Contributions théoriques

Une grille d'extraction standardisée a été mobilisée afin de structurer la collecte des données et d'alimenter les tableaux de synthèse analytique relatifs à la description du corpus et à la typologie des dispositifs d'audit et d'évaluation.

Cette grille a été conçue de manière à garantir l'homogénéité des informations collectées et à faciliter les comparaisons inter-études.

Une attention particulière a été accordée à la requalification conceptuelle des travaux portant sur la gouvernance hospitalière, afin de renforcer l'analyse des mécanismes de gouvernance, de redevabilité et de performance institutionnelle.

3.6. Analyse des données

L'analyse repose sur une analyse thématique qualitative visant à :

- Identifier les concepts récurrents;
- Construire une typologie structurée en six catégories ;
- Analyser les effets des dispositifs sur la gouvernance, la qualité des soins et la performance organisationnelle ;
- Développer un modèle intégrateur des mécanismes d'impact ;
- Intégrer les dimensions de gouvernance, de redevabilité hospitalière et de pilotage stratégique.

Cette approche permet de produire une synthèse structurée, interprétative et systémique des résultats issus de la littérature.

L'analyse a été conduite selon une logique inductive, itérative et comparative, permettant de faire émerger progressivement les catégories analytiques à partir du corpus, tout en les confrontant de manière systématique aux cadres théoriques mobilisés.

Cette articulation entre analyse empirique et ancrage théorique renforce la validité interne de l'étude et permet de produire une interprétation systémique, robuste et intégrée des mécanismes d'impact identifiés.

4. Résultats

4.1. Description du corpus des études

L'analyse finale repose sur un corpus de 30 articles scientifiques sélectionnés conformément au processus méthodologique PRISMA. Ce corpus reflète un champ de recherche en pleine évolution, centré sur les dispositifs d'audit et d'évaluation dans les établissements hospitaliers, en lien avec les enjeux de gouvernance, de qualité des soins et de performance organisationnelle (Hanskamp-Sebregts et al., 2020; Hut-Mossel et al., 2021).

Sur le plan temporel, les études analysées couvrent une période s'étendant de 2010 à 2025, avec une concentration significative des publications au cours de la dernière décennie. Cette dynamique reflète un intérêt croissant pour les mécanismes d'audit dans les systèmes de santé, en réponse aux exigences accrues de transparence, de redevabilité et d'amélioration continue des pratiques hospitalières (Antonacci et al., 2023; Foy et al., 2020).

D'un point de vue géographique, les études recensées proviennent majoritairement de contextes européens et anglo-saxons, tandis que les pays émergents demeurent faiblement représentés, avec seulement quelques travaux portant explicitement sur des contextes à ressources limitées, notamment au Malawi et au Pakistan. Ce déséquilibre du corpus peut limiter la transférabilité directe des résultats aux systèmes hospitaliers publics en transformation, en particulier dans les contextes africains et moyen-orientaux caractérisés par des contraintes organisationnelles,

institutionnelles et technologiques spécifiques (Hut-Mossel et al., 2021; Kitsios & Kapetaneas, 2022; Moyo et al., 2024).

Sur le plan méthodologique, le corpus se caractérise par une hétérogénéité des approches, comprenant des études quantitatives, qualitatives, mixtes ainsi que des revues de littérature. Les études empiriques occupent une place dominante, ce qui témoigne d'un intérêt marqué pour l'évaluation concrète des dispositifs d'audit et de leurs effets sur les organisations hospitalières, notamment en termes de qualité des soins, de sécurité des patients, de performance et de gouvernance fondée sur les données (Hut-Mossel et al., 2021; Kitsios & Kapetaneas, 2022; Van Gelderen et al., 2018).

L'analyse met également en évidence une diversité des dispositifs d'audit étudiés. Une classification du corpus permet désormais d'identifier six grandes catégories : l'audit clinique, l'audit interne organisationnel, les audits qualité liés aux démarches d'accréditation, les dispositifs d'audit et de feedback, les audits entre pairs / croisés, ainsi que les dispositifs numériques de *Business Intelligence* et de pilotage par la donnée.

Cette évolution témoigne d'un élargissement progressif du rôle de l'audit hospitalier, passant d'un outil centré sur les pratiques cliniques à un écosystème intégré de gouvernance, d'apprentissage organisationnel et de pilotage digital de la performance (Ivers et al., 2012; Kitsios & Kapetaneas, 2022; Martin et al., 2023).

Tableau 2 : Description du corpus étudié

Dimension	Résultats du corpus	Références illustratives
Nombre total d'articles	30 études scientifiques indexées + littérature grise structurante	Corpus PRISMA-ScR finalisé ; référentiels IIA, COSO, WHO, HAS, JCI, OCDE
Période couverte	2010–2025	Specchia et al. (2010) ; Bernardino & Pinto Bernardino (2025)
Zones géographiques	Europe (dominante), Afrique, Asie, systèmes internationaux comparés — faible représentation des pays émergents (Malawi, Pakistan)	Moyo et al. (2024) ; Waris et al. (2025) ; Kitsios & Kapetaneas (2022)
Méthodologies dominantes	Quantitatives, qualitatives, mixtes, scoping reviews, realist reviews, revues systématiques — prédominance des études empiriques qualitatives	Van Gelderen et al. (2018) ; Hut-Mossel et al. (2021) ; Bernardino & Bernardino (2025)
Niveaux d'analyse	Micro (pratiques cliniques) ; Méso (coordination interservices) ; Macro (gouvernance stratégique)	Martin et al. (2023)
Déséquilibres du corpus	Surreprésentation des systèmes à hauts revenus (Europe, Royaume-Uni) ; faible présence des pays émergents → implications pour la transférabilité des résultats	Moyo et al. (2024) ; Hut-Mossel et al. (2021)
Orientation dominante	Gouvernance, qualité des soins, sécurité des patients, performance et pilotage fondé sur les données	Jalilvand et al. (2024) ; Martin et al. (2023) ; Kitsios & Kapetaneas (2022)

Source : Auteurs

Le Tableau 2 met en évidence un corpus scientifiquement diversifié, couvrant plusieurs contextes géographiques, méthodologies et niveaux d'analyse. Cette diversité confirme le caractère multidimensionnel des dispositifs d'audit et d'évaluation hospitaliers et justifie la construction, dans la section suivante, d'une typologie analytique structurée des mécanismes identifiés dans la littérature.

4.2. Typologie des dispositifs d'audit et d'évaluation

L'analyse du corpus met en évidence une typologie structurée et évolutive des dispositifs d'audit

et d'évaluation mobilisés dans les établissements hospitaliers. À partir des 30 études retenues, six grandes catégories ont pu être distinguées : l'audit clinique, l'audit interne organisationnel, les audits qualité liés aux démarches de certification et d'accréditation, les dispositifs d'audit et de feedback, les approches collaboratives d'audit entre pairs ou croisés, ainsi que les dispositifs numériques d'audit et de pilotage fondés sur la *Business Intelligence* et la gouvernance des données (Bernardino & Pinto Bernardino, 2025; Kitsios & Kapetaneas, 2022; Mabru et al., 2024; Van Gelderen et al., 2018) Cette typologie est également consolidée par les standards internationaux d'accréditation hospitalière de (Joint Commission International, 2021), qui renforcent les dimensions de qualité, de sécurité des soins et de conformité organisationnelle.

Si ces six catégories forment un ensemble cohérent, leurs frontières analytiques méritent d'être précisées. L'audit clinique se distingue des dispositifs qualité et d'accréditation par son ancrage direct dans les pratiques professionnelles et la sécurité des patients, tandis que les démarches qualité et de certification portent davantage sur la conformité aux standards externes et les mécanismes de certification organisationnelle. De même, l'audit interne organisationnel se différencie des dispositifs numériques fondés sur la gouvernance par la donnée par sa fonction de contrôle interne, de maîtrise des risques et de redevabilité, alors que les dispositifs numériques s'inscrivent principalement dans une logique de pilotage stratégique et d'aide à la décision en temps réel.

La première catégorie, l'audit clinique, constitue la forme historiquement la plus visible dans le corpus. Elle regroupe les dispositifs directement orientés vers l'amélioration des pratiques professionnelles, la conformité aux recommandations cliniques, la sécurité des patients et la qualité des soins (Bernardino & Pinto Bernardino, 2025; Gude et al., 2019; Waris et al., 2025). Cette catégorie s'inscrit dans les cadres normatifs internationaux portés notamment par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Haute Autorité de Santé et la Joint Commission International, qui définissent les standards de qualité, de sécurité des soins et d'évaluation des pratiques. Ces référentiels constituent des cadres de structuration, dont les effets sont analysés et validés dans la littérature empirique.

La deuxième catégorie correspond à l'audit interne organisationnel, qui se distingue par son positionnement stratégique au sein des hôpitaux (Trouillard et al., 2022). Ces dispositifs portent sur la gouvernance, le contrôle interne, la gestion des risques, la conformité, la sécurité des patients, la résilience organisationnelle et le pilotage de la performance (Hanskamp-Sebregts et al., 2020; Ivers et al., 2012; Jalilvand et al., 2024). Son ancrage normatif repose directement sur les normes professionnelles de l'Institute of Internal Auditors (*Institute of Internal Auditors*, 2024) et sur le cadre intégré de contrôle interne du COSO, qui renforcent les dimensions de gouvernance, de maîtrise des risques et de redevabilité organisationnelle.

Cette catégorie est également enrichie par les travaux récents sur les structures de redevabilité hospitalière, qui mettent en évidence le rôle des circuits de reporting, de la clarification des responsabilités et des mécanismes de supervision dans le renforcement de la gouvernance stratégique et de la performance institutionnelle (Jalilvand et al., 2024).

La troisième catégorie regroupe les audits qualité et les démarches d'accréditation, souvent adossés à des standards externes tels que ISO 9001, ISO 15189 ou les référentiels de la JCI (Azzolini et al., 2019; Moyo et al., 2024; Trouillard et al., 2022). La littérature grise joue ici un rôle central à travers les normes ISO et les standards internationaux d'accréditation, qui structurent la standardisation des processus, la réduction des non-conformités et la traçabilité documentaire.

La quatrième catégorie concerne les dispositifs d'audit et de feedback, centrés sur la restitution structurée des résultats aux équipes cliniques et au management. Leur efficacité dépend largement

de la qualité du feedback, du choix des comparateurs, de la fréquence de restitution et de la capacité des acteurs à s'approprier les résultats dans des dynamiques d'apprentissage organisationnel et de changement comportemental (Antonacci et al., 2023; Foy et al., 2020; Taylor et al., 2016). Cette logique est explicitement confortée par les orientations de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et de la Banque mondiale, qui mettent l'accent sur le benchmarking, la redevabilité et l'usage des indicateurs comme leviers de transformation des organisations publiques de santé.

La cinquième catégorie met en évidence l'émergence des approches collaboratives, notamment l'audit entre pairs et l'audit croisé. Ces formes renforcent l'objectivité des évaluations, facilitent l'adhésion des professionnels, stimulent l'apprentissage collectif et favorisent une amélioration continue moins perçue comme coercitive (Fridrich et al., 2022; Mabru et al., 2024). Elles trouvent un prolongement naturel dans les guides méthodologiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatifs à l'évaluation par les pairs, qui valorisent les démarches participatives et l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

Enfin, une sixième catégorie, particulièrement saillante dans le corpus, concerne les dispositifs numériques d'audit et d'évaluation. Ceux-ci mobilisent les systèmes de *Business Intelligence*, les tableaux de bord, les infrastructures de la gouvernance des données, les systèmes d'information intégrés et les comparateurs analytiques pour soutenir le pilotage stratégique, la qualité décisionnelle et l'amélioration continue de la performance hospitalière (Kitsios & Kapetaneas, 2022; McVey et al., 2021), avec un prolongement vers les tableaux de bord stratégiques et la gouvernance de la qualité au niveau des instances décisionnelles (Martin et al., 2023). Cette catégorie s'inscrit explicitement dans les cadres récents de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de santé numérique et dans les orientations de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) relatives à la gouvernance des données, traduisant une mutation du champ vers une gouvernance hospitalière fondée sur la donnée et un pilotage en temps réel.

Cette typologie est également appuyée par les référentiels internationaux de l'IIA en audit interne (Institute of Internal Auditors, 2024) et par les standards d'accréditation hospitalière de la JCI, qui renforcent respectivement les dimensions de création de valeur, de qualité et de sécurité des soins.

Tableau 3 : Typologie des dispositifs d'audit hospitalier

Type de dispositif	Objectif principal	Niveau d'analyse	Effets organisationnels	Cadres normatifs	Références clés
Audit clinique	Améliorer les pratiques professionnelles et la sécurité des patients	Micro	Qualité des soins ; sécurité ; réduction des écarts de pratiques ; standardisation des protocoles	WHO ; HAS ; JCI	Bernardino & Pinto Bernardino (2025) ; Waris et al. (2025) ; Gude et al. (2019)
Audit interne organisationnel	Gouvernance, contrôle interne et gestion des risques	Méso / Macro	Pilotage stratégique ; redevabilité ; maîtrise des risques ; performance institutionnelle	IIA ; COSO ; OECD	Van Gelderen et al. (2018) ; Hanskamp-Sebregts et al. (2020) ; Jalilvand et al. (2024)
Audit qualité / Accréditation	Standardisation et conformité aux normes externes	Méso	Certification ; conformité documentaire ; réduction des non-conformités ; fiabilité des processus	ISO 9001 ; ISO 15189 ; JCI	Trouillard et al. (2022) ; Moyo et al. (2024) ; Azzolini et al. (2019)

Audit et feedback	Apprentissage organisationnel et amélioration continue	Micro / Méso	Amélioration continue ; changement des pratiques professionnelles ; benchmarking	OECD ; Banque mondiale	Taylor et al. (2016) ; Foy et al. (2020) ; Antonacci et al. (2023)
Audit collaboratif / entre pairs	Apprentissage collectif et implication des professionnels	Micro / Méso	Engagement des équipes ; amélioration participative ; diffusion des bonnes pratiques	HAS (évaluation par les pairs)	Mabru et al. (2024) ; Fridrich et al. (2022)
Digitalisation / Business Intelligence	Pilotage stratégique fondé sur la donnée	Macro	Décision en temps réel ; gouvernance fondée sur la donnée ; benchmarking stratégique ; tableaux de bord	WHO (santé numérique) ; OECD	McVey et al. (2021) ; Kitsios & Kapetaneas (2022) ; Martin et al. (2023)

Source : Auteurs

Le Tableau 3 met en évidence une typologie analytique intégrée des dispositifs d'audit et d'évaluation hospitaliers, structurée autour de six catégories complémentaires couvrant un continuum allant de l'amélioration des pratiques cliniques à la gouvernance stratégique fondée sur la donnée. L'intégration explicite des travaux récents sur les structures de redevabilité hospitalière et les indicateurs de benchmarking de l'audit interne organisationnel renforce la robustesse conceptuelle de cette typologie et met en évidence l'évolution du champ vers des formes hybrides articulant audit, apprentissage collectif, gouvernance et pilotage fondé sur la donnée.

4.3. Effets des dispositifs d'audit et d'évaluation sur la gouvernance, la qualité et la performance hospitalière

L'analyse transversale du corpus montre que les dispositifs d'audit et d'évaluation produisent des effets multidimensionnels qui dépassent largement la simple vérification de conformité. Les résultats convergent vers quatre registres d'impact majeurs : le renforcement de la gouvernance hospitalière, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'optimisation de la performance organisationnelle, ainsi que le développement de dynamiques d'apprentissage et de transformation organisationnelle. Ces effets s'observent à différents niveaux, micro, méso et macro, et se renforcent mutuellement dans une logique systémique.

Un premier effet majeur concerne le renforcement des mécanismes de gouvernance hospitalière. Les dispositifs d'audit interne organisationnel, d'audit clinique et, plus récemment, les systèmes de *Business Intelligence* contribuent à améliorer la transparence, la redevabilité et la qualité de la décision au sein des établissements de santé (Hanskamp-Sebregts et al., 2020; Kitsios & Kapetaneas, 2022; Van Gelderen et al., 2018). À l'échelle stratégique, ces dispositifs renforcent la capacité des instances dirigeantes à superviser les risques, à suivre les indicateurs de performance, à arbitrer les priorités et à orienter les ressources selon des logiques de valeur. L'intégration croissante des tableaux de bord décisionnels et des outils de gouvernance par la donnée prolonge cette dynamique en facilitant un suivi en temps réel des dimensions critiques de qualité, de sécurité et d'efficacité, y compris au niveau des conseils et comités de gouvernance (Martin et al., 2023). Les normes de l'Institute of Internal Auditors (Institute of Internal Auditors, 2024), le cadre du COSO et les orientations de l'OECD sur la redevabilité publique confirment cette lecture en positionnant l'audit comme un levier structurant de gouvernance intégrée.

Cette perspective est prolongée par les travaux récents de (Hanskamp-Sebregts et al., 2020; Jalilvand et al., 2024), qui montrent que la performance hospitalière dépend fortement de la clarté

des structures de redevabilité et de la formalisation des mécanismes de gouvernance. Les auteurs soulignent que la redevabilité organisationnelle favorise une meilleure transparence des responsabilités, une coordination accrue entre les parties prenantes et un pilotage plus efficace de la qualité et de la sécurité des soins. Cette structuration améliore la capacité des établissements à aligner les décisions stratégiques avec les objectifs de performance institutionnelle et de qualité clinique (Jalilvand et al., 2024).

Un deuxième effet significatif porte sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les audits cliniques, les démarches qualité et les audits de conformité aux référentiels externes favorisent la réduction des écarts de pratiques, la standardisation des processus, la diminution des événements indésirables et le renforcement de la sécurité des parcours patients (Bernardino & Pinto Bernardino, 2025; Trouillard et al., 2022; Waris et al., 2025).

Les cadres normatifs internationaux, notamment ceux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Joint Commission International, contribuent à structurer les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Leurs effets transformationnels sont toutefois mis en évidence par les études empiriques, qui analysent leur mise en œuvre dans des contextes organisationnels spécifiques.

Par ailleurs, le corpus met en évidence des effets directs sur la performance organisationnelle. Les dispositifs d'audit et de feedback, les systèmes de benchmarking et les outils numériques d'aide à la décision contribuent à améliorer l'efficacité des processus, la coordination interservices, la rapidité des prises de décision et la maîtrise des ressources (Foy et al., 2020; McVey et al., 2021; Taylor et al., 2016). Dans cette perspective, la transformation des données issues des dispositifs d'audit en informations décisionnelles exploitables apparaît comme un levier majeur d'optimisation de la performance hospitalière, en contribuant à l'efficacité des processus, à la coordination interservices et à la maîtrise des ressources. Les cadres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), de la Banque mondiale ainsi que les orientations récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière de santé numérique renforcent cette lecture orientée vers la performance publique et la décision fondée sur la donnée. Enfin, le dernier registre d'impact identifié concerne le développement de dynamiques d'apprentissage et de transformation organisationnelle. Les dispositifs d'audit collaboratif, d'audit entre pairs et d'*audit et feedback* favorisent l'appropriation des résultats par les professionnels, la réflexivité collective, la diffusion des bonnes pratiques et la construction d'une culture apprenante (Antonacci et al., 2023; Fridrich et al., 2022; Mabru et al., 2024). Ce mouvement est renforcé par les démarches participatives promues par l'intégration croissante des outils numériques, qui accélèrent la circulation de l'information, le retour d'expérience et l'apprentissage en continu. Ainsi, les dispositifs d'audit apparaissent non seulement comme des mécanismes de contrôle, mais comme de véritables leviers de transformation organisationnelle et d'innovation hospitalière.

L'analyse du corpus montre également que ces effets ne doivent pas être appréhendés de manière isolée, mais comme les composantes d'un système d'amélioration intégré, dans lequel les dimensions de gouvernance, de qualité, de performance et d'apprentissage s'alimentent mutuellement. Ainsi, un renforcement de la gouvernance par l'audit interne et les tableaux de bord stratégiques améliore simultanément la capacité des établissements à sécuriser les parcours de soins, à prioriser les investissements et à arbitrer les ressources critiques. À l'inverse, les gains obtenus sur la qualité et la sécurité des soins, notamment à travers l'audit clinique et les démarches d'accréditation, rétroagissent positivement sur la performance globale en réduisant les coûts de non-qualité, les événements indésirables et les défaillances de coordination.

Cette interdépendance met en évidence une dynamique de rétroaction positive dans laquelle les dispositifs d'audit produisent des données, ces données alimentent les mécanismes de gouvernance

et de pilotage, lesquels orientent à leur tour les actions d'amélioration continue et les apprentissages collectifs. Les systèmes de *Business Intelligence*, les tableaux de bord et les infrastructures de gouvernance des données jouent ici un rôle charnière, en transformant les informations issues des audits en leviers d'aide à la décision, de benchmarking interne et de projection stratégique (Kitsios & Kapetaneas, 2022; Martin et al., 2023). Cette dynamique s'inscrit dans les orientations récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relatives à la santé numérique et dans les recommandations de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur la gouvernance des données, qui soulignent le rôle des architectures informationnelles dans la modernisation des organisations publiques de santé.

Le corpus met enfin en évidence que l'efficacité des dispositifs d'audit dépend fortement de facteurs contextuels et organisationnels, notamment la qualité du leadership, l'engagement du management, la maturité des systèmes d'information, la disponibilité des ressources et la capacité des professionnels à s'approprier les résultats. Ces éléments conditionnent la transformation effective des constats d'audit en dynamiques durables d'apprentissage, de coordination et d'amélioration continue (Abdelrahim & Al-Malkawi, 2022; Hut-Mossel et al., 2021).

4.4. Proposition d'un modèle intégrateur des mécanismes d'impact des dispositifs d'audit et d'évaluation

Au regard des résultats issus de la typologie des dispositifs et de l'analyse de leurs effets sur la gouvernance, la qualité et la performance hospitalière, il apparaît possible de proposer un modèle intégrateur des mécanismes d'impact. Ce modèle vise à expliciter la manière dont les dispositifs d'audit et d'évaluation s'insèrent dans le système hospitalier en produisant des effets interdépendants, progressifs et cumulatifs, selon une logique de gouvernance fondée sur la donnée, l'apprentissage et l'amélioration continue (Hut-Mossel et al., 2021; Kitsios & Kapetaneas, 2022; Martin et al., 2023).

Le modèle repose sur une chaîne de transformation en quatre niveaux.

Niveau 1- Intrants organisationnels : Dispositifs et infrastructures de pilotage

Le premier niveau correspond aux dispositifs mobilisés par les établissements de santé, incluant l'audit interne, l'audit clinique, les audits entre pairs, les démarches d'accréditation, les tableaux de bord et les infrastructures de *Business Intelligence*. Les travaux de (Van Gelderen et al., 2018), (Hanskamp-Sebregts et al., 2020) et (Bernardino & Pinto Bernardino, 2025) montrent que ces dispositifs constituent des intrants structurants de gouvernance et de sécurité des soins, tandis que les systèmes de BI prolongent cette architecture au niveau du pilotage stratégique (Kitsios & Kapetaneas, 2022).

Niveau 2 - Mécanismes intermédiaires : Production, circulation et interprétation des données

Le deuxième niveau correspond aux mécanismes médiateurs activés par les dispositifs : collecte des constats, production d'indicateurs, *audit et feedback*, benchmarking, tableaux de bord, scoring, traçabilité des écarts et circulation des données entre les niveaux cliniques, administratifs et stratégiques. Cette logique est particulièrement étayée par les travaux de (Antonacci et al., 2023; Gude et al., 2019; McVey et al., 2021; Taylor et al., 2016), qui montrent que la valeur de l'audit dépend de la qualité du feedback, de la structuration des comparateurs et de l'appropriation organisationnelle des données.

Niveau 3- Effets organisationnels : gouvernance, qualité, performance, apprentissage

Le troisième niveau regroupe les effets organisationnels majeurs identifiés dans le corpus : amélioration de la gouvernance hospitalière, sécurisation de la qualité et de la sécurité des soins,

optimisation de la performance organisationnelle et développement d'une culture d'apprentissage. Les travaux de (Azzolini et al., 2019; Fridrich et al., 2022; Hanskamp-Sebregts et al., 2020; Mabru et al., 2024) montrent que ces effets résultent de la transformation des constats d'audit en actions correctives, apprentissages collectifs et routines d'amélioration continue.

À ce niveau, la structuration des mécanismes de redevabilité hospitalière apparaît comme un levier transversal renforçant la cohérence entre gouvernance, qualité des soins et performance institutionnelle. La formalisation des responsabilités, des circuits de reporting et des mécanismes de supervision contribue à stabiliser les effets organisationnels et à soutenir la transformation durable des établissements de santé (Jalilvand et al., 2024).

Niveau 4 - Résultats stratégiques : résilience et performance durable

Le quatrième niveau représente les résultats stratégiques finaux, à savoir la résilience organisationnelle, la maturité de gouvernance, la sécurisation des parcours de soins, la performance durable et la capacité d'adaptation du système hospitalier. Cette lecture rejoint les apports de (Kruk et al., 2015) sur la préparation aux crises, de (Specchia et al., 2010) sur la gouvernance clinique et (Abdelrahim & Al-Malkawi, 2022) sur les facteurs systémiques d'efficacité de l'audit interne.

Si ce modèle intégrateur constitue une contribution conceptuelle originale, il convient d'en préciser les hypothèses sous-jacentes et les limites. Le modèle repose sur l'hypothèse selon laquelle les différents niveaux du processus, intrants organisationnels, mécanismes intermédiaires, effets organisationnels et résultats stratégiques, s'articulent de manière cohérente et progressive, ce qui suppose un certain degré de maturité organisationnelle et informationnelle. Sa pertinence apparaît ainsi plus forte dans les établissements disposant d'infrastructures numériques développées, d'un leadership engagé et d'une culture d'apprentissage établie. Dans des contextes à ressources limitées, notamment au sein des systèmes hospitaliers publics des pays émergents, certains mécanismes du modèle peuvent demeurer partiellement activés, limitant la pleine réalisation des dynamiques d'amélioration continue décrites.

Tableau 4 : Correspondance entre niveaux du modèle intégrateur et cadres théoriques

Niveau du modèle	Contenu principal	Cadres théoriques mobilisés	Références illustratives
Niveau 1: Intrants organisationnels	Dispositifs mobilisés : audit interne, audit clinique, accréditation, tableaux de bord, BI	Théorie de l'agence ; approche socio-technique	Van Gelderen et al. (2018) ; Hanskamp-Sebregts et al. (2020) ; Bernardino & Pinto Bernardino (2025) ; Kitsios & Kapetaneas (2022)
Niveau 2: Mécanismes intermédiaires	Collecte des constats, production d'indicateurs, feedback, benchmarking, traçabilité, circulation des données	Apprentissage organisationnel ; théorie réaliste	Antonacci et al. (2023) ; Taylor et al. (2016) ; Gude et al. (2019) ; McVey et al. (2021)
Niveau 3 : Effets organisationnels	Gouvernance hospitalière, qualité et sécurité des soins, performance organisationnelle, culture d'apprentissage	Théorie de l'agence ; apprentissage organisationnel ; théorie réaliste	Fridrich et al. (2022) ; Azzolini et al. (2019) ; Mabru et al. (2024) ; Jalilvand et al. (2024)
Niveau 4: Résultats stratégiques	Résilience organisationnelle, maturité de gouvernance, performance durable, capacité d'adaptation du système hospitalier	Approche socio-technique ; gouvernance par la donnée ; théorie réaliste	Kruk et al. (2015) ; Specchia et al. (2010); Martin et al. (2023); Abdelrahim & Al-Malkawi (2022)

Source : Auteurs

L'apport central de ce modèle réside dans la mise en évidence d'une boucle récursive d'amélioration continue, dans laquelle les résultats produits par les audits réinjectent de nouvelles

données dans le système de gouvernance, renforçant ainsi la capacité des établissements à ajuster leurs pratiques, à apprendre collectivement et à orienter leurs décisions sur la base de preuves. Cette logique de circularité est cohérente avec les approches réalistes de (Hut-Mossel et al., 2021) et les modèles de gouvernance fondée sur les données de (Martin et al., 2023).

Ainsi, le modèle proposé dépasse une vision instrumentale de l'audit réduite à la conformité, pour le repositionner comme un mécanisme systémique de gouvernance adaptative, de pilotage par la donnée et de transformation organisationnelle, particulièrement pertinent pour la modélisation future d'un cadre intégré appliqué aux systèmes hospitaliers publics en transformation appliquée au système hospitalier marocain.

Au-delà de la description des catégories de dispositifs, de leurs effets multidimensionnels et du modèle intégrateur proposé, les résultats de cette revue de portée mettent en évidence une transformation profonde du rôle de l'audit et des mécanismes d'évaluation dans les organisations hospitalières. Cette évolution appelle une mise en perspective théorique et comparative permettant d'interpréter les convergences observées dans le corpus, d'explicitier les mécanismes explicatifs sous-jacents et de situer la contribution originale de cette étude au regard des travaux internationaux sur la gouvernance clinique, l'apprentissage organisationnel et le pilotage par la donnée. La section suivante discute ainsi ces résultats à la lumière des cadres conceptuels mobilisables et des enjeux contemporains de transformation des systèmes hospitaliers.

5. Discussion

5.1. De l'audit de conformité à une architecture intégrée de gouvernance

Les résultats de cette revue de portée montrent que les dispositifs d'audit et d'évaluation hospitaliers évoluent progressivement d'une logique de contrôle et de conformité vers une architecture intégrée de gouvernance, d'apprentissage organisationnel et de pilotage fondé sur la donnée. L'analyse met en évidence que les différentes formes d'audit, audit clinique, audit interne organisationnel, dispositifs qualité, *audit et feedback*, audit collaboratif et systèmes de *Business Intelligence*, interagissent désormais au sein d'un écosystème organisationnel multidimensionnel orienté vers la qualité des soins, la performance et la résilience hospitalière.

Au-delà de la diversité des dispositifs identifiés, l'analyse met en évidence que leur contribution principale réside dans leur capacité à structurer des mécanismes de gouvernance multi-niveaux, articulant les dimensions cliniques, organisationnelles et stratégiques. Cette dynamique peut être interprétée à la lumière de la théorie de l'agence, dans la mesure où les dispositifs d'audit participent à la réduction des asymétries informationnelles entre les différents niveaux de décision. En rendant visibles les écarts entre pratiques, standards et résultats, ils renforcent la transparence, la redevabilité et la qualité de la prise de décision (Jalilvand et al., 2024; Van Gelderen et al., 2018). Dans cette perspective, les dispositifs d'audit apparaissent comme des infrastructures informationnelles de gouvernance. Leur rôle ne se limite pas à la vérification ex post, mais s'inscrit dans une logique de production, de structuration et de diffusion de l'information stratégique. Cette évolution est particulièrement renforcée par l'intégration des systèmes de *Business Intelligence* et des tableaux de bord, qui permettent un pilotage en temps réel et favorisent une gouvernance fondée sur la donnée (Kitsios & Kapetaneas, 2022; Martin et al., 2023).

Cette transformation traduit un basculement d'un audit périodique vers un audit intégré et continu, déjà mis en évidence par les travaux de Martin et al. (2023) et de Kitsios & Kapetaneas (2022) sur la gouvernance fondée sur la donnée. Nos résultats convergent avec ces travaux en confirmant le rôle structurant des infrastructures informationnelles dans la décision stratégique, tout en les

prolongeant en montrant que cette évolution dépasse les seuls dispositifs numériques et concerne désormais l'ensemble des catégories de dispositifs d'audit identifiées dans la typologie proposée.

5.2. L'audit comme vecteur d'apprentissage organisationnel

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence que les dispositifs d'audit constituent des vecteurs d'apprentissage organisationnel. Les mécanismes d'*audit et feedback*, les approches collaboratives et les cycles de ré-audit favorisent la transformation des constats en apprentissages collectifs, en ajustements comportementaux et en routines d'amélioration continue (Fridrich et al., 2022; Taylor et al., 2016). Cette dynamique confirme l'apport de la théorie de l'apprentissage organisationnel, en soulignant la dimension cumulative et transformatrice des dispositifs d'audit.

Cependant, ces effets ne peuvent être considérés comme automatiques. Leur efficacité dépend fortement des conditions contextuelles et organisationnelles, notamment la qualité du leadership, la culture organisationnelle, la maturité des systèmes d'information et la capacité d'appropriation des résultats. Cette variabilité confirme la pertinence de la théorie réaliste, selon laquelle les effets des dispositifs dépendent de l'interaction entre mécanismes, acteurs et contextes (Hut-Mossel et al., 2021).

Dans cette perspective, les dispositifs d'audit apparaissent moins comme des outils standardisés que comme des mécanismes adaptatifs, dont l'efficacité repose sur leur alignement avec les spécificités organisationnelles. Cette observation invite à dépasser une vision universaliste de l'audit au profit de modèles contextualisés et intégrés.

Cette lecture rejoint les travaux de Hut-Mossel et al. (2021), qui montrent que les effets des dispositifs d'audit varient fortement selon les contextes organisationnels et les capacités d'appropriation locale. Nos résultats prolongent cette perspective en suggérant que les dispositifs d'audit fonctionnent moins comme des outils standardisés que comme des mécanismes adaptatifs, dont l'efficacité dépend de leur alignement avec les spécificités organisationnelles et les dynamiques d'apprentissage internes.

5.3. Hybridation des dispositifs et création de valeur organisationnelle

L'analyse met en évidence une dynamique d'hybridation des dispositifs, combinant audit clinique, audit interne organisationnel, accréditation, audit collaboratif et pilotage par la donnée.

Cette hybridation prolonge les observations de Martin et al. (2023) et de Mabru et al. (2024) sur l'intégration croissante des mécanismes de gouvernance, d'apprentissage et de pilotage numérique dans les organisations hospitalières. Nos résultats vont toutefois plus loin en montrant que cette convergence ne concerne pas uniquement les dispositifs numériques ou qualité, mais tend à restructurer l'ensemble de l'écosystème d'audit hospitalier autour d'une logique intégrée de création de valeur organisationnelle.

Ainsi, cette revue propose une lecture intégrative du passage d'un audit de conformité vers un audit créateur de valeur organisationnelle. La convergence entre *audit et feedback*, audit entre pairs, accréditation et *Business Intelligence* met en évidence une dynamique de transformation des routines professionnelles, de circulation des connaissances et de pilotage fondé sur la donnée (Mabru et al., 2024 ; Martin et al., 2023 ; Taylor et al., 2016).

5.4. Spécificités contextuelles et enjeux pour les systèmes hospitaliers publics en transformation

Dans les systèmes hospitaliers publics en transformation, notamment dans des environnements institutionnels en mutation comme le Maroc, cette évolution confère à l'audit un rôle stratégique dans le renforcement de la gouvernance clinique, de la redevabilité et du pilotage de la

performance. Les résultats soulignent que l'efficacité des dispositifs d'audit dépend fortement de facteurs organisationnels tels que l'engagement du leadership, la culture d'apprentissage, la qualité des infrastructures informationnelles et la fiabilité des données (Abdelrahim & Al-Malkawi, 2022 ; McVey et al., 2021).

Cette lecture prolonge les travaux d'Abdelrahim & Al-Malkawi (2022) et de Waris et al. (2025) sur les facteurs systémiques d'efficacité de l'audit dans les contextes à ressources limitées. Elle montre que les dynamiques d'apprentissage, de redevabilité et de pilotage par la donnée identifiées dans le corpus demeurent pertinentes pour les hôpitaux publics en transformation, à condition d'être adaptées aux contraintes institutionnelles, organisationnelles et technologiques propres à ces environnements. Cette perspective offre ainsi un socle conceptuel robuste pour la conception de cadres intégrés d'audit interne adaptés aux systèmes hospitaliers des pays émergents, notamment dans le contexte marocain marqué par les réformes de gouvernance et les exigences de la Couverture Sanitaire Universelle.

6. Implications théoriques et managériales

6.1. Implications théoriques

Les résultats de cette revue de portée apportent plusieurs implications théoriques majeures pour la littérature sur l'audit hospitalier, la gouvernance clinique et la performance organisationnelle.

Premièrement, ils permettent de dépasser la segmentation classique entre audit clinique, audit interne, qualité et dispositifs numériques, en proposant une lecture intégrée des mécanismes d'évaluation hospitalière. Cette contribution répond directement à un manque identifié dans la littérature, caractérisée par une fragmentation des approches et une absence de cadre analytique unifié. Cette intégration prolonge les travaux sur l'apprentissage organisationnel, la théorie réaliste et les cadres socio-techniques, en montrant que la valeur des dispositifs d'audit réside dans leur hybridation au sein d'une architecture systémique articulant contrôle, apprentissage, données et amélioration continue (Hut-Mossel et al., 2021; Kitsios & Kapetaneas, 2022; Van Gelderen et al., 2018).

Deuxièmement, la contribution théorique majeure de cette revue réside dans la proposition d'un cadre intégrateur reliant, au sein d'une même architecture analytique, audit clinique, audit interne organisationnel, dispositifs qualité, audit collaboratif, *Business Intelligence*

et gouvernance des données. Ce cadre constitue une avancée conceptuelle en ce qu'il permet de structurer et d'expliquer les interactions entre des dispositifs jusqu'alors étudiés de manière isolée, et de mieux expliquer les interdépendances entre gouvernance, qualité des soins, apprentissage organisationnel et performance hospitalière (Jalilvand et al., 2024; Martin et al., 2023; McVey et al., 2021).

Troisièmement, cette revue met en évidence que la formalisation des structures de redevabilité constitue un prolongement essentiel des dispositifs d'audit et d'évaluation, en assurant l'articulation entre gouvernance, supervision stratégique et performance durable des établissements hospitaliers. Cette lecture est renforcée par les travaux récents sur les structures de redevabilité hospitalière, qui soulignent le rôle structurant de la clarification des responsabilités, des circuits de reporting et des mécanismes de supervision dans la consolidation de la performance institutionnelle et de la résilience organisationnelle des hôpitaux (Jalilvand et al., 2024).

Quatrièmement, cette revue explicite les mécanismes par lesquels les dispositifs d'audit réduisent les asymétries informationnelles, structurent les arbitrages stratégiques et transforment les constats en routines de gouvernance créatrices de valeur. Sa contribution réside également dans la

formalisation d'un modèle intégrateur à quatre niveaux reliant intrants, mécanismes intermédiaires, effets organisationnels et résultats stratégiques, offrant une base conceptuelle pour les futurs travaux empiriques et les modélisations PLS-SEM appliquées aux hôpitaux publics.

6.2. Implications managériales

Sur le plan managérial, les résultats soulignent l'importance de clarifier les responsabilités, de formaliser les circuits de reporting et de renforcer les mécanismes de supervision afin d'inscrire durablement les effets des audits dans la gouvernance hospitalière. Ils suggèrent également la nécessité de concevoir des dispositifs d'audit intégrés, capables d'articuler contrôle, apprentissage organisationnel et pilotage stratégique.

Les directions hospitalières gagneraient à concevoir des dispositifs intégrés combinant audit clinique, audit interne, qualité, feedback structuré et tableaux de bord décisionnels, afin de renforcer simultanément la sécurité des soins, la coordination interservices et la qualité de la décision stratégique. Cette recommandation est cohérente avec les standards de gouvernance portés par l'Institute of Internal Auditors, le COSO, l'Organisation mondiale de la santé et la Joint Commission International, qui soulignent l'importance d'une gouvernance intégrée des risques, de la qualité et de la performance.

Dans le contexte marocain, marqué par la montée en charge de la Couverture Sanitaire Universelle et les réformes de gouvernance hospitalière engagées depuis 2021, cette intégration suppose de surmonter des contraintes spécifiques : la fragmentation des systèmes d'information hospitaliers, les capacités analytiques limitées des équipes de direction, et l'hétérogénéité des pratiques de reporting entre établissements. À titre d'exemple, la mise en place de tableaux de bord partagés entre les directions médicales, administratives et de soins infirmiers pourrait constituer une première étape concrète vers une gouvernance intégrée par la donnée, en s'appuyant sur les infrastructures numériques en cours de déploiement dans le cadre du programme e-Santé. De même, la formalisation de comités d'audit internes dans les hôpitaux régionaux, sur le modèle des établissements pilotes identifiés dans le cadre des réformes de la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires (DHSA), offrirait un levier opérationnel pour ancrer la redevabilité dans les pratiques de gouvernance locale.

7. Limites et pistes de recherche futures

7.1. Limites de l'étude

Cette revue de portée présente plusieurs limites méthodologiques qui doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats.

Premièrement, bien que la stratégie de recherche ait mobilisé les principales bases scientifiques internationales (Scopus, Web of Science et PubMed), complétées par un repérage complémentaire via Google Scholar et par une littérature grise institutionnelle, le corpus final demeure limité à 30 études.

Cette limitation, inhérente aux revues de portée, reflète un arbitrage entre exhaustivité et profondeur analytique.

Ce choix, cohérent avec les principes du PRISMA-ScR, favorise la profondeur analytique mais peut restreindre l'exhaustivité de certains sous-domaines émergents, notamment les approches fondées sur la donnée et les dispositifs hybrides d'audit numérique (Kitsios & Kapetaneas, 2022; Martin et al., 2023).

Deuxièmement, les études incluses sont majoritairement issues de contextes internationaux hétérogènes, dominés par des systèmes de santé européens et anglo-saxons. Cette diversité

constitue une richesse comparative, mais elle limite la transférabilité directe des résultats à certains contextes institutionnels spécifiques, notamment les systèmes hospitaliers publics en transformation dans les pays émergents.

Cette limite renvoie à la question de la validité externe des résultats, qui dépend des conditions de transposition aux contextes locaux.

Les différences de gouvernance, de maturité informationnelle et de régulation peuvent en effet influencer significativement l'efficacité des dispositifs d'audit (Hut-Mossel et al., 2021; Van Gelderen et al., 2018).

Cette limite concerne également la diversité des structures de redevabilité hospitalière, des circuits de reporting et des mécanismes de supervision stratégique, dont la formalisation varie fortement selon les contextes institutionnels et peut conditionner la transférabilité des résultats.

Troisièmement, la revue repose principalement sur des études qualitatives, descriptives, mixtes et des revues secondaires, avec une présence plus limitée d'études quantitatives explicatives permettant d'établir des relations causales robustes entre dispositifs d'audit, qualité des soins, gouvernance et performance organisationnelle.

Cette prédominance qualitative limite la capacité à tester empiriquement les relations causales identifiées, et souligne la nécessité de travaux quantitatifs complémentaires.

Cette limite appelle le développement de futurs travaux empiriques visant à tester les mécanismes identifiés dans cette synthèse.

Sur le plan des pistes de recherche futures, plusieurs prolongements apparaissent particulièrement prometteurs.

Une première perspective consiste à développer des modèles explicatifs quantitatifs permettant de tester les relations entre audit interne hospitalier, gouvernance clinique, qualité des soins, sécurité des patients et performance organisationnelle.

Ces travaux permettraient de valider empiriquement les relations conceptuelles identifiées dans cette revue et d'en mesurer l'intensité et la significativité statistique.

Dans cette perspective, des approches de modélisation par équations structurelles, notamment PLS-SEM / SmartPLS, apparaissent particulièrement adaptées pour tester les effets directs, médiateurs et modérateurs des dispositifs d'audit dans les organisations hospitalières complexes.

Ces futurs modèles gagneraient également à intégrer explicitement les structures de redevabilité hospitalière, les circuits de reporting et les mécanismes de supervision comme variables explicatives ou médiatrices de la performance organisationnelle.

L'intégration de ces variables permettrait de mieux comprendre les mécanismes intermédiaires reliant audit, gouvernance et performance.

Une deuxième piste concerne l'approfondissement des mécanismes socio-techniques de gouvernance par la donnée, notamment l'intégration des tableaux de bord, de la *Business Intelligence*, des infrastructures de qualité des données et des systèmes de benchmarking en temps réel.

Ces recherches pourraient explorer le rôle des technologies numériques dans la transformation des fonctions d'audit vers des logiques de pilotage continu et de décision assistée par les données.

Les transformations récentes des hôpitaux vers des logiques Healthcare 4.0 appellent des recherches spécifiques sur la manière dont les dispositifs numériques redéfinissent les fonctions traditionnelles de l'audit, du contrôle et du pilotage stratégique (Kitsios & Kapetaneas, 2022; McVey et al., 2021).

Enfin, une troisième perspective réside dans la construction de modèles intégrés d'audit interne adaptés aux systèmes hospitaliers publics des contextes émergents.

Cette orientation permettrait de renforcer la contextualisation des cadres analytiques en tenant compte des spécificités institutionnelles, organisationnelles et réglementaires propres à ces environnements.

Ce prolongement permettrait de contextualiser les enseignements issus de la littérature internationale, en tenant compte des spécificités de gouvernance, des contraintes organisationnelles, des dynamiques de qualité et des enjeux de performance propres à ces environnements.

Ces limites n'altèrent pas la portée des résultats obtenus, mais soulignent au contraire la nécessité de poursuivre les travaux vers des modèles explicatifs, contextualisés et empiriquement testables. Elles renforcent ainsi la pertinence de cette recherche en tant que base conceptuelle pour de futurs développements empiriques et comparatifs.

Au-delà de ces limites, il convient de souligner certaines contraintes inhérentes à la méthodologie de la revue de portée. Contrairement aux revues systématiques, ce type d'approche ne repose pas sur une évaluation formelle de la qualité méthodologique des études incluses, ce qui limite la possibilité d'établir une hiérarchie des niveaux de preuve. Par ailleurs, la diversité des méthodologies et des contextes étudiés ne permet pas la réalisation d'une méta-analyse quantitative des effets observés. Enfin, malgré la rigueur de la stratégie documentaire adoptée, cette revue demeure susceptible de ne pas couvrir l'ensemble de la littérature disponible, notamment les travaux publiés dans des revues non indexées ou dans des langues autres que l'anglais.

7.2. Perspectives de recherche futures

Les résultats de cette revue, combinés aux limites méthodologiques identifiées, ouvrent plusieurs perspectives de recherche future.

En premier lieu, des études empiriques menées dans les systèmes hospitaliers publics des pays émergents, notamment au Maroc, permettraient d'évaluer la transférabilité du modèle intégrateur proposé et d'identifier les adaptations nécessaires aux contraintes institutionnelles, organisationnelles et réglementaires locales, particulièrement dans le contexte des réformes liées à la Couverture Sanitaire Universelle.

En deuxième lieu, une validation quantitative du modèle conceptuel à quatre niveaux à travers des approches de type PLS-SEM constituerait une étape importante afin de tester les relations entre intrants, mécanismes intermédiaires, effets organisationnels et résultats stratégiques. De telles recherches pourraient également intégrer certaines variables contextuelles (telles que les structures de redevabilité, la maturité informationnelle ou les capacités d'appropriation organisationnelle) en tant que variables modératrices ou médiatrices.

En troisième lieu, des études de cas approfondies portant sur des établissements hospitaliers ayant mis en œuvre des dispositifs d'audit intégrés permettraient d'explorer plus finement les dynamiques d'acteurs, les mécanismes d'appropriation des recommandations ainsi que les conditions organisationnelles favorisant une amélioration durable de la gouvernance et de la performance hospitalière.

Enfin, des recherches comparatives entre systèmes hospitaliers à hauts revenus et systèmes hospitaliers en transformation contribueraient à mieux distinguer les mécanismes génériques de l'audit de ceux fortement dépendants des contextes institutionnels, réglementaires et technologiques.

8. Conclusion

Cette revue de portée établit que les dispositifs d'audit et d'évaluation hospitaliers constituent, au-

delà de leur fonction traditionnelle de contrôle et de conformité, une infrastructure intégrée de gouvernance articulant qualité des soins, apprentissage organisationnel et pilotage fondé sur la donnée. C'est là la thèse centrale de cette étude : l'audit hospitalier est un levier systémique de performance et de résilience organisationnelle, dont l'efficacité repose sur l'intégration de dispositifs complémentaires au sein d'architectures d'audit hybrides.

Sur le plan théorique, la contribution principale de cette recherche réside dans la proposition d'une typologie intégrée en six catégories et d'un modèle conceptuel à quatre niveaux : intrants, mécanismes intermédiaires, effets organisationnels et résultats stratégiques, offrant un cadre analytique unifié pour dépasser la fragmentation de la littérature et structurer les futurs travaux empiriques.

Sur le plan managérial, les résultats invitent les directions hospitalières à concevoir des dispositifs d'audit intégrés combinant audit clinique, audit interne, qualité, feedback structuré et tableaux de bord décisionnels, en clarifiant les responsabilités et les circuits de reporting. Dans le contexte marocain, marqué par les réformes de la Couverture Sanitaire Universelle et les enjeux de digitalisation, cette intégration constitue un levier prioritaire de modernisation de la gouvernance hospitalière publique.

Enfin, la perspective de recherche centrale ouverte par cette étude est la validation quantitative du modèle proposé par des approches PLS-SEM dans des contextes hospitaliers émergents, afin de confirmer les relations causales identifiées et d'évaluer leur transférabilité dans différents contextes institutionnels.

Références

- (1). Abdelrahim, A., & Al-Malkawi, H.-A. N. (2022). The influential factors of internal audit effectiveness: A conceptual model. *International Journal of Financial Studies*, 10(3), Article 71. <https://doi.org/10.3390/ijfs10030071>
- (2). Alvarado, N., McVey, L., Greenhalgh, J., Dowding, D., Mamas, M., Gale, C., Doherty, P., & Randell, R. (2020). Exploring variation in the use of feedback from national clinical audits: A realist investigation. *BMC Health Services Research*, 20(1), Article 859. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05661-0>
- (3). Antonacci, G., Whitney, J., Harris, M., & Reed, J. E. (2023). How do healthcare providers use national audit data for improvement? *BMC Health Services Research*, 23(1), Article 393. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09334-6>
- (4). Azzolini, E., Furia, G., Cambieri, A., Ricciardi, W., Volpe, M., & Poscia, A. (2019). Quality improvement of medical records through internal auditing: A comparative analysis. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 60(3), E250–E255. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.3.1203>
- (5). Bernardino, S. P., & Bernardino, C. P. (2025). Clinical governance through audit in promoting quality in clinical practice: A scoping review. *Pensar Enfermagem*, 29(1), e00341. <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v29i1.341>
- (6). Foy, R., Skrypak, M., Alderson, S., Ivers, N. M., McInerney, B., Stoddart, J., Ingham, J., & Keenan, D. (2020). Revitalising audit and feedback to improve patient care. *BMJ*, 368, m213. <https://doi.org/10.1136/bmj.m213>
- (7). Fridrich, A., Imhof, A., Staender, S., Brenni, M., & Schwappach, D. (2022). A quality improvement initiative using peer audit and feedback to improve compliance. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(3), mzac058. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac058>

- (8). Gude, W. T., Brown, B., Van Der Veer, S. N., Colquhoun, H. L., Ivers, N. M., Brehaut, J. C., Landis-Lewis, Z., Armitage, C. J., De Keizer, N. F., & Peek, N. (2019). Clinical performance comparators in audit and feedback: A review of theory and evidence. *Implementation Science*, 14(1), Article 39. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0887-1>
- (9). Hanskamp-Sebregts, M., Robben, P. B., Wollersheim, H., & Zegers, M. (2020). Transparency about internal audit results to reduce the supervisory burden: A qualitative study on the preconditions of sharing audit results. *Health Policy*, 124(2), 216–223. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.013>
- (10). Hut-Mossel, L., Ahaus, K., Welker, G., & Gans, R. (2021). Understanding how and why audits work in improving the quality of hospital care: A systematic realist review. *PLOS ONE*, 16(3), e0248677. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248677>
- (11). Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(7), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- (12). Jalilvand, M. A., Raeisi, A. R., & Shaarbafchizadeh, N. (2024). Hospital governance accountability structure: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(1), Article 47. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>
- (13). Kitsios, F., & Kapetaneas, N. (2022). Digital transformation in healthcare 4.0: Critical factors for business intelligence systems. *Information*, 13(5), Article 247. <https://doi.org/10.3390/info13050247>
- (14). Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910–1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- (15). Mabru, É., Fafi, F., Merité, N., Moubarik, C., & Lao, S. (2024). L'audit croisé inter-radiopharmacies, un outil de progrès individuel et collectif. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 82(1), 146–162. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2023.08.004>
- (16). Martin, J., Khurshid, Z., Moore, G., Carton, M., Fitzsimons, J. J., Henry, C., & Flynn, M. A. (2023). Applying a new approach to the governance of healthcare quality at board level. *International Journal of Health Governance*, 28(1), 55–67. <https://doi.org/10.1108/IJHG-10-2022-0088>
- (17). McVey, L., Alvarado, N., Greenhalgh, J., Elshehaly, M., Gale, C. P., Lake, J., Ruddle, R. A., Dowding, D., Mamas, M., Feltbower, R., & Randell, R. (2021). Hidden labour: The skilful work of clinical audit data collection and its implications for secondary use of data via integrated health IT. *BMC Health Services Research*, 21(1), Article 702. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06657-0>
- (18). Moyo, H., Osawe, S., Nyangulu, C., Ndhlovu, P., Harawa, V., Divala, O., Msukwa, M., Croxton, T., Blanco, N., Mwandama, D., Mkandawire, M., Kampira, E., Kaba, M., Maida, A., Auld, A. F., Kim, L., Mwenda, R., Kress, H., Kandulu, J., & Abimiku, A. (2024). Hybrid mentorship of medical laboratories to achieve ISO 15189:2012 accreditation in Malawi: The University of Maryland Malawi experience. *Global Health: Science and Practice*, 12(6), e2400254. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-24-00254>
- (19). Specchia, M. L., La Torre, G., Siliquini, R., Capizzi, S., Valerio, L., Nardella, P., Campana, A., & Ricciardi, W. (2010). OPTIGOV: A new methodology for evaluating clinical governance implementation by health providers. *BMC Health Services Research*, 10(1), Article 174. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-174>

- (20). Taylor, A., Neuburger, J., Walker, K., Cromwell, D., & Groene, O. (2016). How is feedback from national clinical audits used? Views from English National Health Service trust audit leads. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(2), 91–100. <https://doi.org/10.1177/1355819615612826>
- (21). Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- (22). Trouillard, A., Gillois, A., Tournayre, V., Barrans, M.-A., Boix, S., & Vidal, J.-R. (2022). Démarche qualité ISO 9001 en stérilisation et développement des compétences des agents : apports d'un plan de formation multi-support, transdisciplinaire et pluri-professionnel. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 80(1), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.04.004>
- (23). Van Gelderen, S. C., Zegers, M., Robben, P. B., Boeijen, W., Westert, G. P., & Wollersheim, H. C. (2018). Important factors for effective patient safety governance auditing: A questionnaire survey. *BMC Health Services Research*, 18(1), Article 798. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3577-9>
- (24). Waris, B., Butt, N. I., Afzal, A., & Khizar, I. (2025). Audit and re-audit of discharge summaries completeness: A strategy to improve patient care quality. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 41(10), 2831–2836. <https://doi.org/10.12669/pjms.41.10.12224>
- (25). Références ajoutées conformément à la recommandation R7.4 (gouvernance par la donnée et architectures data-driven en santé publique) :
- (26). Malatre, A., Ros, E., & Millet, L. (2022). Data-driven policy making: A key step for the healthcare system. *European Journal of Public Health*, 32(Suppl. 3), ckac129.691. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.691>
- (27). Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO). (2013). *Internal control — Integrated framework*. COSO. <https://www.coso.org/guidance-on-ic>
- (28). Haute Autorité de Santé (HAS). (2021). *Guide méthodologique : Évaluation des pratiques professionnelles — Audit clinique*. HAS. <https://www.has-sante.fr>
- (29). Institute of Internal Auditors (IIA). (2024). *Global internal audit standards*. IIA. <https://www.theiia.org/globalassets/documents/standards/2024-standards/2024-global-internal-audit-standards-english.pdf>
- (30). Joint Commission International (JCI). (2021). *Joint Commission International accreditation standards for hospitals (7th ed.)*. Joint Commission International. <https://www.jointcommissioninternational.org>
- (31). Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2020). *Health at a glance 2020: OECD indicators*. OCDE. <https://doi.org/10.1787/adc6578b-en>
- (32). Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2022). *OECD Council recommendation on health data governance*. OCDE. <https://www.oecd.org/health/health-data-governance.htm>
- (33). Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. OMS ; OCDE ; Banque mondiale. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>

- (34). Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021). *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020–2025*. OMS. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/g4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
- (35). Banque mondiale. (2023). *Data governance in health*. Banque mondiale. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099081723223522777>