

Place et spécificités du modèle PATH dans le contexte des pays émergents et en développement : une revue systématique de littérature

Position and Specificities of the PATH Model in the Context of Emerging and Developing Countries: A Systematic Literature Review.

Auteur 1 : Ikram BENELBARAKA.

Auteur 2 : Tarik LAKHAL.

Ikram BENELBARAKA, Doctorante
Université Mohammed V Rabat- Maroc
Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales Agdal
Laboratoire d'Etudes et de Recherche en Sciences de Gestion (LERSG)

Tarik LAKHAL, Enseignant-chercheur
Université Mohammed V Rabat- Maroc
Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales Agdal
Laboratoire d'Etudes et de Recherche en Sciences de Gestion (LERSG)

Déclaration de divulgation : L'auteur n'a pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.

Conflit d'intérêts : L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêts.

Pour citer cet article : BENELBARAKA .I & LAKHAL .T (2026) « Place et spécificités du modèle PATH dans le contexte des pays émergents et en développement : une revue systématique de littérature », African Scientific Journal « Volume 03, Num 36 » pp: 3669 – 3693.



DOI : 10.5281/zenodo.21334196
Copyright © 2026 – ASJ



Résumé

Cette revue systématique examine la place potentielle et les particularités du modèle PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) dans les pays émergents et en développement. Lors de la recherche documentaire selon les étapes de la méthode PRISMA 2020, il s'avère que la quasi-totalité des expériences de ce modèle se sont déroulées dans des pays développés.

Il a été conclu que PATH est un modèle multidimensionnel qui repose sur une documentation riche et solide ainsi que des indicateurs pertinents et valides. Cependant, ce modèle présente certaines limites, notamment sur les plans méthodologiques, de comparabilité, ainsi qu'en ce qui concerne les délais de rétroaction et l'efficacité des systèmes d'information mobilisés.

Par transposition au contexte des pays émergents et en développement, souvent caractérisés par des ressources limitées, l'absence des bases de données probantes, un système de gouvernance fragmenté... L'étude souligne l'importance de l'application dudit modèle et sa portée dans l'amélioration du leadership hospitalier, l'insertion de la culture de la qualité, la promotion du dialogue intersectoriel et le renforcement de la confiance des usagers.

Malgré la non application directe du modèle PATH dans ces contextes, il est indéniable qu'il demeure un outil efficace pour l'amélioration continue des soins.

Mots-clés : PATH, performance hospitalière, qualité des soins, pays émergents et en développement, transférabilité.

Abstract

This systematic review examines the potential role and specific characteristics of the PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) model in emerging and developing countries. A literature search conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines revealed that almost all trials of this model have taken place in developed countries. It was concluded that PATH is a multidimensional model underpinned by a wealth of robust evidence and relevant, valid indicators. However, this model has certain limitations, particularly in terms of methodology, comparability, feedback times and the effectiveness of the information systems employed.

When applied to the context of emerging and developing countries – which are often characterised by limited resources, a lack of evidence-based data and a fragmented governance system – the study highlights the importance of applying this model and its potential for improving hospital leadership, embedding a culture of quality, promoting cross-sectoral dialogue and strengthening user confidence.

Although the PATH model is not directly applied in these contexts, it is undeniable that it remains an effective tool for the continuous improvement of care.

Keywords

PATH, hospital performance, quality of care, emerging and developing countries, transferability.

1. Introduction

L'évaluation de la performance hospitalière constitue aujourd'hui un impératif stratégique majeur pour les systèmes de santé contemporains, confrontés à des contraintes économiques croissantes, à des exigences accrues de qualité et de sécurité des soins, ainsi qu'à des transformations démographiques profondes. À l'échelle mondiale, les dépenses de santé représentent environ 9 à 10 % du PIB mondial, atteignant 10,3 % en 2021 (OMS, 2023), traduisant une pression budgétaire significative sur les finances publiques. Par ailleurs, l'augmentation des attentes des populations et la complexification des besoins de santé, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire, accentuent la nécessité de renforcer les capacités de pilotage des systèmes de santé (Kruk et al., 2018). En outre, le vieillissement démographique et la transition épidémiologique vers les maladies chroniques imposent une reconfiguration des parcours de soins ainsi qu'une optimisation de l'allocation des ressources (Rosenberg, 2022). Dans ce contexte, les décideurs politiques et les gestionnaires hospitaliers sont confrontés à une équation complexe visant à concilier qualité clinique, sécurité des patients, efficacité économique et réactivité organisationnelle, dans un environnement caractérisé par des ressources limitées.

Face à ces défis multidimensionnels, les systèmes de santé ont progressivement renforcé le recours à des outils d'évaluation de la performance hospitalière, considérés comme des instruments de pilotage essentiels pour l'amélioration continue de la qualité des soins, la transparence et la prise de décision fondée sur les données (Lahdab & Rahmouni, 2025). La pandémie de Covid-19 a par ailleurs mis en évidence la nécessité de renforcer la résilience des systèmes de santé, à travers l'amélioration de la surveillance épidémiologique, la flexibilité des dispositifs organisationnels, la sécurisation des chaînes d'approvisionnement et la valorisation des ressources humaines en santé (Legido-Quigley et al., 2020). Cette crise a également accéléré la transition numérique dans les hôpitaux, favorisant le développement de systèmes d'information intégrés et d'outils d'aide à la décision. Dans les pays développés, cette dynamique s'est traduite par la formalisation de cadres structurés d'évaluation de la performance, tels que ceux du NHS au Royaume-Uni ou de l'ICIS au Canada, reposant sur des infrastructures informationnelles robustes et des mécanismes de gouvernance stabilisés.

Dans ce contexte, les outils standardisés d'évaluation de la performance hospitalière occupent une place centrale dans les stratégies d'amélioration des systèmes de santé. Parmi eux, le modèle PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals), développé par le bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe en 2003, constitue un cadre multidimensionnel visant à soutenir l'auto-évaluation, l'apprentissage

organisationnel et l'amélioration continue de la qualité des soins. Ce modèle repose sur une approche holistique intégrant plusieurs dimensions de la performance hospitalière et a été principalement mis en œuvre dans des systèmes de santé européens et nord-américains (Groene et al., 2008).

Cependant, la transposition de tels modèles vers les pays à revenu faible et intermédiaire soulève des interrogations majeures, tant sur le plan théorique que pratique. Ces contextes se caractérisent souvent par des systèmes d'information fragmentés, une disponibilité limitée de données fiables, des contraintes en ressources humaines et matérielles, des capacités organisationnelles hétérogènes ainsi qu'une persistance des inégalités socio-sanitaires (Belardi et al., 2023). Dans ces conditions, la transférabilité des modèles d'évaluation développés dans des environnements structurés ne peut être considérée comme automatique. Elle dépend de mécanismes d'adaptation, de réinterprétation et parfois de découplage institutionnel permettant leur appropriation locale (Meyer & Rowan, 1977).

Il convient donc de définir le contexte retenu dans cette étude, les différentes classifications des pays reflètent des caractéristiques différentes. La classification de la Banque Mondiale des pays sur la base de leur revenu national brut par habitant en quatre catégories : pays à faible revenu, à revenu intermédiaire (de la tranche inférieure et supérieure), à revenu élevé (Banque Mondiale, 2025). Alors que le Fonds Monétaire Internationale (FMI) distingue les économies avancées des économies émergentes ou en développement en fonction de leur source de revenu d'exportation, de leur position financière nette ou de développement économique (FMI, 2025) ... Dans ce sens, les pays du groupe BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) sont considérés comme les économies émergentes de premier rang. Ainsi dans le cadre de cette étude, l'appellation des pays émergents et en développement renvoie à une notion plus large couvrant notamment les pays à revenu intermédiaire ayant des particularités communes dans leurs systèmes de santé, d'où le choix de ces contextes.

Bien que de nombreux travaux aient abordé séparément les questions de gouvernance hospitalière, de mesure de la performance ou de diffusion des modèles d'évaluation, les connaissances restent fragmentées et ne permettent pas de comprendre de manière intégrée les conditions institutionnelles, organisationnelles et techniques qui influencent la transférabilité du modèle PATH dans les systèmes hospitaliers des pays émergents et en développement. Cette fragmentation limite la compréhension des mécanismes d'appropriation et d'adaptation des outils standardisés dans des contextes caractérisés par des contraintes structurelles spécifiques.

Dès lors, cette étude vise à répondre à la question suivante : **Quelles sont les conditions institutionnelles, organisationnelles, techniques et méthodologiques de la transférabilité du modèle PATH dans le contexte des pays émergents et en développement ?**

Pour répondre à cette question, cette étude porte sur une revue de littérature systématique conduite selon l'approche PRISMA 2020, afin d'identifier les facteurs facilitant ou limitant la transférabilité du modèle PATH dans le contexte des pays émergents et en développement. L'article est articulé en quatre parties : la première présente le cadre théorique et conceptuel mobilisé ; la deuxième décrit la méthodologie retenue dans cette étude ; la troisième expose les résultats sous forme d'une grille d'analyse des études retenues ; la quatrième discute les résultats à la lumière des cadres théoriques mobilisés et met en évidence les principales conditions de transférabilité du modèle PATH dans ces contextes étudiés.

2. Cadre conceptuel et théorique

Dans cette section, nous présentons le cadre conceptuel et théorique mobilisé pour cette étude. Il comprend quatre corpus théoriques complémentaires. Premièrement, la théorie néo-institutionnelle permet de cerner les mécanismes de diffusion des modèles d'évaluation. Deuxièmement, les dispositifs de gouvernance hospitalière et d'évaluation de la performance situent le modèle PATH comme un outil de pilotage et d'amélioration de la qualité. Troisièmement, nous détaillons la structure générale du modèle PATH. Enfin, nous identifions les facteurs de contingence spécifiques au contexte hospitalier des pays émergents et en développement.

2.1. Théorie néo-institutionnelle et diffusion des modèles organisationnels

La théorie néo-institutionnelle représente un repère d'analyse incontournable pour comprendre la diffusion et l'adaptation des approches organisationnelles dans des contextes hétérogènes (DiMaggio & Powell, 1983 ; Scott, 2014). Elle distingue entre l'environnement technique fondé sur les exigences de production et d'efficacité et l'environnement institutionnel caractérisé par les normes, les règles et les mythes rationalisés en dehors de l'efficacité technique. Cette distinction nous explique pourquoi les organisations conservent des pratiques qui ne sont pas efficaces mais qui garantissent leur légitimité sociale (Scott, 2008). Dans ce sens, la légitimité est définie comme étant : « une perception ou une présomption généralisée selon laquelle les actions d'une entité sont souhaitables, appropriées et conformes au sein d'un système socialement construit de normes, de valeurs, de croyances et de définitions » (Suchman, 1995). Les organisations aspirent à pérenniser leur légitimité en adoptant des pratiques et des stratégies alignées avec les normes de leur environnement institutionnel. Suchman (1995) distingue trois types de légitimité : légitimité pragmatique (l'évaluation selon les intérêts perçus par les parties

prenantes), légitimité morale (l'évaluation normative de l'organisation fondée sur la perception de la conformité de ses activités aux valeurs et au bien-être social) et légitimité cognitive (la compréhensibilité et l'acceptation implicite de l'organisation) ou taken-for-granted.

La ressemblance des organisations au sein d'un même champ organisationnel est expliquée par l'isomorphisme institutionnel, sous l'effet des pressions institutionnelles communes (DiMaggio & Powell, 1983). Ce concept s'opère par trois mécanismes : l'isomorphisme coercitif qui découle des pressions exercées par les Etats ou tout autre organisme régulateur et politique, l'isomorphisme mimétique qui correspond à imiter les organisations qu'on perçoit comme légitimes ou réussies et L'isomorphisme normatif désigne la convergence des organisations sous l'effet de la professionnalisation, des réseaux professionnels et du partage de normes et de valeurs communes. Tous ces mécanismes éclairent l'adaptation variée des modèles organisationnels, tel que PATH, dans différents contextes. A cet effet, des organisations internationales telles que l'OMS ou la Banque Mondiale ont une influence sur les politiques nationales de santé, notamment dans les pays émergents dépendants de l'expertise internationale, du fait de la légitimité technique et morale de ces institutions (Chorev, 2012). Dans une logique de transfert, les pays émergents ou en développement peuvent adopter formellement le modèle PATH sans disposer des capacités techniques et organisationnelles nécessaires à sa mise en œuvre effective.

2.2.Gouvernance hospitalière et modèles d'évaluation de la performance

L'évaluation de la performance est un préalable incontournable pour le renforcement de la gouvernance hospitalière. « La performance hospitalière est un construit multidimensionnel qui se réfère à un jugement effectué à travers l'interaction de plusieurs parties prenantes, portant sur la valeur globale de l'organisation » (Sicotte et al., 1998). La performance des établissements de santé peut être évaluée selon trois dimensions : la structure (infrastructures, ressources et organisation), le processus (la prise en charge, les soins) et les résultats (satisfaction du patient, guérison) (Donabedian, 1988). D'ailleurs, il convient de souligner que la performance d'un système de santé ne se limite pas aux résultats atteints, mais s'évalue également au regard des ressources mobilisées, mettant ainsi en évidence la notion d'efficience (OMS, 2000). Au-delà de cette perspective, six objectifs spécifiques conduisent à l'amélioration de la santé et la qualité des soins, à savoir : sécurité, efficacité, centration sur le patient, réactivité, efficience et équité (Institute of Medicine, 2001). A l'échelle mondiale, différents modèles d'évaluation de la performance hospitalière existent, chacun selon sa méthodologie, ses dimensions et ses objectifs. Les modèles multidimensionnels tels que PATH, EGIPSS (Modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé),

Balanced Scorecard, EFQM (cadre européen d'évaluation de l'excellence organisationnelle) et bien d'autres modèles qui concilient les objectifs financiers, cliniques et sociaux de l'organisation hospitalière (Lahdab, 2025). Ces modèles se distinguent par leur approche et leur finalité soit normative pour la conformité institutionnelle (certification) ou formative pour l'acquisition et l'appropriation interne (amélioration continue).

Le modèle PATH présente tout de même des spécificités qui le différencie des autres modèles. C'est un outil d'auto-évaluation interne qui favorise le benchmarking entre les pairs et le benchmarking international. Il se caractérise par une approche holistique et multidimensionnelle basé sur six dimensions de la performance et la qualité hospitalière (Groene et al., 2008). En dépit de tous ces atouts, la contextualisation du modèle PATH nécessite des systèmes d'information intégrés, fiabilité des données enregistrées, capacités d'interprétation et d'amélioration ainsi que la culture qualité instaurée (Veillard et al., 2005).

2.3. Présentation du modèle PATH

Dans cette section, nous allons présenter le cadre général du modèle PATH et sa portée en tant que modèle d'évaluation cohérent et intégral pour les hôpitaux participants.

2.3.1. Origine et objectifs

Le modèle PATH (*Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals*) est un outil d'évaluation de la performance pour l'amélioration de la qualité conçu en 2003 par le bureau régional de l'OMS-Europe. Il permet aux hôpitaux de rejoindre un réseau d'échange et d'engagements communs basé sur la compétitivité, l'expertise, la coopération et l'amélioration continue. Le modèle PATH est fondé sur un corpus empirique solide et riche à travers des analyses de faisabilité et de disponibilité des données. De ce fait, chaque hôpital reconnaît sa position par rapport à d'autres hôpitaux et son classement par groupe selon qu'il soit « surperformant » ou « sous-performant ». Des rapports de performance relatent l'ensemble des informations statistiques et cliniques de chaque indicateur ce qui conduit vers d'autres outils d'amélioration de la qualité. Ainsi, les hôpitaux déclarés plus performants sont invités à partager leur expérience via des bulletins d'information, des conférences et des groupes de discussion (OMS Europe, 2007).

Le modèle PATH possède un large éventail d'indicateurs de performance assignés à des objectifs stratégiques grâce à son système intégré. L'évaluation et la mesure de la performance hospitalière n'est pas une fin en soi mais elle contribue uniquement à s'intégrer dans le processus de l'amélioration de la qualité. Le cadre de ce modèle d'évaluation comprend les étapes suivantes (OMS Europe, 2008) : (1) **Motiver** les hôpitaux à adopter le modèle volontairement ; (2) **Mesurer** la performance hospitalière par 17 indicateurs de base pouvant

être complétés par des indicateurs contextuels ; (3) **Avoir du sens** dans les données collectées en prenant en considération le contexte local ; (4) **Agir** en passant d'une logique de mesure et d'évaluation à une logique d'amélioration continue de la qualité.

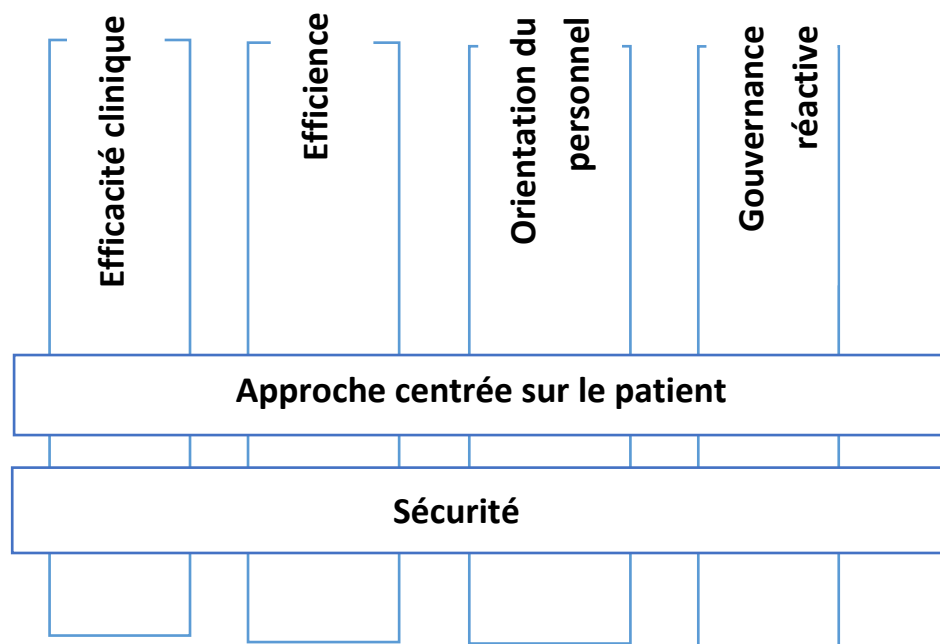
De surcroît, PATH est conçu pour canaliser certaines dimensions de la performance souvent marginalisées, renforcer la transparence, pallier les lacunes des systèmes d'informations médicales et initier une gestion fondée sur des preuves probantes. Il joue un rôle également dans l'ancrage d'une culture de mesure, la sensibilisation des dirigeants, la promotion du dialogue interservices et la mise en réseau intra/interhospitalier.

2.3.2. Dimensions et indicateurs du modèle

La performance hospitalière constitue une approche multidimensionnelle holistique et intégrée regroupant différentes dimensions. Au niveau du modèle PATH, elle correspond au maintien d'un équilibre général des normes de la société, la réactivité à l'égard des patients et les professionnels (Veillard et al., 2005). A cet effet, les six dimensions du modèle PATH sont réparties en :

- Quatre principaux domaines : efficacité clinique, efficience, orientation du personnel et gouvernance réactive.
- Deux perspectives transversales : sécurité et approche centrée sur le patient.

Figure N°1 : Le modèle conceptuel PATH



Source : Bureau régional de l'OMS –Europe, 2007.

Ces dimensions susmentionnées sont interdépendantes entre elles, comme par exemple, la dimension « sécurité » est corrélée à la dimension de « l'efficacité clinique », « l'orientation du personnel » et « la gouvernance réactive ».

Afin d'unifier les différentes données issues des systèmes d'information hospitaliers, PATH a développé deux ensembles d'indicateurs :

- L'ensemble central : correspond aux indicateurs dont la charge de collecte est moins élevée. Il inclut 17 principaux indicateurs applicables dans tous les contextes.
- L'ensemble adapté (de contexte) : correspond aux indicateurs dont la charge de collecte est plus élevée. Il inclut 24 indicateurs de mesure en fonction des stratégies primordiales de l'établissement ou du pays.

Le projet PATH nécessite une coordination sur deux niveaux :

- La coordination au niveau national : assurée par une équipe ou une personne dont le rôle est de centraliser toutes les stratégies hospitalières mises en place et d'être le point de contact entre l'OMS et les hôpitaux participants. L'équipe de coordination doit également participer dans la précision des définitions opérationnelles et techniques des indicateurs ainsi que d'expliquer les procédures relatives à la collecte de la base des données.
- La coordination au niveau hospitalier : tous les hôpitaux (publics ou privé et toute taille confondue) peuvent y participer. La direction de l'hôpital doit être très impliquée avec nomination d'un coordinateur. Ainsi, les résultats sont transmis via la plateforme électronique du centre collaborateur de l'OMS. Ces données doivent être vérifiées et valides avant leur insertion dans la base des données par l'hôpital.

Toutefois, l'implémentation du modèle PATH nécessite des prérequis organisationnels, technologiques, culturels et institutionnels (Veillard et al., 2005). D'ailleurs pour tirer profit de l'usage des indicateurs de performance, ils doivent être intégrés dans un système encadré et structuré afin de faciliter la liaison avec des stratégies d'amélioration de la qualité (Klazinga et al., 2011).

2.4.Facteurs de contingence contextuelle : spécificités des systèmes hospitaliers dans les pays émergents et en développement

Les pays du BRICS ont été sélectionnés en fonction de leur poids démographique et social, leur évolution économique et industrielle et leur contribution à l'économie mondiale bien qu'ils possèdent des caractéristiques des pays à revenu intermédiaire (Romaniuk et al., 2020). En effet, la transférabilité du modèle PATH s'inscrit dans le cadre de la théorie de la contingence structurelle, qui explique qu'une organisation dépend de son adaptation aux conditions de son

environnement (Pfeffer, 1978). Ces facteurs de contingence relèvent principalement de l'environnement (le degré de stabilité et de turbulence), la technologie (complexité des processus de production) et l'incertitude (difficulté d'anticipation future) (Ellis & Shenkar, 2025). Appliqués à la contextualisation de PATH dans les pays émergents et en développement, ces contingences se traduisent par des soubassements organisationnels, technologiques et institutionnels qui conditionnent la transférabilité en question. A cet effet, l'état des lieux des systèmes de santé des BRICS s'impose comme un référentiel pertinent pour ressortir les catégories de contingence contextuelle suivantes : sous-financement du secteur public, pénurie des ressources humaines, faible mise en œuvre du développement technologique et numérique, gouvernance fragmentée, dépendance managériale, et absence de culture qualité (Romaniuk et al., 2020) (Rahman et al., 2025). Bien que les pays des BRICS se distinguent par leurs propres contextes politiques, économiques et sanitaires, ils partagent néanmoins un ensemble de défis et d'enjeux communs. Sur le plan institutionnel, ils se caractérisent par des formes de gouvernance variées en raison du système mixte qui combine entre la responsabilité publique et la participation privée. Sur le plan économique, les dépenses totales de santé suivent une tendance à la hausse dans les cinq pays néanmoins une dépendance significative aux paiements directs (out-of-pocket) des ménages persiste malgré l'existence de la couverture sanitaire universelle. Sur le plan organisationnel, les défis liés à la gestion hospitalière suite l'insuffisance des ressources humaines et la surcharge des structures hospitalières entravent la performance des systèmes de santé dans ces pays. Et sur le plan sanitaire, la transition épidémiologique, la double pression morbidaire (à la fois les maladies non transmissibles et les maladies infectieuses) ainsi que l'émergence des facteurs individuels de risque (obésité, alcool, tabac, ...) mettent sous tension les capacités des systèmes de santé de ces pays.

Le sous-financement, la contribution des ménages aux dépenses de santé, la pénurie des ressources humaines, la participation du secteur privé et la faible gouvernance sont aussi des défis structurels des pays à revenu intermédiaire (Mills, 2014).

Ces spécificités contextuelles communes représentent les facteurs de contingence ayant une influence considérable sur la transférabilité du modèle PATH dans le contexte des pays émergents et en développement.

3. Méthodologie

Notre étude porte sur une revue systématique de littérature pour identifier, explorer et consolider les études antérieures sur les spécificités d'implantation du modèle PATH dans le contexte des pays émergents et en développement. Dans ce sens, notre démarche méthodologique suit les lignes directrices du méthode PRISMA 2020 (Preferred Reporting

Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page et al., 2021) tout en prenant en considération la quasi-absence des travaux empiriques du modèle PATH dans ces contextes.

3.1.Stratégie de recherche documentaire

Notre recherche documentaire a été réalisée entre début décembre 2025 jusqu'à mars 2026, elle porte sur des études et des articles scientifiques dans six bases de données scientifiques : PubMed, Scopus, Web of Science, ScienceDirect, ResearchGate, Google Scholar et les sites de la littérature grise (OMS, OCDE, Banque Mondiale...) dans le but de générer les publications scientifiques abordant le modèle PATH et l'évaluation de la performance hospitalière dans les pays émergents et en développement. Dans la littérature, les pays à revenu intermédiaire sont souvent associés aux pays à faible revenu c'est pour cela qu'on les a intégrés dans les équations de recherche. Pour ce faire, une stratégie de recherche a été élaborée à partir de mots-clés combinés à l'aide d'opérateurs booléens (en français et en anglais), comme suit :

- Bloc 1 : « PATH model » OR « Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals » OR « Hospital performance assessment » ;
- Bloc 2 : « Emerging countries » OR « Emerging economies » OR « Developing countries » OR « Low and middle-income countries » OR « LMIC » ;
- Bloc 3 : « Transferability factors » OR « Adaptability » OR « Adaptation » OR « Implementation » OR « contextual conditions ».

Les correspondants français sont :

- Bloc 1 : « Modèle PATH » OU « Outil d'évaluation de la performance pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux » OU « Evaluation de la performance hospitalière » ;
- Bloc 2 : « Pays émergent(e)s » OU « Economies émergentes » OU « Pays en développement » OU « Pays à revenu faible et intermédiaire » ou « PFRI » ;
- Bloc 3 : « Facteurs de transférabilité » OU « Adaptabilité » OU « Adaptation » OU « Implémentation » OU « Conditions contextuelles ».

Les filtres effectués dans les bases de données couvrent la période entre 2003 et 2026 pour obtenir tous les articles scientifiques en relation avec les termes susmentionnés quels que soient l'année, l'auteur ou le pays. Aucun filtre sur le type de document n'a été appliqué pour maximiser les résultats de recherche. En complément, nous avons examiné également les références bibliographiques (backward citation tracking) ainsi que les citations des publications clés (forward citation tracking) des articles retenus. Nous avons eu recours aussi à des recherches ciblées des auteurs principaux (Veillard J. & Groene O. & Klazinga N.).

3.2.Critères d'éligibilité

Après la phase de la recherche documentaire, il convient de trier les publications scientifiques sélectionnées en se basant sur des critères d'inclusion et d'exclusion. Celles-ci se représentent comme suit :

Tableau N°1 : Les critères d'éligibilité de la revue systématique

Critères	Contenu
Critères d'inclusion	- Articles publiés à partir de l'année 2003 (année du lancement du projet PATH par l'OMS-Europe) ; - Type de document : articles scientifiques conceptuelles, descriptives ou empiriques ; - Publications dans toutes les langues ; - Etudes menées dans tous les pays (notamment les pays émergents et en développement) avec une inclusion des pays développés pour une approche comparative ; - Etudes scientifiques sur l'application, le pré-test, la validation ou la description du modèle PATH (même partiellement) dans certains contextes.
Critères d'exclusion	- Articles publiés avant l'année 2003 ; - Documents non officiels ou professionnels ; - Publications avec d'autres langues non traduites ; - Etudes menés sur un contexte différent du contexte hospitalier ; - Publications scientifiques en relation avec d'autres modèles d'évaluation de la performance hospitalière sans lien avec PATH.

Source : Auteurs

Les études répondant aux critères d'inclusion sont retenues, tandis que celles répondant à au moins un critère d'exclusion sont rejetées. Notre revue vise à comprendre les différentes limites, contraintes ou facteurs facilitateurs de l'implémentation de modèle PATH uniquement. Cependant, si on inclut des études sur d'autres modèles d'évaluation de la performance cela va compliquer l'analyse car chaque modèle possède des caractéristiques distinctes de l'autre. Les autres modèles alternatifs représentent des dimensions, des indicateurs et par conséquent des conditions d'implémentation différentes.

3.3.Processus de sélection

Le processus de sélection de cette étude a été élaboré en se référant aux étapes du protocole PRISMA 2020 et est illustré en Figure N°2. Par ailleurs, le modèle PATH a été développé sous l'égide de l'OMS-Europe, et pour combler l'insuffisance des recherches scientifiques dans ce

sens, la littérature grise (rapports et documents institutionnels de l’OMS-Europe) remédie à cette lacune. La recherche documentaire préliminaire a permis de repérer **118** références dans les bases de données scientifiques dont les documents institutionnels relevant de la littérature grise dans les sites de l’OMS-Europe ou autres. Après avoir éliminé **04** doublons, **114** références sont soumises au screening (le tri initial des études) en analysant leurs titres et leurs résumés. Ensuite, **68** textes intégraux se sont évalués et soumis aux critères d’inclusion et d’exclusion. Et finalement, nous avons retenu **10** études : **04** articles scientifiques des auteurs principaux de PATH identifiés par la recherche manuelle (toutes les études empiriques menées incluent un seul pays émergent-Afrique du Sud) et **06** références institutionnelles de la littérature grise de l’OMS-Europe détaillant le contexte du projet PATH, l’expérience de l’implémentation pilote, la conception du modèle et son opérationnalisation sur le terrain.

Figure N°2 : Diagramme de flux de PRISMA 2020

Identification
Références identifiées via les bases de données scientifiques : (n=118) PubMed, , Scopus, Web of Science, ScienceDirect, ResearchGate, Google Scholar
Dédoublonnage
Références après suppression des doublons : (n=114) (Doublons supprimés : n=4)
Screening
Références screenées : (n=114) Références exclues après le screening : (n=46)
Eligibilité
Textes intégraux évalués : (n=68) Textes exclus après critères d’éligibilité : (n=58)
Inclusion finale
Etudes incluses dans la revue : (n=10) • Articles scientifiques : n=4 • Littérature grise de l’OMS-Europe : n=6

Source : Auteurs

Vu le nombre limité des études retenues et l'inclusion de la littérature grise, nous avons eu recours à une évaluation de la qualité méthodologique pour renforcer la fiabilité des études retenues. Cette analyse s'est basée notamment sur la clarté des objectifs, l'approche méthodologique adoptée, la rigueur de la collecte des données et les biais potentiels. Par conséquent, les études incluses ont été jugées de qualité suffisante pour renforcer notre synthèse.

4. Résultats

4.1. Grille d'analyse

Après avoir déterminé les références à inclure, nous les avons regroupées dans une grille d'analyse afin de consolider leurs principales caractéristiques. La grille d'analyse ci-dessous constitue un soubassement à l'analyse comparative des spécificités et de l'applicabilité du modèle PATH dans différents contextes, y compris le contexte des pays émergents et en développement.

(Cf. l'annexe 1 sur la grille d'analyse des principales caractéristiques des études retenues).

4.2. Synthèse des résultats

Les 10 études retenues dans cette revue de littérature systématique couvrent la période entre l'année 2003 et l'année 2011. La majorité des études se réfèrent à la littérature grise du bureau de l'OMS Europe (6 études sur 10). Les quatre autres sont des articles scientifiques à comité de lecture portant principalement sur le modèle PATH, dont une étude comparative avec d'autres modèles d'évaluation de la performance et de la qualité hospitalière. Sur le plan méthodologique, 02 articles empiriques évaluent la phase pilote de l'implémentation du modèle PATH. 01 article conceptuel et descriptif du projet PATH (objectifs, orientations, processus d'élaboration, modèle conceptuel et modèle opérationnel). 01 revue comparative du modèle PATH avec 10 autres projets issus de différents pays et des programmes internationaux plus larges tels que : conseil australien pour les normes de soins de santé (ACHS), agence fédérale allemande pour l'assurance qualité (BQS), Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQ)... Et 06 documents institutionnels de la littérature grise de l'OMS-Europe (brochure descriptive, rapports des ateliers d'échange, papier de recherche, manuel méthodologique, présentation des résultats de l'enquête). La phase pilote du modèle PATH a été mise en œuvre dans les contextes géographiques suivants : Belgique, Canada, Danemark, France, Slovaquie, Lituanie, Pologne, Afrique du Sud et Croatie. Et les échantillons hospitaliers varient entre 22 hôpitaux en Croatie et 51 hôpitaux dans l'ensemble des pays participants.

Dans l'ensemble des études retenues, le modèle PATH repose sur une approche multidimensionnelle articulée autour de 6 dimensions interdépendantes (efficacité clinique, efficience, orientation du personnel, gouvernance réactive, approche centrée sur le patient et sécurité) et un ensemble d'indicateurs de base (*a core set*) ainsi que des indicateurs contextuels (*a tailored set*) (Veillard et al., 2005 ; OMS Europe, 2007 ; Groene et al., 2008). Une autre typologie d'indicateurs apparaît dans une étude distinguant les indicateurs formatifs (causaux) contribuent à apporter des changements dans la variable latente et les indicateurs réflexifs (d'effet) qui résultent des changements de cette variable (Veillard et al., 2005). Cette distinction est importante dans la mesure où ça facilite l'interprétation des indicateurs. L'étude comparant le modèle PATH à d'autres projets nationaux précise qu'il est un cadre flexible et intégral, applicable à différents contextes et basé sur la participation volontaire. Et il s'avère utile d'adopter PATH dans des contextes qui se caractérisent par l'absence des initiatives de projets d'indicateurs ou dont la performance hospitalière se focalise sur certaines dimensions au détriment d'autres (Groene et al., 2008). Les coordinateurs hospitaliers remontent leur expérience sur la clarté des fiches descriptives, la disponibilité des données, la charge liée à la collecte des données... ce qui aide à redéfinir les priorités de développement du projet pour les hôpitaux participants. De surcroît, le retour rapide d'information sur les indicateurs collectés est considéré comme un facteur facilitateur de premier rang. Durant la phase pilote, les coordinateurs hospitaliers ont constaté que la réduction des délais de retour d'information aux utilisateurs est essentielle pour engager efficacement des actions d'amélioration de la qualité (Groene et al., 2008). Par ailleurs, les hôpitaux participants sont tenus de consacrer un budget à la mobilisation du personnel, à la formation, à la mise en place d'un système d'information numérisé, du matériel pédagogique... (Veillard et al., 2005). La flexibilité de PATH constitue également un facteur facilitateur dans la mesure où les retours des utilisateurs peuvent être une base solide pour les prochaines procédures de collecte. En Croatie, le projet PATH a permis de faciliter le rôle des agences d'accréditation au niveau du processus d'évaluation et de notation (Mesarić et al., 2011). Dans d'autres pays tels que Belgique et Slovaquie, ce modèle a servi de tremplin pour l'expansion des projets d'indicateurs de qualité.

En revanche, les problèmes rencontrés résident dans l'absence des systèmes d'information hospitaliers et la dématérialisation des dossiers patients ainsi que l'insuffisance du personnel pour la collecte, le suivi et la remontée d'informations (Groene et al., 2008) (Mesarić et al., 2011). A titre illustratif, en Croatie, des patients sont inscrits dans plusieurs bases de données hospitalières et l'absence d'un identifiant unique pour chaque patient fausse les chiffres et la comparaison. L'indicateur relatif à la chirurgie ambulatoire a rencontré des problèmes

méthodologiques liés à sa définition opérationnelle et à la délimitation de certaines interventions comme étant non ambulatoires. Pour l'indicateur lié à l'auto-évaluation du tabagisme est un score unique pour chaque hôpital reflétant les pratiques liées au tabac dans chaque structure (Mesarić et al., 2011). Pour la phase pilote dans les pays de Belgique, Ontario à Canada, Danemark, France, Slovaquie et KwaZulu Natal en Afrique du Sud, des adaptations locales et des révisions se sont avérées nécessaires pour la standardisation des indicateurs et leur comparabilité internationale. La mise en œuvre du projet PATH dans ces pays a conduit à d'autres résultats, il était lié à d'autres projets et initiatives existantes. En Danemark et à Ontario à Canada, cela était si difficile de trouver place au projet PATH en raison de l'existence d'un modèle d'évaluation solide et efficace. Tandis que la République Slovaque, les priorités ministérielles en matière d'évaluation de la performance des hôpitaux ont créé un terrain propice pour une meilleure visibilité de ce projet et un fort engagement des parties prenantes. Ainsi, les hôpitaux belges ont été très impliqués par rapport à d'autres pays (Groene et al., 2008). D'autres problèmes ont concerné la standardisation de la classification internationale des maladies (CIM-10^{ème} édition) et la classification canadienne des interventions en santé (CCI), ce qui a conduit à des adaptations locales nécessaires. En outre, les coordinateurs régionaux et nationaux ont signalé que les hôpitaux participants ne disposent pas du temps, du personnel et de l'expertise adéquate pour la collecte des données. Dans certains pays, des indicateurs préexistent déjà mais sous d'autres définitions opérationnelles différentes, ce qui a donné lieu soit à la révision des indicateurs ou à l'élimination (Groene et al., 2008). L'analyse des 10 études retenues a conclu que la transférabilité du modèle est absolument contingente aux facteurs organisationnels, techniques, méthodologiques et culturels. Ces résultats suscitent des interprétations et des discussions qui seront discutés dans la section suivante.

5. Discussions

Après la présentation des principaux résultats relatifs aux spécificités conceptuelles, aux facilitateurs, aux obstacles et aux facteurs de contingence de la mise en œuvre du modèle PATH, cette section analyse les conditions de transférabilité de cet outil à la lumière des expériences antérieures retenues. L'analyse des résultats des études retenues montre que la quasi-totalité des expériences pilotes de l'implémentation de PATH concernent les pays développés ou les pays d'Europe (Belgique, Danemark, Slovaquie, Croatie, Canada, France...) et une expérience très limitée dans un pays émergent (Afrique du Sud). Cette asymétrie géographique nous oriente vers les possibilités et les facteurs de contingence relatifs à la transférabilité vers les pays émergents et en développement. Ces derniers souffrent de l'absence de la validité et la fiabilité des données probantes pour l'évaluation de la performance des hôpitaux. La fragmentation des

systèmes d'information et leur absence compromettent l'autonomie institutionnelle et la prise de décision (Ward et al., 2025).

Comme nous avons souligné au niveau des résultats, la mise en place de ce modèle renforce la crédibilité de la base des données en déployant le tableau de bord équilibré pour une meilleure orientation des actions d'amélioration de la qualité. Le cas de la Croatie illustre bien cela : bien que la collecte des données ait été manuelle et que les données cliniques n'aient pas été numérisées, les hôpitaux croates ont réussi à instaurer une culture qualité et à identifier les limites de leur infrastructure informationnelle (Mesarić et al., 2011). Nos résultats ont confirmé que le modèle PATH présente une forte valeur ajoutée en particulier dans des contextes où aucun système d'évaluation n'a été préalablement mis en place ou lorsque les dispositifs existants se limitent à certaines dimensions spécifiques (souvent l'efficacité ou l'efficience financière). Cependant, PATH repose sur des pré-requis et des hypothèses préalables telles que l'utilisation des données par les cliniciens pour interprétation des résultats, l'accès des patients aux rapports de performance pour effectuer leur choix du prestataire, l'amélioration des systèmes d'information... Pourtant, les dimensions de PATH demeurent des dimensions fondamentales et universelles de l'évaluation de la performance et la qualité hospitalière (Carini et al., 2020). A la différence d'autres modèles d'évaluation, PATH se caractérise par une flexibilité conceptuelle et une adaptation méthodologique, pour le cas de la Croatie : « Au cours de la phase pilote de mise en place du programme PATH dans les hôpitaux croates, le critère d'inclusion des hôpitaux était la sélection d'au moins un des indicateurs proposés, afin de maintenir la charge de travail à un niveau acceptable. » (Mesarić et al., 2011). Cette adaptation incrémentale assure une coordination avec des initiatives déjà implémentées qui assurent soit une synergie soit une compétitivité : « En Ontario (Canada) et au Danemark, des systèmes d'évaluation de la performance hospitalière déjà bien établis existaient, rendant plus difficile le positionnement du projet PATH. En République slovaque, en revanche, l'inscription de l'amélioration de la qualité et de l'évaluation de la performance à l'agenda ministériel a offert un contexte favorable ainsi que des opportunités pour renforcer la visibilité de PATH et l'implication des hôpitaux. » (Groene et al., 2008). Par ailleurs, les résultats de notre revue montrent que la robustesse des systèmes d'information constitue un facteur facilitateur majeur et déterminant. Or, dans les pays émergents et en développement, les systèmes d'information hospitaliers demeurent souvent rudimentaires. Bien que la mise en œuvre de PATH soit possible dans ces contextes — comme l'illustre l'expérience croate — cela ne garantit pas pour autant la qualité ni la validité des données, notamment en raison de l'absence d'identifiant unique et de l'enregistrement des patients dans plusieurs bases de données Cette problématique interroge

l'équilibre à établir entre la priorisation de la transférabilité de PATH ou la reconfiguration des systèmes d'information, comme condition *sine qua non* pour rendre le terrain propice dans ces contextes.

Nos résultats indiquent également le manque des ressources comme facteur significatif affectant la réussite de la transférabilité. La formation du personnel, leur mobilisation, la mise en place des systèmes d'information et la collecte des données nécessitent un budget conséquent. La mise en œuvre du modèle PATH peut nécessiter la mobilisation d'un assistant de recherche ou de personnel spécialisé pour la collecte des données, une exigence qui ne peut être satisfaite dans l'ensemble des hôpitaux ou des pays en raison de limitations en ressources humaines et financières. Ainsi, le soutien technique à la collecte des données, ainsi qu'un financement initial, apparaissent comme des conditions préalables essentielles à l'opérationnalisation du projet PATH. À cet effet, une adoption progressive constitue une stratégie pertinente permettant d'optimiser les ressources en s'appuyant sur les indicateurs existants, tout en privilégiant la qualité des données plutôt que la simple multiplication des indicateurs sélectionnés. Ce qui met en exergue aussi l'importance de la coordination multi-niveaux pour harmoniser les différents projets hospitaliers, affiner la méthodologie des indicateurs et les procédures de la collecte des données. Pour les pays émergents et en développement, et à la lumière des facteurs de contingence contextuelle, la coordination doit s'opérer selon trois niveaux de gouvernance :

- Niveau national : l'ancrage institutionnel de PATH, sa coordination avec les priorités nationales et la création d'une cellule de coordination nationale comme interface entre l'OMS et les hôpitaux du pays ;
 - Niveau régional : désignation des coordinateurs régionaux comme interface entre le niveau national et les hôpitaux de la région, apportant l'appui technique nécessaire et facilitant le dialogue entre les établissements d'une même région ;
 - Niveau hospitalier : les coordinateurs de ce niveau jouent un rôle central dans la délimitation des dimensions de la performance, la clarté des fiches descriptives, la réexamination des indicateurs et la qualité des données recueillies.
6. Avant tout déploiement ou implantation du modèle, la réalisation d'exercices de cartographie des indicateurs (mapping) s'avère nécessaire afin de prévenir les redondances et les chevauchements résultant de définitions divergentes ou partiellement similaires.

Au final, la transférabilité du modèle PATH dans le contexte des pays émergents et en développement s'avère une démarche prometteuse pour initier une culture de qualité et

structurer l'évaluation de la performance hospitalière ; toutefois, ce chantier s'accompagne de défis majeurs, notamment liés à la faiblesse des systèmes d'information, aux contraintes en ressources humaines et financières, ainsi qu'aux enjeux de qualité et de fiabilité des données.

7. Conclusion et limites de l'étude

Bien que cette étude s'appuie sur des expériences menées dans des pays développés déjà engagés dans l'évaluation de la performance hospitalière, celles-ci peuvent néanmoins constituer une référence utile pour d'autres contextes. Néanmoins, l'analyse des facteurs de contingence contextuelle est essentielle pour déterminer les conditions de transférabilité de ce modèle dans les pays émergents et en développement. Nos résultats soulignent que la bonne mise en œuvre du modèle PATH est corollaire aux adaptations organisationnelles (coordination multi-niveaux, leadership, les ressources humaines...), adaptations méthodologiques (définitions opérationnelles des indicateurs, délimitation des dimensions, qualité et validité des données...) et adaptations techniques (systèmes d'information robustes, l'appui technique...). En revanche, les entraves majeurs identifiés concernent l'absence ou l'insuffisance des systèmes d'information hospitaliers, la variabilité dans la définition de certains indicateurs, difficulté de comparabilité, le manque en ressources humaines, la charge de travail et la compétitivité avec d'autres projets d'évaluation. En ce qui est de la transposition du modèle PATH aux pays émergents et en développement, il est important d'assurer une mobilisation et une coordination efficace, notamment avec les autorités nationales, afin d'éliminer la duplication des stratégies. A cet effet, une cartographie sur la portée, les dimensions et les indicateurs de suivi et d'évaluation doit être conçue ainsi que la standardisation des indicateurs selon la classification internationale des maladies (CIM 11).

Toutefois, notre étude présente certaines limites relatives à la quasi-absence des études menées dans des pays émergents (un seul pays : Afrique du Sud), ce qui limite l'extrapolation de nos résultats dans ces contextes. Ce qui ouvre des perspectives de recherche sur une validation rigoureuse du modèle dans un pays émergent pour vérifier ces conditions.

Bibliographie

- Allison J., (2016). *Ideas and approaches for quality-assessment and performance-improvement projects in ambulatory surgery centers*. Quality and Performance in Ambulatory Surgery Centers. Vol 103. N°5.
- Banque Mondiale (2025). *World Bank country classifications by income level for 2025–2026*. Washington, DC: World Bank.
- Bruno M., Hoérée T., Silveira V.C. (2014). *Building on the EGIPPS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organisations*. BMC Public Health, 14:378.
- Bhatnagar N.M., Soni S., Gajjar M., (2016). *Performance indicators: A tool for continuous quality improvement*. Asian Journal of Transfusion Science. DOI: 10.4103/0973-6247.175398.
- Champagne F., Guisset A.-L., Veillard, J., et al. (2005). *The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH project): A general description*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Chow-Chua C. & Goh M. (2002). *Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals*. Managing Service Quality. Vol 12. N°1. pp.54-66.
- Chorev N. (2012). *The World Health Organization between North and South*. Cornell University Press.
- De Vos M., Graafmans W., Kooistra M., et al (2009). *Using quality indicators to improve hospital care : a review of the literature*. International Journal for Quality in Health Care. Vol 21. N°2. pp.119-129.
- Edwards M.T. (2018). *An assessment of the impact of just culture on quality and safety in US hospitals*. American Journal of Medical Quality. Vol 33. N°4. pp.1-7.
- Fanelli S., Lanza G., Zangrandi A. (2017). *Management Tools for Quality Performance Improvement in Italian Hospitals*. International Journal of Public Administration. DOI : 10.1080/01900692.2017.1280821.
- Fonds Monétaire International (2025). *World economic outlook: Global economy in flux, prospects remain dim*. International Monetary Fund.
- Gröene O. (2006), *Implementing health promotion in hospitals : Manual and self-assessment forms*. Division of Country health systems, country policies, systems and services unit. OMS Europe.Barcelona office.

- Gröene O. (2006). Performance assessment tool for quality improvement in hospitals: Results from the pilot implementation [Présentation PowerPoint]. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe
- Gröene O., Klazinga N., Kazandjian V. (2008). *The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals*. International Journal for Quality in Health Care. Vol 20, N°3. pp.155-161.
- Gröene O., Skau J.K.H., Frolich A. (2008). *An international review of projects on hospital performance assessment*, International Journal for Quality in Health Care, Vol 20, N°3 : pp.162-171.
- Gröene O., Alonso J., Klazinga N. (2010). *Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals : results of a study in 38 hospitals in eight countries*. Health promotion International. Vol 25. N°2. doi:10.1093/heapro/daq013.
- Gröene O. (2011). *Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals : rationale, measurement, implementation*. International Journal for Quality in Health Care. Vol 23. N°5. pp.531-537.
- Hussey P.S., Burns R.M., Weinick R.M., et al. (2013). *Using a Hospital Quality Improvement Toolkit to Improve Performance on the AHRQ Quality Indicators*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Vol 39. N°4.
- Kruk M.E., Gage A.D., Arsenault C. et al (2018). *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era : time for a revolution*. The Lancet Global Health Commission. Vol 6. N°11. pp.e1196-e1252.
- Katsapi A., Karanikas H., Kaitelidou D., et al (2025). *A unified approach assessing hospitals' quality and patient safety compliance at organizational and national level using an evidence-based mapping tool*. International Journal for Quality in Health Care. Vol 37. N°3.
- Lombarts M.J.M.H., Rupp I., Vallejo P. et al. (2009). *Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals : results of the MARQuIS project*. Qual Saf Health Care. Vol 18 (Suppl 1). pp.i28-i37.
- Mills, A. (2014). *Health care systems in low- and middle-income countries*. New England Journal of Medicine, 370(6), 552–557.

- Minkman M., Ahaus K., Huijsman R. (2007). *Performance improvement based on integrated quality management models : what evidence do we have ?* A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol 19. N°2. pp.90-104.
- Mesarić J., Bogdan S., Bosanac V., et al (2011). *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) : First Experiences in Croatia*. *Liječnički Vjesnik*. Vol 133. pp.250-255.
- Nobile M., Luconi E., Sfogliarini R., et al. (2019). *Regione Lombardia : a tool for improving quality in hospitals*. *PREV MED HYG*. Vol 60. pp. E394-E399.
- OMS Bureau régional de l'Europe. (2003). *Selection of indicators for hospital performance measurement: A report on the 3rd and 4th workshop*, Barcelona, Spain, June and September 2003.
- OMS Bureau régional de l'Europe. (2004). *1st workshop on pilot implementation of the Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): Barcelona, Spain, 22–24 February 2004*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- OMS Bureau régional de l'Europe. (2007). *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)*. Copenhagen : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Pfeffer J (1978) *Organization design*. AHM Publishing, Arlington Heights
- Rahman M.M., Dyuti T.I., Tareque M., et al. (2025). *Health expenditure, governance and SDG3 nexus : a longitudinal analysis in BRICS economies*. *Globalization and Health*. Vol 21. N°18.
- Suñol R., Vallejo P., Thompson A., et al. (2008). *Impact of quality strategies on hospital outputs*. *Qual Saf Health Care*. 18. (Suppl I): i62–i68.
- Veillard J., Champagne F., Klazinga N., et al. (2005). *A performance assessment framework for hospitals the who regional office for europe path project*. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 17. N°6. pp.487-496.

Annexe N°1 : Grille d'analyse des principales caractéristiques des études retenues

Titre	Auteurs/Année	Type de publication	Méthodologie	Contexte	Objectif principal	Principaux résultats
<i>A performance assessment framework for hospitals : the WHO regional office for Europe PATH project</i>	Veillard J., Champagne F., Klazinga N., et al. (2005)	Article scientifique	Descriptive/Conceptuelle	International (Pays de l'Europe, Canada et l'Afrique du Sud)	Description du cadre conceptuel PATH et la sélection des indicateurs de la performance hospitalière	- Validité et multidimensionnalité du modèle PATH dans différents contextes ; - 24 indicateurs de base (pour la comparabilité internationale) et 27 indicateurs (adaptables au contexte) ; - Flexibilité du modèle PATH selon les spécificités contextuelles ;
<i>Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH) : first experiences in Croatia</i>	Mesarić J., Bogdan S., Bosanac V., et al. (2011)	Article scientifique	Empirique (phase pilote)	Croatie (22 hôpitaux)	Un aperçu sur les résultats de la première phase de mise en œuvre du projet PATH dans les hôpitaux croates	- Variabilité importante de certains indicateurs affecte la qualité de collecte des données ; - Faisabilité du modèle PATH dans le contexte croate ; - Instauration de la culture qualité et nécessité d'une formation adéquate du personnel.
<i>The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) : An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals</i>	Gröene O., Klazinga N., Kazandjian V., et al. (2008)	Article scientifique	Empirique (Evaluation de la mise en œuvre pilote)	6 pays (Belgique, Ontario-Canada, Danemark, France, Slovaquie, Afrique du Sud-KwaZulu Natal)	Evaluation de la mise en œuvre pilote et reconnaître les facteurs de réussite/d'entrave de l'implémentation de PATH	- Facteurs de réussite : ancrage coordination nationale/régionale, retour rapide des informations, la mise à disposition du financement et l'appui technique ; - Compétitivité avec d'autres initiatives existantes.
<i>An international review of projects on hospital performance assessment</i>	Gröene O., Skau J.K.H., Frolich A., et al. (2008)	Article scientifique	Revue comparative	International	Comparaison de PATH à d'autres projets nationaux	- Vérifier les chevauchements avec d'autres initiatives et modèles existants pour réduire la charge de collecte des données ; - La confidentialité des résultats sont des facteurs facilitant l'adoption mais entravant la comparabilité ;

						- Une hétérogénéité de la définition des dimensions de la performance.
<i>Implementing health promotion in hospitals : Manual and self-assessment forms</i>	Gröene O., (2006)	Littérature grise- OMS Europe	Manuel méthodologique	International	- Développer un outil autonome pour l'évaluation des activités de promotion de la santé dans les hôpitaux.	- Outil structuré sur 5 standards (management, patient, information, personnel, continuité) et des indicateurs complémentaires ; - L'auto-évaluation garantit l'apprentissage et l'amélioration continue ; - Disponibilité des données, l'insuffisance des ressources, la formation du personnel...
<i>Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals- Results from the pilot implementation</i>	Gröene O., (2006)	Littérature grise- OMS Europe	Présentation (résultats pilote)	6 pays (Belgique, Ontario-Canada, Danemark, France, Slovaquie, KwaZulu Natal-Afrique du Sud)- 51 hôpitaux	- Résultats de la première phase pilote et présenter les perspectives et pistes d'amélioration.	- Le test pilote a permis de développer un tableau de bord par indicateur, indice de performance par dimension et indice global de performance par hôpital ; - Manque des données pour le cas-mix ce qui limite la validité ; - Le délai de retour, la collecte des données et l'exhaustivité dépendent du contexte organisationnel.
<i>Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)</i>	OMS-Europe (2007)	Littérature grise- OMS Europe	Brochure descriptive (document institutionnel)	International	Description générale de l'outil PATH et des modalités de participation	- Description de l'infrastructure technique du modèle PATH ; - Les conditions organisationnelles facilitant la transférabilité sont l'usage interne, la participation volontaire et le réseau international de partage de pratiques.
<i>1st Workshop on Pilot Implementation of the Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals</i>	OMS-Europe (2004)	Littérature grise- OMS Europe	Rapport de l'atelier	Belgique, Danemark, France, Lituanie, Silésie-Pologne,	Atelier d'échange des pays participants au projet PATH pour	- Nécessité d'adaptations locales et contextuelles ;

				Slovaquie, Ontario-Canada, KwaZulu Natal- Afrique du Sud	la vulgarisation de l'outil	- Participation au projet PATH est volontaire et l'usage est uniquement pour des fins internes ; - Mobilisation de tous les niveaux de coordinations comme facteur clé de succès.
<i>Selection of indicators for Hospital Performance Measurement : A report on the 3rd and 4th Workshop</i>	OMS-Europe (2003)	Littérature grise- OMS Europe	Rapport de l'atelier	International	Développer et valider un modèle d'évaluation de la performance hospitalière sur la base des indicateurs pertinents et des données probantes.	- Restructuration progressive de PATH (manuel et guide technique...) ; - Leadership bien identifié, une adaptation contextuelle et une mobilisation des ressources ; - L'évaluation de la validité du modèle doit porter sur son impact réel sur la performance hospitalière et les risques encourus.
<i>The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH project) – A general description</i>	Champagne F., Guisset A.L., Veillard J., et al. (2005)	Littérature grise	Document de travail/ rapport de recherche institutionnel	International	Description très détaillée du projet PATH (modèle conceptuel, matériel et méthodes, ensemble définitif des indicateurs et des fiches descriptives des indicateurs).	PATH : un modèle global, multidimensionnel, intégré, contingent, interprétatif et ouvert à diverses sources de données.

Source : Auteurs