

La qualité institutionnelle comme dimension structurante de la qualité des services hospitaliers : Analyse bibliométrique

Institutional Quality as a Structuring Dimension of Hospital Service Quality: A Bibliometric Analysis

Otman ZEFRI, (Doctorant)

*Laboratoire de Recherche en Gouvernance et Performance des Organisations
Ecole Nationale de Commerce et de Gestion - Tanger
Université Abdelmalek Essaâdi (UAE) – Maroc*

Said MSSASSI, (Enseignant-chercheur)

*Laboratoire de Recherche en Gouvernance et Performance des Organisations
Ecole Nationale de Commerce et de Gestion - Tanger
Université Abdelmalek Essaâdi (UAE) – Maroc*

Adresse de correspondance :	Ecole Nationale de Commerce et de Gestion – Tanger Route de l'aéroport, B.P 1255, 90000 Tanger Principal – Maroc Téléphone : 05 39 31 34 89 : Service formation continue 05 39 31 34 88 / 87 : Standard de l'ENCGT
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	ZEFRI, O., & MSSASSI, S. (2026). La qualité institutionnelle comme dimension structurante de la qualité des services hospitaliers : Analyse bibliométrique. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 7(3), 262–286. https://doi.org/ 10.5281/zenodo.18711437
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: 13/01/2026

Accepted : 01/03/2026

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

ISSN: 2658-8455

Volume 7, Issue 03 (2026)

La qualité institutionnelle comme dimension structurante de la qualité des services hospitaliers : Analyse bibliométrique

Résumé

La qualité institutionnelle est de plus en plus considérée comme une composante de la qualité des services hospitaliers, en plus de la dimension technique et interactive. Elle incarne la gouvernance, la réputation et la cohérence interne, façonnant les attentes et la qualité perçue. Une revue bibliométrique a été menée dans Scopus (1er août 2025) selon les recommandations PRISMA. Les articles en anglais et en français parus entre 2004 et 2024 ont été retenus. VOSviewer a permis de créer et de visualiser des réseaux de citations (auteurs, pays, revues, mots-clés). Sur 3723 articles recensés, 760 ont été conservés. L'évolution des publications se fait en trois étapes : apparition (2004-2008), stabilisation (2009-2016) et fluctuations (2017-2024) avec reprise post-pandémie. Les États-Unis sont en tête de la production et des collaborations, suivis du Royaume-Uni, du Canada, de l'Australie et des Pays-Bas. Quatre clusters ont été définis : gouvernance et organisation, expérience patient, performance clinique et assurance institutionnelle (accréditation, dossier médical électronique). La recherche reste essentiellement biomédicale, mais s'ouvre à l'interdisciplinarité. Ces résultats valident la qualité institutionnelle comme médiateur entre gouvernance, expérience patient et performance clinique, conformément à Donabedian, SERVQUAL et la théorie institutionnelle. Elle doit être systématiquement intégrée aux modèles de qualité hospitalière. Les études futures devraient varier les contextes géographiques et linguistiques et tester des modèles hiérarchiques reliant réputation, gouvernance, accréditation, confiance et qualité perçue.

Mots clés : Qualité des Services Hospitaliers, Qualité des Soins de Santé, Qualité Institutionnelle, Service Hospitalier, Accessibilité des Services de Santé.

JEL Classification : I18

Type du papier : Recherche Théorique

Abstract

More and more, people are realizing that institutional quality is an important part of hospital service quality, along with technical and interpersonal aspects. There is a layer of governance, a layer of reputation, a layer of internal coordination that are affecting how patients think about the quality of care that they're receiving. On August 1, 2025, we conducted a bibliometric review through Scopus, following PRISMA guidelines. Peer-reviewed articles were filtered for future publications in English and French between 2004 and 2024. We used VOSviewer to make and show citation networks (authors, countries, journals, and keywords). There were 3723 records, and 760 of them were articles. There are three phases in publication trends: emergence (2004-2008), stabilization (2009-2016), and fluctuations (2017-2024) with recovery after the pandemic. The US is the leader in output and collaborations, followed by the UK, Canada, Australia, and the Netherlands. There were four groups found: governance and organization, patient experience, clinical performance, and institutional assurance (such as accreditation and Electronic Medical Record). Although biomedical research is the primary field, interdisciplinary collaboration is common. These findings further support the notion that institutional quality mediates the relationship between governance, patient experience and clinical performance. It follows a similar line as Donabedian, SERVQUAL, and institutional theory. Hospital quality models should always include institutional quality. Future studies should look at different geographic and linguistic settings and test hierarchical models that connect reputation, governance, accreditation, trust, and perceived quality.

Keywords: Hospital Service Quality, Health Care Quality, Institutional Quality, Hospital Service, Health Services Accessibility.

Classification JEL: I1841

Paper type: Theoretical Research

1. Introduction

La qualité des services hospitaliers est un champ structurant des systèmes de santé, au croisement d'enjeux cliniques (sécurité, efficacité), organisationnels (coordination, gouvernance) et stratégiques (réputation, légitimité). Dans la tradition des sciences des services, la qualité a d'abord été conceptualisée via des dimensions physiques (environnement et tangibles) et interactives (relation soignant-patient), avant de reconnaître une troisième composante, institutionnelle, plus englobante et encore sous-analysée. Cette dernière renvoie à la manière dont les patients perçoivent l'image (profil) de l'organisation et éprouvent ses arrangements internes (structure, règles, coordination), deux registres intimement liés et porteurs d'effets sur la qualité perçue globale. L'image dépend d'un capital historique et réputationnel accumulé (signaux, bouche-à-oreille, communication), tandis que l'organisation interne inscrit la qualité dans des routines, une stratégie et des mécanismes de coordination capables d'assurer la fiabilité du service. Surtout, à la différence de la dimension physique et interactive, la qualité institutionnelle est la seule qui peut être expérimentée en amont du service - via la réputation, les labels et la visibilité publique de l'hôpital (Lehtinen & Lehtinen, 1991). Cette capacité à anticiper la qualité par des signaux institutionnels renvoie à (signaling theory) en économie des services et en marketing (Spence, 1973). Cette fonction d'anticipation est d'autant plus cruciale dans les systèmes publics où le choix des patients est restreint (Dagger et al., 2007).

L'ancrage managérial de cette dimension est ancien : (Eiglier et Langeard, 1987) cité par (Abouzaid, 2013) ont montré que la qualité du support physique et du personnel de contact dépend d'éléments organisationnels (objectifs, structure, coordination) définis au niveau de l'institution ; autrement dit, la qualité perçue au "front-office" est co-produite par des choix "back-office" (servuction).

Sur le plan des cadres, la perspective structure, processus et résultat de (Donabedian, 1988) fournit l'ossature la plus robuste pour articuler ces registres : la qualité institutionnelle (structure) conditionne la qualité des processus cliniques et non cliniques, lesquels affectent les résultats perçus par les patients (satisfaction, confiance, expérience).

Ce rôle structurant de la dimension institutionnelle est aujourd'hui accentué par les tendances actuelles des systèmes de santé : développement de la transparence, poids croissant des indicateurs publics de performance, généralisation des dispositifs d'accréditation et de benchmarking. Plusieurs études révèlent que la réputation organisationnelle affecte la satisfaction et la confiance des patients, mais aussi leur choix d'établissement et leurs comportements d'observance thérapeutique (Helm, 2007).

Des études récentes valident et détaillent l'importance cruciale des dispositifs institutionnels dans l'appréciation de la qualité des soins hospitaliers. Des études systématiques et des travaux empiriques récents ont démontré que la gouvernance hospitalière, la transparence organisationnelle ainsi que les mécanismes d'accréditation ont un impact considérable sur la confiance des patients, leur contentement et leur appréciation générale de la qualité des soins, même dans des situations publiques et restrictives (Greenfield & Braithwaite, 2008; Hussein et al., 2021; Sunol et al., 2014). Certaines recherches soulignent que la réputation de l'établissement et les signaux organisationnels (classements, indicateurs publics, certification) jouent un rôle anticipatif dans l'évaluation de la qualité, surtout lorsque l'asymétrie d'information est forte et que l'expérience directe du service est restreinte (Doyle et al., 2010; Janlöv et al., 2023).

Enfin, les mécanismes de reconnaissance externe (p. ex., accréditation hospitalière) opèrent comme signaux institutionnels de qualité : ils standardisent des normes, renforcent la crédibilité et influencent les perceptions des parties prenantes (patients, professionnels, payeurs). Les synthèses récentes montrent des associations positives (bien que hétérogènes) entre

accréditation et indicateurs de qualité/sécurité, et un effet sur la culture de sécurité perçue (Hussein et al., 2021).

Malgré ces progrès, la littérature reste fragmentée : les études traitent le plus souvent de manière séparée la gouvernance, la réputation ou les dispositifs d'accréditation, sans offrir de lecture cumulative permettant de comprendre comment la qualité institutionnelle est définie, organisée et mobilisée dans le domaine de la qualité des services hospitaliers. Des études bibliométriques récentes corroborent cette fragmentation, mettant l'accent sur une focalisation des recherches sur des éléments opérationnels, cliniques ou relationnels, au détriment d'une incorporation explicite des mécanismes institutionnels dans des structures analytiques unifiées, particulièrement dans les pays à revenu faible et moyen (Doyle et al., 2010; Zefri & Mssassi, 2025).

En revanche, les cadres théoriques utilisables tels que le modèle structure, processus et résultats de (Donabedian, 1988), la théorie de la signalisation (Spence, 1973) et la théorie institutionnelle (DiMaggio & Powell, 1983) rendent que ces dimensions institutionnelles sont des outils principaux de formation des attentes, de réduction de l'incertitude informationnelle et de légitimation organisationnelle, capables de relier les structures hospitalières, l'expérience patient et les résultats cliniques.

Ce travail a pour but de cartographier et d'effectuer une analyse bibliométrique de la littérature scientifique concernant la qualité institutionnelle dans les services hospitaliers de 2004 à 2024. Il s'agit notamment d'identifier les tendances majeures, les réseaux de recherche, les auteurs et revues ayant le plus d'influence ainsi que les thèmes principaux.

De ce fait, le problème central de cette étude est de savoir comment la qualité institutionnelle est-elle organisée, étudiée et diffusée dans la littérature scientifique sur la qualité des services hospitaliers ? Cette interrogation s'explique par les données empiriques récentes qui mettent en avant le rôle médiateur de la réputation, de la gouvernance et des dispositifs institutionnels dans la boucle qui relie les structures organisationnelles aux évaluations de qualité et aux résultats observés.

Dans ce cas, la revue bibliométrique est justifiée par l'objectif même de l'étude. Les revues systématiques se concentrent sur l'évaluation d'effets ou de relations causales à partir d'un corpus cohérent d'études empiriques, tandis que l'analyse bibliométrique permet de cartographier un espace scientifique très divers, de définir ses structures intellectuelles, ses réseaux de production, ses clusters thématiques et ses dynamiques temporelles. En raison de la dispersion disciplinaire des recherches sur la qualité institutionnelle hospitalière, une approche bibliométrique semble plus appropriée pour donner une vision cumulative, transversale et structurante du domaine.

La qualité institutionnelle peut donc être considérée comme un élément structurant reliant, d'une part, les mécanismes de gouvernance, de réputation et de coordination interne, et, d'autre part, l'expérience patient et certains résultats cliniques ; cette articulation, bien qu'explicitement mobilisée dans plusieurs travaux, n'a été que partiellement structurée dans la littérature.

L'article est organisé comme suit. La deuxième partie expose les apports théoriques utilisés et examine la place de la qualité institutionnelle dans les modèles de qualité des services hospitaliers. La troisième partie présente l'approche bibliométrique adoptée. Les résultats sont ensuite présentés et analysés avant de s'échanger avec les cadres théoriques existants. Enfin, la dernière partie conclut avec les apports, les limites et les perspectives.

2. Revue de littérature

2.1. Les approches théoriques

Historiquement, la littérature s'est focalisée sur les dimensions techniques et interactives. Côté technique, le cadre structure, processus et résultats proposé par (Donabedian, 1988) constitue

une référence analytique majeure pour l'évaluation de la qualité des soins, en postulant que les caractéristiques organisationnelles et institutionnelles influencent les processus de prise en charge, lesquels se répercutent sur les résultats cliniques et perçus. Côté interaction, SERVQUAL a proposé une échelle multidimensionnelle (fiabilité, réactivité, assurance, empathie, tangibles) qui a irrigué les travaux hospitaliers (Parasuraman et al., 1988).

Si ces deux dimensions sont désormais bien stabilisées empiriquement, la qualité institutionnelle demeure en construction conceptuelle. Elle est étudiée sous différents angles selon les disciplines : gouvernance et coordination dans les sciences de gestion (Shortell et al., 1998), réputation et confiance dans le marketing des services (Helm, 2007), culture organisationnelle et sécurité dans la santé publique (Pronovost et al., 2003). Cette fragmentation disciplinaire explique l'absence d'un cadre unifié de mesure et d'analyse.

Depuis une décennie, on observe un glissement institutionnel : la réputation et la confiance émergent comme déterminants médiateurs de la qualité perçue, de la satisfaction et de la loyauté (études hôpital-centrées et soins numériques), tandis que des revues et études quasi-expérimentales mettent en évidence l'influence d'interventions de gouvernance et d'accréditation sur la culture de sécurité, l'organisation et parfois les indicateurs patients.

Ce glissement est également alimenté par l'essor des politiques de transparence (p. ex., publication des indicateurs de performance), des classements publics et privés, et de la communication institutionnelle stratégique dans le secteur hospitalier. Ces dispositifs transforment la réputation en un véritable actif immatériel de gestion de la qualité (Chun & Davies, 2006).

Cette inflexion s'inscrit dans la théorie institutionnelle (DiMaggio & Powell, 1983) : pour maintenir leur légitimité dans un champ fortement normé (soins, sécurité, conformité), les hôpitaux adoptent des structures et des routines « isomorphes » (professionnelles, mimétiques, coercitives) qui diffusent des standards et façonnent les perceptions externes (patients, médias, autorités). L'image (réputation, antécédents, visibilité) et la coordination interne (gouvernance, systèmes d'information, normes qualité) sont alors des actifs institutionnels qui rejaillissent sur la qualité perçue.

Sur le versant patient, des travaux relient qualité de service, confiance, et satisfaction/loyauté, y compris dans des hôpitaux tertiaires et des contextes émergents ; la réputation hospitalière agit comme médiateur/modérateur de ces liens, notamment lorsque l'information est asymétrique et que les signaux institutionnels (labels, notations) réduisent l'incertitude.

Synthèse : la littérature contemporaine suggère que la qualité institutionnelle (réputation plus gouvernance/coordination) façonne les attentes, oriente les évaluations de service et influence l'expérience patient, tout en interagissant avec des mécanismes de signalisation (accréditation) et des architectures de gestion (gouvernance clinique).

2.2. Lacunes identifiées dans la littérature

Les lacunes présentées dans cette section sont dégagées à partir d'une lecture croisée et comparative d'études empiriques et de revues de littérature portant sur la gouvernance hospitalière, la réputation organisationnelle et les dispositifs d'accréditation. Cette étude souligne une disparité constante des méthodes utilisées pour comprendre la qualité institutionnelle dans le milieu hospitalier, ce qui entrave l'accumulation des savoirs générés. D'une part, un premier ensemble d'études pratiques, principalement tirées des domaines de la gestion et des politiques de santé, examine la qualité institutionnelle en se basant sur des variables internes liées à la gouvernance et à la coordination, comme les structures organisationnelles, les instruments de gestion, la culture de sécurité ou encore les systèmes d'information dans les hôpitaux. Ces recherches soulignent le lien entre la structure interne et l'efficacité ou la qualité des soins médicaux, mais prennent souvent peu en compte le point de vue des patients dans leurs modèles d'analyse (Brubakk et al., 2015; Jalilvand et al., 2024).

Par ailleurs, un autre ensemble d'études, plus centré sur le marketing des services et la sociologie organisationnelle, fait appel à des processus de signalisation institutionnelle externe comme la réputation des hôpitaux, les certifications de qualité, la transparence en matière d'indicateurs ou encore les classements. Ces mécanismes visent à expliquer la création de la confiance, les anticipations et la qualité perçue par les patients. Ces recherches mettent l'accent sur les évaluations des utilisateurs et les indices perceptibles, mais demeurent généralement dissociées des études concernant les structures organisationnelles internes et les mécanismes de gouvernance (Lewis & Hinchcliff, 2023).

De plus, les recherches axées sur l'accréditation des hôpitaux représentent un troisième ensemble empirique distinct. Les revues systématiques et les analyses en ombrelle révèlent une hétérogénéité méthodologique marquée, des résultats empiriques parfois contradictoires, ainsi qu'un usage restreint de cadres théoriques solides. Ces éléments rendent complexe l'interprétation des impacts de l'accréditation sur la qualité des soins et la culture de sécurité (Brubakk et al., 2015; Hussein et al., 2021).

L'analyse de ces différentes écoles empiriques souligne l'absence d'une structure conceptuelle cohérente reliant la gouvernance interne, la signalisation institutionnelle et les systèmes normatifs d'accréditation. Cette discontinuité est amplifiée par une prédominance biomédicale dans l'élaboration scientifique, laissant de côté les perspectives organisationnelles et managériales, tout en étant caractérisée par une concentration géographique des recherches dans les pays à haut revenu. Les recherches se concentrent également sur le manque de représentativité des contextes à faible et moyen revenu, et des travaux en français, limitant ainsi l'aspect comparatif et contextuel des résultats (Dharmagunawardene et al., 2025). Dans ce cadre, l'absence de synthèses consolidées qui incluent à la fois la gouvernance, la réputation et l'accréditation explique la nécessité d'une analyse bibliométrique spécifique. Cette étude a pour but de dresser une cartographie de la configuration cognitive du domaine, d'identifier les regroupements thématiques prédominants et de souligner les lacunes dans la littérature actuelle concernant la qualité institutionnelle des services hospitaliers.

Cette recherche, basée sur les lacunes de la littérature, s'intéresse aux questions de recherche suivantes, issues directement des précédentes analyses bibliométriques et des études empiriques comparatives sur la qualité institutionnelle hospitalière.

Comment les publications académiques sont réparties relativement au sujet de « la qualité institutionnelle comme dimension structurante de la qualité des services hospitaliers » de 2004 à 2024 ?

Quels sont les journaux académiques qui publient davantage sur ce sujet de recherche ?

Quels sont les meilleurs pays dans ce domaine de recherche ?

Quels sont les auteurs les plus influents dans ce domaine de recherche ?

Quelles sont les thématiques principales et leurs interconnexions dans la littérature scientifique relative à la qualité institutionnelle et à la qualité des services hospitaliers, telles qu'identifiées par l'analyse bibliométrique des mots-clés ?

Quels sont les domaines de recherche les plus importants impliquant ce sujet de recherche ?

3. Méthodologie de recherche

Cette analyse bibliométrique repose sur la base de données Scopus, elle est basée sur la méthode PRISMA (Page et al., 2021), l'objectif de cette revue est de répondre aux questions relatives à « la qualité institutionnelle comme dimension structurante de la qualité des services hospitaliers », en termes de la distribution des publications sur la période de 2004 à 2024, les meilleures revues dans ce thème de recherche, les meilleurs pays dans ce thème, les auteurs les plus actifs, la plupart des tendances et des mots clés dans ce thème, et la part de ce thème dans les domaines de recherche.

Compte tenu de ce qui précède, nous avons choisi l'analyse bibliométrique, car elle repose sur des publications scientifiques. Nous voulons effectuer une revue sur « la qualité institutionnelle comme dimension structurante de la qualité des services hospitaliers » en nous basant sur des articles. Scopus est la base de données que nous avons choisie pour atteindre cet objectif. C'est une collection de références bibliographiques et de citations issues des périodiques. Leur couverture se situe entre 2004 et 2024, c'est-à-dire inclure les 20 dernières années de production scientifique significative dans ce domaine.

Le traitement bibliométrique du corpus a été réalisé avec VOSviewer, logiciel dédié à la cartographie des réseaux scientifiques. Conformément aux pratiques recommandées en bibliométrie, l'outil a servi à construire des réseaux de citations et à visualiser la structure relationnelle du champ (auteurs, pays/régions, revues, organisations et documents) afin d'identifier les pôles d'influence et les proximités intellectuelles.

Les paramètres retenus ont été alignés sur l'objectif de l'étude d'abord l'unité d'analyse a porté sur les organisations, auteurs, pays/régions, sources et documents ; ensuite le type de réseau a reposé sur l'analyse de citations, les éléments étant positionnés selon l'intensité de leurs liens de citation ; et enfin la détection de clusters s'est appuyée sur les visualisations « network » et « density », permettant de repérer les noyaux structurants et les zones de forte concentration thématique.

En complément, les extractions issues de Scopus ont été exploitées sous Excel pour produire certains graphiques descriptifs, tandis que Zotero a été mobilisé pour la gestion des références et la normalisation des citations.

3.1. Identification

➤ Sélection de la base de données

Cette revue a eu lieu le 01 Aout 2025, Scopus a été sélectionné comme base de données pour cette revue. Notre choix de Scopus repose sur sa fiabilité et sur sa précision de l'information. Cette base de données nous a offert une gamme variée d'outils d'analyse qui facilite bien le traitement et l'interprétation des données. La base de données Scopus est considérée convenable pour l'analyse scientifique des articles parce qu'elle est multidisciplinaire et classée parmi les bases de données les plus fortes dans le monde, et accessibles par notre université.

Cependant, bien qu'étant une base de données très reconnue, Scopus souffre de certaines limites liées à une couverture plus étroite des revues francophones ainsi qu'à des articles publiés dans des revues en phase de démarrage. Une comparaison avec Web of Science aurait également permis une meilleure triangulation des résultats, ce dernier étant réputé pour avoir des revues très sélectives et à fort impact. Cependant, notre choix s'est porté sur Scopus en raison de sa meilleure couverture des sciences sociales, qui est plus proche de l'objectif de notre étude.

➤ Les étapes de la recherche

Pour sélectionner les articles qui constitue notre base de données de notre recherche, nous avons utilisé les mots clés (la qualité des services de santé et hôpital public et la satisfaction des patients), d'où la requête est TITLE-ABS-KEY (institutional QUALITY AND hospital service QUALITY) puis nous avons appliqué le filtre en commençant par la période de publication les dix dernières années comprises entre (2004 et 2024), sa requête est (PUBYEAR > 2003 AND PUBYEAR < 2025), par la suite par le domaine d'étude qui a été limité (aux sciences sociales, à la médecine, au affaires, à la gestion et à la comptabilité, et économie) sa requête est (LIMIT-TO (SUBJAREA , "SOCI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "BUSI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA , "ECON")), et par la suite les mots clés utilisés par le filtre ont été les suivant (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Health Care Quality") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Public

Hospital") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD, "Health Services Accessibility") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD, "Hospital Service") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD, "Institutional Care")), et par la suite, les publications retenues ont été limitées seulement aux articles (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")), et enfin, les publications sélectionnées ont été en anglais et en français comme représentées par sa requête ((LIMIT-TO (PUBSTAGE , "final")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "French"))

Table 1 : Les critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
La qualité institutionnelle, la qualité des services hospitaliers.	Néant
Période entre (2004-2024)	Toute publication avant 2004, les publications de 2025 ont été exclues,
Langue anglaise et langue française	Autres langues ont été exclus
Articles	Thèses, conférences, ouvrages, chapitre de livre... ont été exclus

Source : Auteurs

3.2. Sélection et éligibilité

Les principaux mots-clés utilisés sont (la qualité institutionnelle, la qualité des services hospitaliers). Le résultat initial a été 3723 documents, après l'application des critères d'inclusion et d'exclusion dans le tableau 1, le nombre de documents a été réduit à 760 documents comme résultat final, ainsi 2963 documents ont été exclus.

3.3. Inclusion

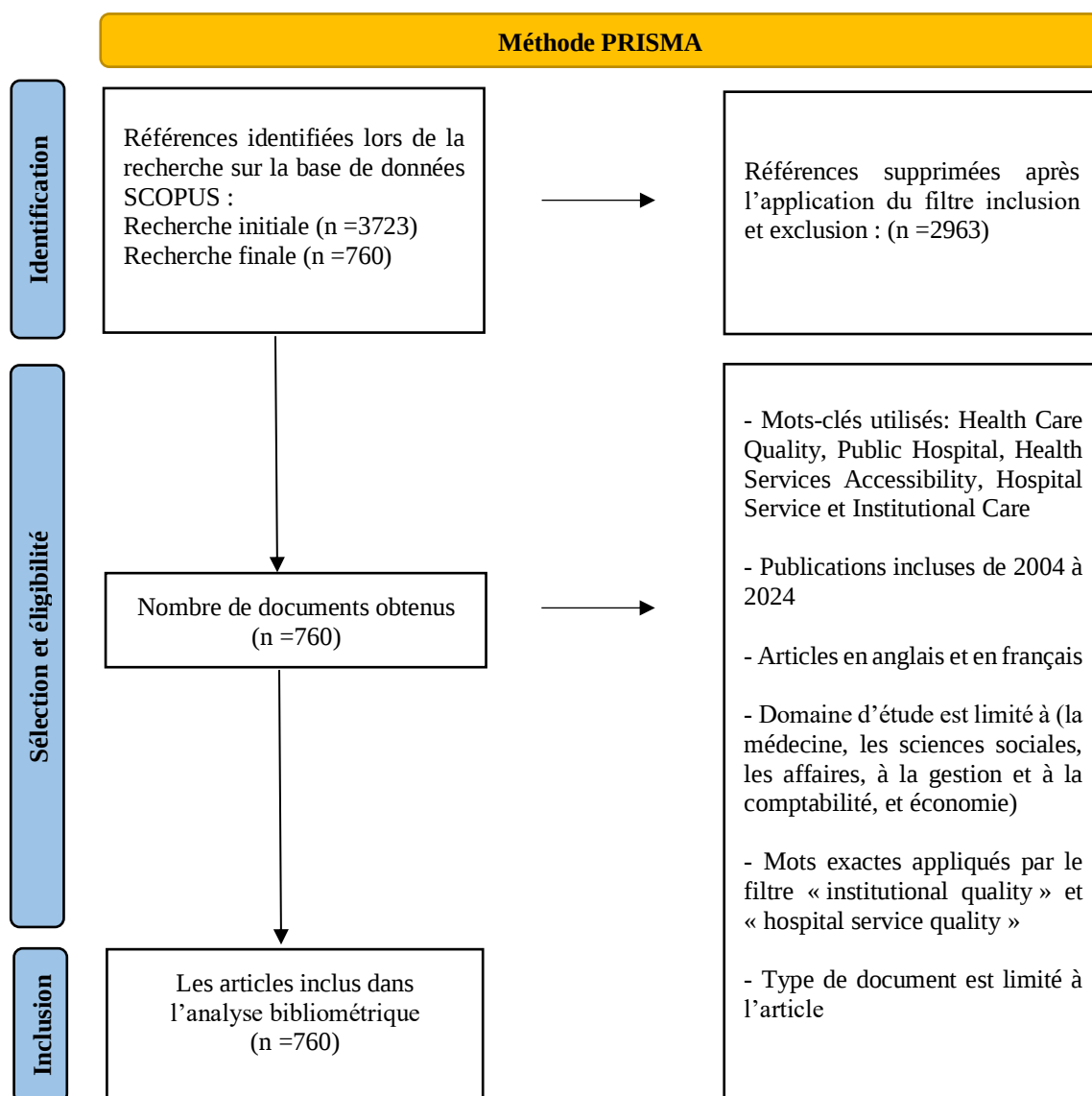
Le résultat final de cette analyse bibliométrique a été obtenu en se basant sur la méthode PRISMA (voir Fig-1). (Page et al., 2021). Ainsi la section suivante va commencer à traiter les questions de recherche.

3.4. Limites de l'analyse bibliométriques et l'impact des choix méthodologiques sur les résultats

L'analyse bibliométrique repose exclusivement sur des publications indexées, ce qui peut introduire un biais de sélection en faveur des revues anglophones et à fort impact, cela exclut des travaux pertinents d'autres langues comme en espagnol, notamment sur les systèmes de santé latino-américains. Ainsi que la période 2004-2024 pourrait omettre des travaux fondateurs antérieurs.

Une complémentarité avec des enquêtes de terrain, des études de cas, ou des répliques utilisant des données multi-sources (PubMed, WoS ...) et des méthodes mixtes (bibliométrie + revue systématique) pourraient atténuer ces biais.

Figure 1 : Méthode PRISMA pour l'analyse bibliométrique



Source : Auteurs

4. Résultats

Dans cette section nous allons traiter les questions de recherche

4.1. La distribution des publications sur la qualité institutionnelle et la qualité des services hospitaliers pour la période 2004-2024.

Cette section va répondre à la première question de recherche :

- *Comment les publications académiques sont réparties relativement à la qualité institutionnelle et la qualité des services hospitaliers de 2004 à 2024 ?*

Évolution des publications (2004–2024)

Phase d'émergence (2004-2008) La première phase est marquée par une croissance progressive, de 28 publications en 2004 à un pic de 53 publications en 2007. Ce saut témoigne d'une sensibilisation scientifique croissante aux problèmes institutionnels dans les systèmes

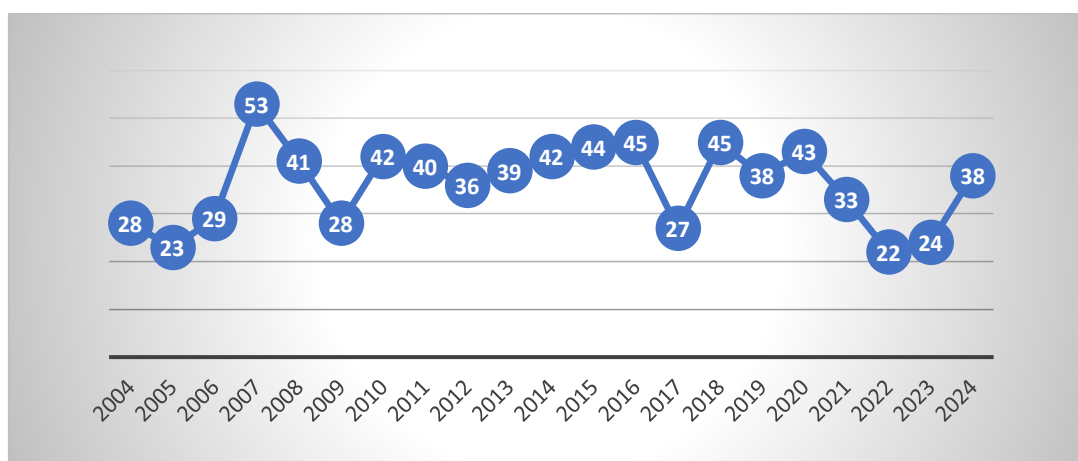
hospitaliers (notamment dans les pays à revenu élevé où les premiers programmes de qualité et d'accréditation hospitalière ont été mis en place).

Période de stabilisation (2009-2016) entre 2009 et 2016, le nombre d'articles varie entre 36 et 45 par an, ce qui témoigne d'une maturité du domaine. Cette stabilité coïncide avec une période de consolidation des modèles de qualité hospitalière (ex. accréditation, sécurité des patients, gouvernance hospitalière) par des référentiels internationaux.

Période de variations récentes (2017–2024) à partir de 2017, on constate une variation, avec un point bas en 2018 (27 publications), une reprise en 2019 (45), puis une baisse entre 2020 et 2023, avec un minimum de 22 publications en 2022. Cette baisse peut être due à : une réorientation conjoncturelle des priorités scientifiques vers la gestion de la pandémie, une dilution des sujets qualité dans d'autres domaines.

En 2024, une reprise se constate (38 publications), signe d'un regain d'intérêt post-crise sanitaire pour les sujets institutionnels et organisationnels hospitaliers. Ces résultats sont en accord avec les recherches de (Janlöv et al., 2023), qui suggèrent que la transparence et la gouvernance influencent les attentes et les initiatives de recherche. Ils partagent également l'opinion de (Doyle et al., 2010), soulignant le rôle crucial des signaux institutionnels dans l'appréciation de la qualité d'un hôpital.

Figure 2 : Distribution des publications par années



Source : Auteurs

Conclusion analytique

L'évolution des publications sur la qualité institutionnelle et la qualité des services hospitaliers se font en trois temps : croissance rapide, stabilisation, puis variations en fonction des contextes généraux (COVID-19). La tendance est à la recentralisation du champ, à la relance des agendas scientifiques sur la gouvernance, les politiques hospitalières et l'amélioration continue de la qualité.

4.2. Les journaux académiques les plus influents dans le domaine de la recherche sur la qualité institutionnelle et la qualité des services hospitaliers

Cette section s'adresse à répondre à la question de recherche suivante

➤ **Quels sont les journaux académiques qui publient davantage sur ce sujet de recherche ?**

Table 2 : les dix meilleurs journaux académiques en matière de recherche sur ce sujet

Journal	Nombre total de publications (2021-2024)	Nombre total des citations (2021-2024)	Cite-Score (2024)	L'article le plus cité	Nombre des citations	Éditeur
BMC Health Services Research	5966	28666	4.8	Barriers and facilitators to the implementation of digital technologies in mental health systems: a qualitative systematic review to inform a policy framework	50	Springer Nature
American Journal of Health-System Pharmacy	1138	3015	2.5	National trends in prescription drug expenditures and projections for 2024	26	Oxford University Press
BMC Pregnancy and Childbirth	3514	18036	5.1	Navigating geographical disparities: access to obstetric hospitals in maternity care deserts and across the United States	25	Springer Nature
BMJ Open	17349	78823	4.5	Global, regional and national epidemiology of allergic disorders in children from 1990 to 2019: findings from the Global Burden of Disease study 2019	37	BMJ Publishing Group
Social Science and Medicine	2999	27385	9.1	The impact of social media influencers on health outcomes: Systematic review	59	Elsevier
Health Affairs	781	9834	12.6	National Health Care Spending In 2022: Growth Similar To Prepandemic Rates	48	Project HOPE
Reproductive Health	809	5668	7.0	Vitamin D and reproductive disorders: a comprehensive review with a focus on endometriosis	19	Springer Nature
International Journal of Environmental Research and Public Health	38899	332375	8.5	Advantages and Limitations of the Body Mass Index (BMI) to Assess Adult Obesity	112	Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)
Journal of Hospital Medicine	493	1867	3.8	Clinical guideline highlights for the hospitalist: GOLD COPD update 2024	20	John Wiley & Sons
Health Policy	615	4372	7.1	Digital health technologies and inequalities: A scoping review of potential impacts and policy recommendations	53	Elsevier

Source : Auteurs

Analyse des revues scientifiques les plus contributives

Ce tableau met en évidence les revues les plus actives dans la diffusion des connaissances sur la qualité institutionnelle et hospitalière, selon quatre indicateurs : le nombre de publications, le nombre de citations, le CiteScore et l'article le plus cité.

Forte concentration des publications dans des revues multidisciplinaires en santé publique : La revue International Journal of Environmental Research and Public Health arrive largement en tête avec 38 899 publications et 332 375 citations sur la période, ainsi qu'un CiteScore de 8,5. Elle est suivie par BMJ Open (17 349 publications, 78 823 citations) et BMC Health Services Research (5 966 publications, 28 666 citations). Cette dominance reflète une orientation vers les thématiques de santé publique mondiale, de politiques de santé et d'organisation des systèmes hospitaliers.

Nombreuses revues en politiques et services de santé : Des revues comme Health Affairs (CiteScore 12,6), Health Policy (CiteScore 7,1) et Social Science & Medicine (CiteScore 9,1) ont des scores d'impact scientifique élevés avec moins de publications. Autant dire leur poids dans la dissémination de travaux à fort enjeu stratégique sur la gouvernance hospitalière, les politiques de santé, les inégalités d'accès.

Poids des grands éditeurs internationaux : Les revues majeures sont issues de groupes éditoriaux puissants : Springer Nature (BMC Health Services Research, BMC Pregnancy and Childbirth, Reproductive Health), BMJ Publishing Group, Elsevier, Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). Cette concentration éditoriale est le reflet d'une uniformisation mondiale des circuits de diffusion scientifique hospitalière.

Articles en vedette et sujets tendance : Les articles les plus cités dans ces revues sont : l'implémentation des technologies numériques en santé, les inégalités d'accès aux soins obstétricaux, les dépenses nationales de santé, les déterminants sociaux de la santé. Ces thématiques témoignent du poids croissant des dimensions institutionnelles, organisationnelles et socio-techniques dans les études sur la qualité hospitalière.

Lecture stratégique des indicateurs d'impact

Les revues à fort volume de publications (IJERPH, BMJ Open, BMC Health Services Research) assurent une diffusion large, mais à impact moyen et élevé.

Les revues à CiteScore élevé et citations ciblées (Health Affairs, Social Science & Medicine) constituent des canaux stratégiques pour les travaux à fort contenu conceptuel et politique.

Conclusion analytique

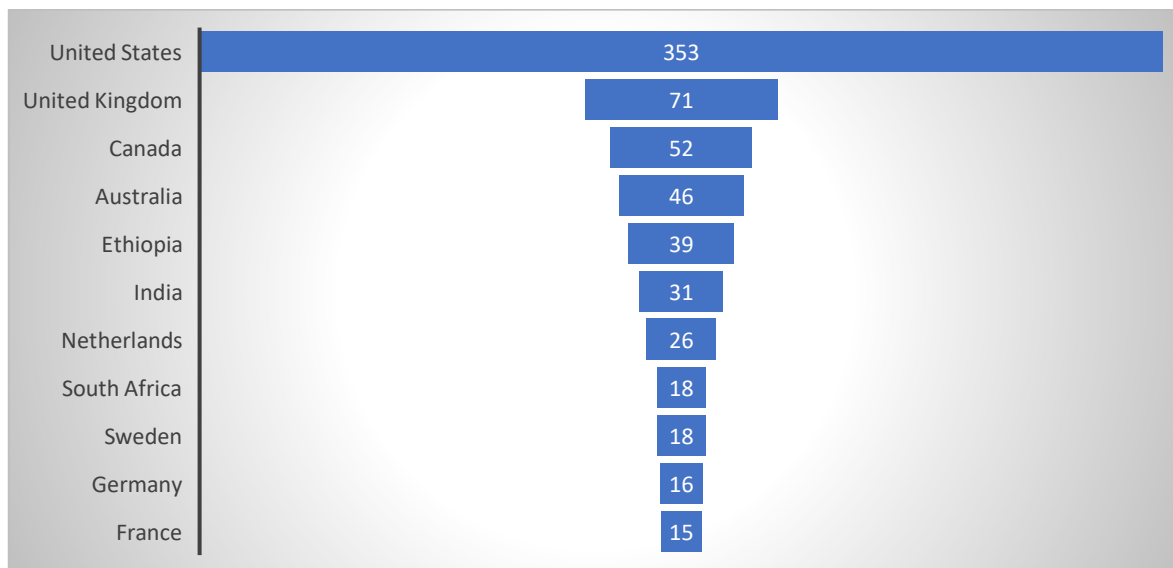
Ces résultats mettent en évidence une polarisation éditoriale autour de grandes revues internationales multidisciplinaires, associée à un poids croissant des revues de politiques et services de santé dans la structuration scientifique du champ. Cette répartition suggère deux stratégies complémentaires pour les chercheurs, publier dans des revues à large diffusion pour accroître la visibilité, et cibler des revues à fort impact pour renforcer la crédibilité scientifique et politique des travaux.

4.3. Les pays les plus influents dans le domaine de recherche sur la qualité institutionnelle et la qualité des services hospitaliers

➤ Quels sont les meilleurs pays dans ce domaine de recherche

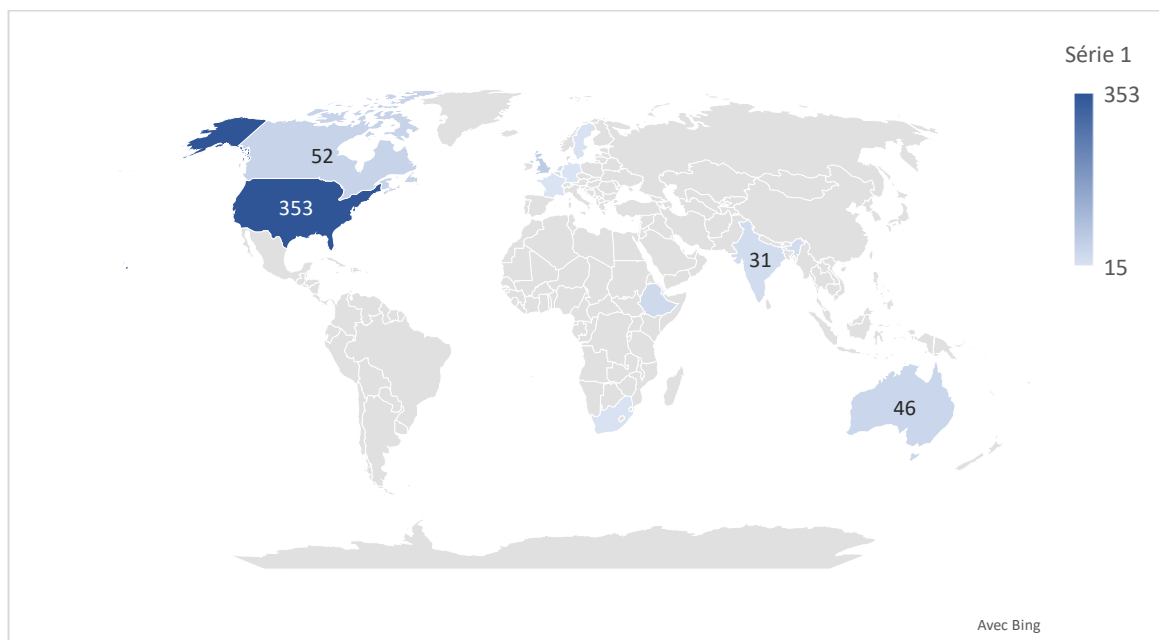
La figure 3 illustre la répartition des publications selon les pays et met immédiatement en évidence une concentration importante de la production scientifique dans quelques pays riches. Cette configuration indique que les programmes de recherche en matière de qualité hospitalière institutionnelle sont largement déterminés par les ressources en recherche et en financement des systèmes de santé les plus performants.

Figure 3 : Évolution des publications selon les pays



Source : Auteurs

Figure 4 : Distribution des publications sur les pays les plus influents dans ce domaine



Source : Auteurs

La figure 4 indique le rang des pays les plus productifs et met en évidence la différence entre le pays dominant et les autres membres du groupe. Outre le nombre de publications, cette répartition doit être considérée comme un indicateur indirect de la rigueur des politiques de qualité, de l'accessibilité des données (rapports, indices publics) et du développement des mécanismes d'évaluation dans ces systèmes.

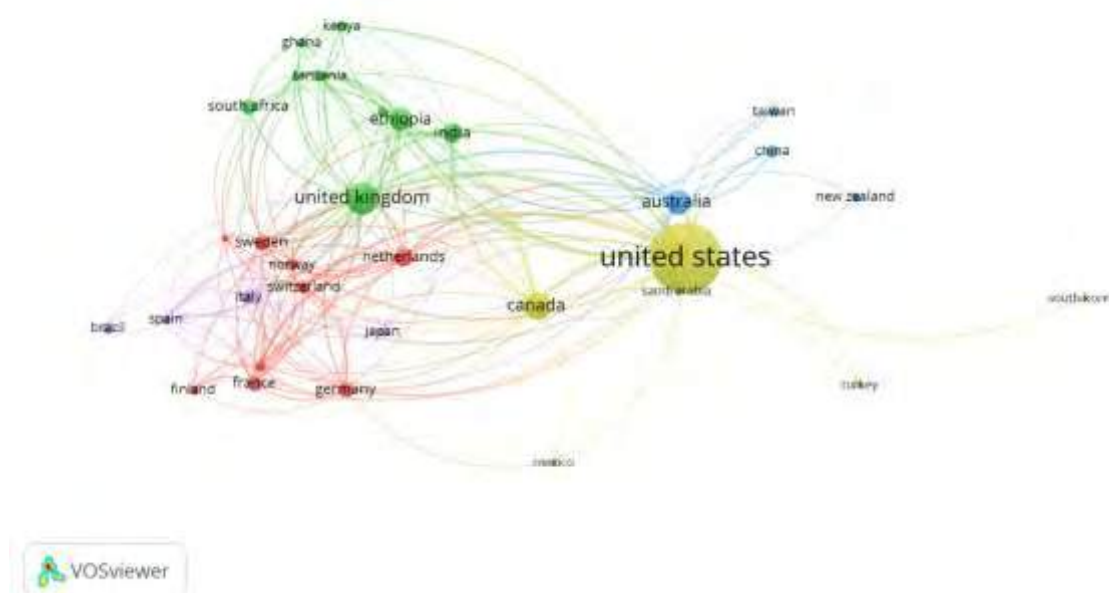
Le tableau 3 vient s'ajouter aux figures antérieures en combinant la productivité, le nombre de citations et la « force totale des liens ». Ces indicateurs servent à différencier la production (volume), l'influence (références) et l'intégration relationnelle (connexions). Ils servent à éviter une lecture strictement quantitative et à évaluer la position véritable des pays au sein du réseau scientifique.

Table 3 : Distributions des publications les meilleurs pays via VOSviewer

Create Map				
Verify selected countries				
Selected	Country	Documents	Citations	Total link strength
☒	united states	370	11982	105
☒	united kingdom	75	2409	87
☒	netherlands	26	701	46
☒	canada	55	1331	43
☒	portugal	9	248	36
☒	australia	47	992	35
☒	sweden	18	382	35
☒	france	16	570	31
☒	norway	10	224	30
☒	india	29	512	29
☒	italy	15	577	29
☒	ethiopia	37	857	28
☒	germany	16	839	28
☒	switzerland	15	267	26
☒	malawi	5	51	23
☒	spain	8	260	23
☒	tanzania	9	147	22
☒	nepal	10	167	21
☒	kenya	9	100	20
☒	belgium	5	30	15

Source : Auteurs

Figure 5 : Visualisation des publications distribuées sur les pays les plus influents via VOSviewer



Source : Auteurs

La figure 5 (Réseau VOSviewer) illustre la structure des collaborations et démontre la manière dont les pays se regroupent en grappes. Elle permet de repérer les pays « hubs » (hautement interconnectés) et ceux qui sont en périphérie, offrant par conséquent une interprétation relationnelle de la géographie scientifique plutôt qu'un classement pur.

Analyse des pays les plus productifs et de leurs collaborations scientifiques

Les résultats de l'analyse bibliométrique révèlent une suprématie incontestée des États-Unis dans la production scientifique relative à la qualité institutionnelle des établissements hospitaliers. Avec un volume compris entre 353 et 370 publications, un total de 11 982 citations et une force de lien globale de 105, les États-Unis occupent largement la première position dans le réseau scientifique analysé. Cette domination ne se limite pas à une simple productivité quantitative, mais se traduit également par une forte centralité dans les réseaux internationaux de collaboration, indiquant un rôle structurant dans la diffusion et l'orientation des travaux de recherche. Ces résultats sont cohérents avec la littérature antérieure, qui souligne le leadership des institutions américaines dans les domaines de la qualité des soins, de la gouvernance hospitalière et de l'évaluation institutionnelle, en raison notamment de la disponibilité des financements de recherche, de la maturité des systèmes d'accréditation hospitalière et de l'intégration précoce des approches qualité dans les politiques de santé (Braithwaite et al., 2012).

Au-delà des États-Unis, plusieurs pays développés se distinguent également par une contribution scientifique significative. Le Royaume-Uni, avec un volume compris entre 71 et 75 publications, le Canada (55 publications), l'Australie (47 publications) et les Pays-Bas (26 publications) affichent une production régulière, associée à un nombre élevé de citations et à une forte connectivité avec le réseau international. Ces pays forment, aux côtés des États-Unis, un noyau central de la recherche sur la qualité institutionnelle hospitalière. Cette configuration rejoint les constats établis dans les analyses bibliométriques antérieures portant sur la qualité des services de santé, qui mettent en évidence une concentration de la production scientifique dans les pays à revenu élevé disposant de systèmes de santé institutionnalisés, de cadres réglementaires avancés et de dispositifs formalisés d'évaluation de la performance hospitalière (World Health Organization et al., 2018).

D'un point de vue théorique, cette concentration géographique de la production scientifique peut être interprétée à la lumière de la théorie institutionnelle. Les pays les plus productifs évoluent dans des environnements caractérisés par un fort degré d'institutionnalisation des pratiques de qualité, favorisant des dynamiques d'isomorphisme normatif et cognitif entre les établissements de santé et les communautés académiques (DiMaggio & Powell, 1983). Ainsi, la domination observée de certains pays ne reflète pas uniquement des capacités individuelles de recherche, mais également des écosystèmes institutionnels propices à la production, à la légitimation et à la diffusion des connaissances sur la qualité institutionnelle hospitalière.

Conclusion analytique

Ces résultats mettent en évidence une géographie scientifique très polarisée, avec les États-Unis et leurs alliés anglo-saxons au centre, autour desquels s'articulent les collaborations internationales sur la qualité institutionnelle et hospitalière. L'apparition de contributions d'Éthiopie, d'Inde ou d'Afrique du Sud laisse toutefois entrevoir un potentiel de diversification géographique.

4.4. Les auteurs les plus influents dans le domaine de la qualité institutionnelle et la qualité des services hospitaliers

➤ ***Quels sont les auteurs les plus influents dans ce domaine de recherche ?***

Table 4 : les dix meilleurs auteurs

Auteurs	Nombre total des publications	Nombre total des citations	h-Index	Institutions	Pays
Mor, Vincent N.T.	754	46,053	103	Brown UniversityThe institution will open in a new tab, Providence	United States
Barach, Paul Randall	298	8,536	44	Thomas Jefferson UniversityThe institution will open in a new tab, Philadelphia	United States
Bielaszka-DuVernay, Christina	5	164	5	This author has no affiliation history	–
Jayanna, Krishnamurthy	33	2,992	12	M. S. Ramaiah University of Applied SciencesThe institution will open in a new tab, Bengaluru	India
Sheferaw, Ephrem Daniel	15	278	6	University of Global Health EquityThe institution will open in a new tab, Kigali	Rwanda
Stekelenburg, Jelle	160	3,142	32	Medisch Centrum LeeuwardenThe institution will open in a new tab, Leeuwarden	Netherlands
Teno, Joan M.	345	26,050	88	OHSU School of MedicineThe institution will open in a new tab, Portland	United States
Arling, Greg W.	103	3,093	30	School of NursingThe institution will open in a new tab, West Lafayette	United States
Asch, David A.	464	23,589	81	University of PennsylvaniaThe institution will open in a new tab, Philadelphia	United States
Asch, Steven M.	601	28,958	78	Stanford University School of MedicineThe institution will open in a new tab, Stanford	United States

Source : Auteurs

Analyse concernant les auteurs ayant le plus d'influence dans ce domaine.

Ce tableau met l'accent sur les chercheurs qui ont apporté une contribution à la littérature scientifique concernant la qualité institutionnelle et hospitalière, en s'appuyant sur le volume de leurs publications, le nombre total de citations et h-Index.

Une concentration élevée de la production scientifique se situe aux États-Unis.

Les chercheurs les plus prolifiques sont majoritairement affiliés à des institutions américaines prestigieuses telles que Brown University, Stanford University School of Medicine, University of Pennsylvania et Thomas Jefferson University.

Mor, Vincent N.T. impose davantage en tant que le scientifique le plus créatif, avec 754 œuvres publiées, 46 053 citations et un h-Index de 103, en témoignant d'une portée scientifique dominante et durable. Vincent N.T. Mor impose davantage en tant que le scientifique le plus créatif, avec 754 œuvres publiées, 46 053 citations et un h-Index de 103, en témoignant d'une portée scientifique dominante et durable. D'autres auteurs majeurs comme Asch, Steven M. et Asch, David A. ont respectivement 601 et 464 publications avec des citations (28 958 et 23 589) et des h-Index très élevés (78 et 81). Cette concentration témoigne du leadership scientifique américain en qualité hospitalière et institutionnelle, de solides infrastructures de recherche et de réseaux de collaboration.

services research, health care policy, benchmarking, organizational case studies, pharmacy, pharmaceutical services.

Interprétation : Ce groupe met l'accent sur la qualité institutionnelle, en termes de structures organisationnelles, de gouvernance des hôpitaux et des processus de régulation interne. Il s'agit d'une vision méso-institutionnelle, axée sur la capacité de l'organisation à organiser, piloter et améliorer les services rendus. Cela rejoint les bases de Institutional theory, les normes et pratiques organisationnelles affectent la performance perçue.

- **Cluster 2 (Bleu) - Expérience patient et services cliniques**

Mots-clés dominants : Pregnancy, childbirth, prenatal care, psychology, attitude of health personnel, health personnel, rural health care, health care facility.

Interprétation : Cette association a pour but d'améliorer la qualité de l'expérience du patient dans des contextes cliniques spécifiques (maternité, périnatalité, soins de proximité). Les aspects du personnel médical traduisent l'importance des relations humaines, un élément essentiel de la qualité perçue, ce regroupement est en lien avec les dimensions interactives et relationnelles de la qualité des soins hospitaliers (communication, empathie, attitude des soignants).

- **Cluster 3 (Rouge) - Qualité des soins cliniques et performance médicale**

Mots-clés dominants : Major clinical study, emergency service, hospital, hospital discharge, postoperative complication, comorbidity, health care cost, quality improvement

Interprétation : Ce regroupement se concentre sur l'efficacité et la sécurité clinique, en mettant particulièrement l'accent sur les soins aigus en milieu hospitalier (urgences, soins postopératoires, complications). Les termes associés aux coûts et à l'amélioration de la qualité présentent un lien étroit avec les politiques de performance des hôpitaux.

Ce regroupement illustre la dimension technique et clinique de la qualité (axes structurels et processuels selon le modèle de Donabedian).

- **Cluster 4 (Violet) - Qualité institutionnelle et assurance qualité**

Mots-clés dominants : Quality assurance, electronic medical record, pharmaceutical services, benchmarking (liens croisés avec cluster vert)

Interprétation : Le cluster ici fait référence aux dispositifs et aux mécanismes institutionnels instaurés dans le but d'assurer et de contrôler la qualité (tels que l'accréditation, les systèmes d'information hospitaliers et les normes). Ce champ englobe l'aspect institutionnel de la qualité des soins hospitaliers, mettant en évidence les politiques publiques et la réglementation.

Les recherches sur l'accréditation indiquent généralement des résultats favorables, mais elles sont souvent disparates, en fonction du niveau d'intégration organisationnelle et de la situation de mise en pratique. Cela contribue à expliquer la position de ce regroupement dans le schéma cartographique. Cette étude fait écho aux résultats de (Brubakk et al., 2015), qui soulignent la variabilité des impacts de l'accréditation hospitalière. Elle est étendue par (Sunol et al., 2014), qui soulignent l'importance des capacités organisationnelles dans l'adoption des systèmes qualité.

Analyse transversale des mots-clés centraux

Certains mots-clés prennent une position nodale, font le lien entre plusieurs clusters :

De « health care quality » vers le cœur du graphe ; pont entre les clusters 1, 2 et 3

De « organization and management » vers le lien fortement connecté aux axes assurance qualité et politique institutionnelle.

De « quality improvement » vers le nœud transversal entre la performance clinique et institutionnelle.

De « health personnel attitude » vers la connexion de l'expérience du patient, et les dimensions organisationnelles.

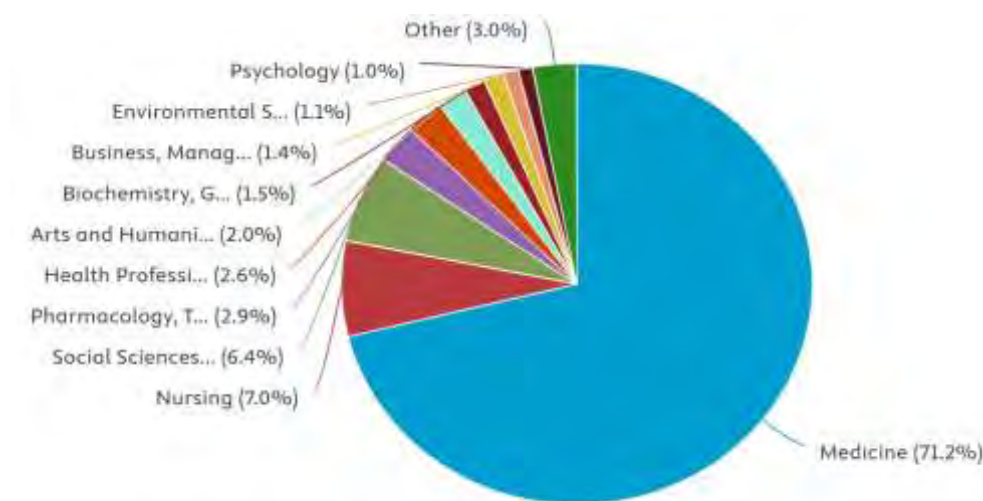
Cette configuration suppose que la qualité institutionnelle ne s'isole pas, mais agit comme un pivot entre structure organisationnelle, performance clinique et expérience patient. Cette interprétation s'accorde avec les données empiriques récentes qui établissent un lien entre la réputation institutionnelle et la confiance, en fonction de la qualité perçue et de la satisfaction, surtout dans le cas d'une asymétrie d'information importante (Jalilvand et al., 2024; Lewis & Hinchcliff, 2023).

Cette analyse est cohérente avec les résultats empiriques récents qui associent la réputation institutionnelle à la confiance dans la qualité perçue et la satisfaction, particulièrement dans une situation de forte asymétrie d'information (Jalilvand et al., 2024; Lewis & Hinchcliff, 2023).

4.6. Les domaines de recherche les plus importants impliquant ce thème de recherche

➤ *Quels sont les domaines de recherche les plus importants impliquant ce thème de recherche ?*

Figure 7 : Principaux domaines de recherche dans Scopus



Source : Auteurs

Analyse de la distribution disciplinaire des publications

Ce schéma représente la distribution des travaux scientifiques selon les disciplines concernées par la qualité institutionnelle et la qualité des services hospitaliers.

Dominance claire de la médecine (71,2 %) La majorité de la production scientifique se concentre dans le domaine médical. Cette prédominance illustre une perspective historiquement biomédicale concernant la qualité des soins hospitaliers, axée sur la sûreté des soins, l'efficacité clinique et les procédures médicales normalisées.

Le nursing (7,0 %) et les sciences sociales (6,4 %) occupent une part secondaire, mais notable. L'accent mis sur les sciences infirmières et sociales met en évidence une évolution graduelle du domaine vers des méthodes axées sur l'expérience du patient, les pratiques de soins relationnels et les facteurs organisationnels.

Apport additionnel de domaines multidisciplinaires. Des secteurs tels que la pharmacologie (2,9 %), les professions médicales (2,6 %), les arts et sciences humaines (2,0 %), la biochimie et la biologie moléculaire (1,5 %) ou le management (1,4 %) offrent une expertise périphérique, mais cruciale, notamment en ce qui concerne des sujets tels que l'innovation, la gouvernance, l'éthique et la communication dans le domaine de la santé.

La diversification est émergente. L'intégration de la psychologie (1,0 %) et des sciences environnementales (1,1 %) témoigne d'un angle interdisciplinaire, bien que restreint, des influences contextuelles et psychosociales sur la perception de la qualité.

Analyse stratégique

Cette structure académique indique une solide base dans le domaine biomédical, tout en montrant une ouverture croissante aux sciences sociales et humaines. Elle souligne que l'examen des facteurs institutionnels doit être abordé d'un point de vue médical, mais leur compréhension requiert une approche multidisciplinaire incluant les domaines de l'organisation, de la psychosociologie et du management hospitalier.

5. Discussion des résultats

5.1. Lecture d'ensemble : une montée en institutionnalisation encore inachevée

Les tendances temporelles (émergence 2004-2008, stabilisation 2009-2016, fluctuations 2017-2024 avec creux pandémie) confirment que la qualité institutionnelle s'est progressivement affirmée comme pivot entre structures hospitalières, processus de soins et résultats perçus par les patients, exactement l'articulation proposée par (Donabedian, 1988) (structure, processus et résultats). L'année 2024 a été marquée par une reprise indiquant un redémarrage des programmes de gouvernance, de sécurité et d'amélioration continue après la pandémie de COVID-19, mettant en avant le rôle clé de la qualité institutionnelle en tant que levier transversal. Cette dynamique appuie l'hypothèse avancée par (Lehtinen & Lehtinen, 1991) selon laquelle l'image (comprenant la réputation, la visibilité et les labels) constitue une forme anticipée de la qualité, ayant la capacité d'orienter les attentes et d'influencer l'évaluation des interactions et des éléments concrets.

L'observation de l'évolution au fil du temps (trois vagues) reflète une institutionnalisation graduelle de cet aspect structurel. Ce processus d'institutionnalisation va de pair avec les recherches de (Lehtinen & Lehtinen, 1991), qui mettaient l'accent sur le fait que l'image institutionnelle peut être envisagée avant même l'expérience des soins, jouant ainsi le rôle d'un référentiel préétabli pour évaluer la qualité. Ces résultats prolongent aussi des travaux plus récents sur la confiance et la réputation comme prédicteurs précoces de satisfaction et de loyauté dans les services hospitaliers (Helm, 2007).

D'un point de vue interprétatif, cette intercession institutionnelle entre structures et évaluations des usagers concorde avec de récentes synthèses qui soulignent l'importance de la gouvernance et des processus institutionnels dans la performance et l'expérience du patient (Greenfield & Braithwaite, 2008).

5.2. Polarisation éditoriale : visibilité large vs impact stratégique

La forte présence des revues multidisciplinaires de santé publique (IJERPH, BMJ Open, BMC Health Services Research) et, en parallèle, de revues à fort contenu politique/organisationnel (Health Affairs, Health Policy, Social Science & Medicine) reflète une double logique :

Diffusion extensive de travaux (grand volume, portée internationale) sur des questions de politique de santé, d'organisation et de systèmes ; canaux stratégiques pour les contributions à haute intensité conceptuelle et à forte valeur de décision.

Cette répartition confirme ce que notre introduction postulait : la qualité institutionnelle n'est pas un simple corollaire de la dimension technique et interactive ; elle structure la légitimité de l'hôpital et oriente les réformes, l'usage des labels (accréditation) et la communication institutionnelle. La coexistence de ces deux voies éditoriales ouvre une opportunité méthodologique : articuler des études empiriques à large diffusion avec des cadres intégrateurs publiés dans des revues de politiques/management, afin d'accroître à la fois visibilité et crédibilité.

Cette double logique éditoriale reflète une tension identifiée dans la littérature sur la gouvernance de la qualité en santé : d'un côté, des travaux à large diffusion dans des revues de santé publique qui privilégient des approches quantitatives et populationnelles (par ex. BMJ

Open, BMC Health Services Research), et de l'autre, des contributions plus ciblées en management et politiques de santé, orientées vers la prise de décision (Health Affairs, Health Policy). Ce découplage disciplinaire est documenté (Braithwaite et al., 2012) et explique pourquoi la qualité institutionnelle reste moins visible comme catégorie unifiée alors qu'elle irrigue deux espaces éditoriaux complémentaires.

5.3. Géographie de la production : asymétries et effets de contexte

La domination des États-Unis et de leurs partenaires anglo-saxons, ainsi que l'émergence de pôles en pays à revenu intermédiaire (Éthiopie, Inde, Afrique du Sud), corroborent l'hypothèse d'un isomorphisme institutionnel (théorie institutionnelle) : les organisations et les systèmes de santé convergent vers des normes et standards perçus comme légitimes (accréditation, reporting, culture de sécurité).

Les résultats (métriques de qualité, effets de l'accréditation, confiance) sont contextualisés par des régulations, des financements et des infrastructures qui varient sensiblement d'un pays à l'autre ; la périphérie scientifique (LMICs) contribue de plus en plus, mais ses problématiques (hôpitaux publics, contraintes de ressources, intermédiations communautaires) demeurent sous-représentées. D'où l'intérêt, pour de futurs travaux, d'explorer des modèles multi-groupes (tests d'invariance) et des dessins comparatifs (Nord-Sud) pour décomposer les effets de contexte sur les liens entre réputation, confiance et qualité perçue/satisfaction.

Ces déséquilibres sont en phase avec la théorie institutionnelle (DiMaggio & Powell, 1983), qui soutient que les organisations tendent à se conformer à des modèles jugés légitimes (isomorphismes mimétiques, coercitifs et normatifs). Les nations à revenu élevé possèdent une structure plus robuste de régulation, d'accréditation et de communication, facilitant ainsi cette institutionnalisation. En revanche, les LMICs présentent une institutionnalisation plus opérationnelle que symbolique, souvent limitée par les ressources et fortement tributaire de programmes d'accréditation internationaux (Shaw et al., 2010; World Health Organization et al., 2018). Ces conclusions attestent que la réputation et l'indication institutionnelle ne sont pas indifférentes : elles témoignent des relations de pouvoir et des disparités d'accès à la légitimité.

5.4. Clusters thématiques : un pont entre gouvernance, expérience et performance

La cartographie en quatre clusters confirme la médiation de la qualité institutionnelle entre gouvernance/organisation (Cluster 1), expérience patient (Cluster 2) et performance clinique (Cluster 3), avec un socle d'outils (assurance qualité, SIH, accréditation) dans le Cluster 4.

Cette structure renforce l'argument de l'introduction : Côté structure, les choix de gouvernance (coordination, rôles, systèmes) façonnent les processus ; Côté processus, l'organisation des parcours et la qualité des interactions influencent les résultats perçus ; Les signaux institutionnels (accréditation/labels) réduisent l'incertitude informationnelle, pré-encadrent les attentes et stabilisent la confiance.

Autrement dit, la qualité institutionnelle n'est pas une « couche » superflue ; elle est la charnière qui coordonne les dimensions SERVQUAL (tangibles, assurance, empathie...) et qui conditionne la crédibilité des dispositifs qualité.

Cette articulation entre gouvernance, expérience et performance s'aligne avec le modèle structure, processus et résultats de (Donabedian, 1988) et avec la logique hiérarchique de qualité de service décrite par (Dagger et al., 2007). Elle reflète également la fonction de médiation et de signalisation attribuée aux labels d'accréditation dans des travaux empiriques récents (Braithwaite et al., 2012; Nicklin et al., 2017). En d'autres termes, la qualité institutionnelle constitue une infrastructure cognitive qui encadre et renforce la crédibilité des dimensions SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988) tangibles, fiabilité, assurance et empathie.

Notamment, la concentration d'un cluster axé sur l'assurance qualité indique que l'accréditation est moins un simple label qu'un mécanisme institutionnel dont les effets sont liés aux

compétences internes de coordination et d'apprentissage, ce qui s'aligne avec les écrits académiques (Brubakk et al., 2015; Sunol et al., 2014).

5.5. Répartition disciplinaire : un besoin d'interdisciplinarité outillée

La prédominance médicale, d'environ 71 %, atteste une orientation biomédicale persistante. Or, la qualité institutionnelle exige des compétences de management, de politiques de santé et de sciences sociales (communication, réputation, confiance, culture), aujourd'hui sous-pondérées dans la base de connaissances. L'ouverture vers des méthodes mixtes (bibliométrie, revues systématiques et études de cas/qualitatives) et des modèles explicatifs (p. ex. modèles hiérarchiques, médiations/modérations) permettrait d'opérationnaliser la dimension institutionnelle au-delà des seuls indicateurs cliniques.

Cette domination médicale a été signalée dans d'autres champs connexes (accréditation, sécurité des patients, culture organisationnelle) où la majorité des publications proviennent de disciplines cliniques. Des analyses bibliométriques similaires (Braithwaite et al., 2012; Greenfield & Braithwaite, 2008) montrent que les contributions en sciences de gestion, politiques publiques et sciences sociales ont tendance à apparaître plus tardivement et à un volume moindre, bien qu'elles structurent souvent les cadres explicatifs. Cela confirme que l'institutionnalisation scientifique du champ suit une trajectoire en deux temps : biomédicale d'abord, managériale ensuite.

5.6. Apports théoriques et opérationnels

Apports théoriques.

La primauté structurante de la qualité institutionnelle (structure) dans le schéma de (Donabedian, 1988),

Le rôle médiateur/modérateur de la réputation et de la confiance dans la chaîne qualité de service vers satisfaction/loyauté (SERVQUAL),

L'existence d'isomorphismes (institutionnels, mimétiques, coercitifs) liés à l'accréditation et aux politiques publiques, qui façonnent les pratiques et les perceptions.

Implications managériales et pour la politique de santé.

Gouvernance et coordination : investir dans la clarification des rôles, la coordination interservices et les Systèmes d'Information Hospitaliers (traçabilité, apprentissage).

Signalisation institutionnelle : mobiliser l'accréditation comme un signal crédible auprès des patients et des financeurs, en l'adossant à des transformations internes (et non comme un exercice formel).

Réputation et communication : développer des stratégies de réputation (transparence sur indicateurs, retours d'expérience, partenariats) alignées aux améliorations de fond ; la réputation précadre l'expérience patient.

Équité et contextualisation : soutenir des recherches collaboratives Nord-Sud et des programmes de renforcement des capacités de gestion de la qualité dans les hôpitaux publics à ressources contraintes.

Ces apports rejoignent les conclusions de travaux structurants tels que (Donabedian, 1988), qui posait la centralité de la structure institutionnelle dans les chaînes de qualité ; (Parasuraman et al., 1988), pour la médiation des dimensions relationnelles ; (DiMaggio & Powell, 1983), pour les effets d'isomorphisme ; (Braithwaite et al., 2012; Shaw et al., 2010), pour le rôle de l'accréditation comme mécanisme de légitimation et signal externe

5.7. Limites et pistes de recherche

Les propres limites méthodologiques (dépendance à Scopus, biais linguistiques, période (2004–2024)) sont cohérentes avec les biais de sélection signalés dans la littérature. Trois prolongements sont prioritaires, d'abord, trianguler les bases (Web of Science, PubMed) pour

atténuer le biais d'indexation et améliorer la récupération francophone, ensuite, conduire des méta-analyses ciblées (p. ex. effets de l'accréditation sur la confiance et la qualité perçue) et des revues systématiques de littérature, et enfin tester empiriquement un modèle hiérarchique où la qualité institutionnelle (réputation + gouvernance/coordination + signalisation) influence la qualité perçue via confiance et expérience, en intégrant la modération par l'accréditation et l'invariance par pays/type d'hôpital.

Ces limites méthodologiques rejoignent celles identifiées dans les grandes synthèses bibliométriques sur les systèmes de santé (Braithwaite et al., 2012; World Health Organization et al., 2018) : biais de langue, biais de bases de données, faible couverture francophone et faible prise en compte des contextes publics à ressources contraintes. De nombreux auteurs recommandent des approches combinées (bibliométrie, méta-analyse et études qualitatives) pour renforcer la robustesse et la transférabilité des résultats (Helm, 2007; Nicklin et al., 2017).

6. Conclusion

Cette analyse bibliométrique (2004–2024), confirme que la qualité institutionnelle s'impose comme une dimension structurante de la qualité des services hospitaliers, au même titre que les dimensions techniques et interactives. Elle s'inscrit dans le schéma structure–processus–résultats de (Donabedian, 1988), renforce la crédibilité des dimensions SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988) et reflète les logiques d'isomorphisme décrites par Paul (DiMaggio & Powell, 1983). De plus, des recherches récentes soutiennent l'utilisation de modèles intégrateurs vérifiables empiriquement, qui articulent la réputation, la gouvernance et les dispositifs normatifs pour expliciter la qualité perçue dans des contextes publics et contraints (Zefri & Mssassi, 2025).

Les résultats révèlent trois contributions majeures : une cartographie cumulative de la production scientifique, la mise en évidence de fortes asymétries géographiques et éditoriales, la consolidation d'un cadre articulant réputation, gouvernance et accréditation comme leviers de qualité institutionnelle.

Dans un sens pratique, l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers doit aller au-delà des stratégies axées sur les soins eux-mêmes et inclure des mécanismes institutionnels fiables : une gouvernance bien définie, une coordination interne intensifiée, une communication claire et une accréditation véritablement mise en œuvre. Ces facteurs sont cruciaux pour améliorer la confiance et le contentement des patients (Helm, 2007; Nicklin et al., 2017).

Enfin, des perspectives de recherche s'ouvrent : modélisation empirique hiérarchique, comparaisons Nord–Sud et intégration d'indicateurs institutionnels dans les dispositifs qualité. Les travaux futurs permettront de consolider le rôle stratégique de la qualité institutionnelle dans la performance globale des hôpitaux.

Références

- (1). Abouzaid, B. (2013). Les incidences de la certification ISO 9001 sur la qualité de l'enseignement supérieur : L'expérience du Maroc [Phdthesis, Université de Toulon]. <https://theses.hal.science/tel-02426247>
- (2). Braithwaite, J., Shaw, C. D., Moldovan, M., Greenfield, D., Hinchcliff, R., Mumford, V., Kristensen, M. B., Westbrook, J., Nicklin, W., Fortune, T., & Whittaker, S. (2012). Comparison of health service accreditation programs in low- and middle-income countries with those in higher income countries : A cross-sectional study. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 24(6), 568-577. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs064>
- (3). Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). A

- systematic review of hospital accreditation : The challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*, 15(1), 280. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0933-x>
- (4). Chun, R., & Davies, G. (2006). The influence of corporate character on customers and employees : Exploring similarities and differences. *Journal of the Academy of Marketing Science*. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-influence-of-corporate-character-on-customers-Chun-Davies/84462b63607049a4974617305dc8844c95c56901>
- (5). Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A Hierarchical Model of Health Service Quality : Scale Development and Investigation of an Integrated Model. *Journal of Service Research*, 10(2), 123-142. <https://doi.org/10.1177/1094670507309594>
- (6). Dharmagunawardene, D., Bowman, P., Avery, M., Greenfield, D., & Hinchcliff, R. (2025). Factors influencing the establishment of hospital accreditation programs in low- and middle-income countries : A scoping review. *Health Policy and Planning*, 40(4), 496-517. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaf011>
- (7). DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited : Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
- (8). Donabedian, A. (1988). The Quality of Care : How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- (9). Doyle, C., Reed, J., Woodcock, T., & Bell, D. (2010). Understanding what matters to patients—Identifying key patients’ perceptions of quality. *JRSM Short Reports*, 1(1), 3. <https://doi.org/10.1258/shorts.2009.100028>
- (10). Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research : A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172-183. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>
- (11). Helm, S. (2007). One reputation or many? : Comparing stakeholders’ perceptions of corporate reputation. *Corporate Communications: An International Journal*, 12(3), 238-254. <https://doi.org/10.1108/13563280710776842>
- (12). Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare : A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1057. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>
- (13). Jalilvand, M. A., Raeisi, A. R., & Shaarbafchizadeh, N. (2024). Hospital governance accountability structure : A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, 47. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>
- (14). Janlöv, N., Blume, S., Glenngård, A. H., Hanspers, K., Anell, A., & Merkur, S. (2023). Sweden : Health system review. WHO Regional Office for Europe.
- (15). Lehtinen, U., & Lehtinen, J. R. (1991). Two Approaches to Service Quality Dimensions. *The Service Industries Journal*, 11(3), 287-303. <https://doi.org/10.1080/02642069100000047>
- (16). Lewis, K., & Hinchcliff, R. (2023). Hospital accreditation : An umbrella review. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(1), mzad007. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad007>
- (17). Nicklin, W., Fortune, T., van Ostenberg, P., O’Connor, E., & McCauley, N. (2017). Leveraging the full value and impact of accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 310-312. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx010>
- (18). Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated

- guideline for reporting systematic reviews. BMJ, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- (19). Parasuraman, A. P., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing*, 64(1), 12-40.
- (20). Pronovost, P., B, W., Cg, H., Bj, R., Rp, K., Kb, H., Er, F., Jb, S., & Hr, R. (2003). Evaluation of the culture of safety : Survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Quality & Safety in Health Care*, 12(6). <https://doi.org/10.1136/qhc.12.6.405>
- (21). Shaw, C., Groene, O., Mora, N., & Sunol, R. (2010). Accreditation and ISO certification : Do they explain differences in quality management in European hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), 445-451. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq054>
- (22). Shortell, S. M., Bennett, C. L., & Byck, G. R. (1998). Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice : What it will take to accelerate progress. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 593-624, 510. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00107>
- (23). Spence, M. (1973). Job Market Signaling. *The Quarterly Journal of Economics*, 87(3), 355. <https://doi.org/10.2307/1882010>
- (24). Sunol, R., Wagner, C., Arah, O. A., Shaw, C. D., Kristensen, S., Thompson, C. A., Dersarkissian, M., Bartels, P. D., Pfaff, H., Secanell, M., Mora, N., Vlcek, F., Kutaj-Wasikowska, H., Kutryba, B., Michel, P., Groene, O., Klazinga, N., Kringos, D. S., Lombarts, M. J. M. H., ... Thompson, A. (2014). Evidence-based organization and patient safety strategies in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(Suppl 1), 47-55. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu016>
- (25). World Health Organization, OECD, & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2018). *Delivering Quality Health Services : A Global Imperative for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization. <https://doi.org/10.1596/978-92-4-151390-6>
- (26). Zefri, O., & Mssassi, S. (2025). LA PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTE PAR LES PATIENTS DES HOPITAUX PUBLICS : ANALYSE BIBLIOMÉTRIQUE. *IJTM International Journal of Trade and Management*, 2(4), 122-145.