



Repenser le lien entre leadership et performance hospitalière : la qualité des soins comme mécanisme organisationnel

Rethinking the Link between Leadership and Hospital Performance: Quality of Care as an Organizational Mechanism

Sanae Mehdi

Docteure en sciences de gestion

École Nationale de Commerce et de Gestion de Tanger

Université Abdelmalek Essaâdi, Maroc

Abstract: Hospital performance is often presented in the health management literature as an outcome of leadership practices deployed within care institutions. The exact nature of the relationship between these two constructs nonetheless remains underexplained, since most studies establish a correlation without clarifying the mechanism through which this influence actually reaches the organisation. This article proposes to reconsider this relationship by placing quality of care at the centre of the analysis, not as one performance component among others, but as the organizational mechanism through which hospital leadership produces its effects on overall institutional outcomes. Drawing on a critical review of six recent synthesis works (systematic reviews, a scoping review, a thematic synthesis and a meta-analysis) published between 2020 and 2025 in indexed international journals, the analysis shows that the various forms of hospital leadership, whether exercised by top management, physicians, nursing management or frontline clinical leaders, influence institutional performance mainly by acting upon the processes and practices that determine the quality of care delivered. This reading, consistent with Donabedian's structure-process-outcome model, allows the discussion to move beyond the purely correlational explanations put forward so far. A conceptual model is then formalised in which quality of care holds a mediating function between leadership and hospital performance, under the moderating influence of alignment among top managers and of organizational context. The article closes with research avenues intended to test this model within the Moroccan hospital context, where this articulation remains scarcely documented to date.

Keywords: hospital leadership, quality of care, organizational mechanism, hospital performance, mediation, Moroccan context.

Résumé: La performance hospitalière est habituellement présentée, dans la littérature en gestion de la santé, comme la résultante des pratiques de leadership déployées au sein des établissements de soins. La nature exacte

du lien qui unit ces deux construits reste cependant peu explicitée : la plupart des travaux se contentent d'en établir la corrélation sans préciser le mécanisme par lequel cette influence se transmet réellement à l'organisation. Cet article propose de repenser cette relation en plaçant la qualité des soins au centre de l'analyse, non plus comme une simple composante de la performance parmi d'autres, mais comme le mécanisme organisationnel par lequel le leadership hospitalier produit ses effets sur les résultats globaux de l'établissement. À partir d'une revue critique de six travaux de synthèse récents (revues systématiques, revue de portée, synthèse thématique et méta-analyse), publiés entre 2020 et 2025 dans des revues internationales indexées, l'analyse montre que les différentes figures du leadership hospitalier, qu'il s'agisse de la haute direction, du corps médical, de l'encadrement infirmier ou des leaders cliniques de proximité, influencent la performance de l'établissement principalement en agissant sur les processus et les pratiques qui déterminent la qualité des soins délivrés. Cette lecture, cohérente avec le modèle structure-processus-résultat de Donabedian, permet de dépasser les explications purement corrélationnelles proposées jusqu'ici. Un modèle conceptuel est ensuite formalisé, dans lequel la qualité des soins occupe une fonction médiatrice entre le leadership et la performance hospitalière, sous l'effet modérateur de l'alignement entre dirigeants et du contexte organisationnel. L'article se termine par des pistes de recherche destinées à tester ce modèle dans le contexte hospitalier marocain, où cette articulation reste très peu documentée à ce jour.

Mots clés: leadership hospitalier, qualité des soins, mécanisme organisationnel, performance hospitalière, médiation, contexte marocain.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.22217186>

1 Introduction

Les établissements hospitaliers occupent une position singulière au sein des systèmes de santé. Ils concentrent à la fois des enjeux cliniques, organisationnels et financiers considérables, dans un environnement rendu plus complexe par le vieillissement des populations, la multiplication des pathologies chroniques et la pénurie persistante de personnel soignant qualifié. Face à ces tensions, la qualité des soins s'est imposée comme une priorité affichée par la quasi-totalité des politiques hospitalières, qu'elles relèvent de systèmes publics ou privés. Produire des soins de qualité de façon durable suppose toutefois une capacité d'organisation, de coordination et de mobilisation des équipes qui dépasse largement les seules ressources techniques ou financières disponibles. C'est précisément dans cet interstice que la question du leadership hospitalier prend tout son sens.

Depuis une vingtaine d'années, un nombre croissant de travaux en sciences de gestion de la santé s'attache à établir un lien entre les pratiques de leadership et différentes dimensions de la performance hospitalière. Ces pratiques peuvent émaner de la direction générale, du corps médical, de l'encadrement infirmier ou des leaders cliniques de proximité. Menés majoritairement en Amérique du Nord, en Europe et, plus récemment, en Asie, ces travaux confirment dans leur ensemble l'existence d'une association positive entre un leadership de qualité et de meilleurs résultats organisationnels. Cette abondance de recherches ne doit cependant pas masquer une limite importante. La plupart des études se bornent en effet à mesurer une corrélation statistique entre le leadership et des indicateurs de performance très hétérogènes tels que la qualité, la satisfaction ou les résultats financiers, sans expliciter le mécanisme par lequel cette influence se transmet concrètement à l'organisation.

Cette lacune invite à reconsidérer la nature du lien entre leadership et performance hospitalière. Plutôt que de traiter la qualité des soins comme une composante parmi d'autres de la performance, il paraît heuristiquement plus fécond de l'envisager comme le mécanisme organisationnel qui relie les décisions des leaders aux résultats observés à l'échelle de l'établissement. Un dirigeant, un médecin ou un cadre infirmier agit rarement de façon directe sur la satisfaction des patients ou sur les résultats financiers de son hôpital. Son influence transite le plus souvent par les pratiques cliniques, les protocoles de soins, la sécurité des patients et la culture qualité qu'il contribue à façonner au quotidien.

C'est cette hypothèse centrale que le présent article se propose d'explorer, à partir de la question suivante : dans quelle mesure la qualité des soins peut-elle être considérée comme le mécanisme organisationnel par lequel le

leadership hospitalier influence la performance des établissements de santé, et quelles implications cette lecture emporte-t-elle pour la recherche future, en particulier dans un contexte tel que celui du Maroc où cette articulation demeure peu étudiée ? Pour y répondre, l'article mobilise une revue critique de six travaux de synthèse récents portant sur le leadership hospitalier, publiés entre 2020 et 2025 dans des revues internationales indexées. La démarche adoptée s'organise en quatre temps. Le premier clarifie le cadre conceptuel de la recherche en définissant le leadership hospitalier sous ses différentes formes et en précisant la place qu'occupe la qualité des soins parmi les dimensions de la performance hospitalière. Le second présente brièvement les théories mobilisées pour justifier une lecture médiatrice de cette relation. Le troisième, plus développé, propose une synthèse critique de la littérature empirique récente. Le quatrième formalise enfin un modèle conceptuel assorti d'hypothèses de recherche, avant de discuter des perspectives qu'ouvre ce modèle pour le contexte hospitalier marocain.

2 Cadre conceptuel

2.1 Le concept de leadership en contexte hospitalier

Le leadership constitue, de manière générale, un processus par lequel un individu influence le comportement d'autres individus ou d'un groupe en vue d'atteindre des objectifs congruents avec ceux de l'organisation (Hersey et Campbell, 2004, cités par Välimäki et al., 2024). Appliquée au contexte hospitalier, cette définition englobe aussi bien les dirigeants investis d'une autorité formelle, tels que les directeurs généraux, les directeurs médicaux ou les directeurs des soins infirmiers, que les professionnels de terrain qui, sans détenir de mandat hiérarchique explicite, exercent néanmoins une influence sur leurs pairs. C'est cette dernière acception qui fonde la notion de leadership clinique infirmier, défini comme la capacité des infirmières directement impliquées dans les soins au chevet du patient à influencer leurs collègues afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients, alors même qu'aucune autorité formelle ne leur a été conférée (Chávez et Yoder, 2015, cités par Guibert-Lacasa et Vázquez-Calatayud, 2022).

Le leadership hospitalier se distingue ainsi de la simple fonction managériale par sa dimension relationnelle. Il ne se réduit pas à l'exercice d'une autorité statutaire mais renvoie à la capacité de mobiliser, de motiver et d'orienter l'action collective vers des finalités partagées, au premier rang desquelles figure la qualité des soins délivrés aux patients.

2.2 Le leadership médical, le leadership infirmier et le leadership de la haute direction

La littérature distingue plusieurs niveaux et figures de leadership au sein de l'hôpital. Le leadership de la haute direction, parfois désigné comme leadership du C-Suite, renvoie à l'influence exercée par les membres de l'équipe de direction générale (directeur général, directeur financier, directeur médical, directeur des soins infirmiers, directeur de la qualité, directeur de l'expérience patient, directeur des systèmes d'information) sur la performance globale de l'établissement (Zuchowski et al., 2025). Le leadership médical désigne plus spécifiquement l'implication de médecins dans des fonctions de direction ou de gestion, qu'il s'agisse de postes formels comme celui de directeur médical, ou de rôles plus informels d'animation de projets de qualité au sein des services (Savage et al., 2020). Le leadership infirmier recouvre enfin à la fois le leadership exercé par les cadres et directeurs des soins infirmiers au niveau stratégique et le leadership clinique exercé par les infirmières de terrain au chevet du patient (Alsadaan et al., 2023 ; Guibert-Lacasa et Vázquez-Calatayud, 2022).

Ces différentes figures de leadership ne sont pas mutuellement exclusives. Elles interagissent au sein d'une même organisation, et leur articulation, en particulier la qualité de la relation entre la direction générale, la direction médicale et la direction des soins, constitue elle-même un déterminant important de la performance organisationnelle, ainsi que le montre la revue de Zuchowski et al. (2025).

2.3 Le leadership fondé sur les données probantes

Une autre notion structurante de la littérature récente est celle du leadership fondé sur les données probantes, considéré comme analogue au management fondé sur les preuves (Barends, Rousseau et Briner, 2014, cités par Välimäki et al., 2024). Ce concept désigne l'usage systématique, par les dirigeants d'établissements de santé, de sources d'information variées, qu'il s'agisse de données organisationnelles internes, de littérature scientifique, d'expertise clinique ou d'avis des parties prenantes, pour résoudre des problèmes de gestion et orienter la prise de décision. Selon Välimäki et al. (2024), ce processus se décompose en cinq étapes : l'identification d'un problème de gestion par le leader, la collecte de données organisationnelles relatives à ce problème, l'appréciation critique

de données scientifiques issues de la littérature, la prise en compte des points de vue des parties prenantes, et enfin l'évaluation croisée de l'ensemble des sources mobilisées.

Cette approche transpose au champ du management hospitalier les principes de la médecine fondée sur les preuves. Elle occupe une place croissante dans les travaux consacrés au leadership infirmier et médical, tout en demeurant, comme le montrera la revue de littérature, encore peu appropriée par les praticiens de terrain.

2.4 Les styles de leadership mobilisés dans la littérature

Au-delà de ces distinctions fonctionnelles, la littérature identifie une pluralité de styles de leadership dont l'effet sur la performance hospitalière est étudié. Chen (2006, cité par Restivo et al., 2022) propose une classification devenue courante, distinguant le leadership charismatique, fondé sur la force du lien affectif entre le leader et ses collaborateurs, le leadership serviteur, centré sur le soutien et la montée en compétences des équipes, le leadership transformationnel, orienté vers l'innovation et le partage d'une vision d'avenir, et le leadership transactionnel, fondé sur un échange explicite entre tâches accomplies et système de récompense. D'autres approches viennent compléter cette typologie dans les travaux consacrés au personnel infirmier : le leadership paternaliste, le leadership de type laissez-faire, le leadership entrepreneurial, ainsi que la notion de leadership durable, mobilisée par Wang et al. (2022, cités par Alsadaan et al., 2023) pour désigner la capacité d'un mode de direction à produire des effets positifs dans la durée.

2.5 La qualité des soins comme mécanisme organisationnel

Dans la plupart des travaux recensés, la qualité des soins est traitée comme une dimension parmi d'autres de la performance hospitalière, au même titre que la satisfaction des patients ou les résultats financiers. Cette lecture mérite pourtant d'être nuancée. Replacée dans le modèle structure-processus-résultat proposé par Donabedian (1988), la qualité des soins renvoie avant tout aux pratiques cliniques et organisationnelles effectivement mises en œuvre, c'est-à-dire au niveau processuel de la performance. Or, c'est précisément à ce niveau que s'exerce concrètement l'action des leaders hospitaliers : un directeur général soutient une initiative d'amélioration continue, un directeur médical fait respecter un protocole de sécurité, un cadre infirmier corrige une pratique de soin défaillante. Ces actions ne produisent que rarement un effet immédiat sur les résultats financiers ou la satisfaction globale de l'établissement ; elles transforment d'abord les processus de soins, qui eux-mêmes déterminent, en aval, les résultats observés.

Cette lecture trouve un appui empirique dans plusieurs travaux recensés dans cet article. Ainsi, Zuchowski et al. (2025) montrent que l'effet du directeur général sur la performance financière ou l'efficacité des processus passe très largement par son influence préalable sur la qualité des soins et sur la culture qualité de l'établissement. Savage et al. (2020) observent, de leur côté, que la pérennité des initiatives de qualité portées par les médecins-cadres conditionne, en définitive, l'ensemble des bénéfices organisationnels associés à un leadership médical engagé. La qualité des soins occupe ainsi une fonction de relais entre les décisions de leadership et les résultats globaux de l'établissement, ce qui justifie de la considérer, dans le cadre de cet article, comme un mécanisme organisationnel à part entière plutôt que comme une simple composante de la performance.

2.6 La performance hospitalière comme résultat organisationnel

La performance hospitalière demeure, en aval de ce mécanisme, une construction multidimensionnelle. En s'appuyant sur une synthèse des indicateurs recensés dans la littérature (Carini et al., 2020, cités par Zuchowski et al., 2025), les travaux les plus récents en distinguent généralement quatre grandes dimensions de résultat : la performance financière, la satisfaction des patients, la satisfaction et la rétention du personnel, et l'efficacité des processus organisationnels. Cette pluralité de dimensions explique en grande partie l'hétérogénéité des résultats rapportés dans la littérature empirique, chaque étude ne mobilisant généralement qu'un sous-ensemble restreint de ces indicateurs.

Tableau 1. Synthèse des principaux concepts mobilisés dans la littérature

Concept	Définition	Auteurs
Leadership hospitalier	Processus par lequel un acteur, investi ou non d'une autorité formelle, influence le comportement d'individus	Hersey et Campbell (2004) ; Välimäki et al. (2024)

	ou de groupes en vue d'atteindre des objectifs congruents avec ceux de l'organisation de santé.	
Leadership clinique infirmier	Capacité des infirmières impliquées dans les soins directs à influencer leurs collègues pour améliorer les résultats des patients, en l'absence d'autorité hiérarchique formelle.	Chávez et Yoder (2015) ; Guibert-Lacasa et Vázquez-Calatayud (2022)
Leadership médical	Implication de médecins dans des fonctions de direction ou d'animation de projets de qualité et de sécurité des soins.	Savage et al. (2020)
Leadership de la haute direction (C-Suite)	Influence exercée par les membres de l'équipe de direction générale sur la performance globale de l'établissement.	Zuchowski et al. (2025)
Leadership fondé sur les données probantes	Usage systématique de données organisationnelles, scientifiques et des points de vue des parties prenantes pour résoudre les problèmes de gestion hospitalière.	Barends et al. (2014) ; Välimäki et al. (2024)
Qualité des soins (mécanisme organisationnel)	Ensemble des pratiques cliniques et organisationnelles qui, au niveau processuel du modèle de Donabedian, relaient l'effet des décisions de leadership vers les résultats de l'établissement.	Donabedian (1988) ; Zuchowski et al. (2025) ; Savage et al. (2020)
Performance hospitalière	Construction multidimensionnelle regroupant la performance financière, la satisfaction des patients, la satisfaction et la rétention du personnel, et l'efficience des processus.	Carini et al. (2020) ; Zuchowski et al. (2025)

3 Cadre théorique mobilisé

Trois cadres théoriques structurent, de manière récurrente, les travaux empiriques recensés dans cet article. Ils sont brièvement présentés ci-après, dans un ordre qui reflète la place centrale accordée à la qualité des soins comme mécanisme reliant le leadership à la performance.

3.1 Le modèle structure-processus-résultat de Donabedian

Le modèle proposé par Donabedian (1988) constitue le cadre de référence retenu pour justifier la fonction médiatrice attribuée à la qualité des soins dans cet article. En distinguant les ressources et l'organisation (structure), les pratiques effectivement mises en œuvre (processus) et les effets produits (résultats), ce modèle offre une grille de lecture qui situe la qualité des soins au niveau processuel, entre les décisions structurelles portées par les leaders et les résultats observés à l'échelle de l'établissement. Zuchowski et al. (2025) mobilisent explicitement ce modèle pour classer les effets des différentes fonctions de direction hospitalière, ce qui en fait un point d'ancrage particulièrement pertinent pour l'argumentation développée ici.

3.2 La théorie des échelons supérieurs

La théorie des échelons supérieurs, développée par Hambrick et Mason (1984) puis actualisée par Hambrick (2007), postule que les caractéristiques personnelles et les expériences des dirigeants influencent profondément leurs choix stratégiques et, par voie de conséquence, les résultats de l'organisation qu'ils dirigent. Appliquée au contexte hospitalier par Zuchowski et al. (2025), cette théorie permet de comprendre pourquoi des variables telles que la formation médicale initiale des dirigeants, leur ancienneté ou leur optimisme managérial modulent l'effet du leadership sur la qualité des soins et, en définitive, sur la performance organisationnelle. Elle met également en lumière l'existence de médiateurs et de modérateurs de cette relation, au premier rang desquels figure la dynamique d'équipe au sein du comité de direction (Carpenter, Geletkanycz et Sanders, 2004, cités par Zuchowski et al., 2025).

3.3 La théorie de l'autodétermination et l'engagement professionnel

La théorie de l'autodétermination, formulée par Ryan et Deci (2000), apporte un troisième éclairage complémentaire. Selon cette théorie, la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux, à savoir l'autonomie, la compétence et la relation à autrui, conditionne le degré de motivation intrinsèque des individus. Transposée au champ hospitalier, cette approche éclaire la façon dont un leadership qui valorise et soutient les équipes soignantes peut renforcer leur engagement dans les pratiques qualité, contribuant ainsi indirectement à l'amélioration des soins délivrés (Kül et Sönmez, 2021, cités par Alsadaan et al., 2023). Cette théorie rejoint le concept d'engagement professionnel, défini par Spurgeon, Mazelan et Barwell (2011) comme la contribution active des professionnels à l'amélioration de la performance de leur organisation, et mobilisé par Savage et al. (2020) pour expliquer pourquoi certains établissements parviennent à ancrer durablement leurs démarches qualité alors que d'autres n'y parviennent pas.

4 Revue de la littérature empirique

Cette section propose une synthèse critique de six travaux de revue de la littérature, retenus pour leur caractère récent, leur rigueur méthodologique et la diversité des angles qu'ils offrent sur le lien entre leadership et performance hospitalière. Chacun est présenté successivement, en mettant en évidence ce qu'il apporte à la compréhension de la qualité des soins comme mécanisme organisationnel, avant qu'une synthèse transversale ne soit proposée sous forme de tableau récapitulatif.

Le choix de ces six travaux repose sur quatre critères cumulatifs. Le premier est temporel : seules des synthèses publiées entre 2020 et 2025 ont été retenues, de manière à rendre compte de l'état le plus actuel des connaissances sur le leadership hospitalier. Le second est éditorial : chaque travail devait avoir été publié dans une revue internationale indexée (Web of Science ou Scopus), avec évaluation par les pairs, ce qui exclut les sources grises ou non référencées. Le troisième critère est méthodologique : seules des synthèses de la littérature au sens strict, revues systématiques, revue de portée, synthèse thématique ou méta-analyse, ont été retenues, à l'exclusion des études empiriques primaires portant sur un seul terrain, de manière à s'appuyer sur des travaux ayant eux-mêmes agrégé et évalué la qualité d'un corpus empirique plus large. Le quatrième critère est thématique et vise la représentativité : les six travaux ont été sélectionnés de manière à couvrir l'ensemble des figures de leadership hospitalier identifiées dans le cadre conceptuel, à savoir la haute direction (Zuchowski et al., 2025), le leadership médical (Savage et al., 2020), le leadership infirmier stratégique (Alsadaan et al., 2023), le leadership clinique de proximité (Guibert-Lacasa et Vázquez-Calatayud, 2022), le leadership fondé sur les données probantes (Välimäki et al., 2024) et une lecture transversale des styles de leadership (Restivo et al., 2022), de sorte qu'aucune figure majeure recensée dans la littérature ne soit absente de l'analyse critique qui suit.

4.1 Le leadership fondé sur les données probantes et la qualité des soins : les enseignements de Välimäki et al. (2024)

La revue systématique à méthodes mixtes conduite par Välimäki et al. (2024) constitue le premier travail de synthèse consacré spécifiquement à la manière dont les cadres infirmiers mobilisent des données probantes pour résoudre des problèmes de gestion. Portant sur trente et une études publiées entre 2004 et 2021, principalement des séries de cas complétées par quelques études à méthodes mixtes et une étude quasi expérimentale, cette revue identifie trois catégories de problèmes de gestion traités par le leadership fondé sur les données probantes : la mise en pratique des connaissances, citée dans un peu plus du tiers des études, la qualité des soins cliniques, mentionnée dans 42 % des études et constituant ainsi le premier motif de mobilisation du leadership, et la gestion des ressources humaines, présente dans un peu moins d'un quart des cas.

Sur le plan des effets mesurés, treize études sur trente et une rapportent une amélioration des résultats organisationnels attribuable à un meilleur respect des pratiques recommandées, tandis que plusieurs autres font état de baisses statistiquement significatives d'incidents cliniques indésirables : infections urinaires associées aux cathéters, transmissions de bactéries multirésistantes ou chutes de patients. Un résultat particulièrement instructif tient au constat que les effets perçus par les professionnels et les effets réellement mesurés ne se recoupent que partiellement. Cela suggère que la perception subjective d'une amélioration des pratiques qualité ne garantit pas, à elle seule, une amélioration objectivable des résultats cliniques, ce qui renforce l'intérêt d'une lecture centrée sur les processus de soins plutôt que sur les seules perceptions des acteurs.

La consultation de parties prenantes chinoises organisée par les auteurs apporte un éclairage complémentaire utile. Si le concept de pratique fondée sur les données probantes est globalement connu des infirmières et des cadres infirmiers, celui de leadership fondé sur les données probantes demeure largement méconnu sur le terrain. Ce décalage plaide pour un renforcement de la formation des cadres de santé, condition nécessaire pour que le leadership puisse effectivement agir sur les pratiques qui déterminent la qualité des soins.

4.2 Les positions de haute direction et la qualité des soins : la revue de portée de Zuchowski et al. (2025)

La revue de portée réalisée par Zuchowski et al. (2025), fondée sur la théorie des échelons supérieurs, examine l'influence de sept fonctions de direction distinctes (directeur général, directeur financier, directeur médical, directeur des soins infirmiers, directeur de la qualité, directeur de l'expérience patient et directeur de la diversité) sur six dimensions de la performance hospitalière, à partir de soixante études retenues sur plus de cinq mille références identifiées. La fonction de directeur général concentre à elle seule près de la moitié des études recensées, loin devant le directeur des soins infirmiers et le directeur des systèmes d'information.

Les résultats indiquent que l'influence du directeur général sur la performance financière et sur l'efficacité des processus transite très largement par son action préalable sur la qualité des soins, notamment par le soutien financier et organisationnel apporté aux initiatives d'amélioration continue et par la promotion d'une culture de la qualité au sein de l'établissement. Cette influence reste toutefois fortement conditionnée par les caractéristiques personnelles du dirigeant : une formation médicale initiale, une ancienneté modérée et un optimisme managérial affirmé sont associés à de meilleurs résultats, tandis qu'une méconnaissance des enjeux de sécurité ou une ancienneté trop importante sont, à l'inverse, identifiées comme des freins. Un résultat saillant de cette revue concerne l'importance de la qualité de la relation entre le directeur général et le directeur médical, jugée déterminante pour la pérennité des initiatives qualité engagées au sein de l'établissement.

Le directeur des soins infirmiers apparaît, pour sa part, comme un acteur central de la qualité et de la sécurité des soins, à travers la réduction des chutes et des infections associées aux soins, ce qui se traduit ensuite par une amélioration de la satisfaction des patients et de la fidélisation du personnel infirmier. Le directeur médical influence quant à lui davantage la satisfaction au travail des équipes cliniques, en particulier lorsqu'il adopte un style de leadership transformationnel favorisant la confiance et le capital social. Les auteurs relèvent enfin que la fonction de directeur financier demeure paradoxalement la moins étudiée de l'ensemble des fonctions de direction hospitalière, alors même qu'elle occupe une place centrale dans les organigrammes de direction.

4.3 Les comportements des cadres infirmiers et la performance du personnel soignant : la synthèse d'Alsadaan et al. (2023)

La revue systématique conduite par Alsadaan et al. (2023) s'attache à identifier les facteurs que les infirmières elles-mêmes perçoivent comme déterminants de leur motivation à bien performer, en lien avec les comportements de leadership de leurs supérieurs. Sur la base de onze études quantitatives, les auteurs recensent cinquante et un facteurs d'influence, regroupés en six catégories : l'autonomie, les compétences, la relation au leader, les caractéristiques individuelles des infirmières, les relations et le soutien reçus, et les styles de leadership proprement dits.

Les résultats convergent pour souligner l'importance des styles de leadership favorisant l'autonomisation et le développement des compétences. Le leadership serviteur favorise l'émergence de comportements innovants chez les infirmières, lesquels se traduisent par une amélioration de la performance au travail (Kül et Sönmez, 2021). Le leadership transformationnel améliore la performance extra-rôle des infirmières par le renforcement de leur sentiment d'auto-efficacité (Salanova et al., 2011 ; Wang et al., 2022). Une seule étude de l'échantillon ne rapporte aucune relation statistiquement significative entre le style de leadership du cadre de santé et la performance des infirmières (El-Azim et al., 2016), ce qui conduit les auteurs à souligner la nécessité d'approfondir la dimension relationnelle du leadership. Il est intéressant de noter que la quasi-totalité des facteurs recensés dans cette revue concernent, en dernière analyse, la capacité des infirmières à appliquer correctement les protocoles de soins et à sécuriser leurs pratiques, ce qui rejoint directement la lecture processuelle de la qualité des soins retenue dans cet article.

4.4 Le leadership médical, entre frein et levier de la qualité des soins : la synthèse thématique de Savage et al. (2020)

La synthèse thématique proposée par Savage, Savage, Brommels et Mazzonato (2020), fondée sur soixante-treize publications, explore les conditions dans lesquelles l'implication de médecins dans des fonctions de direction favorise, ou au contraire freine, la performance organisationnelle des hôpitaux. Les auteurs dégagent trois mouvements structurant la littérature : un premier allant du protectionnisme médical vers un management exercé à travers la médecine, un second allant du commandement et du contrôle vers des pratiques de leadership participatives, et un troisième distinguant les organisations qui produisent des leaders incidents, recrutés de manière informelle, de celles qui produisent des leaders volontaires, activement identifiés et formés.

Sur cette base, les auteurs proposent un modèle opposant un cercle vertueux de management à travers la médecine à un cercle vicieux de protectionnisme médical. Dans le cercle vertueux, l'identification précoce de leaders médicaux volontaires, soutenue par des pratiques de direction participatives, favorise l'engagement médical des praticiens envers les démarches qualité, ce qui améliore à son tour la sécurité des soins et alimente, en aval, la performance financière, la satisfaction des patients et la rétention du personnel. Dans le cercle vicieux, des positions occupées par des leaders peu préparés, combinées à un management par le commandement et le contrôle, engendrent un désengagement médical qui fragilise directement les pratiques de soins. Cette synthèse illustre ainsi de façon particulièrement nette le rôle de relais que joue la qualité des soins entre les pratiques de leadership et les résultats organisationnels finaux.

4.5 L'efficacité du leadership dans les établissements de santé : les enseignements de la méta-analyse de Restivo et al. (2022)

La méta-analyse conduite par Restivo et al. (2022) propose une estimation chiffrée de l'efficacité du leadership sur la performance hospitalière, à partir de vingt et une études publiées entre 2015 et 2019. Les résultats indiquent une efficacité moyenne du leadership de 14,0 % dans les études de type avant après, et un coefficient de corrélation moyen de 0,22 dans les études transversales, ces deux estimations étant assorties d'une hétérogénéité statistique élevée. L'analyse par sous-groupe révèle une efficacité significativement plus élevée dans les établissements privés, dans les services de spécialité médicale plutôt que chirurgicale, et dans les études conduites en Amérique du Sud.

Ce dernier résultat est attribué par les auteurs au recours plus fréquent, dans cette région, à un leadership transactionnel articulé à des systèmes de récompense financière. À l'inverse, les services chirurgicaux affichent une association négative avec l'efficacité du leadership, quel que soit le style considéré, ce que les auteurs attribuent à la tension et à la contrainte temporelle propres à ces environnements, moins propices au déploiement de pratiques de leadership relationnelles susceptibles d'améliorer durablement les processus de soins. Les auteurs invitent enfin à une lecture prudente de leurs estimations chiffrées, en raison de l'hétérogénéité méthodologique très marquée des études incluses.

4.6 Le développement du leadership clinique infirmier : les interventions recensées par Guibert-Lacasa et Vázquez-Calatayud (2022)

La revue systématique de Guibert-Lacasa et Vázquez-Calatayud (2022) déplace le regard des effets du leadership vers les interventions destinées à le développer chez les infirmières de terrain. Sur la base de six études, les auteures identifient trois catégories de compétences visées par les programmes de développement du leadership clinique infirmier : les compétences cognitives, relatives à la résolution de problèmes et à la prise de décision, les compétences interpersonnelles, relatives à la capacité à établir des relations efficaces avec les patients et les autres professionnels, et les compétences intrinsèques, regroupant l'empowerment psychologique, l'intelligence émotionnelle et la réflexivité critique.

L'ensemble des six études recensées rapporte des améliorations statistiquement significatives des connaissances et des comportements de leadership à l'issue de l'intervention. Les auteures relèvent cependant une limite qui rejoint directement la problématique de cet article : aucune des études recensées n'a intégré d'indicateur de résultat centré sur le patient, de sorte que l'effet réel de ces programmes sur la qualité et la sécurité des soins demeure, à ce jour, non démontré empiriquement, malgré son caractère plausible. Ce constat souligne l'intérêt de concevoir de futurs dispositifs qui mesurent explicitement l'effet du développement du leadership sur les processus de soins, plutôt que sur les seules compétences perçues des professionnels.

4.7 Synthèse transversale de la revue de littérature

La mise en regard de ces six travaux révèle une convergence de fond, en dépit de la diversité des méthodes et des niveaux d'analyse retenus. L'ensemble des travaux s'accorde sur l'existence d'une association positive, bien que d'ampleur variable, entre les pratiques de leadership et la performance hospitalière. Plus significatif encore pour le propos de cet article, chacun de ces travaux fait apparaître, à des degrés divers, que cette association transite par les pratiques cliniques et organisationnelles qui déterminent la qualité des soins, qu'il s'agisse de la sécurité des patients, du respect des protocoles ou de la culture qualité de l'établissement. Les travaux divergent en revanche sur l'ampleur de cette relation, allant de coefficients de corrélation modestes dans la méta-analyse de Restivo et al. (2022) à des effets qualifiés de déterminants dans la synthèse thématique de Savage et al. (2020), ainsi que sur le style de leadership à privilégier, dont l'efficacité paraît contingente au contexte organisationnel et à la spécialité clinique. Le tableau 2 propose une synthèse comparée de ces six travaux.

Tableau 2. Synthèse comparée des six travaux de revue analysés

Auteurs	Type de revue et échantillon	Cadre théorique principal	Apport pour la lecture centrée sur la qualité des soins
Välimäki et al. (2024)	Revue systématique à méthodes mixtes, 31 études	Leadership fondé sur les données probantes	La qualité des soins cliniques constitue le premier motif de mobilisation du leadership fondé sur les données probantes, cité dans 42 % des études.
Zuchowski et al. (2025)	Revue de portée, 60 études	Théorie des échelons supérieurs, modèle de Donabedian	L'effet du directeur général sur la performance financière transite par son action préalable sur la qualité des soins et la culture qualité.
Alsadaan et al. (2023)	Revue systématique, 11 études quantitatives	Théorie de l'autodétermination	La quasi-totalité des facteurs motivationnels recensés renvoient, en dernière analyse, à l'application des protocoles et à la sécurisation des pratiques.
Savage et al. (2020)	Synthèse thématique, 73 publications	Concept d'engagement médical	Le cercle vertueux du leadership médical passe par l'engagement des praticiens envers les démarches qualité, avant de produire des bénéfices financiers et humains.
Restivo et al. (2022)	Méta-analyse, 21 études	Classification des styles de leadership de Chen (2006)	L'efficacité du leadership sur les résultats de performance et d'adhésion aux protocoles varie fortement selon le contexte clinique et organisationnel.
Guibert-Lacasa et Vázquez-Calatayud (2022)	Revue systématique, 6 études d'intervention	Référentiel de compétences de l'AONL	L'absence d'indicateurs centrés sur le patient dans les programmes existants confirme la nécessité de mesurer l'effet du leadership sur les processus de soins.

5 Modèle conceptuel proposé et hypothèses de recherche

La synthèse critique menée dans la section précédente permet de formaliser un modèle conceptuel dans lequel la qualité des soins n'est plus traitée comme une composante de la performance parmi d'autres, mais comme le mécanisme organisationnel qui relie le leadership hospitalier à ses résultats. Ce modèle, représenté dans la figure 1, articule trois blocs principaux. Le premier regroupe les différentes formes de leadership recensées dans la littérature, qu'il s'agisse du leadership de la haute direction, du leadership médical et infirmier, du leadership fondé sur les données probantes ou du leadership clinique de proximité. Le deuxième bloc correspond à la qualité des soins, entendue comme l'ensemble des pratiques cliniques, des protocoles et de la culture de sécurité qui traduisent

concrètement les décisions des leaders. Le troisième bloc regroupe les dimensions de la performance hospitalière proprement dite, à savoir la performance financière, la satisfaction des patients, la satisfaction et la rétention du personnel, et l'efficacité des processus. Deux ensembles de variables modératrices complètent ce modèle : l'alignement entre les dirigeants d'une part, le contexte organisationnel et culturel d'autre part.

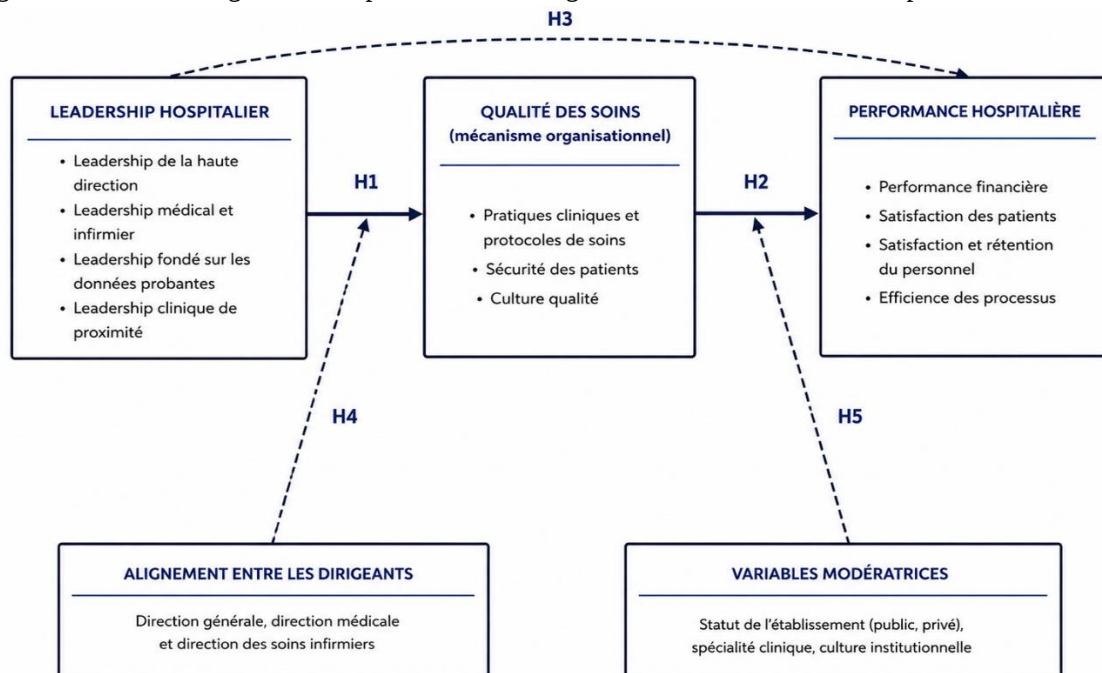


Figure 1. Modèle conceptuel proposé du lien entre leadership, qualité des soins et performance hospitalière

Source : élaboration personnelle

Sur la base de ce modèle, cinq hypothèses de recherche sont formulées.

H1. Le leadership hospitalier, qu'il soit exercé par la haute direction, le corps médical, l'encadrement infirmier ou de façon fondée sur les données probantes, exerce un effet positif sur la qualité des soins.

H2. La qualité des soins exerce un effet positif sur la performance hospitalière, mesurée à travers la performance financière, la satisfaction des patients et du personnel, et l'efficacité des processus.

H3. La qualité des soins médiate, totalement ou partiellement, la relation entre le leadership hospitalier et la performance de l'établissement.

H4. L'alignement entre les dirigeants, en particulier entre la direction générale, la direction médicale et la direction des soins infirmiers, renforce l'effet du leadership sur la qualité des soins.

H5. La relation entre le leadership, la qualité des soins et la performance hospitalière est modérée par le contexte organisationnel, notamment le statut public ou privé de l'établissement, la spécialité clinique et la culture institutionnelle.

Ce modèle ne prétend pas à l'exhaustivité. Il vise avant tout à formaliser, sous une forme testable, le principal enseignement dégagé de la revue de littérature, à savoir que la qualité des soins constitue le mécanisme organisationnel par lequel le leadership hospitalier produit ses effets, plutôt qu'une simple composante additionnelle de la performance.

6 Perspectives de recherche dans le contexte marocain

Le système de santé marocain connaît, depuis plusieurs années, des transformations structurelles majeures portées notamment par la généralisation de la couverture sanitaire universelle, la régionalisation de la gouvernance sanitaire à travers les groupements sanitaires territoriaux, et l'essor du secteur hospitalier privé dans les grandes agglomérations. Ces évolutions s'accompagnent d'une reconfiguration progressive des structures de gouvernance hospitalière et d'une pression croissante en faveur de l'amélioration de la qualité des soins, notamment à travers les démarches de certification des établissements de santé. La littérature scientifique marocaine consacrée au lien entre leadership et performance hospitalière demeure cependant embryonnaire, la majorité des travaux mobilisés

dans cet article ayant été conduits dans des contextes dont les modes de gouvernance et les traditions culturelles diffèrent sensiblement de ceux observés au Maroc.

Quelques travaux récents commencent néanmoins à documenter des dimensions connexes du management hospitalier marocain. Bazarouj, Ait Lhassan et Jouiet (2025) proposent ainsi un tableau de bord prospectif adapté au contrôle de gestion de la pharmacie centrale d'un CHU marocain, tandis que Moubtahij, Ait Lhassan et leurs coauteurs (2024, 2025) explorent, selon une double approche qualitative puis quantitative, l'influence du stress professionnel sur l'engagement organisationnel du personnel soignant marocain. Ces travaux, bien qu'ils n'articulent pas explicitement le leadership, la qualité des soins et la performance selon le modèle proposé ici, témoignent d'un intérêt grandissant pour le management hospitalier au Maroc et constituent un point d'ancrage utile pour les recherches futures.

Cette situation ouvre plusieurs pistes de recherche. Une première piste consisterait à tester empiriquement le modèle proposé dans cet article au sein d'établissements hospitaliers publics et privés marocains, en mobilisant une méthodologie mixte associant une enquête quantitative par équations structurelles à des entretiens semi-directifs auprès de directeurs d'hôpitaux, de médecins-chefs et de cadres infirmiers. Une telle démarche permettrait de vérifier si la qualité des soins joue effectivement, dans ce contexte, le rôle de mécanisme médiateur mis en évidence par la littérature internationale, ou si d'autres relais organisationnels doivent être pris en compte.

Sur le plan opérationnel, cette validation empirique pourrait s'appuyer sur un échantillon raisonné d'une trentaine à une cinquantaine d'établissements hospitaliers publics et privés, stratifié selon le statut juridique de l'établissement et la région sanitaire, chaque établissement étant représenté par plusieurs répondants occupant des fonctions de direction générale, médicale ou des soins infirmiers, de manière à limiter les biais liés à un point de vue unique. Le volet quantitatif mobiliserait des échelles de mesure validées et adaptées au contexte hospitalier marocain, portant respectivement sur les pratiques de leadership, sur la qualité des soins telle qu'opérationnalisée à partir des dimensions processuelles du modèle de Donabedian (1988), à savoir la sécurité des patients, le respect des protocoles cliniques et la culture qualité, et sur les quatre dimensions de la performance hospitalière retenues dans le cadre conceptuel. Le modèle de mesure ferait l'objet d'une validation préalable par analyse factorielle confirmatoire, avant que les relations structurelles postulées par les hypothèses H1 à H5 ne soient testées au moyen d'une modélisation par équations structurelles sur variance (PLS-SEM), méthode particulièrement adaptée à la taille d'échantillon envisagée et au caractère encore exploratoire du modèle dans ce contexte. Le volet qualitatif, fondé sur des entretiens semi-directifs, permettrait pour sa part d'interpréter les résultats quantitatifs à la lumière des spécificités organisationnelles et culturelles locales, notamment en ce qui concerne l'alignement entre dirigeants postulé par l'hypothèse H4.

Une deuxième piste porterait sur l'examen des démarches de certification et d'accréditation des hôpitaux marocains comme cadre opérationnel de la qualité des soins, en étudiant dans quelle mesure l'implication des directions d'établissement dans ces démarches se traduit par une amélioration mesurable des indicateurs de sécurité et de satisfaction des patients. Une troisième piste concernerait la qualité de la collaboration entre les directions générales, les directions médicales et les directions des soins infirmiers au sein des hôpitaux publics marocains, dont on peut supposer, au regard des enseignements de Zuchowski et al. (2025) et de Savage et al. (2020), qu'elle constitue un déterminant important, quoique peu étudié localement, de la réussite des réformes hospitalières engagées. Une quatrième piste, plus appliquée, consisterait enfin à concevoir et à évaluer des dispositifs de développement du leadership clinique destinés aux cadres infirmiers marocains, en veillant, à la différence des programmes recensés par Guibert-Lacasa et Vázquez-Calatayud (2022), à intégrer des indicateurs de résultats centrés sur le patient afin d'en apprécier l'impact réel sur la qualité des soins.

De telles recherches contribueraient à combler un vide empirique manifeste dans la littérature marocaine en sciences de gestion appliquées à la santé, tout en outillant les décideurs publics et les gestionnaires d'établissements dans la conception de politiques de gouvernance hospitalière mieux adaptées aux réalités organisationnelles et culturelles du Royaume.

7 Conclusion

Cet article a proposé une lecture renouvelée du lien entre leadership et performance hospitalière, en plaçant la qualité des soins au centre de l'analyse. Plutôt que de la traiter comme une composante parmi d'autres de la performance, la revue critique de six travaux de synthèse récents a montré qu'elle en constitue plus justement le

mécanisme organisationnel, celui par lequel les décisions et les comportements des leaders hospitaliers, qu'ils relèvent de la haute direction, du corps médical, de l'encadrement infirmier ou du leadership clinique de proximité, se traduisent en résultats observables à l'échelle de l'établissement. Cette lecture, ancrée dans le modèle structure-processus-résultat de Donabedian, a permis de formaliser un modèle conceptuel intégrateur, assorti de cinq hypothèses de recherche destinées à orienter de futurs travaux empiriques.

Le contexte marocain, encore peu exploré sur cette thématique, offre à cet égard un terrain d'investigation particulièrement fertile, tant les enjeux de gouvernance, de qualité des soins et de performance hospitalière y sont aujourd'hui prégnants. La validation empirique du modèle proposé dans ce contexte spécifique constituerait une contribution utile à la fois à la littérature académique internationale et à l'action des décideurs de santé publique marocains.

Références

- [1] Alsadaan, N., Salameh, B., Reshia, F. A. A. E., Alruwaili, R. F., Alruwaili, M., Ali, S. A. A., Alruwaili, A. N., Hefnawy, G. R., Alshammari, M. S. S., Alrumayh, A. G. R., Alruwaili, A. O., et Jones, L. K. (2023). Impact of nurse leaders behaviors on nursing staff performance: A systematic review of literature. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 1 à 14. <https://doi.org/10.1177/00469580231178528>
- [2] Barends, E., Rousseau, D. M., et Briner, R. B. (2014). Evidence-based management: The basic principles. Center for Evidence-Based Management.
- [3] Bazarouj, R., Ait Lhassan, I., et Jouiet, I. (2025). Repenser le contrôle de gestion dans le milieu hospitalier : Esquisse d'un Balanced Scorecard adapté à la pharmacie centrale d'un CHU marocain. *Management Control, Auditing and Finance Review*, 2(1), 55 à 70. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15095378>
- [4] Carini, E., Gabutti, I., Frisicale, E. M., Di Pilla, A., Pezzullo, A. M., de Waure, C., Cicchetti, A., Boccia, S., et Specchia, M. L. (2020). Assessing hospital performance indicators. What dimensions? Evidence from an umbrella review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1038. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05879-y>
- [5] Carpenter, M. A., Geletkanycz, M. A., et Sanders, W. G. (2004). Upper echelons research revisited: Antecedents, elements, and consequences of top management team composition. *Journal of Management*, 30(6), 749 à 778.
- [6] Chávez, E. C., et Yoder, L. H. (2015). Staff nurse clinical leadership: A concept analysis. *Nursing Forum*, 50(2), 90 à 100. <https://doi.org/10.1111/nuf.12100>
- [7] Chen, D. S. S. (2006). Leadership styles and organization structural configurations. *Journal of Human Resource and Adult Learning*, 2(2), 39 à 46.
- [8] Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743 à 1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- [9] Guibert-Lacasa, C., et Vázquez-Calatayud, M. (2022). Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 913 à 925. <https://doi.org/10.1111/jonm.13570>
- [10] Hambrick, D. C. (2007). Upper echelons theory: An update. *Academy of Management Review*, 32(2), 334 à 343. <https://doi.org/10.5465/amr.2007.24345254>
- [11] Hambrick, D. C., et Mason, P. A. (1984). Upper echelons: The organization as a reflection of its top managers. *Academy of Management Review*, 9(2), 193 à 206. <https://doi.org/10.5465/amr.1984.4277628>
- [12] Hersey, P., et Campbell, R. (2004). Leadership: A behavioral science approach. The Center for Leadership Studies.
- [13] Moubtahij, K., Ait Lhassan, I., et Amkhantar, A. (2024). Étude qualitative sur l'influence du stress au travail sur l'implication organisationnelle : Cas du secteur hospitalier marocain. *International Journal of Economic Studies and Management*, 3(6), 2065 à 2078. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10476594>
- [14] Moubtahij, K., Ait Lhassan, I., Amkhantar, A., et Akhannich, O. (2025). Examining the impact of professional stress on organizational commitment in the Moroccan hospital sector: A PLS-SEM approach. *Multidisciplinary Reviews*, 8(8), 2025253. <https://doi.org/10.31893/multirev.2025253>

- [15] Restivo, V., Minutolo, G., Battaglini, A., Carli, A., Capraro, M., Gaeta, M., Odone, A., Trucchi, C., Favaretti, C., Vitale, F., et Casuccio, A. (2022). Leadership effectiveness in healthcare settings: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and before-after studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10995. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710995>
- [16] Ryan, R. M., et Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68 à 78.
- [17] Savage, M., Savage, C., Brommels, M., et Mazzocato, P. (2020). Medical leadership: Boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. *BMJ Open*, 10(1), e035542. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035542>
- [18] Spurgeon, P., Mazelan, P. M., et Barwell, F. (2011). Medical engagement: A crucial underpinning to organizational performance. *Health Services Management Research*, 24(3), 114 à 120.
- [19] Välimäki, M., Hu, S., Lantta, T., Hipp, K., Varpula, J., Chen, J., Liu, G., Tang, Y., Chen, W., et Li, X. (2024). The impact of evidence-based nursing leadership in healthcare settings: A mixed methods systematic review. *BMC Nursing*, 23, 452. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02096-4>
- [20] Zuchowski, M. L., Henzler, D., Alscher, M. D., et Nagel, E. (2025). The impact of C-level positions on hospital performance: A scoping review of top management team outcomes. *Health Policy*, 157, 105346. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105346>