

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Faculté des Sciences Economiques, Sociales et Politiques
Institut d'Administration et de Gestion

Titre :

***ORIENTATION-PATIENT ET QUALITE PERÇUE DU SERVICE :
ANALYSE MARKETING APPLIQUEE A LA GESTION
HOSPITALIERE,***

N°372 de la Collection de la Faculté de Sciences
Economiques, Sociales et Politiques de l'Université
Catholique de Louvain, Editions CIACO, 457 pages.

Sous-titre :

***L'HOPITAL CENTRE SUR LE PATIENT
Etude de l'offre et de la demande***

Epreuve de thèse présentée par Fr. Bielen

Promoteur :	Prof. J.J. Lambin
Rapporteurs :	Prof. P. Pellemans
	Prof. L. Fabien
Lecteurs :	Prof. R. Chumpitaz
	Prof. W. D'Hoore

Mars 2001

AVANT-PROPOS

C'est avec joie que cette recherche a pris fin, forme d'accomplissement d'une étape longue de six années de travail durant laquelle j'ai pu compter sur l'aide de très nombreuses personnes que j'aimerais remercier. Tout d'abord, ma reconnaissance s'adresse à mon comité de thèse, indulgent, patient et surtout formateur.

- Le Professeur Jean-Jacques Lambin, promoteur de cette thèse, en a été le guide académique. Toujours réceptif, sa clairvoyance, son esprit critique et sa formidable expérience m'ont permis de mener ce travail du premier au dernier jour.
- Le Professeur Paul Pellemans, rapporteur de la thèse, en a été le guide spirituel. D'un soutien constant dans toutes les épreuves, il m'a offert tant cette vision toute en nuance qui est la sienne, que son amour de l'humanité.
- Le Professeur Louis Fabien, rapporteur de la thèse, m'a donné l'envie de réaliser mes recherches dans le secteur des services qui, depuis de nombreuses années, est son terrain de prédilection qu'il m'a généreusement fait partager.
- Le Professeur Ruben Chumpitaz, lecteur de la thèse, m'a offert tant sa grande expertise marketing et statistique que sa précieuse amitié.
- Le Professeur William D'Hoore, lecteur de la thèse, a parfumé ce travail en ses qualités de médecin et de spécialiste du secteur hospitalier.

Une telle recherche ne peut se mener sans le concours de collaborations professionnelles déterminantes. Je souhaite remercier chaleureusement toutes ces personnes travaillant dans le secteur hospitalier qui m'ont aidé et fait confiance. Je me dois de les garder anonymes par souci de confidentialité. Secrétaire général, directeurs, médecins, infirmières, psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux, coordinateurs, employés, secrétaires, encodeurs, stagiaires,... j'espère qu'ils se reconnaîtront tous car sans eux non plus, rien ne serait arrivé. Je m'en voudrais de n'évoquer ces milliers de patients qui ont participé à ce travail comme cette extraordinaire unité de soins palliatifs qui m'a accueilli et offert bien plus que je ne pouvais l'imaginer.

Je remercie aussi le Fonds National de la Recherche Scientifique qui m'a permis de réaliser ce travail ainsi que l'Université Catholique de Louvain. Que le personnel académique, scientifique, administratif et technique de l'Institut d'Administration et de Gestion de cette université, et

particulièrement son unité Marketing où j'ai travaillé pendant plusieurs belles années, trouvent ici toute ma reconnaissance.

Je voudrais terminer cette longue liste par mes parents et ma sœur qui m'ont toujours soutenu tout au long de ce parcours pas toujours commode, de même que mes amis et proches qui m'ont continuellement encouragé. Je remercie aussi X. van Cutsem, I. Roch, A.C. Jandrain, A. Nahayo, P. Nobera et le Dr Th. Muller avec qui j'ai pu faire avancer cette recherche lors de la réalisation de leur mémoire, combinée à de nombreux échanges fructueux auxquels j'associe le Professeur A. Bonaventure. Enfin, je tiens à remercier tout aussi chaleureusement V. Swaen, L. Talbot, M. Goossens, G. Janssen et S. De Coninck qui m'ont aidé minutieusement et patiemment dans la formalisation de ce document.

A toutes et à tous, je vous adresse mes remerciements les plus sincères.

Le 29 janvier 2001

INTRODUCTION

« Produire la santé et la satisfaction, telles qu'elles sont définies par une société particulière ou une sous-culture,, constitue la validité fondamentale de la qualité des soins ».

Traduit de A. Donabedian

L'hôpital centré sur le patient : euphémisme, mythe ou réalité ? La problématique générale de ce travail est née de la constatation qu'un hôpital se définit comme étant une organisation naturellement centrée sur le patient et ses besoins. Aucun responsable hospitalier, qu'il soit administratif, médical ou infirmier, ne prétendra le contraire! Mais qu'est-ce que cela signifie aujourd'hui?

Cette recherche s'inscrit dans **un contexte hospitalier très particulier**. Soulignons l'importance des restructurations macro-économiques qui ont un impact considérable sur les institutions hospitalières. Après une longue période d'expansion, les deux dernières décennies se caractérisent par une période d'austérité particulièrement contraignante pour le secteur. Les mesures dictées par les gouvernements successifs touchent toute activité hospitalière, tant dans une perspective nationale qu'organisationnelle. Dans le même temps, de nouvelles maladies continuent à être identifiées, la médecine scientifique est quotidiennement en progrès et les technologies médicales et informatiques apportent des solutions et des espoirs nouveaux dans tout le secteur de la santé. Tous ces développements extraordinaires permettent aux spécialistes de repousser les limites de la pratique médicale encore plus loin; mais non sans un coût économiquement difficile à chiffrer en terme de ratio coût/bénéfice à la société. Que dire alors des coûts sociaux et psychologiques éprouvés tant par les prestataires de soins face à ce système de santé en pleine mutation, tirailé par des forces centrifuges de développements et de spécialisations médicales et de restructurations macro et micro-économiques ? Que penser de la place accordée au patient, au cœur de ce système et pourtant délaissé face à ces enjeux qui le dépassent ?

Rares sont les personnes à ne pas avoir été confrontées au secteur hospitalier. Lieu de naissance, de vie mais aussi de souffrance et de mort, l'hôpital est une organisation qui se distingue de toutes les autres. Si toutes tendent, d'une manière ou d'une autre à la satisfaction des besoins des hommes, aucune d'elles n'y prétend de façon aussi directe et immédiate que l'hôpital.

Aucune n'inclut aussi intimement, dans son organisation propre, le destinataire de celle-ci. **Aucune organisation n'entraîne une confrontation aussi directe - et parfois tragique - entre celui qui est dans le besoin et celui qui se charge d'y répondre** (Orianne, 1982). C'est ainsi que les patients ont commencé à faire entendre leur voix et demandent une humanisation des hôpitaux pour ne plus être considérés comme des pathologies ou des numéros de chambre, mais comme des personnes ayant des besoins particuliers et des désirs à satisfaire. Plus exigeants, certains patients passent d'un rôle de simple malade à un rôle plus consumériste où ils deviennent partenaires dans la relation de soins, remettant en cause l'autorité et le pouvoir traditionnel du médecin. Leurs contributions financières à la santé, de plus en plus élevées, ne sont qu'un élément supplémentaire qui les incite à se montrer plus critiques et plus vigilants qu'auparavant. Tout ceci entraîne une révolution des logiques de fonctionnement de l'organisation hospitalière : **le passage d'une logique de production des moyens hospitaliers à une logique de satisfaction des besoins socio-médicaux des patients**.

Dans cette étude, nous viserons dès lors à **confronter les perspectives de l'offre et de la demande hospitalière autour d'un thème dont les enjeux réels sont la place du patient et sa satisfaction à l'hôpital**. Si la définition et la production de la santé, à l'aube du 21ème siècle, appartiennent en grande partie aux secteurs médical, para-médical, psychologique, sociologique,... la définition de la satisfaction du patient lui revient avant tout. Il est primordial qu'il puisse l'exprimer afin que les hôpitaux et les équipes sanitaires puissent ensemble mieux y parvenir, qui plus est dans un univers en concurrence croissante. **L'hôpital cherche à identifier les composantes nécessaires à une meilleure gestion de sa relation avec ses patients**.

1. Spécification de la problématique, objectifs et plan de la recherche

Dans cette section, nous définissons la problématique générale et les objectifs qu'elle sous-tend sur les plans théorique et pratique.

1.1. La problématique générale et ses questions de recherche

Le concept d'organisation centrée sur le patient rappelle d'autres concepts très pointus en gestion des organisations : l'orientation-client et plus globalement l'orientation-marché. L'orientation-marché, qui reflète l'ouverture de l'organisation à tous ses environnements et acteurs, internes et externes, est un construit mesurable à propos duquel de nombreuses études ont pu identifier des différences importantes entre entreprises. Nous pensons a priori que « l'orientation-marché » est également un construit mesurable dans une organisation hospitalière. Il risque de varier d'un hôpital à un autre, mais également d'une unité de soins à un autre, *intra-muros*.

Par ailleurs, si nous nous intéressons à l'ouverture de l'hôpital et à son fonctionnement autour du patient, nous devons nous préoccuper d'un indicateur reflétant ce concept d'organisation centrée sur le patient. C'est ainsi que nous nous sommes penchés sur les concepts de qualité perçue, de satisfaction et de fidélité du patient, sorte d'indicateurs de la performance sociale de l'hôpital. Les deux questions de base qui sont le fil conducteur de toute cette recherche peuvent dès lors être formulées comme suit :

1 - L'orientation-marché des hôpitaux comme mode d'organisation et philosophie de gestion centrée sur le patient, favorise-t-elle certains indicateurs de la performance sociale en terme de qualité perçue des services, de satisfaction et de fidélité des patients ?

2 - La satisfaction du patient est-elle une variable mesurable à partir des composantes de la qualité perçue du service par le patient et différente selon certaines catégories de patients ?

Cette recherche est divisée en deux catégories génériques : la partie concernant les patients sous l'appellation « **demande hospitalière** », la partie relative aux études menées auprès des médecins, infirmières et directeurs hospitaliers sous l'appellation « **offre hospitalière** ».

1.2. Perspectives théorique et pratique de la problématique

La problématique sous-jacente à cette recherche doit être présentée selon deux perspectives distinctes et complémentaires : une perspective théorique et une perspective pratique. La perspective théorique fait état de

l'avancement des recherches dans la littérature scientifique et selon laquelle nous positionnons nos travaux. A cet égard, nous identifions les contributions scientifiques de notre recherche. La perspective pratique fait référence à l'application de nos contributions théoriques au sein des organisations hospitalières, avec pour objectifs l'aide à la gestion et à l'organisation des unités de soins et l'amélioration de la qualité des services aux patients.

Dans la **perspective théorique**, nous nous sommes donnés cinq objectifs spécifiques :

1 – Mesurer la satisfaction comme composante de la performance sociale et valider un ou plusieurs modèles de qualité perçue par les patients des services hospitaliers

Les concepts de satisfaction et de qualité perçue du service sont abondamment illustrés dans la littérature mais ils le sont moins dans le contexte spécifique du secteur hospitalier. La satisfaction est devenue une variable incontournable de la mesure de la qualité d'un service. Nous développons de nouveaux modèles à partir de la littérature du marketing des services que nous adaptons au secteur étudié. Nous démontrons l'intérêt de reconsidérer les composantes de la qualité perçue et la nécessité de prendre en considération les caractéristiques psycho-sanitaires du patient pour utiliser ces concepts à bon escient.

2 – Identifier des critères de segmentation de la demande hospitalière

Parallèlement à l'objectif précédent, nous mettons en évidence l'existence de variables dont l'influence sur la satisfaction et les attentes des patients ne peut plus être négligée. L'utilisation de critères de segmentation identifiables *a priori* par l'hôpital doit favoriser la compréhension des attentes développées par les patients dans leur diversité et permettre le regroupement de ces patients en fonction de besoins socio-médicaux similaires.

3 – Etudier la perspective de la qualité de service rendue par le personnel hospitalier

Nous analysons les perceptions des médecins et des infirmières sur la manière dont ils rendent le service aux patients et nous comparons ces perceptions à celles des patients. Cette étude doit permettre l'identification des écarts de perception entre l'offre et la demande autour de composantes de qualité de service similaires.

4 – Définir et mesurer le construit orientation-marché en milieu hospitalier :

Nous développons un modèle d'orientation-marché avec ses composantes organisationnelles, adapté au secteur hospitalier. Nous en identifions la pertinence comme approche managériale d'une organisation hospitalière.

5 – Expliciter la relation entre l'orientation-marché et les mesures de performances

Alors que des études en entreprises ont montré la relation entre l'orientation-marché et des critères de performance financiers et commerciaux, nous explicitons la relation entre l'orientation-marché des hôpitaux et l'orientation-patient des unités de soins et certains critères de performance sociale. Nous étudions la relation entre l'orientation-marché et la perception du patient de la qualité de service, sa satisfaction et sa fidélité à l'égard de l'hôpital.

Dans **la perspective pratique**, les objectifs de la recherche sont :

1 – Comparer les hôpitaux et unités de soins participant à la recherche

Les unités de soins ne disposent actuellement pas d'évaluations comparatives de leurs pratiques organisationnelles et de la qualité perçue de leurs services. Nous souhaitons dès lors établir ces comparaisons entre hôpitaux, entre unités de soins comparables d'une institution à une autre – tel un benchmarking hospitalier - en tenant compte des particularités organisationnelles qui peuvent jouer un rôle de variables modératrices.

2 – Elaborer des recommandations organisationnelles favorisant un positionnement de l'hôpital centré sur le patient

A partir des recherches sur l'orientation-marché, nous souhaitons proposer les recommandations stratégiques et opérationnelles qui permettraient à une organisation hospitalière et aux différents services dans leurs particularités de réellement adopter un positionnement centré sur le patient.

3 – Développer des techniques et outils de gestion en vue d'une restructuration adéquate des activités hospitalières

L'adoption de la gestion marketing dans le contexte hospitalier implique de repenser le mode de gestion et de fonctionnement d'un hôpital. Par exemple, les techniques de segmentation seront utiles en vue d'une restructuration possible des activités hospitalières. Notre recherche fournit des informations et techniques en faveur des

organisations par programme-clientèles et de la philosophie de gestion qui l'accompagne (Patient-Focused Paradigm).

1.3. Structure des enquêtes et plan de la thèse

Pour mener à bien ce travail, nous avons réalisé plusieurs enquêtes complémentaires dont nous faisons mention à différents endroits :

- **deux enquêtes exploratoires** sous forme d'entretiens individuels de professionnels de la santé et d'une enquête quantitative auprès d'un échantillon non représentatif de 102 patients. Ces enquêtes nous ont permis de structurer notre recherche et de formuler des hypothèses nouvelles.
- **une enquête quantitative auprès de la demande hospitalière** : un échantillon de 5.511 patients sur base de laquelle s'est développée notre analyse de la demande ;
- **deux enquêtes quantitatives auprès de l'offre hospitalière** : une enquête en face à face auprès de 87 médecins et infirmières ainsi qu'une enquête auprès de 24 directeurs administratifs, médicaux et infirmiers. Ces deux enquêtes ont été menées parmi les institutions et unités de soins dans lesquels les patients ont été interrogés.

Le plan de cette thèse se compose de quatre parties complémentaires.

- **La première partie** pose la problématique en présentant le contexte propre à la recherche, une révision de la littérature relative à certains concepts traités et les premiers apports du marketing hospitalier selon notre perspective. Cette première partie a été rédigée avec la collaboration du Dr Th Muller avec qui nous avons travaillé pendant plusieurs années sur le sujet.
- **La deuxième partie** est consacrée à la modélisation et à la méthodologie de la recherche. Nous y faisons part des modèles et hypothèses que nous soumettons, ainsi que des outils et techniques de mesure. Les collaborations pour cette partie avec I. Roch, étudiante en Gestion Hospitalière, ainsi qu'avec D. Vandenberghe, responsable « Qualité et Communication » dans une des cliniques participant à la recherche, ont été particulièrement précieuses.
- **La troisième partie** reprend l'ensemble des analyses des résultats observés auprès de la demande et de l'offre hospitalière. Par chapitre, nous abordons un thème spécifique à la présentation des résultats. Le soutien et les connaissances des Professeurs J.J. Lambin et R. Chumpitaz sont à la base des contributions que nous présentons.
- Enfin, **la quatrième partie** ouvre des perspectives en terme de recommandations sur le plan scientifique et organisationnel.

Nous présentons le plan de cette thèse et les différentes parties et chapitres qu'elle comprend dans la figure suivante.

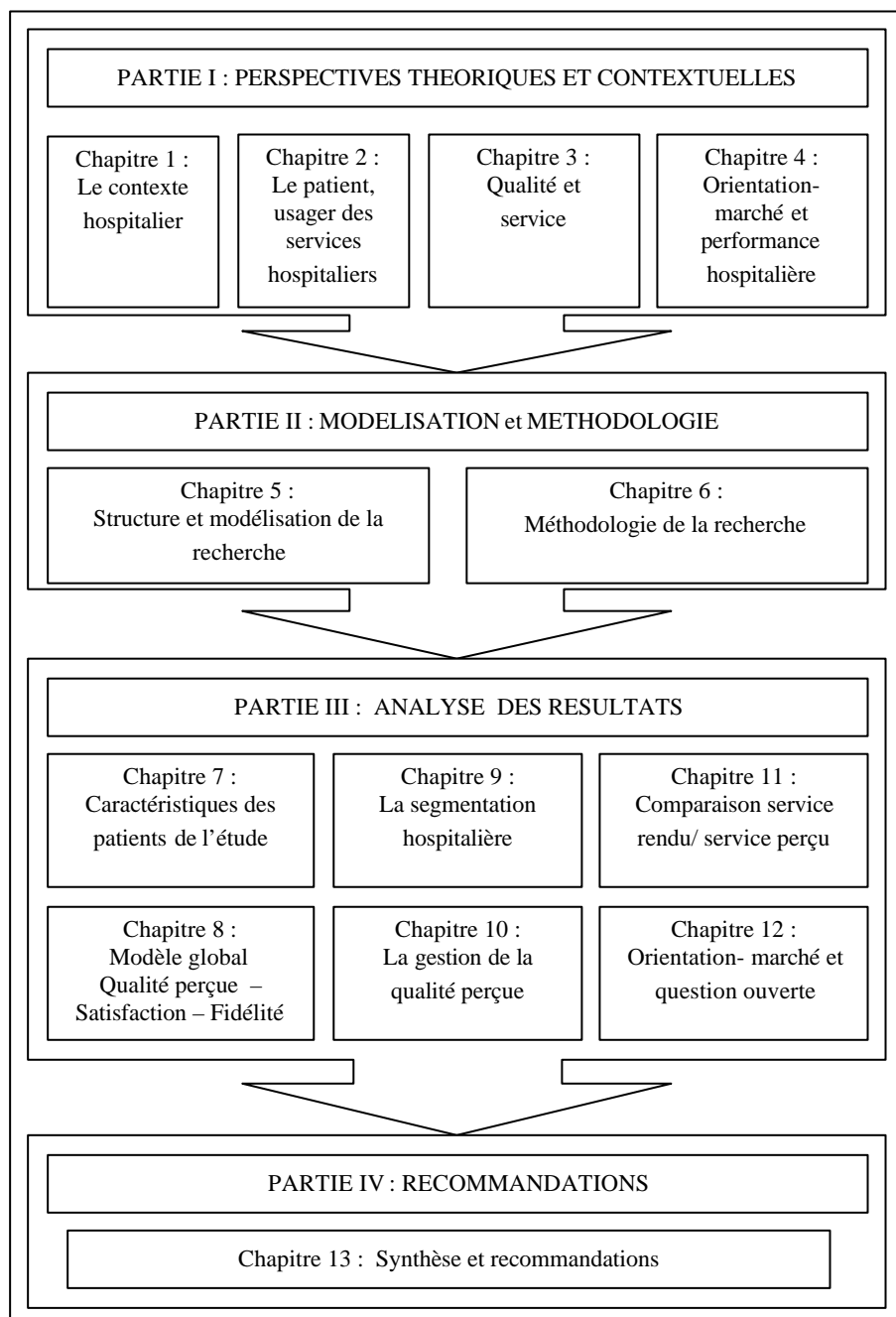


Figure 0.1. Plan de la thèse

2. Limites et positionnement de la recherche

Les limites de cette recherche sont nombreuses et nous les rappellerons tout au long de ce texte, à chaque fois qu'il en sera question, que ce soit d'un point de vue conceptuel, méthodologique ou empirique.

Premièrement, nous voulons attirer l'attention sur les limites contextuelles de cette recherche. La santé est un concept à la fois multi-dimensionnel et culturel. Le cadre conceptuel dans lequel s'inscrivent les hôpitaux dans notre pays et leurs patients, répond à une (voire plusieurs) définition(s) de la santé. Cette influence est considérable et nous ne pouvons qu'en préciser la portée sur ce travail.

Deuxièmement, le secteur de la santé n'offre pas que des différences dans l'espace, mais également dans le temps. Le paysage hospitalier d'aujourd'hui est foncièrement différent de celui rencontré vingt auparavant, tant les innovations technologiques que les restructurations macro et micro-économiques ont été importantes. Prenons pour exemple le financement des activités sanitaires et les fusions hospitalières. Nous pensons que l'évolution hospitalière se poursuivra de la même manière dans les décennies à venir. Nos travaux peuvent juste prétendre à contribuer à cette évolution galopante.

Troisièmement, l'interdisciplinarité du secteur hospitalier en fait un lieu assurément complexe. Nous abordons ce travail à travers les sciences de gestion, avec une discipline tout à fait naissante à l'hôpital. Nous sommes conscients d'avoir privilégié une approche qui n'est qu'un angle de vue sur la réalité hospitalière, tantôt à la recherche du plus d'objectivité possible, tantôt teinté d'un regard plus personnel. Les contributions des sciences sociales pour comprendre les structures, les cultures, les approches managériales, les processus et autres phénomènes complexes des organisations sont certainement d'application dans le secteur hospitalier et les tendances vont vers un accroissement de ce type d'études (Mechanic, 1995). Cette recherche est donc inscrite dans ce courant faisant plutôt référence au paradigme constructiviste. Mais comme le souligne Ozanne et Hudson (1989), la pluralité des approches peut certainement contribuer à l'évolution de la recherche scientifique, même si l'union entre positivisme et interprétivisme est impossible. La question du postmodernisme - qui ne privilégie aucune autorité ou paradigme unique - est posée; celle du postpositivisme qui soutient que des comptes rendus seulement partiellement objectifs du monde peuvent être produits nous semble être une alternative plus proche de notre vision que le positivisme.

Enfin, précisons que nous n'abordons qu'une facette de cette complexité de l'organisation hospitalière. Le choix de nos indicateurs de mesure

performance est orienté autour du thème de la satisfaction du patient, particulièrement préoccupant pour les organisations dans un secteur devenu de plus en plus concurrentiel. De plus, à l'heure où l'hospitalisation de jour se développe comme une nouvelle forme prometteuse de prise en charge du patient, nous traitons de l'hospitalisation « classique » qui, malgré tout, représentait en Belgique encore plus de 17 millions de journées d'hospitalisation par an dans les années 90 (IBES, 1999).

CHAPITRE 1 : Le contexte hospitalier¹

*"La santé est une couronne sur la tête des bien-portants
que seuls voient les malades"*

Proverbe arabe

L'intérêt de cette recherche ne peut être perçu correctement quand explicitant certaines caractéristiques propres au secteur de la santé. C'est l'objectif de ce chapitre.

1. Le concept de la santé

1.1. Un construit social

Le concept de la santé a évolué au cours de l'histoire et au travers des cultures. Nous ne pouvons prétendre à une définition univoque de la santé qui serait universellement admise par tous (Dussault, 1993). La santé pour un citoyen belge ne signifie pas la même chose que pour un Chinois, un Américain ou un Africain. Ce concept diffère même au sein d'une culture, il est dès lors difficile de parler de la santé en termes absolus. C'est la raison pour laquelle la santé a d'abord été définie par rapport à ce qu'elle n'était pas pour évoluer au fil des âges. Aujourd'hui, nous citons la définition prônée par l'Organisation Mondiale de la Santé de façon positive et globale comme référence. Toutefois, il nous semble important de commencer par détailler cette évolution pour comprendre les perspectives du projet hospitalier.

Au temps des Grecs, Hygie, fille d'Esculape et de Lampétie, représentait la santé. La santé était donc l'enfant, le fruit de la médecine curative, liée aux soins prodigués. Depuis cette époque lointaine jusqu'au milieu de notre siècle, la santé a surtout été définie par rapport à la maladie et aux soins. C'est ainsi que nous trouvons entre autre les définitions suivantes : «La santé, c'est l'absence de maladie », «La santé, c'est la vie dans le silence des organes » (Deccache, 1995).

Ce type de définition est très révélateur des idées qui entouraient et entourent toujours l'hôpital et le patient. **La santé étant le bien et la maladie étant le mal, le patient est quelque part un marginal, un faible et l'hôpital est le lieu de souffrance.** Il faut en retenir que la santé est un construit social,

¹ Certains passages de cette première partie ont été écrits en collaboration avec le Dr Th Muller, lors de nos travaux de recherche en commun sur le sujet, et dans l'espoir d'en faire un livre.

propre à un environnement, une époque et une culture, et qu'il va orienter les autres concepts qui lui sont attachés comme le malade, les soins, la guérison, le médecin, l'hôpital,...

1.2. Typologie de définitions

Nous pouvons classer la santé selon deux perspectives : celle du contenu et celle de la personne ou de l'organisme qui la définit. Comme l'explique Dussault (1994), la première catégorie fait référence aux dimensions de la santé (perceptuelle, fonctionnelle, adaptative). La deuxième classe les définitions profanes, professionnelles, voire les officielles.

1.2.1. Définitions selon leur contenu

Goldberg et al (1979) distinguent trois dimensions de la santé :

- 1 - **La dimension perceptuelle** , c'est-à-dire la perception que les individus ont de leur état;
- 2 - **La dimension fonctionnelle** , soit la capacité de l'individu à fonctionner normalement compte tenu de ses caractéristiques (âge et sexe) et de celles de son environnement.
- 3 - **La dimension adaptative** , qui signifie la capacité de l'individu à s'ajuster aux exigences de son environnement.

Comme l'explique encore Dussault, la langue anglaise est plus utile à comprendre ces nuances. En effet, la langue anglaise distingue pour le concept de la maladie trois dimensions:

- "**illness**" : la maladie définie subjectivement par l'individu à partir de perceptions ("je me sens mal");
- "**disease**" : la maladie définie objectivement à partir d'un ensemble de symptômes et d'états;
- "**sickness**" : la maladie définie socialement selon des critères établis par la communauté et qui confèrent le statut de malade à l'individu avec toutes les conséquences (retrait de travail, accès aux soins, assurances,...).

1.2.2. Définitions selon la personne

On distingue les définitions formulées par les profanes de celles des experts de la santé (professionnels et organismes).

- 1 - **Les définitions profanes** sont les définitions formulées spontanément par les individus au sens large. D'Houtaud et Field (1984) se sont intéressés à

la perception de la santé et de la maladie auprès d'une population française. Les variétés énoncées permettent de conclure à des différences importantes dans cette perception, ce qui n'est pas sans influencer les attentes des individus. Des caractéristiques comme l'âge, le sexe, le niveau de revenu, l'occupation, l'appartenance socio-culturelle influencent cette perception et donc, les attentes et les comportements qui y sont associés (que ce soit au niveau de la prévention de la santé et de l'utilisation des soins).

2 - **Les définitions professionnelles** font référence à l'ensemble des définitions formulées par les experts, qu'ils soient médecins ou autres, reconnus ou non. L'approche biomédicale traditionnelle est l'approche en vigueur dans notre société, nous la développerons donc plus en détail par la suite. Ces définitions souffrent également de grandes variations socio-culturelles et cette variété se répercute sur les pratiques. La médecine Chamane ne ressemble pas à celle pratiquée dans les hôpitaux universitaires américains. Mais même dans la médecine biomédicale, beaucoup de visions et de pratiques coexistent.

3 - **Les définitions officielles** sont formulées par des organisations ou institutions comme outil unificateur et d'aide à la décision. Celle de l'Organisation Mondiale de la Santé est développée ci-après.

1.3. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

La définition de la santé proclamée en 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé s'oppose aux définitions précédentes. Ainsi, la santé est décrite comme « *Un état de complet bien-être, physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Malgré la critique formulée sur le flou de cette définition, elle présente quand même les caractéristiques nouvelles suivantes (Deccache, 1995):

1 - Le concept de la santé est élargi aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales; il s'agit d'une vision globale où le patient est considéré comme acteur de ces dimensions. Il défend son existence physique et psychique propre mais sa santé est aussi influencée par son existence micro-sociale et macro-sociale, que ce soit sa famille, son travail, son lieu d'habitation... Au travers de cette définition, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît l'influence de l'environnement sur l'individu et sa santé. Les facteurs ne sont plus uniquement sanitaires mais également psychologiques, culturels, démographiques, socio-économiques voire politiques. La santé touche l'homme dans sa globalité.

2 - Le choix du terme « bien-être » par opposition non pas à la seule maladie mais au mal-être; cette nuance est importante car bien des maladies restent difficiles à diagnostiquer et à traiter. Ne pas être malade ne signifie plus automatiquement être en bonne santé. Cela entraîne naturellement une appréciation subjective et personnelle de l'état de santé de l'individu par lui-même. Le patient est alors reconnu comme sujet et acteur de sa santé ce qui implique pour le personnel hospitalier qu'il n'est pas qu'un corps, un membre ou un organe.

A cet égard, il est intéressant de constater l'ampleur considérable du phénomène de non compliance du patient dans le cas de certaines maladies et de certains traitements. Des études récentes ont démontré la nécessité de comprendre le patient dans sa globalité et dans son contexte pour parvenir à mieux identifier les raisons de « sa mauvaise santé », mais également pour l'aider à souscrire au meilleur traitement possible. Qui mieux que nous-même pouvons juger de notre propre qualité de vie, mais encore plus des attentes et des espoirs que nous formulons et des concessions que nous sommes prêts à faire pour y parvenir?

3 - La troisième caractéristique qui nous semble essentielle, est « la dynamisation » du concept de santé. Définie comme telle, la santé est un état d'équilibre instable. Alors qu'avant, la maladie était la situation instable qu'il fallait vaincre, la vision d'aujourd'hui est inverse et à notre sens beaucoup plus positive : la santé peut se gagner alors qu'avant on ne faisait que la perdre. Un jeune de vingt ans reconnu en bonne santé par absence de maladie ou d'infirmité, pourrait se sentir en meilleure santé vingt ans plus tard alors qu'il porte une prothèse. Si physiquement ses capacités auront pu être altérées, mentalement et socialement il pourrait se sentir mieux.

Cette définition de la santé élargit le concept tout en le complexifiant. Elle doit avoir des répercussions dans l'univers médical (Deccache, 1995); non seulement pour l'organisation hospitalière, les professions de la santé, la relation aux patients, mais également toute la chaîne sanitaire partant de l'éducation et de la promotion de la santé, des soins préventifs aux soins curatifs.

2. Les modèles de santé

2.1. Présentation de deux modèles

La définition de la santé choisie par l'OMS a, ou plutôt devrait avoir, des conséquences sur le modèle de santé auquel s'identifie l'organisation hospitalière. Nous allons commencer par décrire deux modèles de santé. Le premier, **le modèle biomédical**, s'appuie sur la définition ancienne de la santé relative à l'absence de maladie. Le deuxième, **le modèle global**, s'apparente à la définition de l'OMS. Présentons leurs caractéristiques principales à l'aide du tableau suivant (Bury, 1979).

	Modèle Biomédical	Modèle Global
1. Type	Fermé	Ouvert
2. Maladie	Organique	Facteurs complexes
3. Usager	Affecte l'individu	Affecte l'individu et son environnement
4. Approche	Uniquement curative (diagnostic et traitement)	Continue (de la prévention à la réadaptation)
5. Personnel traitant	Médecins	Professionnels de la santé travaillant en collaboration
6. Système	Autonome, centré sur les hôpitaux	Ouvert et interdépendant avec la communauté

Tableau I.1. : Les modèles de santé (Bury, 1988)

Le modèle biomédical est dit fermé dans la mesure où il est capable de délimiter ses propres composantes : il définit la santé par rapport à la maladie dont les caractéristiques sont essentiellement organiques et à laquelle la médecine hospitalière peut répondre seule.

Le modèle global ne peut prétendre à cette délimitation. La santé est vue de façon plus large et plus complexe que la maladie. Le premier modèle n'entrevoit qu'une approche curative auprès des personnes souffrantes par l'intermédiaire privilégié du corps médical. Le second modèle s'appuie sur une approche continue impliquant diverses compétences biomédicales mais aussi psychologiques et sociales qui s'inscrivent dans le temps et dans l'environnement.

En conséquence, **le modèle biomédical constitue un système autonome, centré sur l'hôpital qui se suffit à lui-même, tandis que le modèle global considère l'existence de divers échelons sanitaires** (non seulement l'hôpital mais aussi la famille, les organisations socio-économiques, politiques, culturelles, sportives, éducatives,...) en relation avec l'individu.

2.2. Influence sur le projet hospitalier

Même si ces deux modèles sont assez caricaturaux, ils sont représentatifs d'une réflexion et d'une évolution dans le monde sanitaire. Toutefois, nous ne pouvons nier **la prédominance du modèle biomédical dans l'institution hospitalière**. L'hôpital est, selon sa mission légale, centré sur le diagnostic et le traitement de ses patients.

Mais à la lumière du modèle global de santé, nous devons identifier et relativiser le rôle et le fonctionnement de l'hôpital dans sa relation au patient. De plus, nous pouvons nous demander si le modèle global de santé peut apporter une vision nouvelle et complémentaire au projet hospitalier dans le processus de santé de la population en général et de tout individu en particulier.

Force est de constater que les progrès technologiques qu'ont connus les sciences médicales au cours de ces cent dernières années restent souvent bien peu efficaces face à la méconnaissance du patient et de ses besoins. La médecine vit une crise alors que l'état de ses connaissances et de ses possibilités de développement n'ont jamais atteint un tel niveau. Aurait-on oublié quelque chose?

3. Influence de la pensée cartésienne sur la pensée médicale

3.1. L'évolution du secteur médical

Pour comprendre le développement de la médecine moderne et son influence sur le système hospitalier que nous connaissons, nous avons repris de l'ouvrage de F. Capra des passages qui expliquent l'influence de la pensée cartésienne sur la pensée médicale. Pour saisir l'évolution du secteur médical, il nous a semblé utile de présenter comment **la pensée cartésienne et le modèle de la physique newtonienne ont permis à la biologie et à la médecine de se développer** et qui ont donné naissance au modèle biomédical que nous avons présenté. Comme l'explique brillamment ce physicien américain, le plus grand bouleversement dans l'histoire de la médecine partit de la révolution cartésienne au 17^{ème} siècle. La philosophie de Descartes, qui est à la base de toutes les sciences modernes, provoqua la séparation entre l'esprit et le corps. Parallèlement, la physique newtonienne s'est attachée à développer des lois manifestant les relations de cause à effet dans un univers parfaitement délimitable, voire contrôlable.

Au fil des siècles qui suivirent, c'est sur ce modèle de pensée que s'est développée la médecine. L'attention s'est portée de plus en plus sur le corps en tant que machine en occultant l'influence de l'âme, des aspects psychologiques et sociaux de l'individu. L'adéquation entre l'homme et la machine comporte alors le risque de confiner le médecin dans un rôle de réparateur de pathologies traitées comme une anomalie, conséquence d'un mauvais fonctionnement de la machine. Et pourtant, la relation entre corps et esprit est bien une caractéristique fondamentale de la nature humaine, et qu'en conséquence, la médecine ne sera jamais une science exacte.

3.2. Les progrès médicaux

*Les progrès réalisés en médecine scientifique moderne débutèrent principalement avec **les progrès de la biologie** lorsque les recherches se portèrent sur le rôle des cellules et sur les molécules. Au 19^{ème} siècle, Claude Bernard permit à la physiologie de se développer grâce à son point de vue matérialiste du corps en définissant les principes fondamentaux de la recherche scientifique. Pasteur s'intéressa au rapport entre microbes, bactéries et maladies. Il découvrit ainsi le principe de la vaccination par injection du microbe affaibli dans l'organisme humain. C'est ainsi que s'imposa **la doctrine de la cause spécifique de la maladie**, appelée étiologie, qui s'accordait parfaitement avec la pensée cartésienne et la physique newtonienne. Au cours de ses recherches, Pasteur remarqua pourtant qu'un corps sain offre beaucoup plus de résistance aux microbes et que les états mentaux influencent cette résistance. Pasteur reconnaissait donc le lien*

entre corps et esprit. Ces voies de recherche semblaient cependant beaucoup plus nébuleuses et à contre courant des progrès fulgurants réalisés à l'époque (Capra, 1990).

*Les progrès technologiques réalisés au même moment permirent à la science biomédicale de dépasser ses limites et de se concentrer sur le corps humain en tant que matière et organes : « C'est ainsi que s'amorça la tendance à la spécialisation qui devait atteindre son point culminant au XXème siècle » (Capra, 1990). Cette **approche organique** connut de formidables succès grâce au développement de médicaments, de vaccins et d'antibiotiques avec notamment la découverte de la pénicilline par Fleming en 1928. D'autres recherches importantes se sont portées sur le fonctionnement hormonal, avec les découvertes de l'adrénaline, de l'insuline et de la cortisone en particulier. Dans le même temps, **les progrès en matière de transfusion, d'anesthésie et de technologies médicales** contribuèrent au développement de la chirurgie.*

Par ces exemples, « Nous retrouvons une méthodologie presque commune: l'identification de phénomènes moléculaires régis par un mécanisme central du dysfonctionnement et qui fait appel à un traitement de même type sous forme de médicaments ou d'interventions très localisées » (Capra, 1990).

3.3. Les inquiétudes

Il est vrai, la médecine a permis d'éliminer ou de traiter un grand nombre de maladies. Mais en dépit de l'accroissement effrayant des coûts, la santé de la population ne semble pas s'améliorer de manière significative. Comme l'explique l'auteur, les statistiques concernant le taux de mortalité ou la durée moyenne d'espérance de vie ne sont pas suffisantes pour évaluer l'état de santé d'une société. Car derrière ces statistiques se cachent différents facteurs : sociaux, économiques, environnementaux dont les influences peuvent être aussi importantes - si pas plus importantes - que l'intervention médicale. L'augmentation de l'espérance de vie résulte en premier lieu de la réduction de la mortalité infantile qui elle-même est très dépendante du niveau de pauvreté, d'hygiène, de qualité de nourriture,... De plus, on a remarqué que ce recul de l'âge moyen de la mort s'accompagne statistiquement d'un taux de morbidité élevé.

Une vision holistique de la maladie nous pousse à constater que les pathologies psychologiques et sociales sont devenues des problèmes majeurs dans nos sociétés post-industrielles et que les dysfonctionnements physiques ne sont pas les seules manifestations d'un déséquilibre fondamental de l'organisme. En réalité, nous ne connaissons que trop peu l'influence des facteurs extérieurs sur l'existence et la présence des phénomènes

biochimiques à l'intérieur de notre organisme. Quelle est la cause, quelle est la conséquence? Combien d'infarctus du myocarde ne surviennent pas après un trouble conjugal ou professionnel, nous disait un cardiologue convaincu de cette influence des facteurs extérieurs sur la santé de ses patients.

La médecine a fait d'énormes progrès dans la connaissance des mécanismes biologiques du corps humain, ce qui lui a donné les outils pour développer sa branche curative afin de combattre certaines maladies. L'approche biomédicale a permis également à la médecine d'urgence de se développer et de progresser dans le traitement des accidentés et des infections aiguës. L'informatique permettra de poursuivre cette vague de progrès. Pour ces raisons, l'approche biomédicale restera toujours un aspect important des soins mais elle est appelée à s'intégrer dans une vision plus large de la santé. Il ne faut pas oublier que la santé des êtres humains semble être davantage déterminée par leur comportement, leur nourriture, leur hygiène et la nature de l'environnement, que par les interventions et la technologie médicales.

C'est probablement dans une perspective individualiste, cultivée par la société contemporaine, que nous privilégions l'approche médicale curative sur les autres facteurs. Plutôt que de privilégier une médecine collective basée sur la prévention et la promotion, la médecine scientifique reflète beaucoup plus le technicisme et l'individualisme de notre société. Notre système sanitaire incorpore encore une dimension collective par le biais du système de la sécurité sociale mais cette dimension n'est pas propre à l'approche biomédicale. C'est dans ce cadre que la médecine s'est développée et participe essentiellement au projet de santé de la population.

Il est malgré tout inquiétant de constater que plus de 90% des budgets en soins de santé sont destinés à l'action curative des soins et que moins de 10% sert à l'approche préventive des soins et à la promotion de la santé parmi la population. N'est-il pas utile de prendre conscience que cette immense part du budget de la santé est confinée dans une approche essentiellement organique de l'être humain? L'erreur n'est-elle pas d'accorder à l'approche biomédicale des vertus qui ne lui sont pas réservées et de confondre processus morbides et origines de la maladie? L'état psychologique d'un individu, l'état sociologique d'une population, l'existence des problèmes philosophiques et existentiels, ne sont pas uniquement importants dans la manifestation de la maladie mais interviennent également dans les processus thérapeutiques. C'est peut-être là, à travers la reconnaissance de nos faiblesses psycho-spirituelles, que sont placés les tabous de notre société. Et le rejet du vieillissement et le déni de la mort ne seraient que des manifestations caractéristiques d'une société en questionnement.

3.4. Influence sur la médecine hospitalière

La médecine hospitalière a donc grandi dans ce cadre conceptuel dont elle est aujourd'hui le plus grand symbole. Le pouvoir du médecin et sa responsabilité à l'égard de la santé de son patient devraient inciter le médecin à élargir la vision qu'il utilise pour soigner son patient et considérer la globalité de l'être humain qui s'est confié à lui. Les fonctions d'écoute et de communication remplies par beaucoup d'infirmières sont d'ailleurs souvent illustratrices du manque qui existe dans la relation entre patient et médecin.

On trouve des mécanismes de renforcement de l'approche biomédicale dans la médecine hospitalière comme l'intensification des spécialisations, l'importance excessive accordée à la technologie de pointe, la surprescription et la surconsommation de médicaments. Les liens étroits qu'entretiennent la médecine hospitalière et la formation médicale universitaire renforcent et légitiment l'actuel système des soins de santé. La reproduction est donc naturelle et la remettre en cause passera par une révision de l'apprentissage et de la formation à la profession médicale.

Un dernier exemple parlant sur les limites de l'approche biomédicale concerne la relation de l'homme à la douleur. Les mécanismes opérant et provoquant la douleur sont plus ou moins compris alors que le lien entre corps et facteurs mentaux, entre matière et esprit, ne peut être rejeté dans ce cas. Il est difficile pour un patient de s'entendre dire que la douleur est subjective même si littéralement le terme est correct. Des symptômes physiques identiques chez deux personnes n'auront pas les mêmes effets en terme de douleur perçue. Il est parfois impossible de préciser les origines physiques ou psychologiques de la douleur. Le fait de la traiter de manière physiologique permet de la soulager temporairement mais ce n'est qu'au moyen d'une approche globale de la personne souffrante qu'il est possible de la vaincre, au travers des phénomènes biomédicaux mais aussi spirituels, affectifs sociaux et environnementaux de la personne concernée.

Nous constatons que **la médecine scientifique n'a pas les moyens d'aborder toutes les composantes sanitaires d'un individu ; les médecins n'en ont ni les compétences, ni le temps!** Et tout en conservant à l'esprit les immenses progrès effectués par la médecine au cours de ce dernier siècle, nous ne pouvons que rester humble face à la réalité de la santé d'un patient et souligner l'importance des sciences humaines dans sa prise en charge globale.

4. Le contexte actuel

En plus des considérations historiques et scientifiques que nous venons d'aborder, **l'aspect socio-économique du système de santé le particularise également.** C'est cet aspect là que nous envisageons à présent avec l'aide de Ch. Kleiber, docteur en sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, et de son ouvrage sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins (Kleiber, 1991).

4.1. Particularités économiques du système de soins

Trop souvent, le citoyen oublie que la santé - même si elle n'a pas de prix pour lui - a un coût pour la société. En 25 ans, les dépenses pour soins de santé ont plus que triplé en termes réels en Belgique (IBES, 1999). Les autorités ont tenté de prendre des mesures pour limiter la croissance insoutenable des coûts qui se profilaient dans les années quatre-vingts. Mais quelles sont les particularités qui ont favorisé une telle croissance ?

4.1.1. Caractéristiques de la production et de la consommation

"La consommation et la production des services de soins sont fondées sur la relation soignant/soigné, elles sont essentielles et ambiguës : la demande est illimitée ou en tout cas difficile à évaluer"(Kleiber, 1991). Alors que la production et la consommation de soins sont essentielles parce qu'elles vont permettre l'amélioration de la santé, le soulagement de la douleur et le recouvrement de l'autonomie, elles sont également ambiguës car elles autorisent de la part des uns et des autres des interprétations différentes en raison des difficultés d'assigner des objectifs précis aux fonctions sanitaires. Rares sont les unités de soins qui se comparent.

L'extrême marge de manœuvre, laissée aux uns et aux autres, vient en partie du fait qu'il apparaît difficile de faire des comparaisons de services. Mais n'est-ce pas quelque part une façon de se protéger ? Dans nos sociétés occidentales, les soins de santé sont considérés prioritairement et font l'objet d'enjeux politiques incontournables. Dans ce contexte, il fut bien difficile de refuser à certains hôpitaux de réaliser des investissements technologiques irrationnels sur le plan macro-économique. Il est difficile de rappeler que l'utilisation des ressources suppose nécessairement un sacrifice dans d'autres domaines. En même temps, la grande inconnue de ce processus reste le résultat de la rencontre entre le soignant et le soigné. Il est tout aussi difficile d'établir des critères qui permettent d'évaluer les résultats. Nous nous trouvons face à un paradoxe où il existe un haut niveau d'incertitude dans la production des moyens mis en œuvre pour soigner le patient et un désir important de certitude dans la démarche des soignés.

4.1.2. Financement et régulation

Les assurances-maladies interviennent dans la relation entre le soignant et le soigné. Mais **le rapport économique entre le producteur et le consommateur est quelque part camouflé**. Il y a une coupure entre les coûts et les prix à la consommation, les cotisations et l'impôt donnant l'assurance au soigné de participer activement au financement.

Il y aura aussi une déconnexion entre les coûts et les prix à la production, ceux-ci sont remplacés par des budgets négociés au niveau central rendant souvent opaques les relations économiques entre production et coût. Les acteurs ne procèdent plus directement aux échanges, les transactions se réalisent par l'intermédiaire d'un tiers. Les prix annoncés n'ont en général aucune signification économique, ils sont des prix politiques, fixés par une administration centrale qui ne constitue pas un système de prix capable d'opérer une régulation économique.

La demande est fortement liée à l'offre et n'est pas limitée par le prix. Dans un tel système, l'augmentation des coûts est inévitable d'autant plus que **la pauvreté de l'information défavorise une régulation par la demande alors qu'en réalité, la concurrence sur l'offre existe**. Les acteurs retireront chacun les avantages du système en évitant bien de les remettre en question. Le patient privilégiera sa satisfaction sans considération des coûts, le médecin sera bien entendu attaché à réaliser les meilleurs soins chez son patient sans tenir compte des coûts d'autant plus que ses revenus sont pour beaucoup liés à ceux-ci. Les organismes payeurs voient l'argent transiter par leur caisse et il n'est pas irresponsable de penser qu'au plus grand est le volume de l'argent, au mieux s'en porteront les profits. L'Etat quant à lui est sensé limiter le coût mais sans mesure valable d'utilité, il est incapable de trancher sur les priorités qu'il faudrait imposer. Il est d'autant plus mal à l'aise dans sa situation d'arbitre que vouloir réformer la sécurité sociale équivaut pour de nombreux intervenants du monde de la société civile à une déclaration de guerre. La régulation du système de soins est avant tout politique plutôt qu'économique et repose essentiellement sur des négociations mettant en jeu des rapports de force entre les organisations professionnelles, les caisses de maladie et l'Etat.

4.2. Les différentes logiques

Nous pouvons considérer qu'autour de la problématique des coûts de santé, se rencontrent et s'affrontent deux logiques, **une logique des besoins et une logique des moyens**, autour desquelles s'articulent les comportements des acteurs des soins de santé (Kleiber, 1991).

	Logique des besoins	Logique des moyens
Fondements	<ul style="list-style-type: none"> - le malade - la demande - le rapport entre l'institution et le malade - l'expression du besoin suffit à le légitimer 	<ul style="list-style-type: none"> - la société - l'offre - le rapport entre l'institution et la société - l'expression de la contrainte budgétaire suffit à la légitimer
Valeurs sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> - la maladie à la première personne : je souffre, je soigne,... - elles portent sur des individus de chair, ici et maintenant - elles reposent sur la certitude de la souffrance, du handicap et la nécessité d'une guérison 	<ul style="list-style-type: none"> - la maladie à la troisième personne : ils souffrent, ils soignent,... - elles portent sur des individus abstraits ou statistiques dans un espace géographique et temporel vague - elles reposent sur la probabilité de l'atteinte morbide et sur la possibilité de guérison
Expression économique	<ul style="list-style-type: none"> - la santé constitue une priorité économique et n'a pas de prix - il faut ajuster les ressources aux besoins 	<ul style="list-style-type: none"> - la santé est un secteur économique parmi d'autres. Il faut choisir son importance économique - il faut ajuster les ressources aux contraintes budgétaires globales
Mesure de l'efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - rapport entre l'activité et les résultats observés en termes de mieux-être au niveau individuel 	<ul style="list-style-type: none"> - rapport entre les ressources financières et les résultats observés en termes de morbidité et de mortalité au niveau collectif
Répartition des ressources	<ul style="list-style-type: none"> - la répartition des ressources est considérée comme optimale donc fixe 	<ul style="list-style-type: none"> - la répartition des ressources n'est pas optimale ; elle est perfectible donc modifiable
Mode de développement des services de soins	<ul style="list-style-type: none"> - par addition 	<ul style="list-style-type: none"> - par substitution
Légitimité	<ul style="list-style-type: none"> - forte légitimité sanitaire - faible légitimité économique - légitimité sociale et politique controversée 	<ul style="list-style-type: none"> - faible légitimité sanitaire - forte légitimité économique - légitimité sociale et politique controversée

Tableau I.2. : Logique des besoins vs des moyens (Kleiber, 1991)

Commentons les déterminants de ce tableau.

4.2.1. La logique des besoins

Le malade souffrant réclame des soins particuliers. Il conjugue sa souffrance à la 1ère personne. Le seul fait d'exprimer le besoin suffit à le légitimer. Dans cette perspective, **la seule priorité est la priorité à la guérison**, cette priorité n'a souvent pas de prix une fois que la relation soignant-soigné est amorcée. Les ressources à concéder pour atteindre cet objectif sont illimitées. Les résultats attendus seront mesurés en terme de bien-être au niveau personnel et individuel.

Le médecin, aux côtés du malade, défend la position relevant de la logique des besoins puisque sa raison d'être, en milieu hospitalier et en dehors de l'hôpital, est le patient. Il y a donc réelle coalition entre d'un côté les patients et de l'autre les acteurs médicaux impliqués personnellement dans le fonctionnement des services de soins. Les deux parties tirent un bénéfice de cette coalition.

Les gestionnaires d'hôpitaux face aux médecins et au personnel médical défendent également une logique de besoins en promouvant l'avenir de leur institution, en défendant leurs intérêts auprès des administrations compétentes. Ils se font alors le porte-parole des médecins et des malades.

4.2.2. La logique des moyens

Cette logique ne conjugue plus la maladie à la 1ère personne mais à la 3ème. **Ce sont les autres qui souffrent, les autres qui soignent.** Les individus sont des êtres abstraits ou statistiques, comme le dit Kleiber, "dans un espace géographique et temporel vague". Ici est décrit la probabilité de l'atteinte morbide. La santé est un secteur économique parmi d'autres. Choisir son importance économique dépend d'une stratégie politique. Les gestionnaires hospitaliers, à l'intérieur de l'hôpital, sont les porte-parole de la logique des moyens et rappellent autant que possible aux médecins les astreintes et les limites imposées par l'Etat. Sans aucun doute, l'Etat défend une logique des moyens dans une visée de long terme et de collectivité.

Toute la difficulté de concilier ces deux logiques inhérentes au système sanitaire peut être résumée à l'aide de représentations bipolaires dans le tableau suivant, qui font apparaître les couples de valeurs opposées qui les constituent et les séparent. Ces représentations bipolaires montrent à quel point ces deux logiques peuvent avoir des difficultés à se rejoindre.

Logique des besoins	Logique des moyens
- court terme	- long terme
- concret	- abstrait
- personnel	- social
- affectif	- réaliste
- micro	- macro
- maladie	- santé

Tableau I.3. : Valeurs soutenant les 2 logiques (Ch. Kleiber, 1991)

4.3. Les problèmes

Au-delà des sources de tensions présentées, le secteur de la santé rencontrent différents problèmes bien concrets dont il faut absolument tenir compte.

4.3.1. Les ressources limitées

Les services de santé coûtent toujours plus chers à la société et aux individus et contribuent relativement peu à l'amélioration de l'état de santé de la population (Mc Kinlay JB et al., 1989). L'activité des soins de santé dans les pays occidentaux, fut-elle importante et coûteuse, a un impact relativement faible sur la diminution de la mortalité et de la morbidité. Il n'y a apparemment pas de relation statistiquement significative entre la santé de la population concernée et le coût des services de soins (OCDE, 1987). Or, en dépit d'une contribution relativement faible à la réduction de la mortalité et de la morbidité, les systèmes de soins jouissent de la très grande majorité des ressources sanitaires. Se pose dès lors **la question de la bonne utilisation des ressources et des choix politiques qui en découlent.**

Les gestes techniques coûteux et les médicaments les plus chers sont devenus les symboles de l'attention et de l'excellence des soins apportés aux malades. L'équipement toujours plus spécialisé symbolise le statut institutionnel et la puissance de celui qui le détient. D'ailleurs, le patient exige l'impossible et, s'il le faut, se livre à une surconsommation. Le médecin ne le décourage pas dans cette attitude, l'hôpital acquiesce. Tous adoptent un comportement rationnel et, faute d'indicateur de résultat, ne rendent de comptes à personne. Chacun détient sa propre légitimité et défend sa logique.

La somme des décisions individuelles, parfaitement rationnelles dans la logique des différents acteurs, peut produire des situations collectives contestables surtout en période de limitation de ressources. Les contraintes budgétaires vont obliger les acteurs à réajuster leurs stratégies et leur fonctionnement. Ces mesures, parfois négociées, souvent imposées, sont

vécues par beaucoup comme une pression étrangère, illégitime, limitant leur liberté de choix.

4.3.2. Médecine morcelée, patient oublié

Le savoir est toujours plus morcelé et limité aux professionnels de plus en plus spécialisés avec, pour conséquence, une délégation de compétence du malade au médecin. C'est le médecin qui va décider des examens et des traitements rendant le patient captif souvent réduit à un ou plusieurs organes malades par le médecin qui le soigne. Le modèle classique monocausal, telle affection provoquant telle maladie, fait place à la complexité d'un phénomène maladie-santé où les relations multi-factorielles dominent et où de multiples pathologies sont souvent associées. Il faut de plus en plus tenir compte des données psychologiques et le corps hospitalier n'est pas toujours préparé pour y faire face.

Si d'aventure on voulait ignorer cette composante de la médecine moderne, il faudra s'attendre à ce que certains patients recourent à d'autres formes, jugées dans le meilleur des cas inopportunes, dans le pire, apparentées à la sorcellerie. Toutes ces attitudes se nourrissent de l'appauvrissement du contenu humain des soins. *"L'approche technique, par son instrumentalisation des soins, rejette dans l'ombre le contenu symbolique et humain. Il faut dès lors passer par de coûteuses mises en scène thérapeutiques présentées avec intérêt par le médecin, réclamées par le patient"* (Kleiber, 1991). L'émergence des médecines parallèles peut être vue comme une conséquence de cette lacune relationnelle de la médecine scientifique.

4.3.3. Rapport économique biaisé

Le contrôle de l'exécution des actes médicaux échappe aux malades, leur paiement également. Il y a **délégation du mandat de soins du malade à son médecin et délégation de paiement à une caisse de santé-maladie**. S'en suivront des conséquences aux finalités parfois bien divergentes. Sous ce régime, la corporation médicale n'a que peu d'intérêt économique à minimiser la consommation médicale et n'a pas non plus d'intérêt à prévenir la maladie ! Le patient, quant à lui, certain d'avoir payé par assurance ou impôt la cotisation-santé, n'est pas réellement incité à limiter sa demande d'autant plus qu'il sera rassuré si on l'invite à consommer des techniques ou des médications. Ce système est en train d'évoluer, lentement, car les mécanismes de régulation économique présents dans une économie classique sont absents dans cette relation et seules les décisions politico-administratives, où se rencontrent et s'affrontent les multiples intervenants du monde de la santé, sont prises en compte (Kleiber, 1991).

En effet, l'assurance-maladie, en jouant le rôle de payeur central, exclut la relation économique médecin-malade avec, pour effet positif, d'assurer au patient le minimum de soins sans contrainte financière, avec effet négatif de limiter le rôle régulateur direct qu'aurait pu jouer cette relation. Le patient, dépendant de son médecin en ce qui concerne la demande et les soins, sera plus ou moins concerné par le prix des prestations qu'il achète; son rôle de consommateur, qui, dans une économie classique, est un facteur essentiel de l'équilibre des échanges économiques est ici restreint. En période de ressources illimitées où la demande l'est aussi, ceci ne pose pas de réel problème mais **en période de crise, les questions fondamentales du comment, du pourquoi, des moyens et des buts sont impératives** (Kleiber, 1991). L'enquête menée par le magazine Test Achats (1996) sur les tarifs des hôpitaux en Belgique montre que pour le patient qui doit être hospitalisé, le choix de l'hôpital, des médecins et du type de chambre a une influence déterminante sur la facture, sans pour autant qu'il en soit correctement informé au préalable.

4.4. L'organisation hospitalière

Le secteur de la santé s'est donc développé de manière fulgurante au cours de ce siècle. Cependant, le changement - et son moteur - fut plus économique et technique que social ou humanitaire. La médecine s'est complexifiée, les organisations hospitalières se sont équipées de manière onéreuse pour rester dans la course au progrès scientifique. En tant que vecteur du système de santé, **l'hôpital s'est érigé en centre d'expertises et en bureaucratie professionnelle** (Mintzberg, 1982) qui se caractérise par :

- la primauté de son centre opérationnel (des unités de soins relativement indépendantes);
- la prépondérance du relationnel (qui alimente les mécanismes de coordination);
- la faiblesse de la technostucture;
- l'importance de la logistique;
- l'ambiguïté du sommet stratégique (directeurs administratif et médical).

L'hôpital a développé sa vocation technique nécessaire au diagnostic et au traitement des patients, parallèlement au développement des progrès réalisés en sciences médicales. Des unités se sont instituées les unes à côté des autres, guidées principalement par l'offre médicale, et chacune d'entre elles entretient des relations privilégiées avec une fraction de l'environnement (Cremadez, 1992). En conséquence, **les hôpitaux ont connu une spécialisation croissante de la pratique médicale selon divers critères** : tranche d'âge, sexe, organe ou système organique, pathologie, type

d'activité, forme thérapeutique. Ces critères deviennent les bases de la division du travail en milieu hospitalier, organisée en unités ou services de soins comme développés dans le tableau suivant.

Critère	Unité de soins	Définition	
Age	Pédiatrie	Soins aux enfants	
	Gériatrie	Soins aux personnes âgées	
Sexe	Gynécologie-obstétrique	Traitement des maladies de l'appareil génital féminin	
	Urologie	Traitement des maladies de l'appareil génito-urinaire mâle	
Système organique	Cardiologie	Traitement des maladies du cœur et des vaisseaux	
	Dermatologie	Traitement des maladies de la peau	
	Endocrinologie	Traitement des maladies des glandes endocrines	
	Gastro-entérologie	Traitement des maladies de l'appareil digestif	
	Hématologie	Traitement des maladies du sang et des ganglions	
	Médecine interne	Traitement des maladies du système	
	Néphrologie	Traitement des maladies du rein	
	Neurologie	Traitement des maladies du système nerveux	
	Ophthalmologie	Traitement des maladies des yeux	
	Oto-rhino-laryngologie	Traitement des maladies affectant les oreilles, le nez, les sinus, le larynx et les cordes vocales	
	Pneumologie	Traitement des maladies broncho-pulmonaires	
	Psychiatrie	Traitement des maladies et troubles mentaux	
	Rhumatologie	Traitement des maladies des os et des articulations	
	Stomatologie	Traitement des maladies de la bouche et des dents	
	Pathologie	Cancérologie	Traitement des cancers
Diabétologie-nutrition		Traitement du diabète et des troubles de la nutrition	
Rééducation et réadaptation fonctionnelle		Soins aux handicapés physiques temporaires ou permanents	
Type d'activité	Vénérologie	Traitement des maladies sexuellement transmissibles	
	Anesthésie	Réalisation des examens préopératoires, des anesthésies	
	Biologie médicale	Réalisation d'analyses diverses en laboratoire	
	Radiologie	Réalisation d'examens dans un but diagnostic	
	Réanimation-urgence	Traitement des comas et des urgences	
	Forme thérapeutique	Chirurgie	Traitement comportant une intervention manuelle et instrumentale, soit pour enlever un élément pathologique, soit pour réparer ou remplacer un élément défaillant
		Radiothérapie	Traitement thérapeutique par utilisation d'éléments radioactifs

Tableau 1. 4. : Catégories d'unités de soins hospitalières

Nous remarquons la prédominance du critère « organique » dans l'organisation de l'activité hospitalière. Chaque spécialité se subdivise bien souvent en sous-spécialités encore plus pointues, se référant non plus à un organe mais à une de ses composantes. Cette organisation s'appuie très fortement sur le modèle biomédical de la santé. Ajoutons même qu'elle le renforce. L'hôpital se structure donc sur l'organisation de l'offre médicale. En l'absence de connaissance des patients potentiels, l'objet principal de la régulation entre prestataires de soins et administrateurs portent sur les ressources (Valette, 1996). La difficulté majeure à laquelle se trouvent confrontés les dirigeants hospitaliers est donc de gérer un ensemble complexe et hétérogène dont la congruence est devenue très faible (Omnes, 1996) et la différenciation très forte.

Mais comme le faisait remarquer les instances du Cabinet du Ministre des Affaires Sociales (Grimberg, 1995), l'idée qui doit dominer est de partir de « l'objet de la production » – le sujet malade – et non de la production elle-même, et de rassembler toutes les informations utiles pour s'assurer d'une allocation correcte des ressources. Nous disposons aujourd'hui des outils techniques et d'informations pour entreprendre le changement structurel et culturel hospitalier. C'est le rôle de l'administration hospitalière, trop souvent présentée comme improductive par nature, que de mener à bien ce changement.

Des exemples de restructurations hospitalières centrées sur le « Patient-Focused Paradigm » (Lathrop, 1993) ont montré avec succès les possibilités de réorganiser les processus en partant de l'analyse des besoins du patient. Ces modèles d'organisation se veulent horizontaux, décloisonnés et plus flexibles et s'articulent autour de la notion de groupes clientèles ou de programmes (Association des Hôpitaux du Québec, 1996).

5. La situation hospitalière en Belgique

5.1. Les lignes directrices du système de soins de santé en Belgique

Comme l'explique J. Hermesse, le système belge de soins de santé se caractérise par un mélange d'initiatives privées et publiques. Le système d'assurance est obligatoire depuis 1945 pour la population et les patients ont le libre choix du prestataire de soins. La gestion du système de soins est confiée à différentes mutuelles qui se font concurrence, et à un fonds public, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) qui assure la coordination et la supervision du système.

Les assurances complémentaires et privées non obligatoires ne représentent qu'une petite part du marché mais connaît une croissance importante ces dernières années. Actuellement, **99% de la population est couverte par l'assurance maladie-invalidité obligatoire** selon deux régimes financièrement distincts :

- le Régime Général qui couvre 88% de la population comprenant les travailleurs salariés et les fonctionnaires (ceux-ci constituent en réalité un troisième sous-groupe), les pensionnés, les handicapés et les personnes à charge de toutes ces personnes;
- le Régime des Indépendants qui couvre 11% de la population et qui concerne, comme son nom l'indique, les travailleurs indépendants et leurs personnes à charge.

Deux types de risque sont couverts selon les cas :

- les gros risques s'apparentent aux hospitalisations et aux prestations techniques spéciales, ils sont pris en charge par les deux Régimes;
- les petits risques recouvrent les soins ambulatoires, les médicaments, les soins dentaires,... Ils ne sont couverts que par le Régime Général, à charge des indépendants de souscrire à une assurance libre auprès de leur mutualité pour être couverts pour ce type de risque.

Les autorités publiques, en relation avec l'INAMI et les mutuelles, sont au centre de la coordination et du financement du système de soins de santé en Belgique. Les bénéficiaires contribuent directement mais surtout indirectement (cotisations professionnelles, taxes,...) au financement de ce système qui favorise l'accessibilité économique et le principe de solidarité nationale. Le schéma suivant retrace de manière simplifiée les principaux mécanismes du système de soins en Belgique.

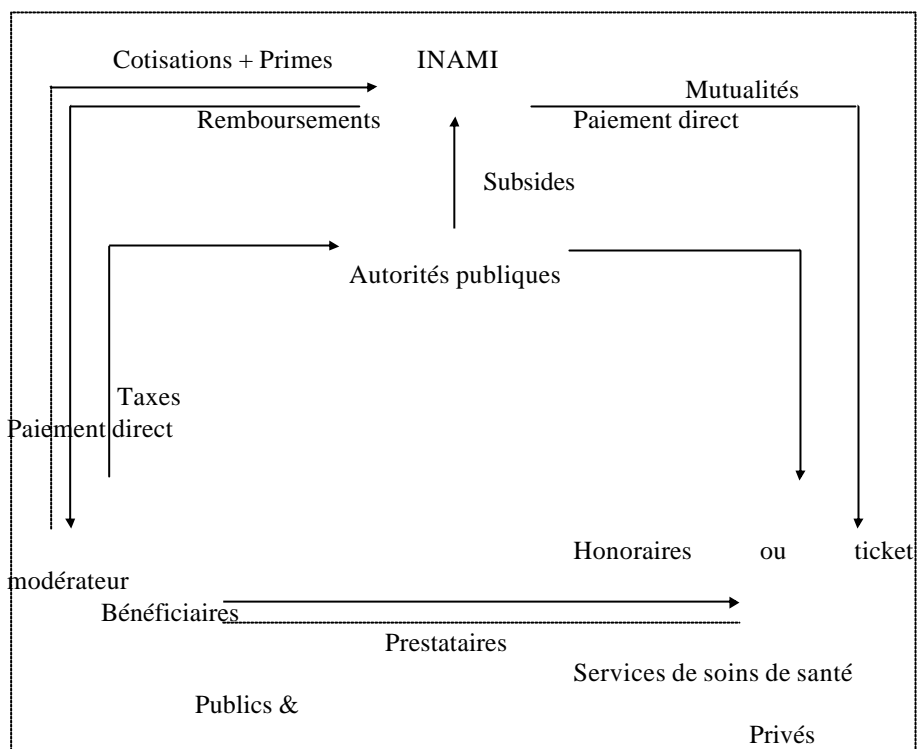


Figure 1.1. : Mécanisme économique du système de soins de santé en Belgique (Sources : HIVA, 1988)

5.2. Les dépenses ¹

Les dépenses en soins de santé ont plus que triplé sur les 25 dernières années en termes réels, pour s'élever à 660 milliards BEF (16,4 milliards d'EURO) en 1997 au niveau des dépenses globales et à 430 milliards de BEF (10,7 milliards d'EURO) pour les dépenses de l'INAMI. Ces mêmes dépenses atteindront vraisemblablement la barre des 500 milliards de BEF (12,4 milliards d'EURO) pour l'an 2000 avec une croissance très importante liée notamment à la consommation de médicaments, à l'hospitalisation de jour et aux soins à domicile. En comparaison, les dépenses globales par habitant en 1997 se sont élevées à 65.000 BEF/an (1599 EURO), ce qui nous situe dans la moyenne supérieure des pays de l'Union Européenne, comme nous le voyons dans le tableau suivant qui compare les dépenses pour soins de santé par habitant, en précisant le niveau des dépenses globales et des dépenses publiques.

¹ Données recueillies auprès de l'Institut Belge de l'Economie de la Santé (IBES, 1999)

Une des inquiétudes des autorités belges, c'est la part relative des dépenses publiques par rapport aux dépenses globales pour lesquelles la Belgique se situe en deuxième position, juste derrière le Luxembourg dont la situation socio-économique est peu comparable avec les autres pays de l'Union Européenne.

	Dépenses globales		Dépenses publiques		D.p./D.g.
	EURO	B = 100	EURO	B = 100	
Belgique	1 599	100	1 400	100	88 %
Luxembourg	2 297	144	2 110	151	92 %
France	2 071	130	1 624	116	78 %
Pays-Bas	1 742	109	1 255	90	72 %
Allemagne	2 363	148	1 829	131	77 %
Royaume-Uni	1 288	81	1 089	78	85 %
Irlande	1 165	73	874	62	75 %
Danemark	2 107	132	1 369	98	65 %
Italie	1 334	83	933	67	70 %
Espagne	875	55	689	49	79 %
Portugal	710	44	426	30	60 %
Grèce	707	44	529	38	75 %
Autriche	1 766	110	1 271	91	72 %
Finlande	1 467	92	1 130	81	77 %
Suède	1 960	123	1 633	117	83 %
EUR-15	1 563	98	1 211	86	77 %

Tableau I. 4. : Dépenses globales et publiques des soins de santé (Sources : OCDE Eco-santé 1998 et IBES 1999)

Si nous nous intéressons à la part du Produit Intérieur Brut dépensée en soins de santé, nous voyons que notre pays se situe légèrement en dessous de la moyenne et que ce chiffre est relativement stable, fruit des efforts budgétaires effectués depuis les mesures gouvernementales des années quatre-vingts. Les résultats pour 6 pays européens sont présentés dans le tableau suivant.

	Allema- gne	Belgique	France	Italie	Pays - Bas	Royaume- Uni
1975	7,7%	5,6%	7,8%	5,6%	7,6%	5,4%
1987	8,1%	7,2%	8,5%	6,8%	8,4%	6,1%
1997	10,4%	7,6%	9,9%	7,6%	8,5%	6,7%

Tableau I. 5. : Evolution des dépenses en soins de santé exprimées en % du PIB (Source : OCDE)

La moyenne pour l'ensemble des pays de l'Union Européenne est de 7,9%, ce qui classe la Belgique légèrement en dessous de cette moyenne. Au cours des années quatre-vingts à nonante, ce chiffre a fluctué entre 7,5% et 8,5%. Malgré l'apparente stabilité, il ne faut pas perdre de vue que ce chiffre concerne la globalité des dépenses en soins de santé et que cette stabilité ne doit pas occulter la croissance des dépenses qui, actuellement, suivent la croissance du PIB, ni l'inquiétude liée à la part des dépenses publiques. Cette mesure (% du PIB) semble cependant la plus pertinente car l'évolution de la richesse nationale peut être vue comme une approximation de la capacité à financer les soins de santé.

L'accroissement des dépenses a été fort sensible entre 1970 et 1980. Plusieurs normes ont été établies par les gouvernements successifs depuis cette époque et notamment la norme limitant le taux annuel de croissance des dépenses de santé en termes réels, le but étant de **rétablir la compétitivité, promouvoir l'emploi et sauvegarder l'avenir de la Sécurité Sociale** (IBES, 1999).

Si nous examinons la ventilation des dépenses de l'INAMI et son évolution de 1990 à 1997 selon la nature des prestations, nous identifions dans l'ordre décroissant pour l'année 1997 les postes présentés dans le tableau suivant. Il est intéressant de constater que pratiquement tous les postes ont connu une croissance en valeur (excepté la biologie clinique) entre 1990 et 1997, mais qu'elle n'a pas été identique pour chacun des postes.

Nature de la prestation	Part des Dépenses		Montant (Milliards de BEF)	
	1990	1997	1990	1997
Honoraires médicaux	32,0 %	26,2 %	91	112
Hospitalisation	25,3 %	25,2 %	72	108
Prestations pharmaceutiques	16,3 %	17,8 %	46	77
Biologie Clinique	9,6 %	5,8 %	26	25
Honoraires pour soins infirmiers	3,5 %	3,8 %	10	16
Honoraires des dentistes	3,3 %	3,3 %	9	14
Forfait soins aux personnes âgées	1,3 %	3,3 %	4	14
MRS et habitations protégées	2,1 %	3,2 %	6	14
Soins par kinésithérapeutes	3,7 %	3,1 %	11	13
Soins bandages et orthopédiques	2,0 %	2,4 %	6	10
Dialyse	0,3 %	1,9 %	1	8
Autres	0,6 %	4,0%	3	19
Total	100%	100 %	285	430

Tableau I.6. : Part des dépenses par prestation (Source : INAMI & IBES)

Nous observons une croissance moins que proportionnelle pour les honoraires médicaux et une diminution des dépenses en biologie clinique. La forte croissance du poste de la dialyse s'explique par l'inclusion du poste des honoraires médicaux et des forfaits de dialyse rénale à partir de 1994. Il faut compléter cette information en signalant que l'évolution de la consommation privée des ménages pour les soins de santé a connu sur la même période une croissance importante. Il y a donc eu un transfert partiel du paiement des dépenses. Outre les transferts, l'inflation et l'évolution du nombre d'assurés, **les facteurs qui interviennent dans la hausse des dépenses de santé sont, selon l'IBES :**

- le vieillissement de la population ;
- l'évolution de la science médicale ;
- l'augmentation de la proportion des maladies chroniques ;
- l'apparition de nouvelles maladies infectieuses ;
- l'aspiration de la population à un meilleur état de santé ;
- un personnel médical plus qualifié ;...

5.3. Les établissements de soins et leurs activités

Le système hospitalier belge repose sur **quatre grands principes** (Durant, de Cartier, Limpens, Luyten ;1992), à savoir :

- la mission de service public de l'hôpital, quelle que soit son appartenance politique ou son statut, fondée sur l'accueil de tous les malades et sur le caractère non lucratif de l'activité hospitalière;
- la plus grande accessibilité possible, tant au point de vue géographique que financier;
- le principe de concertation entre le politique et le scientifique dans l'élaboration des règles de fonctionnement et de financement des hôpitaux ;
- l'autonomie de fonctionnement des hôpitaux avec décentralisation de la gestion au niveau des villes et des communes pour les hôpitaux publics et au niveau du conseil d'administration pour les hôpitaux privés, dans le respect des trois principes précédents.

Jusqu'en 1982, la structure hospitalière belge était caractérisée par un nombre élevé d'hôpitaux de petite taille et par une augmentation continue du nombre de lits hospitaliers (IBES, 1999). **Depuis 1983 et la politique de rationalisation en fonction des besoins par région et arrondissement, cette structure hospitalière a été considérablement modifiée.**

Année	Nombre d'hôpitaux					Nombre total de lits	Capacité moyenne par hôpital
	< 150 lits	150 – 299 lits	300 – 499 lits	> 500 lits	Total		
1980	317	127	41	36	521	92 436	177
1990	156	145	43	30	374	79 304	212
1995	91	125	48	21	285	74 456	261
Année	Nombre d'hôpitaux généraux					Nombre total de lits	Capacité moyenne par hôpital
	< 150 lits	150 – 299 lits	300 – 499 lits	> 500 lits	Total		
1980	282	113	34	15	444	68 254	156
1990	130	126	28	8	302	60 158	199
1995	56	96	42	21	215	57 683	268
Année	Nombre d'hôpitaux psychiatriques					Nombre total de lits	Capacité moyenne par hôpital
	< 150 lits	150 – 299 lits	300 – 499 lits	> 500 lits	Total		
1980	35	14	7	21	77	24 182	314
1990	26	19	15	12	72	19 146	265
1995	35	29	6	0	70	16 773	240

Tableau I 8 : Evolution du nombre d'hôpitaux en Belgique (Ministère de la Santé Publique - IBES, 1999)

En 1986, le gouvernement a décidé de limiter le nombre d'hôpitaux et de fixer à 150 le nombre minimum de lits dont doit disposer tout hôpital, ce qui entraîna la diminution progressive des établissements de petites tailles, exception faite pour les services V¹ qui ont été recensés comme des établissements séparés. En plus de ces mesures politiques, les investissements coûteux en nouvelles technologies ont également contribué au regroupement des hôpitaux en vue d'atteindre un niveau critique d'activités (IBES, 1999). Nous assistons donc à une transformation de la structure hospitalière avec une concentration du nombre d'établissements, de taille plus importante pour les hôpitaux généraux (fusions et disparitions d'établissements), et à une redistribution du nombre de lits des hôpitaux généraux vers des établissements destinés spécifiquement à la proportion croissante des personnes âgées de plus de 65 ans (MRPA : Maison de Repos pour Personnes Agées et MRS : Maison de Repos et de Soins). Ceci permet à l'Etat de réaliser des économies, vu le moindre coût lié à l'hospitalisation dans ces institutions. Un arrêté royal de 1990 bloque toute possibilité d'accroissement ultérieur du nombre de lits hospitaliers psychiatriques.

¹ service V : service pour traitement des malades atteints d'affections chroniques

Si nous comparons l'ensemble des hôpitaux des pays européens (en 1995) sur le nombre de lits par 1 000 habitants, le taux d'occupation, le nombre d'admissions par 100 habitants et la durée de séjour moyen, nous observons que la Belgique se situe relativement dans la moyenne européenne.

	Nombre de lits par 1000 habitants	Taux d'occupation moyen (%)	Admissions par 100 habitants	Séjours moyens (journées)
Belgique	7,3	83,6	19,6	11,5
Luxembourg	10,8	-	-	15,3
France	8,9	81,1	22,7	11,2
Pays-Bas	11,3	88,5	11,1	32,5
Allemagne	9,7	83,3	20,7	14,3
Royaume-Uni	4,7	-	23,0	9,8
Irlande	3,8	83,2	15,5	-
Danemark	4,9	81,3	19,8	7,3
Italie	6,2	72,0	16,2	9,8
Espagne	4,0	-	10,0	11,0
Portugal	4,1	71,0	11,3	9,8
Grèce	5,0	-	-	8,2
Autriche	9,3	79,4	24,7	10,5
Finlande	9,3	87,7	25,4	11,6
Suède	6,1	82,1	18,1	7,5
EUR-15	7,0	81,2	18,3	12,0

Tableau I.9. : Comparaison européenne d'indicateurs hospitaliers (OCDE Eco-Santé 1998 ; IBES 1999)

Concernant le cas des hôpitaux aigus (établissements non psychiatriques et dans lequel sont admis les patients dans leur phase aiguë de leur maladie), nous obtenons pour la Belgique et ses pays voisins en 1995 :

	Nombre de lits par 1000 habitants	Taux d'occupation moyen (%)	Admissions par 100 habitants	Séjours moyens (journées)
Belgique	5,3	80,6	18,0	7,8
France	4,6	75,3	20,3	5,9
Allemagne	6,9	81,3	18,0	12,1
Pays-Bas	3,9	71,5	10,3	9,9
Royaume-Uni	2,0	-	21,2	4,8

Tableau I.10. : Comparaison entre quelques pays européens d'indicateurs hospitaliers pour les hôpitaux aigus (OCDE Eco-santé 98, Ministère de la Santé Publique et IBES 1999)

Le nombre de lits par 1 000 habitants a diminué dans tous les pays depuis 1980 alors que le nombre d'admissions a augmenté et a même doublé au Royaume-Uni sur la même période de temps. Le séjour moyen a fortement diminué sur les 20 dernières années, de moitié même pour la France et le Royaume-Uni. En vertu d'une loi de 1986, il existe des normes de taux d'occupation minimum et de séjour moyen maximum auxquelles les services hospitaliers doivent se soumettre. Des variations concernant la durée de séjour sont tolérées en fonction de l'âge, de l'état civil, du statut social et professionnel, de l'état de santé antérieur et ultérieur à l'intervention (complications). Mais en cas de divergences trop importantes par rapport aux normes, une sanction en termes de réduction de subsides est prononcée à l'égard de l'institution « fautive ». Si nous examinons l'évolution de l'activité des hôpitaux aigus et généraux pour la Belgique en considérant 1982 comme année de référence (précédent les mesures gouvernementales) :

	Nombre de patients	Nombre de journées	Taux d'occupation (%)	Séjour moyen par patient (journées)
1982	1 504 000	20 876 000	82,5	13,9
1995	1 905 000	17 208 000	81,4	9,0
Evolution	+ 26,7%	- 17,6%	- 1,3%	- 35,3%

Tableau I. 11. : Evolution de certains indicateurs hospitaliers en Belgique depuis les réformes gouvernementales de 1982 (IBES, 1999)

Nous voyons donc que le nombre de patients a augmenté de 27% entre 1982 et 1995, mais que cette demande a été absorbée grâce à la réduction du séjour moyen par patient, ce qui a entraîné une diminution du nombre de journées d'hospitalisation. Vu la diminution concomitante du nombre de lits, le taux d'occupation est resté pratiquement inchangé. Soulignons que ces changements ont surtout eu pour conséquence **une rotation plus importante des patients dans les unités de soins et une accélération dans l'exécution des soins à prodiguer** au sein même de l'hôpital, ce qui est un sujet de préoccupation fondamental du personnel hospitalier.

5.4. L'emploi dans le secteur de la santé

Selon l'Institut Belge de l'Economie de la Santé, le corps médical belge a quadruplé en 40 ans et a plus que doublé au cours des vingt dernières années, soit 35 775 médecins recensés en 1997 (15 237 généralistes, 16 259 spécialistes et 3 579 candidats spécialistes), ce qui représente une des plus fortes densités de médecin par habitant dans le monde (1 pour 285). Face à cette pléthore actuelle de médecins, un numerus clausus a récemment été voté sur lequel nous reviendrons par après. Depuis 1980, nous avons également constaté un accroissement de l'effectif global du personnel

hospitalier. Nous remarquons une baisse sensible du nombre de personnel soignant, remplacé par du personnel infirmier plus qualifié.

	Hôpitaux Généraux		Hôpitaux Psychiatriques		Ensemble des hôpitaux	
	1980	1990	1980	1990	1980	1990
<i>Personnel</i>						
Cadre et infrastructure	32 047	34 453	3 964	4 708	36 011	39 161
Personnel infirmier	33 835	45 994	3 792	4 996	37 267	50 990
Personnel soignant	15 311	11 967	2 510	2 213	17 821	14 180
Personnel paramédical	5 703	9 039	794	1 207	6 497	10 246
Total (sans les médecins)	86 896	101 453	11 060	13 124	97 956	114 577
Nombre de lits par personne employée	1980	1990	1980	1990	1980	1990
Cadre et infrastructure	2,1	1,7	6,1	4,1	2,6	2,0
Personnel infirmier (P.I.)	2,0	1,3	6,1	3,8	2,5	1,6
Personnel soignant (P.S.)	4,5	5,0	9,6	8,7	5,2	5,6
P.I. + P.S.	1,4	1,0	3,8	2,7	1,7	1,2
Personnel paramédical	9,4	6,7	30,5	15,9	14,2	7,7
Total (sans les médecins)	0,8	0,6	2,2	1,5	0,9	0,7

Tableau I.12.: Répartition et évolution du personnel (Ministère de la Santé Publique et IBES, 1999)

Il faut surtout examiner ces données en terme du nombre de lits par personne employée et du nombre de patients par personne employée. Nous apercevons une amélioration des normes concernant l'encadrement des lits hospitaliers par le personnel hospitalier entre 1980 et 1990. Seul le personnel soignant dans les hôpitaux généraux a diminué mais a été remplacé par du personnel infirmier. Cependant, si nous analysons le nombre de patients admis par personne employée, les chiffres cachent une réalité toute différente. **Le nombre de patients par personne employée a augmenté** entre 1980 et 1990, excepté pour le personnel infirmier. Toutefois, si nous prenons le total personnel infirmier et personnel soignant, le nombre de patients par personne employée est également plus élevé en 1990. Vu la tendance à l'accroissement du nombre de patients (+ 8% entre 1990 et 1995), ce constat ne peut que s'accroître et s'aggraver à personnel constant.

	Hôpitaux Généraux		Hôpitaux Psychiatriques		Ensemble des hôpitaux	
	1980	1990	1980	1990	1980	1990
Nombre de patients par personne employée						
Cadre et infrastructure	42,7	51,5	14,8	15,9	39,5	47,2
Personnel infirmier	41,2	38,6	15,5	15,0	38,2	36,2
Personnel soignant	89,2	148,3	23,5	33,9	79,9	130,5
P.I. + P.S.	27,8	30,6	9,4	10,4	25,7	28,4
Personnel paramédical	239,3	196,4	74,3	62,1	219,2	180,6
Total (sans les médecins)	15,7	17,5	5,3	5,7	14,5	16,1

Tableau I. 13.: Evolution et répartition du personnel en fonction du nombre de patients (IBES, 1999)

6. Conclusion

L'ère est donc à l'évolution de nos structures hospitalières souvent désuètes et austères. Mais quelles sont les voies à suivre ? L'organisation hospitalière se cherche, les nouvelles contraintes économiques sans cesse plus importantes ne permettent plus un développement tel que celui qu'ont connu les années soixante, septante et début des années quatre-vingts. Va-t-on poursuivre la course technologique de la même manière et/ou allons-nous écouter les besoins d'une demande hospitalière qui se manifeste de plus en plus ? Pourrions-nous les transposer dans l'activité quotidienne hospitalière ?

Le danger que court la médecine dite technologique qui conduit nos hôpitaux, réside d'une part, dans la "course médico-économique" à laquelle les mécanismes publics de financement ne peuvent plus répondre comme dans le passé et, d'autre part, dans l'absence de considération de l'aspect social et humain du patient. En même temps, nous avons la conviction que le resserrement des ressources, au-delà d'une certaine limite, ne permettra plus de réduire les inefficiences si les processus organisationnels ne sont pas remis en question

L'objectivation des sciences médicales à travers ces progrès fulgurants ne peut remplacer l'appréciation subjective de la santé par le patient lui-même. L'émergence récente des médecines parallèles en est un signe. Quelle issue devons-nous trouver pour sortir de ces impasses ? Peut-être faut-il revenir à l'essentiel : privilégier la relation de qualité entre les différents intervenants et permettre que l'hôpital soit au service du patient et non l'inverse. Cela implique la nécessité d'analyser les besoins réels de la demande hospitalière et la possibilité de repenser structurellement et culturellement nos vieilles organisations hospitalières. Les connaissances médicales, les préoccupations économiques et managériales ainsi que les influences socioculturelles ont fortement évolué depuis le temps de l'hôtel-Dieu, l'ancêtre de l'hôpital. Ces évolutions ont gagné le secteur hospitalier et l'ont orienté. Cependant, l'adaptation a toujours été tardive et lente ; aujourd'hui encore, les barrières sont nombreuses. La démarche marketing peut nous apporter un regard nouveau sur la gestion stratégique et opérationnelle hospitalière et livrer des outils pratiques et peu onéreux pour développer de nouvelles orientations pertinentes.

CHAPITRE 2 : Le patient, usager des services hospitaliers

Le secteur hospitalier a pris pour habitude de définir selon ses propres références le concept de patient. Cette vision peut néanmoins être transformée ou plutôt complétée en adoptant d'autres perspectives disciplinaires. Dans ce chapitre, nous souhaitons faire partager d'autres points de vue concernant le patient, vu comme un usager de l'hôpital, dans toute sa richesse et sa complexité.

1. L'usager hospitalier

1.1. Qui est l'usager hospitalier?

Le terme usager signifie littéralement une personne qui utilise un service, en particulier un service ou un domaine public (Dictionnaire Larousse). Dans le cadre hospitalier, nous avons choisi de définir le terme usager comme un concept global, l'union entre le malade, le patient, le client, le bénéficiaire, le consommateur et le citoyen, en tant que membres de communautés.

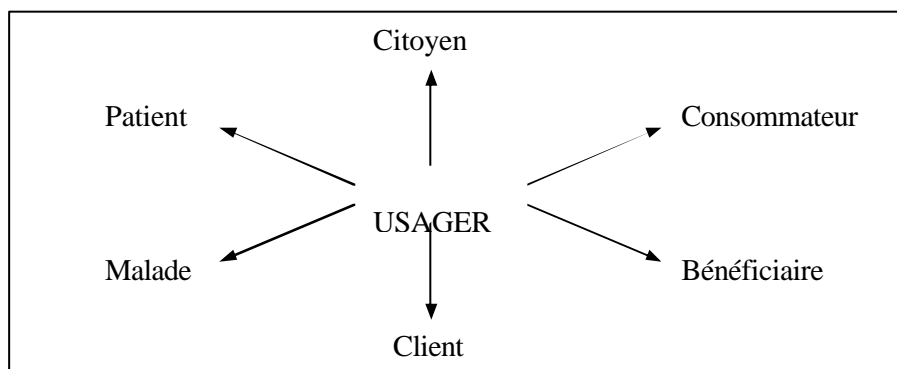


Figure II.1. : Les dimensions de l'usager hospitalier

D'ailleurs, le terme employé pour désigner notre interlocuteur est souvent révélateur de notre attitude à son égard (Montesinos, 1995). Explicitons les termes de ce schéma :

- **Le malade** : personne désignée par la maladie qui l'atteint, souvent réduit à la partie de son corps qui présente un dysfonctionnement comme le serait une pièce mécanique d'une machine.
- **Le patient** : personne qui est là pour subir un traitement, une opération... avec l'idée de passivité et de dépendance face à la médecine.

- **Le client** : personne qui participe à un échange, acteur qui passe un contrat de soins dans notre cas avec la société dans son principe de solidarité, contrat de service avec l'hôpital et son personnel.
- **Le bénéficiaire** : personne pour laquelle le service est préparé et réalisé. Il est la raison pour laquelle le service existe et donc l'acteur central de l'organisation hospitalière. Le concept de collectivité, inhérent à la santé publique, renforce l'idée du bénéficiaire. Il profite d'un service qu'il ne pourrait réellement se procurer en termes financiers s'il devait s'en acquitter individuellement. On dépasse donc l'idée d'échange monétaire qui existe néanmoins entre l'hôpital et la population.
- **Le consommateur** : sujet de droits et d'intérêts propres dans le secteur de la santé comme dans tous les secteurs socio-économiques; il fait appel à des ressources limitées pour transformer des services en un mieux-être.
- **Le citoyen** : personne qui se retrouve dans le contexte hospitalier mais qui existe avant tout comme citoyen, qui mène une vie plus ou moins active, sur le plan familial, professionnel, social, spirituel,... en relation avec d'autres personnes, d'autres communautés, et soumis à ses propres contraintes.

Assurément, l'usager hospitalier possède ces différentes facettes. Alors que nous sommes tous susceptibles d'être un jour usager de l'hôpital, ne sommes-nous pas effrayés d'être réduits involontairement au simple rôle du patient? Ne serait-il pas gratifiant de développer les concepts de client, de consommateur, de citoyen et de bénéficiaire dans l'hôpital sans se perdre dans une simple logique commerciale? Même si nous alternons les termes pour nous référer à cette personne (patient, usager,...), **nous conservons à l'esprit l'existence simultanée de ces dimensions.**

1.2. L'usager dans ses dimensions négligées

La conception de l'hôpital, organisation toute puissante et dominante, est encore fortement ancrée dans l'esprit des usagers mais aussi du personnel hospitalier. Cette organisation qui côtoie la souffrance et la mort, effraie et angoisse en même temps qu'elle fascine par ses capacités et ses réalisations.

Les relations existant entre l'usager et le personnel hospitalier sont déséquilibrées. Les raisons de ce déséquilibre peuvent être multiples :

- un possible état d'urgence dans lequel peut se retrouver l'usager qui le met dans une position de demande forcée et rapide;
- l'écart de compétences entre le corps professionnel et l'usager. On constate d'ailleurs une différence plus marquée de relation entre l'usager et le chirurgien qu'entre l'usager et l'infirmière;
- la déférence liée au statut social et à l'image culturelle que l'usager se fait du médecin;

- l'aspect mystérieux, voire mythique, de l'hôpital qui angoisse et qui sauve en même temps;
- l'état de passivité du patient face à la maladie, face au traitement de sa maladie ou de son infirmité dans la conception biomédicale de la santé.

Il faut reconnaître que cette relation de domination est presque commune à tout service hospitalier. N'est-ce d'ailleurs pas à l'hôpital que l'utilisateur est le plus infantilisé? Le patient y est considéré comme un enfant plus ou moins capable de s'exprimer. Rencontrer l'utilisateur dans ses dimensions négligées devrait permettre de dépasser cette relation déséquilibrée.

1.2.1. L'utilisateur-client

Le client est une personne qui passe un contrat de service avec une organisation. Elle effectue certains choix, participe à un échange pour lequel elle espère trouver un profit ou une utilité individuelle. Ce profit peut se présenter sous forme de soins mais également de reconnaissance, de guérison et de mieux-être au sens large.

Pour y arriver, l'utilisateur espère trouver un service digne de la confiance engagée dans la relation avec l'hôpital, un environnement « hospitalier », un certain confort et une relative intimité, une chambre agréable et propre, équipée d'une salle d'eau, de toilettes, d'un téléphone, d'une télévision,... des repas de qualité et bien servis à des heures décentes pour lui,... Il souhaiterait pouvoir accueillir ses proches. Il espère y retrouver des formes d'attention et de communication dans un langage qui est le sien. **L'idée sous-jacente à la notion de client d'une organisation est la relation d'adaptation entre les parties.** Actuellement, les efforts d'adaptation dans la relation d'échange sont plutôt remplis par le patient.

Pour mieux répondre à la dimension client de l'utilisateur, il nous semblerait opportun de développer une approche client-fournisseur dans l'analyse de toutes relations entre l'utilisateur et l'hôpital. Cette approche aurait le mérite de rééquilibrer la relation en replaçant l'utilisateur dans une position moins subordonnée et de resituer l'utilisateur comme une personne dont la satisfaction assure la pérennité de l'organisation.

Le client a la liberté d'exprimer des choix dans un univers concurrentiel qui se développe. Même si ces choix sont limités à l'intérieur de l'hôpital, le client a le libre choix de l'hôpital et du médecin. En situation de pléthore de la demande, le risque pour l'hôpital est limité. Cependant, si offre et demande ont tendance à s'équilibrer, ou à s'inverser avec surcapacité de l'offre par rapport aux besoins de la demande, le choix du patient revêt une importance considérable pour la viabilité de l'organisation. Ce phénomène

n'est-il pas en train de se manifester au sein des unités de soins dans l'organisation ?

1.2.2. L'utilisateur-bénéficiaire

Un obstacle à surmonter dans l'esprit des fournisseurs des services hospitaliers naît du fait que **l'utilisateur ne s'acquitte ni personnellement, ni directement, de la prestation dont il "profite"**. L'échange monétaire ne joue pas son rôle comme au cours d'une transaction commerciale classique. Alors qu'on donne le droit à un client de se plaindre parce qu'il paie en monnaie sonnante et trébuchante, on ne reconnaît pas facilement à l'utilisateur le droit d'être un client car il ne paie pas ou seulement une partie du coût réel du service auquel il fait appel.

En conséquence, le prestataire peut avoir tendance - consciemment ou inconsciemment - à négliger l'utilisateur en tant que bénéficiaire de ses services. « De quoi peut-il se plaindre alors qu'il ne paie rien? ». Cette affirmation est erronée puisque l'utilisateur paie une partie des prestations qu'il reçoit par l'intermédiaire des cotisations et/ou des tickets modérateurs. Les principes de solidarité et du droit aux soins de santé sont là pour dépasser l'obstacle du financement personnel. Mais au-delà de la question de l'acquittement monétaire des prestations, rappelons-nous que le bénéficiaire a d'autres prix à payer de manière involontaire pour pouvoir bénéficier des services hospitaliers. Comme l'explique Bonaventure (1994), il existe différentes formes de prix :

- **le prix financier** qui dans le secteur non-marchand est souvent inférieur à la valeur du service;
- **le prix psychologique** qui est lié aux confrontations que l'individu va éventuellement devoir subir pour obtenir le service;
- **le prix physique** qui est lié à l'effort de déplacement, d'attente ou de circulation dans des lieux parfois inconfortables;
- **le prix social** qui résulte de la crainte de ce que les autres vont penser et donc de l'image de soi comme bénéficiaire de ce service et comme malade.

Certes, si le prix financier ne correspond pas à la valeur économique du service obtenu, le patient peut être amené à faire face à un prix psychologique, social ou physique considérable. Dans cette perspective, nous apercevons donc qu'il existe plusieurs facteurs sur lesquels l'organisation doit travailler pour baisser le prix global qu'elle réclame à ses bénéficiaires. Il faut rappeler également l'inconfort psychologique qui peut naître chez le bénéficiaire de ne pas s'acquitter réellement du coût des services reçus.

1.2.3. L'utilisateur-consommateur

Comme le souligne Fraselle (1996), deux éléments plaident pour une meilleure connaissance de la position sociale de l'utilisateur-consommateur dans l'ordre économique et social de la fin des années nonante: l'approche sociale de la relation médicale soignant-patient et la volonté de promouvoir l'intérêt et les droits de l'utilisateur.

L'approche sociale de la relation médicale entre les prestataires de soins et l'utilisateur-consommateur met en évidence les rapports d'interdépendance mais aussi d'opposition entre les parties et aboutit au constat de déséquilibre et d'asymétrie. Les rapports d'opposition naissent des divergences d'intérêts et d'objectifs qui peuvent exister entre médecins, patients et gestionnaires. Actuellement encore, le corps médical s'est arrogé la définition des besoins des usagers. Les pouvoirs en place ont favorisé cette approche en solvabilisant en quelque sorte la demande, en réponse à la définition des besoins ainsi formulée par l'offre médicale.

L'utilisateur revendique pourtant un certain pouvoir de décision et espère rester maître de sa destinée. En ce sens, l'utilisateur doit être vu comme **un consommateur des services de soins avec des intérêts, des droits et des devoirs** qui lui sont propres : droit à l'information et à l'éducation médicale, droit à la consultation de son propre dossier médical, droit à préserver ses intérêts économiques et son intégrité physique et enfin droit à être représenté et défendu. Il s'agit donc d'un droit à l'accès aux moyens de la santé et non un droit à une garantie de résultats de la part des prestataires. Développer le droit de l'utilisateur-consommateur, c'est aussi lui reconnaître des devoirs autres que sa prestation financière. Comme l'explique Fraselle (1996) :

"Il s'agit, par exemple, pour l'utilisateur de s'engager en toute connaissance de cause et de collaborer aussi activement que possible au traitement choisi de commun accord".

Considérer la dimension consommateur de l'utilisateur, c'est enfin reconnaître que **le progrès des institutions hospitalières passe par la reconnaissance des attentes des patients comme stratégie de développement** :

- favoriser l'insertion de l'utilisateur dans la vie de l'hôpital ;
- ouvrir les portes aux associations et regroupements de consommateurs comme espace de communication et de médiation avec son public ;
- mettre en place des comités d'éthique comme groupes de réflexion sur des processus et actions toujours en évolution.

Tous ces droits, comme cette dimension du consommateur, très légitimes, apparaissent aujourd'hui dans le milieu hospitalier. En France, en Belgique et dans d'autres pays occidentaux, des lois sont promulguées depuis peu pour veiller au respect de cette dimension de l'utilisateur-consommateur de services de soins de santé et rééquilibrer la relation entre l'hôpital et le patient. Mais il faudra encore du temps pour qu'elle soit réellement ancrée dans les esprits et les pratiques.

1.2.4. L'utilisateur-citoyen

L'utilisateur qui se retrouve à l'hôpital, est avant tout **un citoyen qui mène une vie active sur le plan familial, professionnel, social, spirituel,...** en relation avec d'autres personnes, d'autres communautés, et soumis à ses propres contraintes. L'arrivée à l'hôpital l'oblige à se déconnecter d'une large partie de ses habitudes et de son rythme de vie, dans des circonstances souvent pénibles et fortuites. Le contexte de l'utilisateur est souvent délaissé dans l'approche hospitalière. Pourtant, les influences de la famille, du travail, des amis, des loisirs,... peuvent se révéler très importantes sur le comportement de l'utilisateur et modifier ses attentes en tant que malade, patient, client, bénéficiaire ou consommateurs des services hospitaliers.

L'anamnèse en tant qu'ensemble des renseignements que le médecin recueille en interrogeant l'utilisateur sur l'histoire de sa maladie, doit s'étendre à un aperçu de son vécu et de son environnement, de ses contraintes,... Cette démarche **fait partie de l'analyse des besoins** de l'utilisateur et devrait permettre en peu de temps un meilleur service, une meilleure relation et donc entraîner plus d'efficacité, voire plus d'efficacité dans les processus de soins et de guérison.

Le soutien des proches est également un élément important à prendre en considération dans la relation entre l'hôpital et l'utilisateur. L'entourage va intervenir dans la perception que l'utilisateur se fera de l'hôpital et ne peut être négligé. Tout d'abord pour le bien-être de l'utilisateur qui, comme nous l'avons dit, est déconnecté de son contexte et va pouvoir trouver dans son entourage un certain réconfort. Ensuite, parce que les proches prennent connaissance de l'hôpital, de la qualité de ses services, du rapport qui s'établit entre le patient et le personnel, de l'infrastructure, de l'accueil. L'entourage va enregistrer ces informations et même les diffuser dans son propre environnement. La population visiteuse d'un hôpital est elle-même plus nombreuse que le nombre de patients qui y sont hospitalisés. Elle a également certaines attentes qui ne relèvent pas de l'aspect technique de l'hôpital. Son appréciation se fait essentiellement sur les aspects fonctionnels et relationnels. Le visiteur est réellement un autre client de l'hôpital.

Une étude américaine (Strasser, Scheikhart, Welch et Burge, 1995), s'est penchée sur le niveau de satisfaction des patients et de leurs proches concernant les soins et services hospitaliers. Il en résulte que les patients se montrent plus satisfaits à propos des soins reçus que leurs proches, ainsi que de leur séjour hospitalier. Les auteurs concluent que :

- la famille et amis des patients sont eux-mêmes des patients potentiels et qu'il est dangereux en terme stratégique de négliger ces acteurs-là;
- les gestionnaires d'hôpitaux devraient connaître comment ce public évalue les soins et services reçus par leurs proches qu'ils visitent, pour pouvoir améliorer le service en conséquence et modifier les perceptions négatives dans le chef de ce public ;
- l'explication proviendrait d'un niveau d'attentes probablement plus élevé dans le chef des proches que de la part du patient lui-même, et d'une reconnaissance moins évidente de l'effort des services offerts.

Nous pensons que les visiteurs ont un degré de dépendance à l'hôpital moins élevé, un temps de passage plus bref et une appréhension différente. Cela les conduit plus naturellement à penser en termes de résultats et moins en termes de processus comme le fait plus facilement le patient.

Nul doute que dans un contexte concurrentiel et d'humanisation des organisations, la reconnaissance, l'intégration et le développement de ces dimensions négligées de l'usager est un enjeu manifeste pour l'hôpital et son personnel.

2. Besoins et désirs du patient

Le patient vient vivre à l'hôpital car, comme l'expliquait le Professeur Druhet (1994), un accident, une maladie est une tranche de vie, un épisode avec toutes ces composantes. La rencontre des besoins du patient et la poursuite des désirs permettent d'établir une relation de confiance entre le patient et le personnel hospitalier et permettra à chacun de **réaliser au mieux la relation d'échange entre les deux parties**. Mais comme ce professeur ajoutait : *"N'est-ce pas un corps muet qu'inconsciemment souhaitent les soignants?"*

Le concept de besoin est sujet à d'importantes polémiques car il ne peut se départir d'éléments d'appréciations subjectifs qui alimentent la littérature (Lambin, 1998). L'usager manifeste certains besoins que nous définirons comme un sentiment de manque à l'égard d'une satisfaction liée à la condition humaine (Kotler et Dubois, 1997). Dans une situation de consommation de biens ou de services, le besoin est défini comme un état de l'individu qui éveille et dirige ses activités vers l'obtention d'un but spécifique, la motivation en étant la facette dynamique (Hanna, 1980 dans Derbaix et Brée, 2000). Les besoins sont latents ou manifestes, ils peuvent être multiples et simultanés, d'intensité variable et personnelle. Dans le cadre hospitalier, nous présentons deux besoins majeurs : la dignité et la sécurité. Chacun de ces besoins se subdivise en plusieurs éléments et s'exprime sous forme d'attentes à l'égard de l'organisation hospitalière et de son personnel.

Le concept de désir est davantage lié à un état d'espérance et de souhait qu'à un état de manque, certains auteurs parlent de besoins dérivés par opposition aux besoins génériques. Les définitions varient selon les points de vue. Nous présentons deux types de désir dans le contexte hospitalier, représentés par les notions de confort et de valorisation. La poursuite de ces désirs peut se révéler déterminant dans le cadre hospitalier si la comparaison quant à la satisfaction des besoins est jugée équivalente entre hôpitaux. Selon la personnalité de l'usager, les besoins génériques et besoins dérivés peuvent être souhaités, exigés et perçus différemment. Explicitons-les quelque peu.

2.1. La dignité

Le besoin de dignité humaine fait appel à trois éléments complémentaires qui la composent : l'identité, la reconnaissance et le respect.

- **L'identité** signifie que nous sommes des êtres humains à part entière, quels que soient notre condition, notre appartenance ethnique, nos

handicaps... L'identité fait que nous sommes des personnes irremplaçables pour nous-même, des êtres singuliers.

- **La reconnaissance** signifie l'existence de cette identité pour l'autre. L'être humain est toujours en relation, et donc appelé à être soit ignoré, soit partiellement ou totalement reconnu. La phrase de couloir, « *La chambre 122, c'est la cheville du Docteur X.* », est irréaliste et humiliante pour la personne. Le patient est d'abord un être social avec son identité propre qu'il souhaite voir reconnue.
- **Le respect** est nécessaire pour pouvoir correctement entamer une relation d'échange réelle. En plus de l'identité et de la reconnaissance, il est nécessaire de respecter l'existence de l'autre et son droit à la différence. Non seulement, nous avons à ne pas porter de jugement sur l'autre mais si jugement il y a, à ne pas le laisser transparaître dans nos actes. A ce titre, les services de soins de santé sont ou devraient être accessibles avec égalité de traitement.

Les maladies sexuellement transmissibles peuvent servir d'illustration. Si le corps soignant juge l'utilisateur quant à ses mœurs et son comportement, ne risque-t-il pas d'adapter son propre comportement en conséquence et de rejeter la personne souffrante? Nous pouvons généraliser cet exemple au travers d'autres caractéristiques que nous marginalisons, même inconsciemment : l'appartenance socio-culturelle, religieuse, économique, géographique, démographique... Nous n'acceptons pas aisément la différence, nous ne prenons pas toujours le temps de la comprendre. Plus simplement, nous ne pouvons ou nous ne savons plus prendre le temps de rencontrer l'autre. Pourtant, pour soigner quelqu'un ou se faire soigner, il faut d'abord respecter l'autre et la traiter avec dignité. Tout le monde n'est peut-être pas capable de soigner toute personne...

2.2. La sécurité

Face à la maladie, à la souffrance et à l'incertitude de sa guérison, l'utilisateur ressent le besoin d'être sécurisé à divers niveaux : la sécurité physique, la sécurité thérapeutique, la sécurité psychologique et la sécurité relationnelle.

- **La sécurité physique** avec le besoin d'être protégé contre le bruit, le froid, les chutes de lits ou de transports mais aussi contre les vols, les agressions... Dans ce lieu qui lui est au départ étranger, où il se sent vulnérable, le patient a besoin d'un certain bien-être matériel auquel les progrès technologiques répondent de mieux en mieux, faut-il encore en assurer la disponibilité.
- **La sécurité thérapeutique** avec d'abord le besoin d'être protégé contre la douleur et les infections, c'est-à-dire la préservation de l'intégrité corporelle; et ensuite le fait d'être conduit et suivi dans un traitement

adéquat en vue de la guérison. Les progrès en sciences médicales visent principalement à répondre à ce besoin.

- **La sécurité psychologique** avec le besoin d'être protégé contre l'isolement et le désespoir, amplifiés par l'angoisse de la mort. Il s'agit plus d'un phénomène de société que d'un phénomène inhérent à l'hôpital, mais que l'on retrouve exacerbé à l'occasion d'un passage à l'hôpital. Peu de solutions sont apportées à cette insécurité, à l'image de notre société. La vulnérabilité et la passivité du patient renforcent ce besoin. L'empathie et le soutien sont des caractéristiques que l'on retrouve chez certains prestataires de soins et certains bénévoles, et qui permettent de couvrir partiellement ce besoin. Malheureusement, elles nécessitent du temps, leur efficacité est difficilement chiffrable et donc peu considérée.
- **La sécurité relationnelle** avec le besoin d'être protégé contre la dépersonnalisation et l'anonymat. Du côté du personnel soignant, cela implique que chaque personne doit être identifiée et identifiable dans sa fonction et dans la relation qu'il entretient avec le patient. Elle nécessite des qualités de communication humaine, qu'elles soient verbales ou non. Du côté du patient, cela implique qu'il soit reconnu et reconnaissable : « *La relation est illusoire quand des anonymes prétendent communiquer à des inconnus* » (Montesinos, 1995). N'est-il pas déroutant pour le patient de devoir répéter plusieurs fois les mêmes informations le concernant comme si personne ne prenait en compte ce qui a déjà été dit. Le sentiment d'anonymat semble être fortement vécu chez l'usager, et ce d'autant plus que l'hôpital est grand et le personnel nombreux.

2.3. Le confort

S'il est possible d'établir une hiérarchie de besoins du patient à l'image de la hiérarchie des besoins de Maslow (1943), chaque besoin de sécurité peut se transformer en désir de confort : confort physique ou matériel, confort thérapeutique, confort psychologique et confort relationnel. La distinction entre besoin de sécurité et désir de confort est très subjective. Elle dépendra fortement de notre expérience, de notre niveau de vie, de notre culture et de nos valeurs.

Actuellement, le concept de confort fait surtout référence au confort matériel auquel l'organisation hospitalière accorde de plus en plus d'importance : qualité d'hébergement (chambre, lit, télévision, propreté,...), qualité de nourriture,... Par rapport à la sécurité thérapeutique, le confort thérapeutique serait l'assurance d'être soigné le plus vite possible et avec le moins d'inconvénients possibles : l'hospitalisation de jour est une réponse parmi d'autres à la notion de confort thérapeutique alors que l'assurance d'être pris en charge et d'être conduit dans un traitement adéquat est de l'ordre de la sécurité.

Les comforts psychologiques et relationnels sont moins bien pris en compte par l'hôpital, ce qui est peu surprenant étant donné que les besoins de sécurité correspondants sont encore peu considérés.

2.4. La valorisation

L'être humain a besoin d'être valorisé et estimé pour ce qu'il est. Il est très difficile de se sentir valorisé en pyjama dans un lit d'hôpital. Le patient se sent inutile et vulnérable, aux antipodes des raisons qui le valorisent dans notre société, à la recherche d'individus efficaces et forts. On ne fera jamais d'un patient cloué sur son lit un héros ou un savant. La valorisation sera donc plus axée sur la découverte ou la redécouverte de son intégrité tant physique que psychique, voire lui faire découvrir d'autres aspects de la santé et de la vie au travers de son expérience hospitalière, quelles que soient les raisons qui l'ont obligé à passer par l'hôpital.

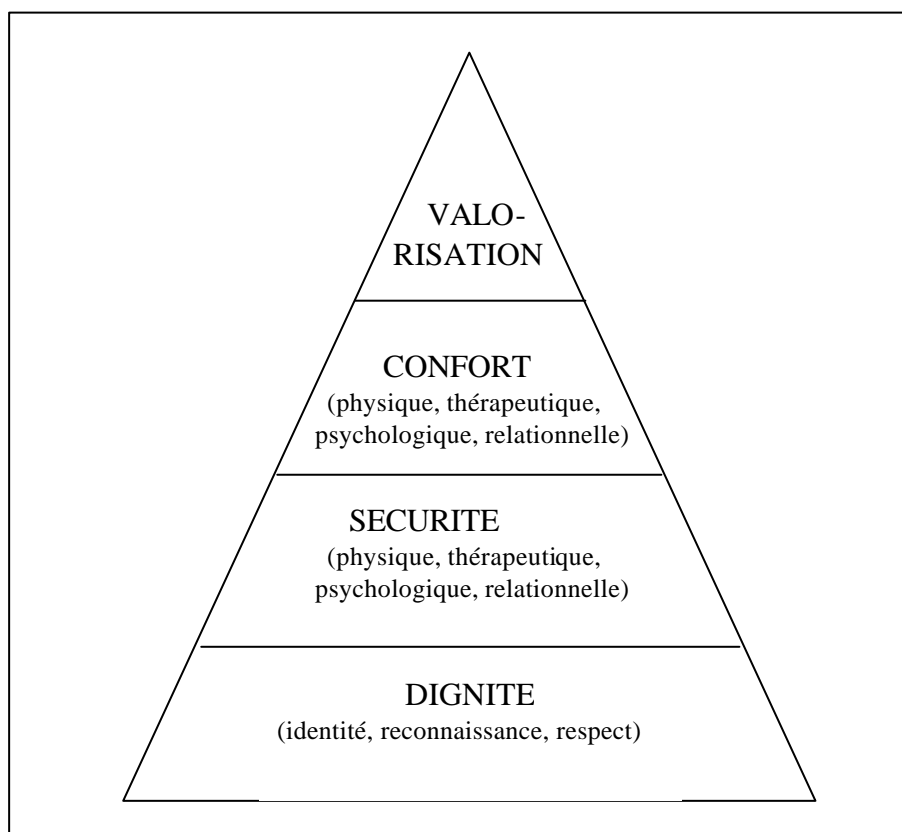


Figure II. 2. : Besoins et désirs du patient

3. La conception de la maladie et son influence sur le comportement du patient

Les attentes du patient à l'égard de l'hôpital vont être notamment influencées par la conception qu'il a de sa maladie et de sa santé. La maladie, considérée comme une anomalie ou un fléau peut susciter même un sentiment de faute dans notre société. Une telle conception de la maladie incite le patient à se tourner vers la médecine et à vouloir être guéri le plus rapidement pour ne pas se retrouver marginalisé longtemps, voire se sentir exclu. Mais plusieurs types de comportement peuvent se présenter.

3.1. Réactions potentielles face à la contrainte sociale

Face à une telle contrainte sociale, Herzlich et Pierret (1984) exposent la manière dont le patient peut réagir :

- d'une part, il peut se soumettre à son médecin et le considérer comme **l'autorité professionnelle de référence à laquelle il voue toute sa confiance**. Par son expertise, le médecin sait et il est le seul habilité à émettre un avis qui a valeur de vérité sur l'état du malade. Ce dernier se sent séparé de la connaissance de son corps qu'il confie à un autre, autorisé par cela même à parler et à prescrire;
- d'autre part, il peut **se révolter face à l'emprise médicale** qui le dépossède de ses droits et de ses pouvoirs, de la maîtrise de son corps. Il peut manifester une certaine méfiance, refuser de se faire soigner car l'individu peut se croire plus fort que la maladie. Nous pouvons même identifier un déni de la maladie et de la mort sous-jacente.

Cette situation conflictuelle et ambivalente existe chez bon nombre de patients et entraîne **l'adoption d'une stratégie de docilité apparente** vis-à-vis du médecin et de l'organisation hospitalière en général. Cependant, cette docilité apparente peut couvrir **une angoisse latente, variable selon la personnalité et l'état de santé du patient**, et entraîner une relation de soins inefficace, voire même des phénomènes de rejet de traitement, appelé la non compliance.

3.2. Le paradoxe de la maladie

Dans de nombreuses situations extrêmes face à la maladie, celle-ci est **l'occasion involontaire de remettre en cause certaines dimensions et le sens de sa vie** :

« Si la maladie détruit les rapports qui se créent entre l'ordre social et les individus, elle agit comme un révélateur de ces rapports. La

maladie montre aux individus que les liens qui les insèrent dans la société et qui les unissent aux autres, sont à interroger, voire à modifier (...) La maladie devient une évasion et une ouverture (...) La maladie devient une forme de libération totale de l'individu, elle permet d'être ce que nous devons être et que nous ne parvenons pas à être à cause des circonstances sociales" (Herzlich et Pierret, 1984).

Cette attitude s'envisage dans **une nouvelle relation au temps et à autrui** qu'expérimentent les malades. Alors que le temps est une ressource rare, mesurée de façon utilitaire ou monétaire, l'expérience de situations personnelles plus extrêmes incite à une mesure du temps plus singulière. Le temps a une autre « dimension ».

L'expérience de la maladie et le passage à l'hôpital peuvent être **l'occasion de la découverte de soi et de son corps**. Avec son expertise de psychologue dans des services de soins palliatifs, De Hennezel (1995) explique comment la rencontre avec la souffrance et la mort des autres lui a appris à vivre autrement mais aussi comment ces derniers instants d'une vie semblent offrir des moments de vérité et d'amour pour ces malades condamnés. Elle exprime toute la valeur de ces relations d'échange à travers la communication qu'elle entretient avec ces personnes, insistant sur toutes les formes de communication.

3.3. Maladie et société

Cependant, **la maladie est refoulée comme un mal, voire un péché**, dans notre société alors qu'elle est considérée comme un phénomène vital ordinaire dans d'autres régions du monde : des périodes de mauvaise santé sont des phases naturelles dans l'interaction continue entre l'individu et l'environnement.

"Etre dans un état d'équilibre dynamique signifie traverser des phases temporaires de maladies qui peuvent nous servir de leçons et nous apprendre à évoluer" (Capra, 1990).

Peu de personnes souscrivent à cette approche dans notre culture. Comme l'explique l'auteur, pour comprendre la nature humaine, il nous faut étudier ses dimensions physiques et psychologiques mais également ses manifestations sociales et culturelles. **En soi, un système médical d'une société est difficilement applicable à une autre dans la mesure où il en est le reflet.**

Le phénomène du stress caractéristique de notre mode de vie a été maintes fois étudié dans le contexte de la relation avec la maladie. On ne sait

expliquer dans les détails l'effet du stress sur la maladie mais bien l'effet inhibiteur d'un stress prolongé sur le système immunitaire de l'organisme, ses défenses naturelles contre les infections et les autres maladies. Par ailleurs, un cardiologue relatait le nombre élevé de patients admis pour un infarctus du myocarde qui lui avaient avoué avoir présenté, dans les semaines ou les mois qui précèdent leur hospitalisation, une souffrance majeure de rupture sentimentale ou professionnelle dont il aura à tenir compte au cours de leur séjour.

Ces découvertes incitent en parallèle des recherches biomédicales sur les micro-organismes, des recherches centrées sur la personne et son environnement car les maladies chroniques et dégénératives qui constituent les causes principales de décès et d'infirmité sont étroitement liés à un excès de stress. Il serait donc nécessaire d'**adjoindre au traitement des conséquences de la maladie sur l'organisme, une approche des causes de celle-ci auprès de la personne souffrante.**

3.4. Diversité des comportements

S'il nous a semblé opportun de présenter le patient, d'expliquer certains de ses besoins et désirs, c'est pour mieux comprendre la personne qui se rend à l'hôpital. Cependant, cette description n'est qu'une image simplifiée d'une réalité humaine plus complexe et changeante.

L'importance de chaque besoin ou désir que nous avons décrit, va varier pour une même personne dans le temps et selon le contexte dans lequel elle se trouve. Chaque personne risque de manifester des attentes qui lui sont propres, remettant en cause la hiérarchie des besoins décrite en privilégiant certains éléments à d'autres. Chaque cas est particulier et conduit à la diversité des comportements rencontrés à l'hôpital. En conséquence, nous analyserons l'utilité et la manière de segmenter la demande hospitalière, d'identifier des critères qui permettent de regrouper des personnes éprouvant des attentes similaires ou adoptant un comportement proche les unes des autres dans des situations identifiables et partiellement maîtrisables par l'hôpital.

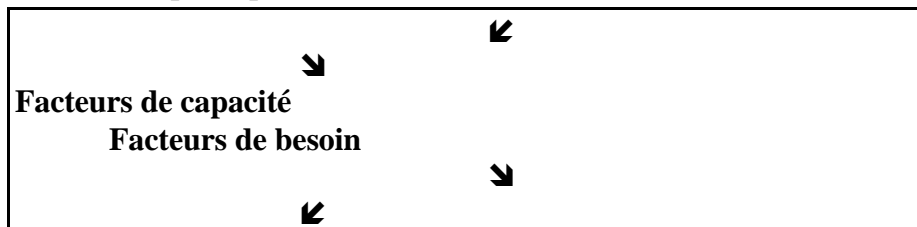
4. Facteurs d'utilisation et de satisfaction des services de soins de santé

Les facteurs d'utilisation des services hospitaliers et des services de soins en général ne sont pas à confondre avec les facteurs de satisfaction des patients de ces mêmes services. Les premiers sont à l'origine des services, de leurs recours et de leurs développements. Les seconds sont une forme d'évaluation a posteriori de ces services. Auparavant, le seul fait d'utiliser le service pouvait procurer la satisfaction. En conséquence, seuls les facteurs d'utilisation avaient de l'importance et la satisfaction était considérée comme implicite à l'utilisation des services de soins de santé.

4.1. Facteurs d'utilisation

Ce sont des **facteurs dont la connaissance peut dans une certaine mesure prédire les comportements d'utilisation, sans en être nécessairement la cause** (Dussault, 1993). Ils sont dits déterminants car ils peuvent faire varier le niveau d'utilisation des services de santé. Nous allons présenter brièvement certains de ces facteurs selon le modèle comportemental de santé (Andersen, 1975). Ce modèle intègre l'action des déterminants individuels et contextuels de l'utilisation. Il regroupe les facteurs de prédisposition, de capacité et de besoin sanitaire.

Facteurs de prédisposition



Utilisation

Figure II.3. : Facteurs d'utilisation des services de soins santé (traduit d'Andersen, 1975)

- **Les facteurs de prédisposition** qui sont les caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le sexe, le statut marital, la taille de la famille, l'occupation, le lieu d'habitation, l'appartenance ethnique et religieuse, la race, le niveau de scolarité, les croyances et connaissances en matière de santé, les habitudes de vie, les expériences antérieures de la maladie. Comme l'explique Dussault (1993), il y aurait des profils d'utilisation correspondant à des profils socio-démographiques.
- **Les facteurs de capacité** concernant l'accessibilité aux services. Il s'agit de l'accessibilité financière (liée aux revenus, aux coûts des services et

aux systèmes d'assurances), de l'accessibilité géographique (distance physique et temporelle entre le lieu d'habitation et les services), de l'accessibilité organisationnelle (horaires, procédures, disponibilité), de l'accessibilité sociale (compatibilité entre services offerts et caractéristiques sociales et culturelles de l'individu). Dussault (1993) ajoute qu'il n'est pas suffisant d'être prédisposé favorablement à l'utilisation, il faut aussi être capable de le faire en termes d'accessibilité, qui est fonction à la fois des capacités des individus et de la disponibilité des services.

- **Les facteurs des besoins** concernent la présence de symptômes et de leur importance perçue, de l'état de santé perçue, du fait d'avoir déjà fait l'objet d'un diagnostic ou pas.

Comme montré sur le schéma, l'utilisation est fonction directe des facteurs de besoins et des facteurs de la capacité qui sont eux influencés par les facteurs de prédisposition. Le besoin sanitaire n'explique pas à lui seul l'utilisation même s'il est un de ses déclencheurs les plus importants. D'autres modèles plus raffinés ont été présentés depuis le modèle d'Andersen (1975) sans apporter de véritables éléments nouveaux si ce n'est un facteur encore nébuleux mais bien réel : l'utilisation des services induite par le producteur lui-même. Dussault (1993) regroupe les déterminants en quatre catégories :

- les besoins perçus et/ou diagnostiqués;
- les modalités organisationnelles de prestation des services qui comprennent les facteurs de capacité ainsi que les autres facteurs qui les influencent, tels que les ressources et les politiques de soins;
- les facteurs liés aux utilisateurs qui correspondent aux facteurs de prédisposition ;
- l'ensemble des facteurs liés aux producteurs est une dimension supplémentaire qui fait l'objet de récentes recherches dans la littérature et qui correspond à l'utilisation induite par les producteurs eux-mêmes².

4.2. La satisfaction

A entendre les patients, on s'aperçoit que l'utilisation des services hospitaliers ne suffit pas (ou plus) à leur satisfaction. Visiblement, d'autres déterminants rentrent en ligne de compte. Pascoe³ (1983) définissait la satisfaction du patient comme un ensemble de réactions à l'égard des soins de santé qui font ressortir son expérience personnelle de ce service. Mais pour tenter d'approcher cette satisfaction dans une perspective nouvelle, nous nous sommes intéressés à la mesure de ce concept dans l'organisation. En amont de la perspective hospitalière et de sa mesure, la satisfaction est un

² A ce sujet, voir notamment les recherches du Professeur Domenighetti.

³ Cité par S. Stordeur (1994).

thème majeur de l'étude du comportement humain. En guise de prologue à notre étude, nous abordons la satisfaction dans sa conception fondamentale propre à la relation d'échange entre un individu et une organisation par l'intermédiaire d'un bien ou d'un service, comme elle est abordée dans l'étude du comportement du consommateur. **Certes, ce n'est pas la seule perspective existante mais elle semble répondre à une préoccupation grandissante : l'amélioration de la qualité de service aux patients dans sa relation d'échange avec l'hôpital.** De la conceptualisation et à la compréhension des processus de formation de la satisfaction, nous évoquons dans cette section certains aspects importants du concept dans une révision synthétique de la littérature⁴ qui en démontrent la complexité.

4.2.1. Aperçu de l'étendue des recherches et du concept

La satisfaction est définie généralement comme un état psychologique reflétant le contentement (Derbaix et Brée 2000) dont on peut situer la naissance de la recherche en marketing dans la fin des années soixante (Evrard, 1993). Cardozo (1965) mettait déjà en évidence le concept du degré d'implication de la personne dans l'acquisition d'un produit ou d'un service. Pour lui, elle a tendance à réduire sa dissonance cognitive vis-à-vis de ses attentes lorsqu'il ressent une impression de satisfaction. Au contraire, elle réagit suivant la théorie du contraste dans le sens où elle amplifie le décalage défavorable par rapport à ses attentes lorsque l'expérience de « consommation » est négative. Cardozo identifiait déjà deux facteurs qui influencent la satisfaction : le contexte et les attentes préalables. Il n'assimilait donc pas la satisfaction à une simple évaluation du produit. Olhavsky et Miller (1972) ont été parmi les premiers à s'intéresser à l'analyse des effets d'un décalage positif ou négatif entre les attentes et les performances ainsi qu'à l'influence de l'effet de surprise sur la satisfaction.

Deux tendances se dessinent dans les définitions du concept (Yi, 1990) : **on caractérise la satisfaction comme le résultat d'un processus ou on intègre dans la définition, tout ou partie de ce processus.** En considérant la première catégorie, Howard et Sheth (1969) ainsi que Hunt (1977) qui sont les piliers du courant, introduisent les éléments caractéristiques du concept de satisfaction : « *il s'agit d'un état psychologique, postérieur à l'achat - ou à l'expérience - et relatif* » (cité par Evrard, 1993). La satisfaction est un concept unidimensionnel.

⁴ Cette courte revue de la littérature a été réalisée en collaboration avec A. Nahayo et P. Nobera, à l'aide notamment d'un tome de la « Revue Française de Marketing » (1993) consacré entièrement à ce sujet. Nous renvoyons le lecteur au livre de C. Derbaix et J. Brée (2000) pour une analyse approfondie du concept et du comportement du consommateur en général.

Oliver (1980) initie le **paradigme de la disconfirmation comme modèle de mesure de la satisfaction**, modèle qui décrit la formation de la satisfaction comme un processus comparatif incluant quatre construits principaux (Evrard, 1993) : un jugement sur la performance du produit ou du service, les attentes formées préalablement par le consommateur à l'achat ou à la consommation du produit ou du service, la comparaison entre la performance et les attentes et la disconfirmation née de cette comparaison qui génère l'évaluation globale, c'est-à-dire la satisfaction. Comme l'explique Derbaix et Brée (2000), Oliver associe la satisfaction à une transaction spécifique et à une réaction émotionnelle alors que l'attitude est plus stable et moins situationnelle.

Oliver cherche également à étudier les effets de familiarité à l'égard du produit ou du service sur la satisfaction. Selon lui, la familiarité que le consommateur peut avoir avec le produit ou le service influence différemment la formation de ses attentes et de ses attitudes, qu'il s'agisse ou non de sa première expérience d'achat ou de consommation. Autour de ce paradigme de disconfirmation vont venir s'inscrire différents modèles de mesure de la satisfaction. Churchill et Surprenant (1982) identifient le rôle de la performance du produit ou d'un service dans la formation de la satisfaction en analysant la relation entre attentes, performance perçue et la comparaison entre les deux pour générer la satisfaction. **Le modèle de performance perçue** s'appuie sur le jugement de la performance perçue du produit ou du service, indépendamment des attentes initiales (Bolton et Drew, 1991).

Woodruff, Cardotte et Jenkins (1983) remettent eux en cause l'idée que la satisfaction résulte d'une comparaison entre la performance perçue et les attentes préalables en introduisant le **modèle de norme** autour duquel la performance est comparée en fonction d'un niveau potentiel lié à la capacité d'un produit ou d'un service à répondre aux besoins du consommateur. L'écart identifié par rapport à ces normes est source de satisfaction. **Le modèle affectif** précise qu'en plus des facteurs cognitifs, les émotions positives et négatives affectent directement la satisfaction (Chumpitaz, 1998). **Le modèle d'équité** se fonde sur la comparaison entre le jugement que le consommateur porte sur le ratio coûts/bénéfices qu'il attend de la transaction et la perception qu'il a de la valeur de ce ratio après cette transaction (Derbaix et Brée, 2000).

Comme on peut s'en apercevoir, il n'y a pas de consensus réel dans la littérature (Gilmore et Carson, 1992), notamment à propos **du concept d'attente**. Les attentes sont les besoins et désirs du client quant au service que le prestataire devrait lui offrir par opposition à ce qu'il lui offrirait dans la réalité (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988). Mais des contradictions

portent notamment sur ce qui est attendu dans un contexte particulier et sur ce qui est espéré de manière idéale. Avec ces auteurs apparaît plus clairement **le concept de qualité perçue de service** par le client qui est au centre des débats dans le secteur des services et qui nous intéresse particulièrement (cfr Chapitre 3).

En résumé du modèle de base appliqué au service, lorsque le service perçu est inférieur au service attendu, la perception de la qualité est moins que satisfaisante; lorsque la perception du service équivaut approximativement au service attendu, la qualité de service sera considérée comme satisfaisante et lorsque le service perçu est supérieur au service attendu, la qualité de service devient plus que satisfaisante et va tendre vers l'idéal au fur et à mesure que l'écart grandira. Il existerait donc un continuum de la perception de la qualité qui serait le résultat de l'écart entre le service attendu (SA) et le service perçu (SP), allant d'une qualité inacceptable ($SP \ll SA$) à une qualité idéale ($SP \gg SA$) en passant par une qualité satisfaisante ($SP = SA$). Garfein (1987) propose un modèle plus détaillé. A partir de ce modèle de base, il distingue trois continuums : le niveau de service attendu, le niveau de service perçu et le niveau de satisfaction. Chaque continuum permet aux usagers de se positionner différemment par rapport au service attendu et au service perçu. Cela signifie que satisfaction, perception et attente doivent être analysées comme des notions relatives. La combinaison de ces deux modèles permet de présenter le modèle suivant (Paquin et Turgeon, 1994).

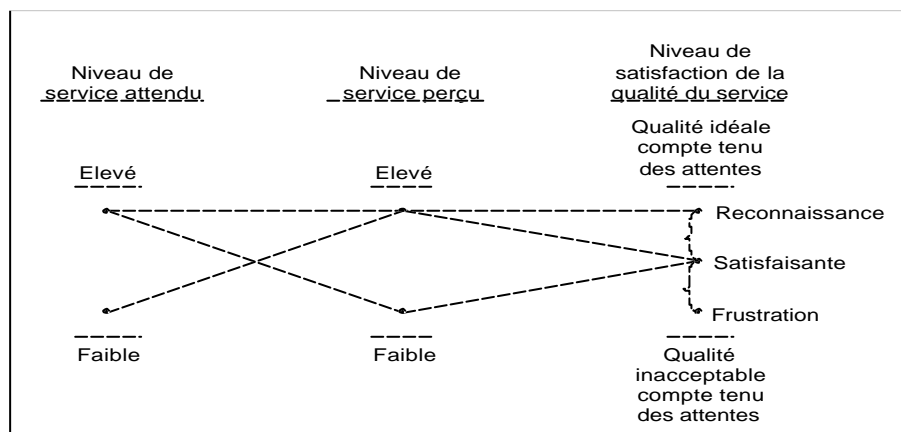


Figure II. 4. : Modèle de satisfaction (Paquin et Turgeon, 1994 ; adapté de Garfein, 1987)

Selon ce modèle appliqué aux organisations de services, on remarque une sorte de soustraction entre le niveau de service perçu et le niveau de service attendu, modifiée par les capacités de tolérance ou d'appréciation de chacun qui jouent un rôle modérateur sur la satisfaction. Il en résulte un niveau de

qualité perçue qui fluctue entre la frustration et la reconnaissance, sensations vécues selon que le service soit jugé de qualité inacceptable ou idéale. Entre ces deux extrêmes, la qualité varie de façon plus ou moins satisfaisante. Ce modèle illustre également la confusion qui peut exister entre les concepts de qualité perçue d'un service, multidimensionnel, et de satisfaction, unidimensionnel. En effet, la sémantique nous autorise à juger le niveau de qualité d'une composante du service comme satisfaisant, ce qui ne signifie pas nécessairement la satisfaction générale au sens d'Oliver.

Williams (1994) repose la question de la validité du concept de satisfaction du patient, non pas dans sa raison d'être mais dans la façon d'évaluer cette satisfaction. Ce psychologue explique qu'il est très peu évident que la satisfaction soit le résultat d'attentes comblées et de valeurs en milieu hospitalier. Il considère qu'il est dangereux de faire des généralisations, mais au contraire qu'il faut pouvoir détailler les conditions de cette satisfaction. Il exprime que les fondements consuméristes de la satisfaction s'accommodent mal du comportement paternaliste et de la passivité de certains patients. Des études ont montré que le taux de satisfaction croissait avec l'âge, un résultat attendu si le rôle passif est plus fréquent chez les personnes âgées alors que les jeunes générations sont plus "consuméristes" et exigeantes. Le processus d'évaluation et la signification des données concernant la satisfaction sont donc clairement dépendants du rôle dans lequel le patient perçoit sa relation avec le système de soins. Il faudra donc accepter les limites des outils que nous utiliserons tout en essayant de clarifier le concept. Comme point de départ, nous retenons les éléments suivants.

- **La satisfaction** est un concept unidimensionnel, tel un jugement de valeur qui peut fluctuer au gré des expériences vécues (Oliver, 1980). C'est un concept relatif à l'évaluation a posteriori de l'utilisation d'un service ou d'un produit (de l'expérience d'achat ou de consommation) et dont la qualité perçue de service semble être un antécédent⁵, en rapport avec des attentes formulées a priori, de façon implicite ou explicite. Sa formation suppose des composantes cognitives et affectives.
- **Le construit qualité de service** est un concept multidimensionnel, sorte de jugement fait par l'utilisateur d'un service. C'est donc la définition de l'utilisateur qui compte et non celle de l'organisation ou de ses prestataires.
- **La notion de perception** est une représentation mentale essentiellement subjective, abstraite et instable d'une réalité vécue.

Comme nous l'avons souligné, c'est avant tout la façon d'aborder la satisfaction dans l'organisation qui nous préoccupe et qui sera traité dans le chapitre suivant. **L'intérêt de notre démarche, c'est le rapport entre la satisfaction du patient et l'expérience de l'utilisation d'un service.** Lors

⁵ bien que certains auteurs prétendent le contraire comme Bitner (1990)

de notre étude exploratoire, nous avons pu remarquer que les études de satisfaction des patients sont rarement bien traitées et/ou bien utilisées en milieu hospitalier. Cet outil n'est pas valorisé dans ce genre d'organisation. Ce sont bien souvent les staffs médicaux, soignants voire administratifs et politiques, qui déterminent les attentes de leur clientèle et par conséquent, les déterminants de cette satisfaction. Certes, les patients peuvent connaître des difficultés à exprimer ce que sont réellement leurs attentes à l'égard de l'hôpital et du personnel. Ces attentes peuvent également évoluer au cours du séjour du patient. De plus, la multiplicité des facteurs de performance et des acteurs en milieu hospitalier peut occulter l'intérêt d'une préoccupation réelle d'analyse des besoins des patients et de leur niveau de satisfaction.

4.2.2. Satisfaction et fidélité

D'un point de vue strictement organisationnel, la fidélité du consommateur peut revêtir autant d'importance que sa satisfaction. Est-il prêt à réinvestir dans la relation avec l'organisation, suite à l'expérience qu'il vient de connaître? Parallèlement à la fidélité, les auteurs utilisent le concept de loyauté à la marque, à l'organisation. Celle-ci est abondamment étudiée depuis les années septante dans le secteur commercial mais elle est pratiquement inexistante dans notre secteur hospitalier.

Une première distinction qu'il est nécessaire d'établir, est la différence entre l'intention de fidélité et la fidélité réelle. La première est de l'ordre attitudinal, la seconde est comportementale. On accepte généralement que la fidélité contienne ces deux composantes attitudinale et comportementale. Les attitudes ont un pouvoir prédictif significatif sur le comportement de sélection du consommateur (Chumpitaz, 1998).

Une seconde distinction est faite entre l'inertie et la "vraie fidélité". Dans le cas de l'inertie, le consommateur achète de manière répétitive la marque ou le service avec lequel il est familiarisé sans qu'il y réfléchisse profondément, par facilité et/ou familiarité. La "vraie fidélité", elle, suppose un engagement réel et un processus de décision et d'évaluation plus explicite (Bloemer et Kasper, 1995).

Même si le lien peut surprendre, nous pouvons imaginer différents avantages liés cette fidélité du patient à l'égard de l'hôpital :

- en terme organisationnel, la fidélité du patient pourrait garantir à l'hôpital un degré d'activité nécessaire à son bon fonctionnement;
- en terme collectif pour la société, cette fidélité pourrait éviter la duplication d'actes médicaux onéreux;

- en terme individuel, cette fidélité pourrait favoriser la compliance du patient et son état de santé, ce qui ne serait pas sans effet sur la collectivité;
- en termes de coûts de transaction entre l'organisation et le consommateur, ceux-ci pourraient être réduits pour les deux parties : d'une part, les prix psychologiques, physiques et même sociaux que paient les patients pour obtenir le service; d'autre part, les coûts administratifs hospitaliers comme les coûts inhérents aux plaintes;
- en terme de motivation, la satisfaction et la fidélité du patient pourraient procurer au personnel un sentiment de satisfaction à propos de leur travail;
- ...

Jones et Sasser (1995) ont étudié la relation spécifique entre satisfaction et fidélité pour des entreprises de services répertoriées dans des divers secteurs. Ils montrent que la relation entre les deux concepts n'est pas nécessairement linéaire. Ils intègrent à cette relation **un effet modérateur lié au degré de compétition** dans le secteur considéré : dans le cas d'une forte concurrence, des petits changements en terme de satisfaction du consommateur vont entraîner de grandes variations en terme de fidélité; dans le cas d'une concurrence faible, le consommateur n'aura que peu d'alternatives de changement même si son niveau de satisfaction est bas.

Oliver (1999) détaille quatre étapes de fidélité graduellement importantes auxquelles il associe des degrés de vulnérabilité de plus en plus faibles.

- **la fidélité "cognitive"** : la fidélité repose sur une série d'informations propres aux caractéristiques du produit ou service et une mesure coût/bénéfice des alternatives possibles;
- **la fidélité "affective"** : elle correspond à la fidélité propre à une attitude favorable, "parce que cela plaît";
- **la fidélité "conative"** : elle correspond à une fidélité plus impliquée de la part du consommateur, à un engagement;
- **la fidélité "active"** : elle correspond au stade de l'inertie volontaire du consommateur qui désire cette marque et seulement cette marque

4.2.3. Qualité perçue, satisfaction, enchantement et fidélité

Nous avons vu que dans le cadre des organisations de services, la qualité perçue est un concept fondamental, influençant directement la satisfaction. Derbaix et Brée (2000) relatent les travaux de Rust, Zahorik et Keiningham, (1996) qui expliquent que pour produire des niveaux de fidélité élevés du consommateur, les entreprises doivent viser au-delà de la satisfaction pour atteindre l'enchantement. Ils expliquent que l'enchantement est une surprise positive ou plus exactement son résultat et est le niveau le plus élevé de

satisfaction. Ravir ou enchanter exige de surprendre et souligne bien la composante affective de la satisfaction. Les auteurs concluent que l'enchantement peut conduire à des résultats comportementaux (ré-achat, communication de bouche-à-oreille,...) supérieurs à ceux fournis par la simple satisfaction.

Ce concept d'enchantement semble d'application dans le secteur hospitalier tant l'implication personnelle et émotionnelle du patient peuvent être élevées. A l'inverse, le mécontentement, voire l'hostilité, pourraient également se présenter selon la transaction.

4.2.4. La détermination des attributs recherchés

Une organisation multi-services comme un hôpital peut être bien perçue pour certains patients, pour certains des services offerts, et mal perçue pour d'autres. L'attribut d'un produit ou d'un service (Lambin, 1998) correspond à l'avantage recherché par l'utilisateur au travers du service qu'il lui est offert par l'organisation et qui va influencer son niveau de satisfaction. Comme tel, l'attribut est donc un critère de choix et peut constituer un indicateur prédictif du comportement de l'utilisateur. L'hôpital qui offre des services complexes et multiples peut donc être vu comme un ensemble de services et d'attribut par l'utilisateur, ce dernier évaluant globalement l'organisation selon un processus d'intégration de chaque attribut. Ces attributs peuvent être de différentes natures : médicale, relationnelle, matérielle,... Il faut cependant faire la distinction entre la saillance, l'importance et la détermination des attributs (Lambin, 1998):

- **la saillance** correspond au fait que l'attribut soit présent à l'esprit de l'utilisateur à un moment donné;
- **l'importance** reflète le système de valeurs ou les priorités qu'un utilisateur réserve à chacun des avantages apportés par l'organisation, étant donné qu'il peut être amené à effectuer des arbitrages entre les avantages recherchés;
- **la détermination** fait référence aux attributs jugés importants sur lesquels on peut différencier les organisations et leurs services.

On appelle donc les attributs déterminants, les attributs qui permettent de discriminer les organisations entre elles. Bon nombre d'attributs s'avèrent importants sans être déterminants car l'ensemble des organisations le délivre de manière relativement similaire dans l'esprit de l'utilisateur. Il existe souvent un écart de perception entre utilisateur et organisation en ce qui concerne ces notions de détermination et d'importance. L'organisation hospitalière et son personnel ont souvent du mal à comprendre pourquoi un patient peut se

montrer insatisfait de son séjour à l'hôpital alors que les services médicaux ont été très valables d'un point de vue technique.

5. La segmentation hospitalière

Trop souvent, la tendance est de parler du patient comme s'il en existait un modèle type, représentatif de tout patient de n'importe quel service. Nous nous comportons envers lui en conséquence, avec trop peu de discernement. Stordeur (1994) souligne pourtant que des études sur le comportement à l'égard des patients ont montré les capacités d'adaptation des médecins, de même que le personnel adopte des attitudes positives ou négatives selon certaines caractéristiques propres aux patients. Mais l'image du patient reste très stéréotypée.

5.1. L'objectif d'une segmentation

Ce constat est d'autant plus pertinent que face à sa souffrance, le patient n'a pas nécessairement conscience de ses besoins réels et n'arrive pas toujours à les exprimer correctement. Il ne faut donc pas prendre la description générale des besoins et désirs du patient comme univoque mais plutôt comme utile à une première compréhension. Au même titre que nous revendiquons le droit à la différence, chaque patient est particulier et nécessite une attention adéquate sous peine de ne pas réaliser correctement le projet hospitalier; ni en termes de santé et d'efficacité des soins, ni en termes d'efficacité des moyens utilisés.

L'objectif d'une segmentation (Lambin, 1995) en milieu hospitalier est **d'analyser et d'identifier la diversité des attentes et besoins de la population afin de constituer des groupes relativement homogènes auxquels l'organisation hospitalière peut offrir un service proche de ce qui est souhaité**, sous contraintes d'efficacité économique et d'efficacité de traitement.

Combien de ressources ne sont pas gâchées, quel temps n'est-il pas perdu par manque de connaissance des patients que nous soignons dans nos hôpitaux? Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, les hôpitaux sont actuellement fragmentés autour des caractéristiques de l'offre, des moyens de production et principalement de l'organe ou du système organique du patient. Ce découpage qui peut ressembler à une vague macro-segmentation, doit être repensé et s'accompagner d'une micro-segmentation qui permettra aux meilleurs hôpitaux de proposer un service adéquat et *in fine*, de se différencier des autres hôpitaux.

5.2. Quels critères de segmentation ?

Les patients potentiels des services hospitaliers étant la population entière, il est *a priori* très difficile de réaliser une segmentation fine et délimitée

reprenant des critères bien définis. Pourtant, une segmentation idéale permettrait de prévoir les attentes, les besoins et les désirs de telle ou telle personne par simple appartenance à un segment. C'est évidemment le caractère prédictif qui permet de mesurer la qualité d'une segmentation. Mais la réalité semble beaucoup plus complexe.

Les critères de segmentation les plus utilisés sont les profils socio-démographiques et culturels que nous connaissons tels que le sexe, l'âge, le lieu d'habitation, la langue et les profils socio-économiques tels que la profession et le revenu. Certains de ces critères sont facilement identifiables par l'organisation hospitalière. Mais s'ils s'avèrent nécessaires, ils sont loin d'être suffisants pour connaître les besoins et les désirs des usagers. Croire que deux personnes du même sexe, de génération identique, de niveaux socio-culturels proches, développent des attentes similaires en entrant dans un hôpital peut s'avérer totalement erroné. Deux recherches décrivent assez bien la complexité de cette démarche de segmentation à l'hôpital.

- Mummalaneni et Gopalakrishna (1995) ont montré le rôle peu significatif des caractéristiques socio-démographiques dans les études de satisfaction des services de soins de santé. Sur les 6 critères retenus - à savoir: le sexe, l'âge, l'état civil, l'occupation professionnelle, l'éducation et le revenu - seul le revenu s'est révélé significatif.
- Sarel et Marmorstein (1996) ont également montré que les critères de segmentation socio-démographiques et socio-culturels pouvaient être fallacieux et inefficaces dans le chef de beaucoup de services médicaux. Pour ces auteurs, même si l'utilisation des techniques de segmentation peut paraître intuitivement intéressante, une stratégie de ciblage basée sur ces critères classiques peut se révéler trompeuse. La méthode de segmentation ne peut être employée sans vérifier l'existence d'autres indicateurs d'une demande latente et de barrières potentielles. Les critères qu'ils avaient retenus - l'état civil, l'appartenance ethnique, le revenu, l'âge et le sexe des répondants - ne leur permettaient pas de prévoir des comportements et attentes concernant des informations et des services en soins de santé.

L'erreur serait d'utiliser des critères de segmentation qui ont pour objet des activités uniquement commerciales. Il faut donc remplacer l'objectif de profit économique par un profit d'ordre social et sanitaire, tant individuel pour le patient que collectif pour la population en général. Les critères de segmentation seront donc étroitement liés au projet de santé de l'activité hospitalière et permettront de mieux connaître les besoins socio-médicaux des patients.

5.3. Indications concernant les critères à utiliser

Même si les résultats des recherches publiées sont parfois contradictoires, les caractéristiques socio-démographiques et socio-culturelles ne peuvent être négligées. Sur base de la littérature et des études exploratoires que nous avons menées tant auprès du personnel hospitalier qu'auprès de patients, nous pensons qu'il est possible de distinguer des critères de segmentation tels que:

- l'appartenance à un groupe de pathologie,
- l'appartenance linguistique, ethnique et religieuse,
- les conditions d'arrivée (urgence ou programmation),
- le passage par un état critique ou non (soins intensifs),
- l'état d'incertitude vitale et d'espérance de vie,
- le niveau d'instruction
- l'âge
- l'état civil,
- le niveau de revenu,
- la classe sociale,
- le niveau d'accompagnement (à travers les visites),
- la durée de l'hospitalisation,
- les antécédents d'hospitalisation,
- l'état civil,
- l'occupation professionnelle et le revenu,
- le lieu d'habitation, etc,...

D'autres critères semblent également importants de part l'influence qu'ils risquent d'avoir sur la perception de la qualité du service. Les patients ne sont pas objectifs dans leurs évaluations (Brown, 1997) et des recommandations reçues par d'autres personnes (médecins traitants, spécialistes, proches) exerceront une influence sur ces perceptions comme le niveau d'information du patient. L'étude des motivations dans le choix de l'hôpital pourrait s'avérer révélatrice. L'état émotionnel du patient lors de son admission (Zifko-Baliga et Krampf, 1997) semble également influencer ses perceptions, principalement lorsque ces émotions sont négatives ce qui a pour effet de sous-évaluer la qualité de l'hôpital par le patient.

Les unités de soins palliatifs sont probablement des exemples à suivre dans leur approche du patient. Centrées sur la compréhension des besoins de leurs publics, ces unités arrivent à proposer une infrastructure accompagnée d'un service peut-être plus adéquat que n'importe quelle autre unité hospitalière. C'est le passage d'une spécialisation centrée sur l'organe - comme c'est le cas dans la plupart des services hospitaliers - à une spécialisation centrée sur le patient qui doit permettre cette évolution.

CHAPITRE 3 : **Service et qualité**

A l'image du courant « Qualité » qui a déferlé sur les entreprises commerciales depuis les années quatre-vingts, les hôpitaux ont intégré cette préoccupation en leur sein. Après s'être intéressés initialement à la qualité des soins, les dirigeants hospitaliers et les professionnels de la santé s'interrogent de plus en plus sur la perception de la qualité de leurs services par les patients et à leur degré de satisfaction.

Comme nous l'avons précisé, le concept de la satisfaction a commencé à être étudié en profondeur au cours des années septante avec le développement des théories du comportement du consommateur. Depuis, une littérature abondante a contribué à la compréhension de la satisfaction, si bien que nous avons fragmenté et croisé les disciplines pour se focaliser sur notre sujet de recherche. Principalement, en classant l'hôpital comme une organisation de services, nous nous sommes concentrés sur la littérature consacrée à ce type d'organisations. Tout personnel hospitalier, à sa manière, participe au processus de réalisation des services de santé délivrés aux patients par l'organisation hospitalière.

1. L'hôpital, une organisation de services

Le marketing des services offre à l'institution hospitalière une perspective nouvelle et complémentaire, centrée sur l'analyse de l'organisation et la gestion des relations entre l'offre et la demande. Certes, la discipline s'est développée principalement dans les entreprises à but lucratif mais son application nous paraît très utile dans le secteur hospitalier également.

1.1. Le concept de service

La première caractéristique des activités des services est donc la diversité des activités qu'elles regroupent. On distingue généralement trois grandes catégories des activités de services (Kotler et Dubois, 1998):

- le secteur public (écoles, postes, transports publics, santé, ...);
- le secteur associatif (musées, associations sans but lucratif, églises,...);
- le secteur privé (banques, assurance, consultance, tourisme, communication, ...).

Des activités répertoriées dans une catégorie peuvent être mises en concurrence par des activités d'une autre catégorie. Prenons le cas des transports, publics et privés, des services de livraison de courrier, postaux ou

commerciaux, mais également des services hospitaliers qui, selon la législation en vigueur, peuvent être répertoriés dans différentes catégories avec des objectifs et contraintes de natures différentes. Il est donc difficile de généraliser sur les services si nous n'identifions pas d'autres critères distinctifs. Il est dès lors préférable de définir le concept de service (Kotler et Dubois, 1998):

"Un service est une activité ou une prestation soumise à l'échange, essentiellement intangible et qui ne donne lieu à aucun transfert de propriété. Un service peut être associé ou non à un produit physique."

Le caractère intangible du service associé à l'impossibilité de son transfert de propriété entre l'organisation ou le prestataire et le bénéficiaire lors de sa consommation, sont bien les deux caractéristiques fondamentales du service qui le distingue des produits. Nous ajoutons à cette définition celle donnée par Fabien⁶ qui précise l'importance du processus d'échange entre le prestataire et le bénéficiaire du service:

"Un service représente l'ensemble des expériences temporelles vécues par les clients actuels et potentiels lorsqu'ils interagissent avec le personnel ou lorsqu'ils utilisent les supports matériels ou technologiques de l'organisation."

Cette définition insiste sur l'aspect temporel en même temps qu'elle précise qu'un service peut s'effectuer à l'aide d'un support matériel plutôt qu'en présence des deux être humains. Prenons l'exemple des guichets de banque automatiques qui implique une relation entre une machine et l'homme.

Grönroos (1990) distingue les différences essentielles entre produit et service, différences reprises dans le tableau suivant et qui auront un impact sur la gestion des activités. Nous constatons que l'écart entre un service et un produit est en théorie assez élevé. Il l'est moins lorsqu'on considère qu'un produit n'est qu'un service matérialisé. En effet, un consommateur achète un bien pour le service que celui-ci lui procure et éventuellement l'image qu'il véhicule : la voiture permet de se déplacer, la poudre à lessiver de laver le vêtement,...

Dans cette perspective, Levitt disait que toute industrie est une industrie de services. Néanmoins, la gestion d'un produit se concentre en priorité sur l'élément matériel et sur les éléments concrets du service qu'il permet. Gérer des prestations est une opération différente, probablement plus complexe selon certaines caractéristiques propres au service.

⁶ L. Fabien (1998), séminaire sur le marketing des services, IAG, UCL

Produit	Service
1. Tangible	1. Intangible
2. Homogène (identiques entre eux)	2. Hétérogène (jamais deux fois le même)
3. Divisible (production, distribution et consommation séparables)	3. Indivisible (production, distribution et consommation inséparables)
4. Un objet	4. Une activité ou un processus
5. La valeur essentielle est produite lors de sa fabrication	5. La valeur essentielle provient de l'interaction entre le prestataire et le bénéficiaire du service
6. Le client ne participe normalement pas au processus de production	6. Le client participe au processus de production
7. Stockable	7. Non stockable
8. Transfert de propriété	8. Pas de transfert de propriété

Tableau III.1. : Différence entre produit et service (traduit de Grönroos, 1990)

Face à la diversité des activités des services, il est utile d'établir certaines distinctions. D'un point de vue marketing, les critères utilisés classiquement pour distinguer les services entre eux sont (Lovelock et Lapert, 1999) :

- le résultat tangible ou intangible des opérations de service,
- le fait qu'ils requièrent plus ou moins d'équipement ou de personnel,
- la destination du service,
- le degré d'implication du client dans le processus,
- la motivation d'utilisation du service,
- le degré de standardisation ou de personnalisation du service,
- la nature de la relation avec le client,
- l'importance de l'équilibre ou du déséquilibre entre l'offre et la demande,
- la finalité et le statut de l'organisation qui offre les services.

Si nous appliquons ces critères au secteur hospitalier, quelles sont les particularités que nous pouvons mettre en évidence?

- Le secteur hospitalier renferme des activités dont les résultats vont se traduire physiquement (une chirurgie plastique) pour le patient alors que d'autres pourraient être totalement invisibles. Il existe en réalité un continuum de possibilités dans le secteur pour lequel nous identifierons des résultats immédiatement tangibles et d'autres qui le seront beaucoup moins ou beaucoup plus lents à se dessiner.
- Certains services hospitaliers vont nécessiter plus d'équipement que d'autres comme c'est le cas pour bon nombre d'examens de diagnostic ou des interventions chirurgicales,... Certains nécessiteront plus de personnel comme l'encadrement hospitalier en soins intensifs ou en soins psychiatriques,...

- La destination du service hospitalier est précisément liée à la personne du patient mais elle peut également s'étendre à sa famille et ses proches.
- Le degré d'implication du patient va dépendre notamment de sa personnalité, de son environnement, de sa pathologie, de la relation qu'il aura avec le personnel soignant, de sa croyance dans les compétences médico-techniques qu'on lui propose... Il peut être plus impliqué vis-à-vis du service d'hôtellerie qu'à propos du service médical en lui-même.
- La motivation d'utilisation du service sera d'une part, fortement influencée par la maladie du patient, des perceptions qu'il en a et de ses perspectives de guérison et, d'autre part, par l'accessibilité aux services de soins. Les problèmes d'accessibilité économique aux soins posent une question déterminante pour les populations à faible niveau de vie. Ces populations sont parfois appelées à faire des arbitrages entre le recours aux soins de santé et d'autres besoins tels que le logement, la nourriture, la scolarisation,... Leur motivation d'utilisation des services de soins peut s'en trouver altérée, d'où l'importance des choix politiques des autorités pour favoriser l'accès aux soins pour tous. D'autres critères d'accessibilité influencent également la motivation d'utilisation comme l'accessibilité géographique de l'hôpital en termes de distance, de temps et d'horaires, l'accessibilité socioculturelle en termes de communication, de croyances et d'appartenance ethnique...
- Le degré de standardisation des services hospitaliers est en principe minimal puisque chaque patient représente un cas unique. Nous assistons en réalité à un service dont les procédures doivent être systématisées vu le nombre élevé d'actes identiques à réaliser, mais pour lequel une personnalisation doit être présente dans la relation de contact entre le prestataire et le bénéficiaire.
- La nature de la relation est formalisée à plus d'un titre par l'inscription du patient auprès de la sécurité sociale d'abord, par l'existence d'un dossier médical et par son enregistrement en tant que bénéficiaires des services de l'hôpital. La nature de la relation est de plus dominante dans le chef de l'offre par rapport à la demande en raison notamment d'une asymétrie d'information entre les parties.
- La prévision de la demande hospitalière en termes d'actes techniques à fournir à la population est difficilement prévisible dans le temps et l'espace. Les services hospitaliers dans notre économie ont pour vocation une dimension sociale et collective qui les poussent à fournir indifféremment des soins à tout moment, ce qui entraîne constamment des adaptations de capacité de l'offre en termes humains avec globalement une surcapacité en termes matériels.
- La question de la finalité et du statut de l'institution aura une influence importante sur l'offre des services de santé. Si la finalité des organisations s'articule généralement autour du projet de santé de la population, certaines viseront la thérapie, d'autres la réadaptation ou

encore l'accompagnement. De plus en plus d'établissements essaient de se spécialiser, d'autres gardent une polyvalence. La question du statut de l'organisation différencie les établissements privés et publics. Un service privé qui vise un certain seuil de rentabilité de ses activités s'organisera différemment d'un service à vocation publique.

Face à ces critères, nous pouvons constater qu'il n'est pas prudent de classer tous les services hospitaliers de la même façon. La variété et la complexité de ces activités impliquent un danger de généralisation. Il faudra recourir à des techniques d'analyse pour mieux les organiser.

1.2. Les spécificités des services : application au secteur hospitalier

Nous allons détailler les spécificités les plus importantes, propres à la notion de service et les appliquer au contexte hospitalier. Ces spécificités sont répertoriées globalement comme suit:

- l'intangibilité des services,
- la variabilité des prestations,
- la simultanéité entre la production et la consommation,
- la périssabilité des services.

La complexité du service peut être vue comme une dernière spécificité conséquente des autres. Nous commentons l'impact de ces caractéristiques sur la gestion des activités et de leur qualité.

1.2.1. L'intangibilité des services

L'acte hospitalier ne se définit pas matériellement. A l'inverse d'un produit visible et tangible, le service rendu par le personnel soignant est quelque chose d'intangible. On dit que soigner est un art, cela a du sens par l'immatérialité des prestations du personnel médical et soignant.

Les services hospitaliers s'accompagnent bien souvent d'éléments tangibles sur lesquels reposent une série d'actes. A titre d'exemple, prenons un scanner, une radiographie, une prothèse, un pansement,... mais aussi un lit, un vêtement, de la nourriture,... Très peu de services existent à l'état purement intangible. Ils s'accompagnent d'éléments tangibles qui deviennent rapidement des substituts à l'immatérialité. Ceux-ci sont évalués par le patient et deviennent indice de qualité pour lui. Si le patient juge avant tout ce qu'il connaît, nous pouvons imaginer que le patient mesure la qualité relative d'un hôpital sur peu d'éléments.

Cette volonté de rendre un service plus tangible souligne un besoin d'assurance, encore plus important dans un univers hospitalier qui effraie bien souvent le patient. De son côté, le personnel médical et soignant procède à la même démarche par rapport à sa profession, sa relation aux patients, le matériel et l'équipement, les locaux,... Il peut même aller plus loin en limitant une souffrance, un mal-être à un symptôme physique en oubliant la personne. Il délimite en fait la souffrance de manière tangible pour pouvoir l'aborder.

L'intangibilité crée une incompréhension mutuelle (Paquin et Turgeon, 1994) entre le patient et le personnel hospitalier. D'une part, le patient ne conçoit pas toujours la nature exacte d'un service aussi abstrait qu'une visite chez un psychiatre par exemple. D'autre part, le médecin ne sait pas toujours exactement ce que le patient vient chercher en le consultant. Pour être surmontée, cette incompréhension doit faire place au dialogue entre les deux parties et à la multiplication des contacts entre le patient et le personnel hospitalier. Même s'il n'est pas toujours facile pour le patient d'exprimer avec exactitude la nature du service désiré, il existe des facilitateurs pour lui en donner la possibilité. Comme le souligne Paquin et Turgeon (1994), « *l'intangibilité des services complique la conciliation entre les attentes des uns et les offres des autres* ».

Une dernière conséquence liée à l'intangibilité de l'acte hospitalier est l'établissement des prix en relation avec le service rendu. Selon Thomas (1994), il n'existe pas de formule qui permette de faire reposer le prix sur la valeur du service et il est très difficile de relier un prix au coût réel. Il faut reconnaître que le prix payé est souvent de loin inférieur au service rendu. Mais n'oublions pas que si la santé n'a pas de prix aux yeux du patient, elle a un coût à la charge de la collectivité.

1.2.2. La variabilité des prestations (hétérogénéité)

Une seconde caractéristique des services est la variabilité des prestations. Aucun service n'est identique à une autre. Cette variabilité est en partie imputable à la nature intangible du service qui rend sa standardisation très difficile. Même si un patient teste un hôpital, subit une intervention, consulte un médecin,... rien ne dit que la prochaine intervention offrira des résultats identiques et que le service rendu sera similaire. Il s'agit plus d'une promesse de satisfaction que d'une garantie. Cette distinction est fondamentale et souvent mal perçue par le patient. Les sciences médicales ne sont pas des sciences exactes et il n'existe aucune garantie possible quant au déroulement et aux résultats d'un service hospitalier, même si tout peut être mis en œuvre pour espérer une issue favorable. Cela s'appelle une obligation de moyens mais non de résultats.

Cette conséquence a un impact de plus en plus important dans la sphère juridico-médicale, comme nous pouvons le constater par le nombre croissant de procès intentés aux médecins pour les actes qu'ils commettent. La presse américaine en foisonne et la contagion atteint l'Europe. Cela incite les médecins à se couvrir d'assurances de plus en plus onéreuses qui peuvent indirectement se répercuter sur les patients. Cela pourrait également entraîner une sélection et un rejet de cas à risques trop sévères.

Outre la nature intangible de la prestation, la variété des contextes accentue le phénomène de variabilité du service offert. Ne dit-on pas qu'il existe autant de maladies que de patients? Par conséquent, le service offert doit être accompli "sur mesure", adapté aux caractéristiques du patient. Réaliser ce type de prestations complique bien évidemment la tâche, exige une attention de tous, implique une bonne communication entre les prestataires de soins, ce qui ne semble pas toujours être le cas.

Cette variabilité a une grande influence sur le contrôle de qualité du service. Il est particulièrement difficile de trouver des indicateurs de performance d'un service à haut potentiel de variabilité et pour lequel diverses dimensions existent. Rappelons l'écart pouvant exister entre l'évaluation interne du service par le personnel lui-même et l'évaluation externe par les patients. Les critères des uns peuvent être aux antipodes de ceux des autres. Ils peuvent également varier dans chaque groupe, voire pour chaque individu, et dans le temps et dans l'espace. En terme de gestion, les actes posés par le personnel soignant sont de plus en plus décomposés en processus afin de donner des lignes de conduite de réalisation. Cette procédure a l'avantage d'uniformiser quelque peu les actes mais semble très difficile à réaliser tant les situations et les contextes peuvent varier.

1.2.3. La simultanéité entre la production et la consommation (indivisibilité des services)

C'est au moment où le corps médical prodigue ses services - du diagnostic à la réadaptation - que le patient "consomme" les services de soins de santé. Cette évidence a des répercussions importantes sur le plan de la gestion d'une unité de soins.

- Premièrement, cette simultanéité a pour conséquence la présence physique du patient dans l'hôpital. Par conséquent, certains facteurs tels que le climat, l'aménagement des lieux et l'accueil, le contact avec le personnel sont autant d'éléments qui influenceront bien entendu la qualité perçue par le patient.

- Deuxièmement, la simultanéité requiert un certain degré d'implication du patient dans le processus de production des soins de santé. L'implication du patient peut varier selon le type de traitement qu'il doit subir, de la relation qu'il va entretenir avec le personnel soignant, de sa personnalité et de sa capacité liée à son état. Néanmoins, cette implication existe presque toujours. L'adhésion au traitement est un phénomène de plus en plus étudié et on constate une non-compliance de la part des patients qui peut atteindre 50% dans le cas de certains traitements (Deccache, 1995). Pour autant que le patient puisse rester maître de son traitement, ce constat est un échec aux yeux de la collectivité car un capital important aura été utilisé en pure perte.
- Troisièmement, cette obligation de simultanéité peut provoquer des files d'attente dans le cas où la demande excéderait l'offre. A l'inverse, il peut entraîner de l'inactivité dans le chef du personnel sanitaire dans le cas où l'offre excéderait la demande, toute capacité excédentaire étant perdue. On identifie des services pour lesquels les files d'attente sont importantes, et ce essentiellement pour deux raisons :
 - le service fait appel à du matériel à capacité de fonctionnement limitée et ne pouvant absorber plus de demande;
 - l'acte est lié à une personne renommée pour laquelle le patient est prêt à attendre un délai supplémentaire pour bénéficier de ses soins.

En pratique, nous nous apercevons que les files d'attente sont également dues au manque de personnel, surtout pendant les gardes, aux erreurs de planning de l'appareillage médical, à la mauvaise volonté de certaines personnes,... Quelle que soit la cause de l'attente, un patient doit être averti, sinon de la cause, au moins du temps qu'il risque de devoir patienter. La perception d'une attente est fondamentalement différente dans le chef d'une personne qui est avertie délai, même approximatif, qu'il lui reste à patienter par rapport à une autre personne qui n'en sait strictement rien. En plus d'être insatisfaite, cette dernière peut voir son angoisse grandir selon sa personnalité et ses attentes à l'égard de l'hôpital.

1.2.4. La périssabilité des services

Un service qui n'est pas utilisé au moment de sa disponibilité est un service perdu. Pensons aux lits non occupés dans des services suffisamment desservis en personnel et en équipement.

Dans le cadre des services de soins de santé, il est fondamental que l'offre puisse répondre aux excès de demande le plus promptement possible en cas d'urgence. Cela nécessite une surcapacité possible de l'offre en termes humains et matériels qui doit être maintenue. La gestion de cette surcapacité entraîne inévitablement une flexibilité de l'offre : que ce soit au niveau des

horaires du personnel ou du planning d'utilisation de l'appareillage médical, ce qui est connu depuis longtemps.

Mais la gestion de cette surcapacité nécessaire pourrait être mieux abordée par une meilleure connaissance des besoins de la demande. Il serait envisageable de créer des services n'enregistrant que des courtes durées d'hospitalisation et qui seraient fermés durant les week-ends ou à d'autres périodes creuses.

1.2.5. La complexité des services

Les caractéristiques liées à la prestation de service que nous vous avons présentées ici, incitent à penser qu'un service, quel qu'il soit, est un acte complexe tant dans son processus de réalisation que dans l'évaluation de ses résultats.

Cette caractéristique semble d'autant plus vraie que le personnel requis pour son exécution est nombreux et qualifié, que le degré de participation de l'utilisateur est élevé et que la relation entre le prestataire et le bénéficiaire est forte.

De plus, n'y a-t-il pas autant de situations différentes qu'il n'existe de patients ? Au même moment, l'hôpital offre des services de nature très différente, des activités les plus routinières aux plus aiguës, regroupant une main d'œuvre et un équipement des plus spécialisés. Dans de telles conditions, il est nécessaire qu'une telle organisation complexe fasse appel à autant de disciplines différentes. Il paraît dès lors opportun d'utiliser toutes les techniques de gestion qui permettront d'en améliorer le contrôle.

1.3. L'offre des services hospitaliers

Après avoir distingué les spécificités des services hospitaliers, détaillons l'offre de ces services. En effet, l'hôpital rassemble un nombre élevé de services aux patients. Nous pouvons les subdiviser en trois types :

- le service intrinsèque,
- les services de base (principaux ou dérivés),
- les services périphériques (nécessaires ou ajoutés).

Nous schématisons ces trois types de service dans la figure suivante.

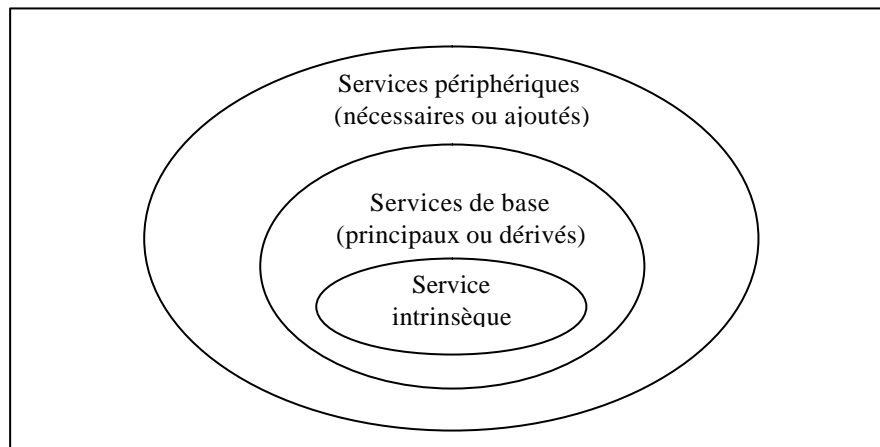


Figure III.1. : Types de service

1.3.1. Le service intrinsèque

Le service intrinsèque correspond à ce qui est au-delà de l'hôpital, **la finalité qui le dépasse et l'anime** : par exemple, le projet de santé de la population dans le sens défini par l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est la mission autour de laquelle l'hôpital va s'organiser et fonctionner.

La définition de cette mission est donc essentielle. On la confond fréquemment avec les politiques, les objectifs ou les stratégies de l'organisation. Ceux-ci servent à mieux remplir la mission et non l'inverse. Cela suppose que la mission soit clairement définie, communiquée et partagée au sein de l'hôpital. Tous les hôpitaux ne répondent pas à la même mission. Principalement, des divergences peuvent exister concernant le modèle de santé défini et concernant la population cible de l'hôpital. En conséquence, toute l'organisation et la structure de l'hôpital peuvent varier selon la définition du service intrinsèque.

1.3.2. Les services de base - principaux et dérivés -

Les services de base regroupent **les activités qui permettent de réaliser le service intrinsèque**. C'est le service tel qu'habituellement décrit par ceux qui le proposent, généralement les professionnels (Bonaventure, 1994). On parlera d'acte de diagnostic, de soin, de traitement, de revalidation, de réadaptation,...

Les services de base sont appelés principaux ou dérivés selon qu'ils servent directement ou indirectement le service intrinsèque. Prenons comme exemple l'acte chirurgical comme service de base principal l'anesthésie comme service de base dérivé. Les actes de soins posés par le personnel

médical et soignant font partie des services de base de l'organisation hospitalière. A cet égard, la reconnaissance des compétences respectives du personnel soignant par les pairs est une étape essentielle dans la poursuite de la mission de l'hôpital. Dans une vision collégiale des services de base, l'identité professionnelle se développe non pas en opposition à d'autres professions mais en référence à un problème à résoudre en équipe.

Comme tentative de classification de ces services de base, nous avons présenté en première analyse toutes les unités de soins structurant l'hôpital comme définies auparavant (cfr Chapitre 1). Cependant, nous pensons que cette première classification manque d'intérêt car elle est trop englobante. Ces unités sont regroupées selon un des 5 critères suivants : la tranche d'âge, le sexe, l'organe ou le système traité, la pathologie ou le type d'activité. Ces critères structurent l'organisation et l'activité hospitalière. Seules de nouvelles connaissances médicales favorisent les changements. Nous pensons que cette fragmentation présente plusieurs inconvénients.

- Premièrement, elle est très dépersonnalisante pour le patient. Seuls les critères de la pathologie, du sexe et de la tranche d'âge permettent aux patients d'être partiellement identifiés et reconnus. Malheureusement, ces trois critères sont minoritaires dans la structure hospitalière. Combien de patients ne se sont-ils pas plaints d'être des numéros véhiculés de service en service? Ne serait-il pas opportun de favoriser la personnalisation du patient en milieu hospitalier? On a pu remarquer que des centres pour cancéreux sont particulièrement appréciés par les patients victimes de cette maladie, non pas uniquement pour la qualité des soins apportés mais pour la reconnaissance de leur personne et de leurs besoins.
- Deuxièmement, comme nous l'avons souligné, l'organisation par « organe » souffre d'un cloisonnement entre les spécialités. Les unités de soins deviennent au fil des progrès médicaux des forteresses hyper-spécialisées où chacun défend sa chapelle. L'intégration n'en est que plus difficile. Comme l'explique Crémadez (1992), les barrières naturelles à la communication s'en trouvent renforcées et chaque unité aura tendance à ne voir le problème posé qu'en fonction de sa perception des contraintes de l'environnement et de ses routines de travail... et non plus en fonction de la mission de l'hôpital.
- Troisièmement, l'organisation par « organe » incite à de mauvaises comparaisons. Comment comparer une unité de pédiatrie, souvent considérée comme parent pauvre de l'hôpital, avec une unité de soins orthopédiques souvent plus rentables, de part la nature des activités respectives? Comment comparer une unité de dermatologie avec une unité de soins intensifs au plan de la responsabilité du personnel qui y

travaille? Comment comparer une unité d'ophtalmologie avec une unité gériatrique en termes de réponses aux besoins des patients?

Les inconvénients posés par la fragmentation actuelle de l'offre nous incitent à penser qu'une meilleure connaissance des besoins de la demande hospitalière pourrait améliorer l'organisation hospitalière actuelle.

1.3.3. Les services périphériques - nécessaires ou ajoutés -

Les services périphériques (ou secondaires) sont **les accessoires des services de base**. Ils sont considérables dans un hôpital qui doit répondre aux besoins d'accueil et d'hébergement de toutes les catégories de la population. Certains de ces services périphériques sont considérés comme nécessaires et d'autres comme ajoutés par rapport au service de base. Par exemple, l'hébergement est un service secondaire nécessaire à l'hospitalisation, la disponibilité d'une télévision dans la chambre est un service périphérique ajouté.

Ces services périphériques sont de plus en plus déterminants au sein des organisations de services. Les moindres détails peuvent avoir une importance majeure pour le bénéficiaire. Lorsque le patient téléphone à un service pour prendre rendez-vous, il sera influencé positivement ou négativement à partir d'éléments tels que la rapidité à atteindre la personne recherchée, la qualité de l'accueil, la voix, l'écoute, la serviabilité,... Lorsqu'il se rend à l'hôpital, le patient tiendra compte de la facilité d'accès, de parking, de signalisation tant en dehors qu'à l'intérieur de l'hôpital, de l'apparence du bâtiment, de l'accueil qu'il recevra, de la salle d'attente, du climat ambiant, des personnes qui s'y trouvent, des premiers contacts qu'il va établir avec l'organisation,... Vu la complexité des services de base aux yeux du patient et la difficulté pour lui de l'apprécier, ce dernier portera un regard très critique sur les services périphériques pour lesquels il possède des critères d'évaluation.

Tous ces éléments ne décrivent pas l'essentiel du service proposé, mais ils peuvent intervenir dans les critères d'appréciation et de choix d'un hôpital. Ces services secondaires peuvent même devenir des obstacles à la consommation des services de base, il n'est plus surprenant d'entendre le discours suivant chez le patient : « Comment l'hôpital pourrait-il bien répondre à mes problèmes de santé alors qu'il n'est même pas capable de m'accueillir correctement? »

La gestion de ces services périphériques est en réalité complexe car ils ne font pas intrinsèquement partie du "métier" de l'organisation. De plus en plus, les responsables hospitaliers prennent conscience des lacunes existantes à ce niveau et tentent d'y remédier. Un des facteurs cruciaux est la constance

dans la qualité de ces services : constance dans le temps mais également constance dans l'espace de l'hôpital. Comme le décrit Bonaventure (1994), trois aspects sont à prendre en considération dans le comportement de l'utilisateur d'un service :

- **entre deux services perçus dans leur partie essentielle comme semblables, ce sont les éléments périphériques qui feront la différence dans la perception de la qualité relative;**
- **lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure d'apprécier le service de base, ce sont les services périphériques qui sont déterminants;**
- **ce qui est essentiel dans le chef de celui qui offre le service ne l'est pas nécessairement dans le chef de celui qui le reçoit.**

La perception de la qualité d'un hôpital s'apparente à la robustesse d'une chaîne : elles sont toutes deux déterminées par la fragilité du maillon le plus faible. Le patient risque de retenir plus facilement sa plus mauvaise expérience que les autres. Sachant qu'un patient mécontent risque d'être beaucoup plus « bruyant » qu'un autre, il est nécessaire d'aider le personnel à en prendre conscience et de développer un « esprit-maison ».

1.4. Les publics en présence : les trois formes de marketing

Gérer les services hospitaliers, c'est diagnostiquer tous les espaces d'échange entre les parties qu'il faudra nécessairement considérer pour la réalisation, la communication et l'évaluation du service. Le système de relations marketing dans une organisation de soins de santé (Joseph, 1996) nous précise les acteurs et les interrelations liées au système de soins de santé selon lesquelles nous identifions trois formes de marketing.

1 – **Le marketing interne** lie l'organisation à son personnel, public interne à savoir le staff clinique, le staff administratif, le staff technique et les bénévoles. Le personnel fait office de premier client de l'organisation.

2 – **Le marketing externe** gère la relation entre l'organisation et les publics externes, à savoir les patients, les proches, les médecins traitants, les autres hôpitaux, les payeurs (mutualités, INAMI, assurances), les éventuels donateurs et le gouvernement. C'est l'organisation dans son entité qui entre en contact avec sa clientèle externe.

3 – **Le marketing interactif** vise à favoriser la relation entre les publics externes et les publics internes de l'organisation, principalement lors de leur rencontre.

Le marketing interactif ne peut être du marketing interne et du marketing externe. Ce n'est pas seulement lors de la prestation de service où clients externes et employés de premier plan se rencontrent que les choses se décident, elles se préparent bien en amont de la production du service avec le personnel d'arrière plan et les relations inter-unités, et se répercutent en aval de sa consommation.

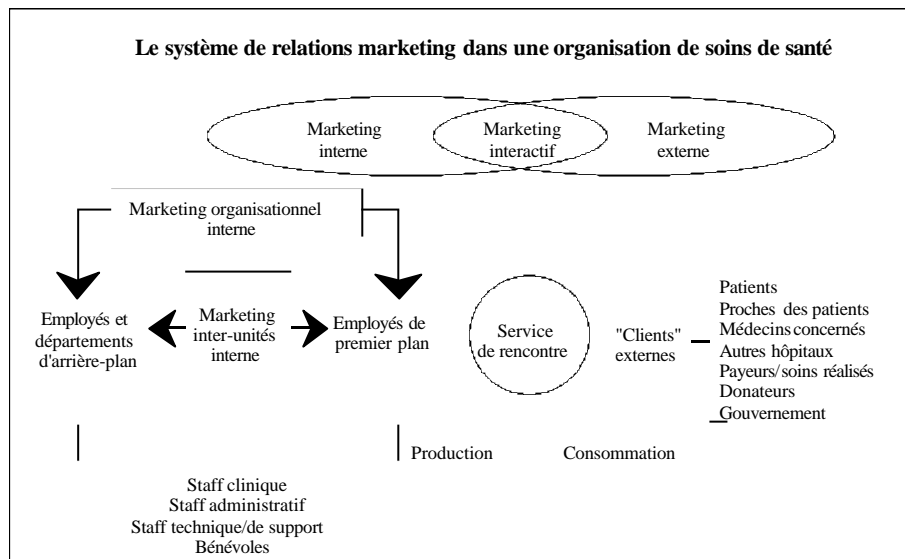


Figure III. 2. : Système de relations marketing (Traduit de W.B. Joseph, 1996)

Ce schéma souligne également la multitude d'acteurs présents dans l'organisation de soins de santé. Les clients externes sont bien plus nombreux que les seuls patients comme on l'oublie trop souvent. De même, la chaîne de soins n'est souvent représentée que par les personnes en contact avec le patient et on néglige leurs relations avec les autres services et unités.

Cette **approche plus systémique de la relation de soins** a pour avantage de considérer tant l'existence des relations directes qu'indirectes. Seule la prise en compte de toutes les relations inhérentes aux processus de soins de santé permettra d'atteindre un certain seuil de qualité hospitalière.

2. La qualité hospitalière

« Proposer un service de qualité supérieure à celle de ses concurrents est incontestablement un facteur clé de succès, voire de survie pour toute entreprise » (Derbaix et Brée, 2000).

Le concept de qualité a fait l'objet de tant d'ouvrages ces dernières années qu'il est utile d'en préciser la portée. Dans un premier temps, notre objectif se limitera à présenter succinctement l'évolution de la qualité dans l'entreprise comme à l'hôpital et de comprendre sa signification pour les différents acteurs à l'aide notre étude exploratoire.

2.1. Les étapes de la qualité en entreprise

La démarche de qualité est devenue un outil stratégique au sein des organisations commerciales. Cette démarche a connu une évolution importante depuis les années cinquante. Passant d'une optique d'entreprise centrée sur la production dans la période d'après-guerre à un modèle d'entreprise tournée vers le marché et ses besoins en cette fin de siècle, le gestionnaire a vu évoluer la notion de qualité à tout niveau dans son entreprise. Nous présentons succinctement les étapes et les résultats de la démarche de qualité dans les entreprises commerciales.

MODELES	ETAPES	RESULTATS	
↓ ↓ ↓ ↓	Optique "Production"	Contrôle de qualité	Vérifier la conformité <u>a posteriori</u> d'un produit, d'un service ou d'un procédé par rapport à des normes préétablies et émettre un jugement (conforme ou non)
	Analyse de qualité	Vérifier la conformité à une norme <u>pendant</u> le processus de production avant qu'il ne passe à l'étape suivante	
	Assurance de la qualité	Mettre en œuvre un ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiques destinées à assurer <u>a priori</u> un niveau recherché de perfection d'un produit ou d'un service donné	
	Optique "Marché"	Gestion de la qualité	Réaliser les étapes précédentes en <u>réponse aux attentes</u> de l'environnement interne et externe de l'organisation

Tableau III. 2. : Evolution de la gestion de la qualité dans les entreprises

L'évolution des modèles d'entreprise a favorisé le passage des étapes correspondantes. Schématiquement, les entreprises tournées vers le marché ont développé une gestion de la qualité visant à assurer a priori un niveau recherché de perfection d'un produit ou d'un service en réponse aux attentes de son environnement. L'évolution de la recherche de la qualité nécessite deux démarches :

- l'analyse des processus de production pour les entreprises industrielles et de servuction pour les entreprises de services;
- l'ouverture de l'organisation vers son environnement interne et externe, en amont et en aval de ses activités.

Nous distinguons l'environnement interne de l'environnement externe de l'entreprise. L'environnement interne comprend toutes les personnes qui, d'une façon ou d'une autre, participent à la réalisation de l'activité de l'organisation et à toutes les transactions internes que celle-ci suppose. L'environnement externe inclut bien évidemment le client final qui attend un niveau de satisfaction en rapport à ses attentes, les intermédiaires qui participent au processus de l'activité de l'entreprise, la concurrence qui se positionne par rapport aux besoins des clients potentiels de l'organisation.

Le développement de l'approche qualité en management se finalise aujourd'hui sur la notion de la valeur ajoutée qu'elle offre à l'environnement interne et externe de l'organisation. Dans la logique marchande, cette valeur ajoutée offerte a pour but de procurer un avantage concurrentiel défendable à l'entreprise dans un environnement marqué par un ralentissement de la croissance économique. La multiplication des formes de communication a permis au client final d'être de plus en plus informé (bien ou mal, cela reste à vérifier) concernant certains de ses besoins ou les moyens de les satisfaire. Les mouvements consuméristes ont également incité à plus de transparence et à une meilleure information du grand public des activités socio-économiques. Il en ressort un niveau d'exigence plus élevé de la part du consommateur auquel l'entreprise doit continuellement répondre. L'ouverture des marchés et la mondialisation de l'économie ont accru le niveau de concurrence si bien que la qualité est devenue un outil stratégique pour l'entreprise qui vise un niveau d'excellence à atteindre en fonction d'une clientèle ciblée (Lambin, 1998).

2.2. La gestion de la qualité dans le contexte hospitalier

Le contexte spécifique du secteur de la santé et du monde hospitalier nous incite à formuler certaines précisions relatives à l'identification des démarches « qualité » entreprises à l'hôpital. Pour s'autoriser la comparaison, il est nécessaire de garder à l'esprit les éléments suivants :

- **La santé** est un concept lui-même très subjectif comme l'indique la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé. "La santé est un état de complet bien-être, physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité". En conséquence, la comparaison de niveau de santé entre individus est inadéquate pour juger la qualité de

l'activité hospitalière. La santé est un processus complexe auquel l'hôpital participe, au même titre que d'autres intervenants.

- **L'activité hospitalière** n'est pas une activité économique commune. Elle ne répond pas de la même façon aux lois du marché mais est partiellement réglementée par la collectivité qui édicte des normes pour en préserver le caractère social. Elle ne subit donc pas les mêmes sanctions en cas d'inadéquation aux besoins de la demande et elle ne dispose pas des mêmes libertés d'action. Retenons notamment que :
 - la demande hospitalière est une demande induite : l'offre médicale est à la fois prescripteur et producteur des soins. La demande subit en grande partie les décisions de l'offre.
 - la demande est dans la plupart des cas involontaire et bien souvent urgente. Elle ne permet donc pas au patient de se comporter de façon purement rationnelle et d'anticiper la relation avec les prestataires de soins.
 - la concurrence est relativement organisée : la pratique médicale, la structure et le tissu hospitaliers sont fortement légiférés de manière à contrôler le développement de ce secteur dans notre pays.
 - dans de nombreuses situations, il n'existe pas de substituts à l'hôpital. L'offre devient dès lors captive avec des incidences sur les comportements tant en matière de pratiques médicales que de tarifs et d'honoraires auprès des patients.
 - les activités macro et micro-économiques du secteur de la santé sont partiellement budgétées : les prix ne sont pas le reflet de l'équilibre du marché mais sont contrôlés. Cette budgétisation vise principalement à limiter le développement des coûts.
 - l'information quant aux pratiques médicales et au fonctionnement du système est incomplète et trop complexe pour le grand public. En conséquence, il ne joue pas son rôle de contre-pouvoir dans ce secteur.
- **La relation entre prestataires de soins et bénéficiaires** est fortement déséquilibrée comme nous l'avons déjà expliqué. En effet, les bénéficiaires ne possèdent pas suffisamment de compétences et d'informations que pour évaluer globalement la qualité de l'activité hospitalière en tant que telle.
- **La multiplicité des "formes de consommation" de l'hôpital** rend difficile la comparaison des évaluations de qualité. L'hôpital ne segmentant pas ou faiblement sa demande, il se trouve confronté à des attentes très diverses. "Il y a autant de pathologies que de patients", ce qui complique la réponse hospitalière aux multiples formes de besoins de la demande.

Ces caractéristiques ont pour conséquence **une plus lente évolution dans le développement de la démarche de qualité en milieu hospitalier**, comme

beaucoup d'autres activités de services non marchands d'ailleurs. A titre d'exemple, nous pouvons comparer les étapes de qualité entre le secteur bancaire et le secteur hospitalier, étant tous deux des activités de services. En ce qui concerne les banques, nous nous apercevons qu'elles se situent généralement dans la phase de la gestion de la qualité guidée par une « optique marché », avec une analyse des besoins de plus en plus poussée. Les hôpitaux, quant à eux guidés par une optique de production de soins, se situent bien souvent dans la phase d'analyse de la qualité pour l'aspect non médical et dans la phase d'assurance de qualité pour l'aspect médical.

Cependant, même si les enjeux sont différents, **l'intérêt de la démarche de qualité dans toute organisation est identique et s'inscrit dans son processus de légitimation auprès de ses publics**. De façon paradoxale, nous constatons que ce sont les services collectifs qui y souscrivent le moins facilement, bien souvent sous l'influence autoritaire d'une offre omnipotente. Cependant, la concurrence hospitalière existe et tend à donner plus de contre-pouvoir à la demande. De plus, nous pouvons nous interroger sur la légitimation d'un service dit « public » qui résiderait moins dans la recherche d'adéquation aux besoins de la demande qu'un service commercial, sous les seuls prétextes de la poursuite de l'intérêt général et de l'ignorance de ses clients.

2.3. Le point de vue de différents acteurs hospitaliers sur le thème de la qualité

En guise d'étude exploratoire, nous avons interrogé individuellement plusieurs acteurs hospitaliers : médecins, infirmières, administrateurs et patients sur le thème de la qualité en milieu hospitalier. Nous vous proposons quelques extraits de ces enquêtes et interviews.

2.3.1. Etude exploratoire auprès de l'offre hospitalière

Au début de cette recherche, nous avons procédé à une étude exploratoire sous forme d'interviews auprès de médecins, d'infirmières et de directeurs hospitaliers. Ces interviews étaient structurées à l'aide d'un questionnaire présenté en annexe, regroupant 10 thèmes relatifs à notre problématique. Sans surprise, nous avons pu nous apercevoir que la notion de qualité n'est pas toujours comprise de la même manière. Au sein même d'une catégorie d'acteurs, la notion reflète diverses dimensions qui s'avèrent plus ou moins pertinentes selon les points de vue. Le rôle de chacun s'en trouve inévitablement modifié.

1) Le personnel soignant: qualité technique et chaîne hospitalière

Nous avons rencontré plusieurs médecins de spécialités diverses et exerçant dans des hôpitaux différents. Nous présentons ici quelques extraits de ces interviews et plus particulièrement certaines réponses à la question: "Que signifie la qualité en milieu hospitalier?".

- Docteur M. : « *La qualité en milieu hospitalier, c'est la **qualité de toute la chaîne** : la qualité de l'hôtellerie, la qualité du nursing, ... non seulement les techniques, les soins bien faits, mais aussi l'accueil, la gentillesse. Pour les médecins, la qualité principale est la qualité des soins* ».
- Docteur N. : « *Pour moi, la qualité, c'est la **qualité des soins**. C'est-à-dire faire le mieux que l'on peut pour un patient dans l'état de la connaissance de la médecine. La qualité est d'abord essentiellement médicale et technique. Si on a l'occasion, si on a le temps, on peut s'intéresser à la globalité des patients, aux côtés psychologiques. Mais la première chose qu'on attend du médecin hospitalier, c'est de remplir sa part scientifique dans la médecine que l'on doit appliquer au patient* ».
- Docteur P. : « *Si vous parlez de l'hôpital, ce n'est pas que les médecins. C'est une qualité d'accueil, d'abord, qui dépend bien sûr du médecin, à lui à mettre en place une structure d'accueil dans son service. L'accueil commence à la centrale téléphonique, à l'accueil du patient au guichet, à l'admission hospitalière qui dépend de l'administration... La qualité hospitalière démarre donc à l'accueil qui dépend de toute **la chaîne administrative et médicale**, incluant infirmières, kinésithérapeutes, médecins, assistants* ».

Nul doute que la plupart des médecins ont compris l'importance de la chaîne hospitalière dans l'évaluation de la qualité tout en l'orientant sur la qualité des soins fournis aux patients. Ainsi, un autre médecin disait :

« Il y a plusieurs professions qui travaillent dans un hôpital. La qualité hospitalière, c'est la somme de l'ensemble de toutes les qualités mises l'une à côté de l'autre, l'une interférant probablement avec l'autre. C'est comme une chaîne Hi-Fi, vous aurez une qualité de chaîne en fonction de la plus mauvaise partie de votre chaîne. Un hôpital, c'est un peu la même chose. Une mauvaise qualité à un niveau peut avoir une influence sur les autres niveaux ».

Le personnel infirmier privilégie de la même manière la notion de chaîne hospitalière. Cependant, il revendique auprès des médecins une plus grande

reconnaissance de leurs prestations comme partenaires de soins. Il privilégie plus facilement une relation de proximité avec les patients mais sans reconnaître explicitement la nécessité ou les raisons de le faire. *"Si on a le temps..."*

2) Les gestionnaires : une approche globale de l'hôpital vu comme un ensemble de sous-organisations

Le thème de la qualité hospitalière est présenté différemment dans le chef des gestionnaires que nous avons rencontrés. Leur vision se veut globale et ils parlent des différents services médicaux comme de petites P.M.E. qu'ils chapeautent et tentent de coordonner. A cet égard, le facteur risque existe comme le soulignait l'un d'entre eux :

"Ce qui démarre pour le moment, c'est une réflexion qui me paraît être menée à différents niveaux de profondeur. C'est à la fois très encourageant et en même temps, il y a un facteur de risque car il faut avancer tous dans la même direction".

L'absence relative de standards de qualité au niveau organisationnel est un obstacle soulevé et accentué par l'existence de normes médicales strictes, ce qui a comme conséquence de renforcer le pouvoir du corps médical lorsque leurs normes sont respectées et publiées. De plus, le respect de ces normes primordiales rend difficile le respect de normes supplémentaires par le personnel et a tendance à cloisonner les professions.

La question de l'intervention financière du patient dans la facture totale est évoquée également comme une des raisons pour développer des programmes de qualité. Dans cet ordre d'idée, la démarche de qualité est le résultat de mouvements consuméristes qui touchent l'hôpital après avoir touché les services commerciaux en général.

"Mon diagnostic, le patient paie de plus en plus cher et il est de plus en plus exigeant... Le discours - Moi pas content, moi pas payé -, je l'entends trois fois par semaine."

La qualité comme outil pour diminuer les coûts revient également dans le discours des gestionnaires mais en termes assez vagues : *"La non-qualité coûte cher"*. A tout niveau, les erreurs commises sont sources de dépenses supplémentaires. Mais la multiplication des actes médicaux comme le prolongement des séjours hospitaliers ont été longtemps sources de recettes, il n'y a que peu de temps que la durée d'hospitalisation a commencé à être réglementée et pénalisée. La mentalité reste fortement axée sur la

multiplication des actes, ce qui entraîne l'augmentation des interfaces entre le patient et l'hôpital et donc, des occasions d'évaluation de la qualité.

La qualité hospitalière est assurément un concept multidimensionnel. Actuellement, la littérature comme la pratique reconnaissent explicitement deux pôles primordiaux : la qualité technique et la qualité fonctionnelle de l'organisation de services (Grönroos, 1990). Apparaît plus modestement un troisième pôle, la qualité relationnelle, encore considéré comme implicite. Celui-ci est assurément mis en évidence dans la section suivante relative au point de vue de la demande.

2.3.2. Etude exploratoire auprès des patients

Avec l'aide du Dr Th. Muller, nous avons réalisé une étude exploratoire auprès de 102 patients à l'aide de questionnaires auto-administrés sur le thème de la qualité hospitalière (voir annexe). 400 questionnaires ont été distribués à des personnes ayant été récemment hospitalisées. Le taux de réponse s'est élevé à 25,5%. Il s'agissait d'un échantillon de convenance, ce qui limite fortement la représentativité de notre étude tout en nous suggérant des voies de recherche très intéressantes.

Etude exploratoire - 102 patients		
Age des répondants	41 % entre 25 et 60 ans	59% + de 60 ans
Genre des répondants	31% de femmes	69 % d'hommes
Durée d'hospitalisation	31% - d'une semaine	69% + d'une semaine
Condition d'hospitalisation	54% en urgence	46% programmation

Tableau III. 3. : Caractéristiques des répondants de l'étude exploratoire - patients

1) Critères d'un hôpital « idéal »

La question présentée ici fut posée en fin de questionnaire : "Quel est le critère le plus important d'un très bon hôpital, celui que l'hôpital devrait toujours offrir même si ce n'est pas nécessairement le cas actuellement?". Nous demandions en réalité d'identifier les 5 critères les plus importants d'un bon hôpital, avec une priorité pour le premier cité. Nous avons repris dans le tableau suivant les réponses placées en première position par les patients. Comme le montrent ces réponses, l'image d'un hôpital idéal repose sur des critères relativement divers, mais jamais contradictoires.

Nous avons constaté que revenaient le plus fréquemment les aspects relationnels entre le personnel et le patient. L'aspect purement médical était moins souvent cité par les patients. Cette constatation corrobore les résultats de nombreuses études. Celles-ci suggèrent que les patients évaluent plus rarement les soins médicaux par manque de connaissance. Ils portent leur

attention sur d'autres critères qu'ils apprécient plus facilement comme des facteurs organisationnels qui lui permettent de rendre tangible le service qu'ils reçoivent, et sur des éléments relationnels. La compétence médico-technique, très intangible pour le patient, est rarement remise en cause. Cela semble une condition nécessaire mais pas suffisante dans l'esprit du patient qui a appris en confier la responsabilité aux médecins.

<u>Critères prioritaires d'un hôpital "idéal" dans la perspective du patient</u>	
- L'accueil du patient personnel	- La serviabilité du personnel
- Le dialogue avec le patient médicale et technique	- La compétence
- La rapidité des soins médecin	- La renommée du médecin
- La compétence du personnel	- La prise en charge rassurante du patient
- La bonne humeur	- La qualité des soins
- La considération des souhaits du patient	- L'attention du service aux patients
- La relation adulte entre patient et médecin	- L'égalité dans l'accessibilité aux traitements
- La rapidité du diagnostic	
- L'orientation dans la clinique	
- Un humanisme le plus grand possible	
- La qualité de la formation humaine du personnel	
- La compétence humaine et technique des services	
- La réputation de l'hôpital auprès des généralistes	

Tableau III. 4. : Critères prioritaires d'un hôpital "idéal" (étude exploratoire)

2) Evaluation de l'existant

Par ailleurs, nous avons demandé lors de notre enquête auprès des patients d'évaluer 26 affirmations sur base de leurs expériences en milieu hospitalier. Ces affirmations portaient sur des critères techniques, fonctionnels, relationnels de la vie d'un patient à l'hôpital. Nous avons utilisé une échelle de Likert en 5 points pour leur permettre de répondre. Les affirmations jugées les plus positivement portaient sur :

<u>Appréciations des services hospitaliers</u>
- l'accès à l'hôpital;
- l'écoute des patients par le personnel infirmier;
- la propreté des locaux;
- la modernité de l'équipement;
- le confort des chambres;
- la convenance des horaires de visites;
- la compréhension du médecin par le patient;

- la qualité perçue des soins
- le sentiment d'être en sécurité à l'hôpital;
- le sentiment que le personnel fait tout son possible pour que le patient soit bien soigné.

Tableau III. 5. : *Appréciations des services hospitaliers (Etude exploratoire)*

La qualité médicale est bien évaluée par les patients qui ne la remettent pratiquement pas en cause. Nous avons été plus surpris qu'une majorité des gens apprécient globalement les services secondaires de l'hôpital, preuve que des politiques ont été menées en ce sens au cours des dernières années comme nous le relataient la plupart des gestionnaires hospitaliers. Certes, il existe encore des lacunes; principalement dans la variabilité de l'appréciation de la qualité (rappelons cependant que notre étude n'est absolument pas représentative). Par contre, les affirmations connotées plus négativement étaient principalement relatives à des aspects relationnels à l'hôpital en plus de certains aspects de l'hébergement :

Dépréciations des services hospitaliers

- la disponibilité du personnel;
- la possibilité de se reposer quand on le souhaite et le calme à l'hôpital;
- le temps consacré au patient;
- le respect des heures des examens;
- les explications lors de l'attente du patient;
- la qualité des repas;
- la capacité d'écoute des médecins.

Tableau III.6. : *Dépréciations des services hospitaliers (Etude exploratoire)*

3) *La qualité de la médecine*

Nous nous sommes également intéressés à l'opinion des répondants concernant la qualité de la médecine. Nous leur avons demandé de donner leur opinion quant à la relation entre :

- qualité et prix de la médecine,
- qualité et technologie utilisée,
- qualité et dialogue.

Voici les résultats que nous avons obtenus sur base d'une échelle de Likert en 5 points.

« La qualité de la médecine est liée à son prix »

Valid

Cum

	Frequency	Percent	Percent
Pas du tout d'accord	23	22,5	22,5
Plutôt pas d'accord	23	22,5	45,1
Neutre	17	16,7	61,8
Plutôt d'accord	29	28,4	90,2
Tout à fait d'accord	10	9,8	100,0
	-----	-----	
Total	102	100,0	

Tableau III.7. : *Qualité de la médecine et son prix (Etude exploratoire)*

Nous avons relevé une certaine indécision quant à cette question, même si une majorité de répondants ont une opinion négative ou neutre (61%) par rapport à cette affirmation.

Nous avons également posé la question relative au lien entre la qualité de la médecine et la technologie dont les résultats sont présentés dans le tableau de la page suivante. Une grande majorité (86,1%) semble d'accord avec cette affirmation, même si elle peut être en contradiction avec les résultats précédents, preuve du décalage possible entre perceptions de l'offre et de la demande.

<i>"La qualité de la médecine est liée au degré de technologie utilisée"</i>			
	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
Pas du tout d accord	2	2,0	2,0
Plutôt pas d accord	3	3,0	5,0
Neutre	9	8,9	13,9
Plutôt d accord	55	54,5	68,3
Tout à fait d accord	32	31,7	100,0
Non réponse	1		
	-----	-----	
Total	102	100,0	

Tableau III. 8. : *Qualité de la médecine et technologie (Etude exploratoire)*

La réponse est significativement supérieure dans le chef des patients qui sont passés par les soins intensifs. Une explication proposée est la gravité de leur pathologie ou de leur accident les a amenés dans une relation de forte de dépendance vis-à-vis de la science et de la technologie médicales dont ils ont pu mieux juger la pertinence. Nous pouvons imaginer également un élément affectif lié à leur état de santé post-hospitalisation ("On en est sorti").

Une dernière question était posée concernant la qualité de la médecine et sa dépendance avec le temps consacré au dialogue avec le patient.

<u>" La qualité de la médecine dépend du temps consacré au dialogue avec le patient "</u>			
	Frequency	Valid Percent	Cum Percent
Neutre	2	2,0	2,0

Plutôt d accord	32	31,4	33,3
Tout à fait d accord	68	66,7	100,0
	-----	-----	
Total	102	100,0	

Tableau III. 9. : *Qualité de la médecine et dialogue avec le patient (Etude exploratoire)*

Deux patients sur trois se montraient tout à fait d'accord avec cette proposition; les patients arrivés en urgence à l'hôpital comme les patients les plus jeunes les plus jeunes se montrant encore plus favorables à cette proposition que les patients programmés et les personnes plus âgées.

2.3.3. Réflexions relatives aux études exploratoires (offre et demande)

Quelques considérations sont à retenir des études exploratoires menées.

- La qualité hospitalière est assurément un sujet très vaste, multidimensionnel et relatif.
- La qualité médicale est un critère des plus importants aux yeux de tous les acteurs et des patients mais le degré de perception peut varier selon les personnes et les circonstances.
- Au plus le patient se sent incompetent pour évaluer la qualité de la médecine, au plus il risque d'utiliser d'autres critères pour évaluer la qualité hospitalière.
- Les aspects relationnels et fonctionnels peuvent devenir des aspects déterminants de la qualité d'un hôpital aux yeux du patient car ils permettent à ce dernier de comparer lui-même les hôpitaux entre eux.
- La diversité et la taille de la chaîne hospitalière peuvent inciter les acteurs à se cantonner dans leur rôle professionnel strict en négligeant les aspects relationnels, fonctionnels et de coordination.
- Les évaluations de la qualité perçue des services hospitaliers varient selon certains critères qui peuvent permettre de segmenter la demande hospitalière. Nous nous sommes aperçus que le passage par les soins intensifs était un critère qui permettait de distinguer l'évaluation de la relation entre la qualité de la médecine et le degré de la technologie. D'autres critères sont apparus comme des caractéristiques potentielles de segmentation de la demande comme l'âge, le niveau de formation, la durée d'hospitalisation, la condition d'arrivée, l'unité de soins (Th. Muller et Fr. Bielen, 1997 et 1998).

3. Modèle étendu de la qualité de service : lien théorique entre l'offre et la demande

La qualité de service est en réalité un construit très abstrait en raison des spécificités des services que nous avons développés ci-dessus. Dès lors, il est plus opportun de parler de perception de la qualité, relativement à la personne qui en mesure le niveau, et d'en accepter le caractère subjectif sans en négliger l'importance.

A ce stade-ci, nous avons considéré la qualité hospitalière en séparant offre et demande. Il serait intéressant d'inscrire la perception de la qualité de service perçue par le patient dans un modèle la reliant à l'organisation hospitalière. Dans l'optique d'améliorer la perception du patient de la qualité comme déterminant supposé de sa satisfaction, les responsables hospitaliers pourraient alors analyser les processus et mécanismes qui influencent cette perception.

3.1. Présentation du modèle

Nous proposons donc d'étudier le modèle Servqual de la qualité de service perçue des services dans sa version revue (modèle des écarts - Parasuraman, Zeithaml et Berry, 1990). Cette modélisation est intéressante car elle répond à un souci de mise en œuvre d'une démarche de qualité dans une organisation de services et permettra à l'organisation d'identifier ses forces et ses faiblesses dans la réalisation de cette démarche. Il présente l'avantage de réunir l'utilisateur et l'organisation dans un même schéma et de montrer les interfaces conduisant à la notion de qualité du service.

La qualité de service perçue représente un jugement global de type attitudinal qui concerne les différents éléments d'un service, la supériorité du service, alors que la satisfaction est associée à une transaction spécifique. Mais les concepts sont reliés dans le sens où des événements agissant sur la satisfaction se traduisent en perceptions au plan de la qualité du service (Derbaix et Brée, 2000), la qualité de service pouvant être vue comme un antécédent de la satisfaction.

Ce modèle adapté présente donc l'utilisateur et l'organisation et se concentre sur le concept de perception de qualité de service et sur l'interface les reliant, entre le service offert et le service perçu, également appelée zone de servuction. La servuction est définie (Eiglier et Langeard, 1987) comme l'organisation systématique et cohérente de tous les éléments physiques et humains de l'interface utilisateur-organisation nécessaire à la réalisation d'une prestation de service dont les caractéristiques et les niveaux de qualité ont été déterminés.

Ce modèle est également appelé le "gap model" ou "modèle des écarts" car il montre les écarts qui peuvent conduire à l'écart entre le service attendu et le service perçu, à la base de la perception de la qualité de service et de la satisfaction de l'utilisateur. Nous allons analyser ce modèle sous l'angle des écarts en incorporant les différents facteurs déterminants du modèle.

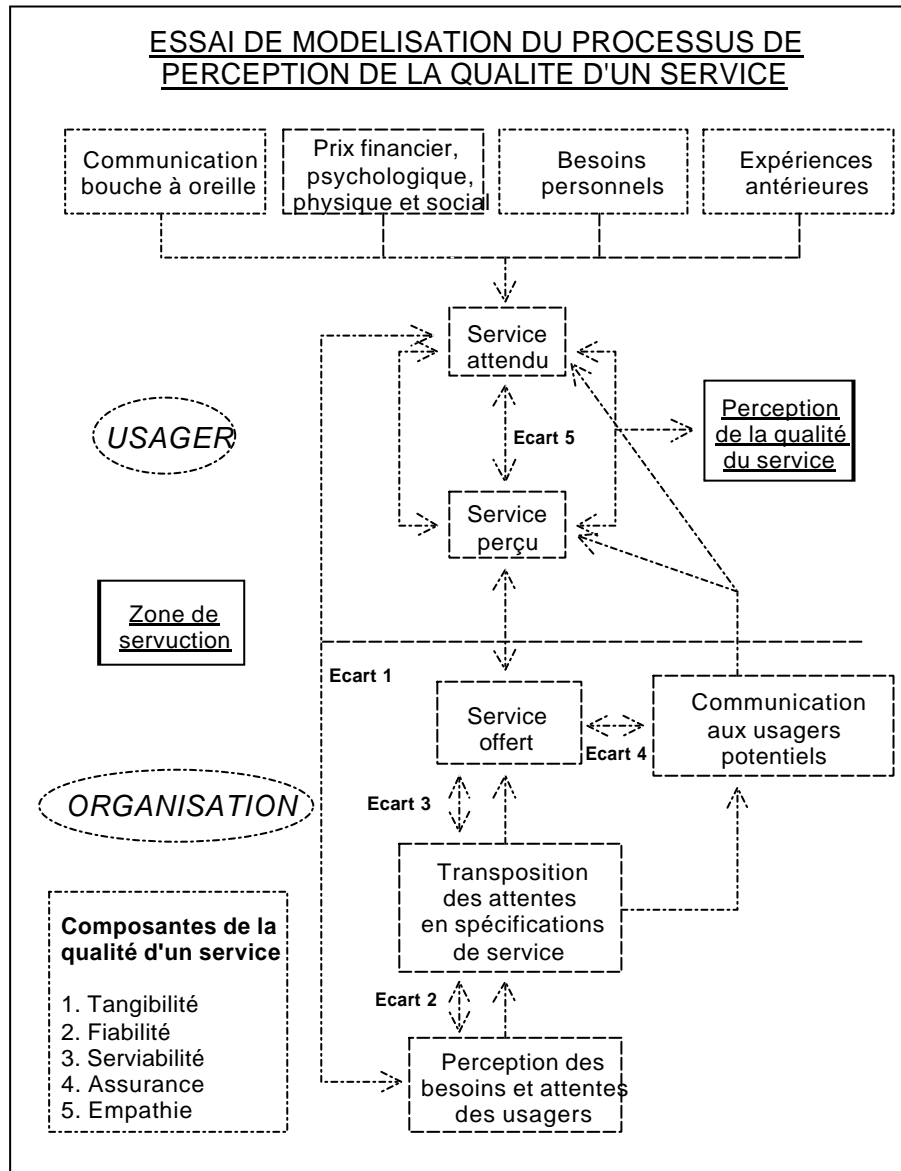


Figure III. 3.: Modèle des écarts (traduit et adapté du modèle Servqual de Parasuraman, Zeithaml et Berry, 1990)

3.2. Analyse des écarts

Le modèle représenté dans la figure ci-dessus, distingue cinq types d'écarts, les quatre premiers concernent directement l'organisation et le cinquième concerne l'utilisateur.

Ecart 1 : Service attendu - Perception des besoins et attentes des usagers

Ce premier écart souligne toute l'importance d'une bonne connaissance des besoins et attentes des usagers. Dans la logique de la démarche marketing, ces informations devraient être récoltées auprès de la demande hospitalière, à l'aide d'enquêtes de type qualitative et quantitative, d'observations de cas et de l'écoute des acteurs,... Nous nous fions trop souvent à notre expérience et à notre intuition si bien que nous ne prenons guère la peine d'étudier et d'analyser les besoins et attentes de la demande. Cette constatation semble particulièrement d'application dans le milieu hospitalier. **Nous projetons sur les patients ce que nous croyons bon pour eux et faisons de leur méconnaissance médicale une incapacité générale à exprimer des besoins fonctionnels et relationnels précis.** Certes, les patients ne connaissent pas toujours bien leurs besoins en termes de ressources médicales, d'où leur difficulté de prendre la parole dans ce secteur. Mais l'offre hospitalière a trop vite fait de généraliser ce comportement, de plus en plus rare d'ailleurs vu la disponibilité et la vulgarisation de l'information médicale.

Vu l'hétérogénéité et la taille de la demande hospitalière, il est crucial de distinguer les variantes possibles dans les besoins et attentes des individus. Un patient en soins orthopédiques risque d'avoir des besoins et des attentes sensiblement différents d'une personne en chimiothérapie. Si cette constatation est triviale sur le plan médical, elle l'est également sur le plan d'autres services annexes que le patient est en droit d'espérer. Les attentes seraient également très différentes pour deux personnes qui viendraient dans un même service d'oncologie, l'une pour un dépistage d'un cancer, et l'autre pour un traitement. Il faudra donc utiliser des outils pour examiner ces variantes.

Nous pouvons identifier globalement quatre facteurs qui vont influencer le service attendu de la part des usagers :

- **Les besoins personnels** regroupent les éléments propres à la personne, que ce soit sa pathologie, son âge, son éducation, son environnement familial, amical et professionnel, le moment de sa pathologie,...

l'ensemble des facteurs psychologiques, socio-économiques, culturels et pathologiques qui lui sont relatifs et qui l'ont amenée à se rendre à l'hôpital.

- **Les expériences antérieures** rassemblent les services que la personne a expérimentés et pour lesquelles elle a acquis un savoir ou une connaissance qui la conduit à modifier ses attentes en rapport avec le service qu'elle vient chercher. Le fait d'avoir déjà été hospitalisé, d'avoir subi un examen, une intervention,... influence donc ses attentes. Très souvent, ces expériences ont pour effet de diminuer les appréhensions qu'ont les gens par rapport à l'hôpital mais cela peut les amener également à rehausser leur niveau d'exigence en la matière. Les expériences antérieures dépassent le cadre de l'hôpital et de la relation soignant-soigné. Il peut s'agir de la relation avec son médecin traitant, d'avoir visité un proche à l'hôpital, d'être souvent malade ou rarement,... L'expérience d'autres services non médicaux est également un facteur, surtout lorsqu'on pense au développement de services secondaires que le patient peut retrouver en d'autres endroits ainsi qu'à l'hébergement et à la restauration.
- **La communication de bouche à oreille** regroupe toutes les informations que la personne a récoltées parallèlement à son expérience personnelle. Ce qu'on vécut des proches, ce qu'y est entendu à travers les médias jusqu'aux rumeurs les moins fondées, tout peut avoir une influence. Cette communication de bouche à oreille est un moyen de communication non négligeable dans le secteur hospitalier car l'institution dispose de peu de moyens pour diffuser de l'information. Le caractère essentiel des soins de santé amène les gens à discuter fréquemment de leurs expériences hospitalières, ce qui renforce l'importance de la communication de bouche à oreille. Une insatisfaction concernant les services hospitaliers peut jouer sur deux types d'attentes relativement contradictoires : d'une part, les attentes sont vues à la baisse puisque l'utilisateur s'attend à ce que ne se passe pas nécessairement aisément, qu'il devra attendre, qu'il se sentira isoler,... D'autre part, il confirmera plus facilement cette insatisfaction car son attention se focalisera sur des éléments décriés du service. La communication de bouche à oreille favorise les positions extrêmes de satisfaction ou d'insatisfaction qui amènent les gens à dialoguer entre eux. Par exemple, les plaintes sont plus souvent colportées aux proches que transmises à l'organisation. En conséquence, l'hôpital peut perdre un patient sans en connaître les raisons exactes. Des établissements se réjouissent de recevoir moins de plaintes écrites que par le passé. Il faut d'abord vérifier à propos de quel type de service les plaintes ont diminué : est-ce d'un point de vue médical ou autre? Ensuite, les plaintes non formulées à l'organisation sont parfois signes d'un désintéressement du patient pour

l'organisation qui ne connaît alors pas les motifs d'insatisfaction. Enfin, moins de plaintes ne signifient pas nécessairement plus de satisfaction!

- **Les prix financiers, physiques, psychologiques et sociaux**, représentent l'investissement que le patient met pour bénéficier du service. Quel que soit l'investissement consenti, que ce soit en terme physique (par exemple un grand déplacement), financier (payé un supplément pour bénéficier d'un confort particulier), psychologique (la résolution de suivre un traitement pénible, la confrontation avec d'autres personnes sur un problème personnel), social (le fait de vivre une maladie par rapport à des proches, d'être hospitalisé), nul doute qu'une personne qui investit beaucoup dans sa relation avec l'hôpital en attendra beaucoup également et que les capacités varient d'un patient à l'autre.

En conséquence, le service attendu ne sera pas le même pour tous les usagers même si les services médicaux de base peuvent être relativement similaires.

Ecart 2 : Perception des besoins et attentes des usagers - Transposition des attentes en spécification de service

Le fait d'avoir identifié un besoin ou une attente ne suffit pas. La concrétisation des attentes en processus opérationnel de services n'est certainement pas chose aisée. **Comprendre l'utilisateur et ses attentes est une chose, encore faut-il pouvoir lui répondre.** Les contraintes sont nombreuses : infrastructures, ressources, engagement de personnel, compétences, politique,... Il faut pouvoir rendre le service dans des conditions matérielles qui ne sont pas toujours des plus adéquates. Pour cela, pensons seulement à la vétusté de certains locaux, des salles d'accueil, des chambres, du parking,... L'équipement n'est pas nécessairement le meilleur même si les normes en la matière sont de plus en plus sévères. Quel hôpital n'espère pas pouvoir posséder les équipements les plus modernes (et avec raison si on se réfère au tableau 3.7.).

Les contraintes de personnel sont également un facteur contraignant important. Une équipe peut être relativement vite débordée et être amenée à délimiter ses activités à l'essentiel alors que l'utilisateur ne perçoit pas la différence de surcharge de travail. Les nouveautés technologiques et les réglementations font partie des contraintes de marché comme l'apparition de nouveaux traitements, de nouvelles maladies qui nécessitent l'adaptation du personnel et des structures. L'arrivée de nouveaux publics peut également exister, par exemple si l'hôpital ouvre une aile gériatrique, qu'une population étrangère s'installe dans la zone d'achalandage de l'hôpital. Les contraintes politiques peuvent également contrecarrer le développement d'activités selon le principe de la régulation du service public ou de l'appartenance politique

d'une institution. Cependant, les contraintes ne doivent pas se transformer en prétexte déplacé.

Ecart 3 : Transposition des attentes en spécification de service - Service offert

C'est l'étape de la concrétisation sur le terrain du service projeté par l'organisation. La complexité des services hospitaliers combinée à l'interactivité des acteurs et du caractère intensif du travail favorise cet écart. Les attentes peuvent être clairement identifiées, les spécifications du service peuvent être précisément définies, le service offert peut être différent de ce qui a été prévu pour d'innombrables raisons. Les prestations du personnel hospitalier sont si nombreuses qu'il est impossible de toutes les contrôler. La gestion et la standardisation des processus viennent en aide à l'hétérogénéité des prestations. Ajoutons que le service offert peut s'écarter des spécifications du service suite à des éléments accidentels ou aléatoires. Il faut donc veiller à délimiter ces éléments et en identifier un maximum d'origines possibles.

Ecart 4 : Service offert - Communication aux usagers potentiels

Cet écart concerne la cohérence entre ce qui est réalisé et ce qui est promis. Cet écart est surtout dangereux lorsque les promesses dépassent ce qui sera réaliser car cela aura inciter l'utilisateur à rehausser ses attentes et donc à se montrer plus critique. Cet écart est d'autant plus difficile à maîtriser qu'il peut émaner de tout le personnel ou toute information venant de l'organisation vers l'utilisateur. Ces personnes et ces informations caractérisent l'image de l'hôpital. Toute surévaluation de l'image par rapport à l'identité réelle de l'organisation peut entraîner une perception très mauvaise de la part de l'utilisateur. Les promesses, qu'elles soient d'ordre médical ou organisationnel, se doivent d'être respectées sous peine de décrédibiliser l'institution.

La sous-évaluation de l'identité de l'organisation, de ce qu'elle réalise vraiment, par rapport à ce qu'elle communique peut également être un danger. Un exemple vient d'une petite clinique qui n'avait jamais jugé utile de communiquer le potentiel et le développement de ses services, ne fût-ce que par une journée porte ouverte, et qui a vu chuter son nombre d'admissions de manière anormale, au profit d'un hôpital voisin plus important mais pourtant moins bien équipé. Les usagers craignaient de ne pas disposer des meilleurs services dans cette clinique alors que la réalité en faisait le centre régional le plus développé sur le plan technique.

Communiquer, c'est arriver à échanger dans un même langage. Ce qui est dit et promis par l'organisation peut être compris différemment selon qu'on soit patient ou personnel, ancien ou nouveau. Une personne attendait la visite du médecin pour pouvoir quitter sa chambre. L'infirmière lui signale à dix heures du matin que le médecin a promis de passer aujourd'hui et qu'elle pourrait donc quitter les lieux ce jour-là. Le médecin arrive à 19 heures dans le service et vient signer le bon de sortie de la personne en question et n'a qu'un minimum de temps à consacrer à la patiente. Inutile d'insister sur la désapprobation de la patiente qui n'a pas osé quitter sa chambre de toute la journée et qui espérait avoir le temps de discuter de son traitement avec le médecin avant de partir. Pourtant, personne n'a menti. L'infirmière a annoncé la venue du médecin dans la journée et le médecin a rempli la promesse de libérer la patiente. Quelques précisions à l'égard de cette patiente auraient certainement été utiles.

Davidow et Uttal (1989) suggèrent de "sous-promettre" quelque peu le service offert et de le "sur-délivrer" légèrement. Ceci suppose une parfaite maîtrise des activités de services de l'entièreté de l'hôpital. Tout au long du processus engagé, le personnel peut renforcer ses promesses. Mais comme dans l'exemple de la patiente, faut-il encore que le personnel se rende compte de la portée du message qu'il délivre.

Le peu de connaissances médicales de la part du patient peut entraîner une incompréhension quant à l'intérêt du service offert. Un examen peut paraître superflu pour l'usager alors qu'il est fondamental selon le praticien. Dans ce cas, la communication doit permettre à l'usager de percevoir l'intérêt du service offert. L'explication du service offert modifie donc la perception du service reçu par l'usager. De la même façon, la communication peut influencer le service attendu par l'usager. Par exemple, le fait de communiquer à notre patiente le temps qu'il lui sera nécessaire d'attendre avant de recevoir la visite du médecin, lui permettra d'ajuster le service attendu en conséquence de l'information reçue. Il en va de même de l'information donnée aux personnes dans une salle d'attente, l'action de leur communiquer le temps d'attente nécessaire fait office de prise en considération de leur cas et influence déjà la perception du service offert par l'hôpital. Les laisser attendre sans aucune information les prédisposent plus négativement pour la suite des opérations. L'information médicale ou les renseignements concernant des services aux personnes affichés ou diffusés sur écran dans les salles d'attente se révèlent être également des moyens de communication qui peuvent influencer la perception future du patient ou modifier son service attendu.

Ecart 5 - Service attendu - Service perçu

Cet écart reflète donc la perception de la qualité du service par l'utilisateur, conséquence immédiate des autres écarts, du patient et de l'évolution de son comportement, comme nous l'avons expliqué. L'écart entre le service attendu et le service perçu peut résulter d'un ou plusieurs écarts en amont. A charge des directions et du personnel de maîtriser tous ces écarts potentiels. Tous ces écarts peuvent être négatifs, nuls ou positifs. Il n'est pas rare que ces écarts puissent aller dans des sens tout à fait opposés pour un même service selon l'endroit où il se situe dans le modèle.

3.3. Les composantes de la qualité perçue de service

Une des contributions majeures de Parasuraman, Zeithaml et Berry, a été de définir des composantes ou dimensions de la qualité perçue de service, applicables à différents types d'activités de service. Ces composantes regroupent différents attributs, clairement identifiables tant par l'utilisateur que par l'organisation même s'ils peuvent être différemment perçus par les deux parties. Un attribut devient une variable déterminée, mesurable, discrète, c'est-à-dire qu'il est susceptible de prendre différentes valeurs reflétant le degré de présence de l'attribut dans l'unité ou l'hôpital évalué. Certains attributs sont regroupés car ils relèvent d'une nature relativement similaire. Ces macro-attributs forment les composantes de la qualité de service.

Parasuraman, Zeithaml et Berry (1985) ont d'abord présenté leur modèle de qualité perçue de service sur base de dix dimensions différentes, à savoir : la tangibilité, la fiabilité, la serviabilité, la compréhension, l'accessibilité, la communication, la crédibilité, la sécurité, la courtoisie et la compétence. Ces 10 composantes se subdivisaient en 97 attributs ou items qu'ils ont pu simplifier à l'aide d'analyse factorielle. Ils ont défini les cinq dimensions suivantes :

- 1 - **la tangibilité** : regroupe les éléments tangibles de l'organisation qui matérialisent le service offert en créant des substituts à l'intangibilité des services offerts (installations physiques, équipements, design, aspects matériels de l'hôpital);
- 2 - **la fiabilité** : concerne la réalisation effective du service promis, de manière rigoureuse et en toutes circonstances;
- 3 - **la serviabilité** : représente la volonté du personnel à répondre rapidement et agréablement aux besoins des usagers. C'est une sorte de capacité de réaction des membres de l'organisation aux demandes des usagers, même celles qui sortent des normes et habitudes;

4 - **l'empathie** : concerne la volonté de l'organisation à prendre en considération tous ses usagers et de leur accorder une attention particulière et individualisée;

5 - **l'assurance** : signifie la capacité à inspirer confiance et sécurité auprès des usagers à propos de la totalité des services offerts.

Tableau III. 10. : Définitions des composantes de la qualité perçue (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988)

Nous constatons donc que l'empathie et l'assurance regroupent à eux deux sept dimensions originelles : la communication, la crédibilité, la sécurité, la compétence, la courtoisie, la compréhension, l'accessibilité psychologique (l'accessibilité physique est reprise dans la tangibilité). Certaines dimensions originelles étaient jugées redondantes dans des études de perception.

Le modèle Servqual (Parasuraman, Zeithaml et Berry, 1985-1988-1990) présente donc l'utilisateur et l'organisation. Il se concentre sur le concept de perception de la qualité de service et sur l'interface entre le service offert par l'organisation et le service perçu par l'utilisateur. Les auteurs nous proposent une méthodologie d'enquête basée sur les cinq composantes de la qualité d'un service qu'ils ont identifiées. Ils proposent aux répondants d'évaluer leurs attentes et leurs perceptions à l'égard des 5 composantes de la qualité du service à l'aide de 2*22 items sur une échelle de Likert. La qualité de service est mesurée en soustrayant les scores relatifs aux attentes de ceux concernant les perceptions selon le modèle de confirmation-disconfirmation des attentes (Olshavsky et Miller, 1972 - Olson et Dover, 1976 - Oliver, 1980 et Day, 1984) :

"If the performance (perception) of service provider meets or exceeds expectations, then the customer is more likely to be satisfied. If the performance fails to meet expectations, then the customer is more likely to be dissatisfied"

3.4. Critique du modèle et évolution des recherches dans la littérature

Ce modèle a été appliqué dans divers secteurs de services (banque, assurance, réparation automobile,...). L'évaluation empirique de l'échelle Servqual a montré sa validité et sa fiabilité dans de nombreux secteurs. Cependant, certains auteurs mentionnent des lacunes inhérentes à l'utilisation de cette échelle. Certaines de ces lacunes sont liées à la définition du modèle lui-même, d'autres le sont dans le contexte du secteur dans lequel le modèle est utilisé.

1 - La limitation aux cinq dimensions de la qualité de service semble arbitraire. En effet, l'hétérogénéité du secteur des services est telle qu'une adaptation est nécessaire afin de tenir compte de la spécificité de chaque

domaine étudié (Carman, 1990; Babakus et Boller, 1992; Troye et Henjensand, 1993). Les études réalisées dans le secteur des soins de santé le confirment. Babakus et Mangold (1992), Vandamme et Leunis (1993), Headley et Miller (1993), Licata, Mowen et Chakraborty (1995) découvrent une structure dimensionnelle différente de celle initialement proposée.

2 - Les mêmes études montrent que, souvent, les composantes identifiées expliquent seulement une partie relativement faible de la variance totale associée aux évaluations de la qualité et de la satisfaction globale. Cela peut être une indication que **l'instrument Servqual ne saisit pas toutes les dimensions pertinentes de la qualité de service dans le secteur des soins de santé**. En d'autres termes, cela signifie que certains de ces aspects, qui ont une influence sur la qualité perçue et la satisfaction des patients, n'ont pas été envisagés.

3 – **La mesure de la qualité de service comme score d'écart entre les attentes et la perception, est également remise en question** (Carman, 1990; Babakus et Boller, 1992; Cronin et Taylor, 1992,1994) pour diverses raisons:

- mesurer les attentes et les performances dans un seul questionnaire pose **un problème méthodologique** car il existe une relation entre la performance attendue du service et les expériences précédentes et actuelles. Ainsi, les attentes augmentent (vs diminuent) quand la qualité actuelle augmente (vs diminue) ;
- concernant le secteur des soins de santé, il semble que **les attentes des patients soient systématiquement et uniformément élevées** (Soliman, 1992; Vandamme et Leunis, 1993; Mc Alexander, Kaldenberg et Koenig, 1994). Ceci suggère que les répondants rencontrent des difficultés à faire un compromis entre les différentes composantes du service offert, dues principalement au degré élevé d'implication personnelle lors de l'utilisation des services de soins de santé ;
- selon Cronin et Taylor (1992), la capacité du modèle à réellement mesurer la qualité de service est mise en doute. Ils soutiennent qu'il y a **une ambiguïté entre la définition et la conceptualisation de la qualité de service**. L'échelle SERVQUAL serait plus adaptée à la mesure de la satisfaction qu'à la mesure de la qualité de service ;
- enfin, la haute implication du patient et le niveau élevé du risque perçu par ce dernier **remettent en cause l'influence directe des attentes sur la satisfaction et sur la qualité perçue**. Les modèles utilisés à ce jour n'ont pas permis de traduire fidèlement les concepts de satisfaction et de qualité perçue des services hospitaliers.

4 - **Le concept d'attente est également remis en cause**, et ce d'autant plus que le service est difficilement maîtrisable et impliquant pour le consommateur. Le patient peut-il se souvenir de ce qu'étaient ses attentes en arrivant à l'hôpital? Dans quel contexte ces attentes étaient-elles formulées? Peut-il réellement formuler des attentes précises et concrètes? Celles-ci sont-elles transposables à tout patient? Les adaptations sont nécessaires et des éléments complémentaires d'identification et de motivation du patient sont susceptibles d'être introduits dans notre recherche.

Pour remédier à ces critiques, plusieurs solutions ont été proposées. De nombreux auteurs (Carman, 1990; Babakus et Boller, 1991; Babakus et Mangold, 1992; Cronin et Taylor, 1992; Brown, Churchill et Peter, 1992; Headley et Miller, 1993; Taylor et Cronin, 1994, Mc Alexander, Kaldenberg et Koenig, 1994) soutiennent que **l'échelle Servqual peut être remplacée efficacement par la mesure de la performance « post-rencontre seulement » ("Servperf") ou par des mesures de la performance et de l'importance ("Servperf pondéré" par l'importance)**. Ils proposent de ne plus adopter le modèle de disconfirmation (perceptions - attentes) mais plutôt d'utiliser les mêmes composantes et de vérifier l'importance des attributs pour l'utilisateur et la performance de l'organisation sur ces attributs (modèle de performance perçue). Cette façon de faire permet de mieux analyser sur quels éléments le répondant s'appuie pour évaluer la qualité perçue. Ils ajoutent que cette qualité de service est un antécédent de la satisfaction qui a un effet significatif sur les intentions d'achat et la fidélité du consommateur. Nous soutenons l'utilisation des mesures d'importance-performance plus adaptées à la relation patient-hôpital par rapport aux modèles de disconfirmation. Cependant, la question est toujours débattue actuellement. Teas (1993 & 1994) introduit un modèle alternatif en développant le concept d'attentes révisées. Suite aux critiques, Parasuraman, Zeithaml et Berry (1994) complexifient d'ailleurs leur modèle et ajoutent les concepts de service désiré et service adéquat.

3.5. Applications des modèles dans le secteur hospitalier

Dans le secteur hospitalier, l'utilisation de Servqual a permis d'attirer l'attention notamment sur le peu de considération accordée aux qualités interpersonnelles (par opposition aux qualités techniques) des professionnels de la santé à l'égard de leurs patients. Elle a également permis de noter des différences importantes parmi la population concernant ses attentes et perceptions de la qualité des services, principalement entre les jeunes et les personnes âgées. Ces études (voir tableau ci-dessous) sont arrivées aux conclusions suivantes :

- **la nécessité de recourir à des techniques de segmentation plus fines** pour arriver à mieux connaître la demande hospitalière qui, prise dans sa globalité, est trop vaste pour être correctement étudiée;
- **le besoin de reformuler les composantes de la qualité perçue** et la possibilité de les ouvrir à d'autres aspects;
- **l'intérêt pour des études de qualité perçue de service de s'appuyer sur le modèle Servperf** plus indiqué que Servqual, notamment en raison des effets modérateurs qui peuvent intervenir sur les attentes des patients. La difficulté que les patients peuvent avoir à formuler leurs attentes vient probablement du degré d'implication, du risque potentiel du service médical hospitalier et de leur méconnaissance de la médecine;
- **l'existence d'une relation non récursive entre qualité perçue et satisfaction et la possibilité de se servir du modèle comme un antécédent à la satisfaction.**

Nous reprenons dans les tableaux suivants certaines études marketing réalisées en milieu hospitalier (principalement américain) sur les concepts de qualité de service et de satisfaction, dont nous résumons les conclusions. Nous ne pouvons ignorer ces résultats dans la perspective d'étudier en profondeur les concepts de qualité perçue et de satisfaction.

Auteurs	Méthodologie	Résultats
Reidenbach et Sandifer-Smallwood (1990)	Servqual modifié (version 1 - PZB, 1985) (patients hospitalisés ou consultation – urgence) 10 composantes 41 items	- 3 dimensions majeures dans l'évaluation des services, la satisfaction et l'intention de recommander l'hôpital : fiabilité, compétence et tangibilité. - Séquence qualité-satisfaction-recommandation dans le comportement du patient. - Différences entre patients hospitalisés, patients en ambulatoire et patients venant des urgences.
Vandamme et Leunis (1992)	Servqual modifié 5 composantes 28 items	- Redéfinissent les composantes grâce à une ACP, obtiennent 6 facteurs significatifs : tangibilité, serviabilité médicale, assurance opérationnelle, assurance à l'accueil, staff infirmier et respect des valeurs et croyances personnelles. - Comme Brawn et Swartz (1989), insistent sur l'écart entre les perceptions et attentes des patients et les perceptions de leurs attentes et perceptions par les professionnels de la santé.
Babakus et Mangold (1992)	Servqual modifié 5 composantes 15 items	- Remettent en cause la dimensionnalité du modèle et la mesure (perceptions – attentes). - Soulignent l'habileté du modèle à identifier les symptômes des problèmes de qualité. - Insistent sur l'écart de perception entre prestataires et bénéficiaires de services de soins.
Soliman	Servqual modifié	- Faible qualité générale des services perçue par les

(1992)	5 composantes 26 items 2 groupes d'âges différents	patients. - Seule la dimension de tangibilité est notée positivement par les patients. - Différences entre les groupes d'âge, les + jeunes (- de 60 ans) sont les plus sévères concernant la qualité. - L'assurance et l'empathie sont les composantes les plus discriminantes entre les deux groupes. - Les variables socio-démographiques qui permettent de distinguer les répondants quant à leur appréciation de la qualité générale sont : l'âge, le revenu et le statut professionnel.
Auteurs	Méthodologie	Résultats
Walbridge et Delene (1993)	Servqual modifié public de médecins 7 composantes : 5 initiales + Professionalisme Service médical	- Fiabilité, assurance et empathie sont les dimensions les plus cotées, plus que les résultats médicaux eux-mêmes. - Différences dans les appréciations selon le niveau d'ancienneté des médecins et le genre des répondants.
Headley et Miller (1993)	Servqual modifié 5 composantes 22 items	- Redéfinissent 6 composantes (ACP) : le fait de pouvoir compter sur l'organisation (dependability), l'empathie, la fiabilité, la serviabilité, la tangibilité et la présentation. - Montrent la forte relation entre la qualité des services perçue et l'intention de "ré-achat", de complimenter, de se plaindre, de recommander, de changer ou de ne plus utiliser les services de soins médicaux. - Certains comportements sont liés à certaines caractéristiques, d'autres pas.
McAlexander, Kaldenberg et Koenig (1994)	Comparaison des modèles Servqual (2) vs Servperf (2) Patients en soins dentaires 15 items	- Les deux modèles sont fiables. - Servperf a plus de pouvoir prédictif que Servqual - Relation non récursive entre qualité et satisfaction. - La satisfaction a un effet significatif sur l'intention d'utilisation (réutilisation ou recommandation). - Si le niveau de qualité reste constant dans le temps, le niveau de satisfaction va diminuer car il demande une amélioration continue du niveau de qualité.
Taylor et Cronin (1994)	Servqual vs Servperf 5 dimensions 22 items	- Différences entre les 2 modèles, Servperf convient mieux. - Reconnaittent la particularité du secteur hospitalier et la possibilité d'améliorer le modèle. - Ils confirment les travaux de Carman (1990) et de Babakus et Mangold (1992) et leurs inquiétudes sur le peu d'influence des attentes sur le jugement des patients et dans leur choix des services médicaux. - Le modèle disconfirmatoire (attentes) ne démontre pas clairement de relation directe avec la satisfaction, cela peut être dû à l'implication du patient dans le service et au risque perçu, qui peuvent tous deux avoir un effet modérateur important sur leurs attentes. - Relation non-récursive entre la qualité de service perçue et la satisfaction.
Licata,	Servperf modifié	- Pas de grandes différences sur l'appréciation de la

Mowen et Chakraborty (1995)	5 composantes comparaison entre patients, généralistes et spécialistes	<p>qualité générale entre les trois groupes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résultats de l'ACP +/- similaires entre patients et généralistes, ils utilisent sensiblement des critères identiques pour évaluer la qualité de l'hôpital. - Les patients considèrent tant la compétence médicale que les caractéristiques de l'hôpital alors que les médecins privilégient plus la compétence pour juger de la qualité. - L'importance des attributs varie mais la compétence médicale a la même importance entre les groupes.
-----------------------------	--	--

Tableau III.11.: Aperçu de la littérature concernant la qualité perçue, la satisfaction et la fidélité à l'hôpital (Servqual ou Servperf)

Par la suite, les études ont commencé à se spécialiser par catégorie de services offerts et/ou par type d'hôpitaux, par exemple :

- Rutledge et Nascimento (1996) s'intéressent aux patients des HMO aux Etats-Unis en considérant une approche différente appliquée aux conditions de fonctionnement de ces hôpitaux.
- Steffen, Nystrom et O'Connor (1996) étudient la satisfaction des patients concernant les infirmières à domicile.

Le courant qui préside par après, principalement aux Etats-Unis, est d'étudier non plus les fondements de la satisfaction du patient mais bien son influence sur les décisions managériales à prendre par l'organisation hospitalière :

- Atkins, Marshall et Javalgi (1996) étudient les relations significatives entre la satisfaction du personnel, celle du patient et les intentions de retourner ou de recommander l'hôpital sur base du modèle Servqual.
- Rapert et Babakus (1996) montrent que les organisations de soins de santé performantes financièrement sont celles qui (1) développent une stratégie de qualité au niveau du top management ; (2) soutiennent cette politique de qualité au niveau du contact avec le patient; (3) contrôlent la qualité des services perçus par les patients.
- Gemme (1997) s'interroge sur la relation entre la satisfaction du patient et sa fidélité.
- Bell, Krivich et Boyd (1997) évaluent l'importance de la mesure de la satisfaction du patient sur la stratégie des organisations hospitalières.

Ces études soulignent l'intérêt stratégique de la mesure de la qualité de service perçue par le patient et de sa satisfaction dans la conduite de l'organisation, au même titre que n'importe quelle entreprise soucieuse des ses clients actuels et potentiels dans un environnement ouvert et concurrentiel.

4. Conclusion

L'intérêt du débat sur l'hôpital-entreprise paraît quelque peu désuet dans la pratique. L'hôpital est une organisation de production de services à caractère économique, auquel le marketing des services offre des outils d'analyse et de gestion.

Alors que la satisfaction du patient devient une préoccupation croissante de l'organisation hospitalière, la littérature nous renseigne sur l'existence de modèle de mesure et de qualité de service perçue, concept antécédent de cette satisfaction. L'état de la recherche fait part d'alternatives méthodologiques envisagées sans qu'un consensus ne soit unanimement identifié. Les résultats enregistrés dans le secteur hospitalier mettent en évidence l'intérêt d'une telle approche pour identifier les déterminants de cette satisfaction.

Il est donc nécessaire d'approfondir ces concepts de qualité de service et de satisfaction dans une perspective globale pour pouvoir en comprendre les causes et les conséquences (Turner et Pol, 1995). La qualité est un construit multidimensionnel, relatif, fait de valeurs, de perceptions et d'attitudes. Il en résulte que pour être utile, la mesure doit être portée par les personnes concernées, c'est-à-dire les patients. Trouver les composantes principales de cette qualité perçue qui conduisent à la satisfaction des patients au sein des services hospitaliers, reste un défi tant pour la recherche que pour l'organisation.

CHAPITRE 4 : **Orientation-marché et performance hospitalière**

En milieu hospitalier, les multiples fonctions existantes sont de type « amont », gérant les ressources utilisées pour fournir un service. Il existe une forte orientation production basée sur une logique de moyens. La fonction de type « aval », raisonnant sur le service élaboré et son suivi, est moins considérée (Paris, 1994). En conséquence, les modes d'élaboration du management hospitalier peuvent être inadaptés au contexte humain qu'ils prétendent structurer. Est-il dès lors réellement envisageable d'adopter un mode de gestion adapté à la préoccupation du patient comme acteur central de l'activité hospitalière? Qu'en adviendra-t-il de la performance hospitalière?

1. La nécessité d'une vision transversale partagée dans l'organisation hospitalière

Face à la complexité des services et la diversité des acteurs se dessinent **la nécessité d'une vision transversale fédératrice et partagée par les acteurs de l'organisation hospitalière**. La gestion d'une telle organisation rend presque obligatoire la définition d'un esprit, d'une culture partagée par le personnel, sous peine de luttes internes, de démotivation du personnel,.... Une organisation de services a tendance à se tourner vers le bénéficiaire du service. Est-ce véritablement le cas de l'organisation hospitalière ?

Si la nature de l'échange entre une organisation et un client repose sur la valeur ajoutée que l'un va recevoir de l'autre, aucune organisation ne peut minimiser l'importance de la compréhension des besoins de ses clients, l'existence d'un environnement concurrentiel ainsi que l'influence de la nature du marché sur les modalités d'échange. A cet égard, l'analyse stratégique hospitalière doit s'affranchir des structures existantes et des valeurs dominantes en privilégiant les dimensions irrationnelles autant que les rationnelles et en impliquant le plus grand nombre d'acteurs possibles (Crémadez, 1992 et Pagès, 1993). Mais n'est-ce pas aux antipodes de la logique de production?

Des logiques antagonistes existent à l'hôpital mais elles sont partiellement occultées car isolées aux mains de spécialistes : les administrateurs, les médecins, les infirmières,...

« La confrontation de ces logiques est cantonnée dans des lieux, des fonctions, des moments particuliers alors qu'elle traverse

l'organisation dans son ensemble ; elle disperse les acteurs au travers de défenses conscientes et inconscientes » (Pagès, 1993).

C'est une orientation, une vision commune, partagée par les acteurs de l'hôpital qui pourra les réunir. Si plusieurs logiques coexisteront toujours, une orientation transversale qui guide les objectifs, les fonctions et l'organisation de l'hôpital pourrait être le moteur de l'intégration au sens de Lawrence et Lorsch⁷. Intuitivement, tout professionnel de la santé – qu'il soit médecin, infirmière, administrateur,... - prétendra mettre le patient au centre de l'organisation hospitalière. Qu'en est-il réellement ? **Le patient ne fait-il pas de temps en temps office d'alibi aux objectifs des uns et des autres ?** A moins que l'on ne confonde patient et pathologie, patient et organe...

Sheth (1993) explique en quoi les phénomènes de concurrence, d'opinion publique et de la diffusion des progrès technologiques doivent encourager le secteur non-marchand autant que le secteur marchand, à adopter un mode de gestion orienté vers le client et le marché. Nous ajoutons un facteur supplémentaire et déterminant qui encourage à adopter cette philosophie de gestion dans le secteur hospitalier : le consumérisme.

- **Le rôle de la concurrence** en milieu hospitalier (Porter, 1994) est principalement de diminuer le risque d'avoir une offre surpuissante qui, grâce à sa position, négligerait plus facilement les besoins de la demande. Les luttes concurrentielles apparaissent plus facilement dans un contexte de surcapacité des moyens de production des soins. Des fusions et des collaborations sont désirables pour lutter contre cette surcapacité alors que les tentations monopolistiques sont à proscrire. La saine concurrence est souvent un stimulant au développement de nouveaux traitements, de nouveaux services, de nouvelles procédures,...
- **L'opinion publique** concernant l'image des organisations publiques et non marchandes est souvent mauvaise à cause du peu d'intérêt que ce type d'organisation accorde à l'environnement externe. Cette constatation se confirme d'autant plus que le décalage avec les organisations privées s'accroît, celles-ci s'étant montrées plus soucieuses de leur environnement externe pour pouvoir assurer leur survie.
- **L'accélération des progrès technologiques**, tant du point de vue de la médecine que de l'information, risque d'engendrer une offre hospitalière à deux vitesses : le milieu privé, à l'affût des progrès réalisés, et le milieu public, dont le manque d'ouverture et de possibilités pourrait éloigner de la demande des patients.

⁷ L'intégration consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs.

- **Le développement du consumérisme** qui, tous secteurs confondus, est un phénomène de civilisation, révélateur de la préoccupation des citoyens d'être des consommateurs plus conscients et mieux informés ; ceci doit se traduire par la nécessité d'être davantage à l'écoute des patients et l'utilité reconnue d'étudier leurs besoins. Comme l'explique Deccache (1995), on s'attaque ici « *à une particularité de la médecine qui s'arroge le droit d'être juge et partie, pratique quasi unanime dans les rapports professionnels-clients, et à mon sens opposée aux principes démocratiques, car elle s'apparente à de la technocratie* ». Ce mouvement de consumérisme s'oppose également au manque d'humanisation reproché trop souvent aux grandes structures hospitalières.

Pour ces raisons, Sheth (1993) recommande aux organisations non-lucratives **d'améliorer leur ouverture sur le marché et de veiller à préserver l'intérêt général de leurs activités**. Le dilemme d'une approche gestionnaire auquel peut se trouver confrontée une organisation à vocation sociale, repose sur la difficulté à poursuivre une mission de dimension publique et relative à la notion d'intérêt général en même temps que d'essayer d'améliorer son ouverture à l'environnement et sa compétitivité. D'une part, le bien-être de la collectivité doit dépasser l'organisation elle-même et d'autre part, l'intérêt et la survie de l'organisation sont prépondérants. Chaque part de ce "faux" dilemme comporte des avantages qu'il doit être possible de regrouper.

2. L'orientation-marché

Cette vision transversale partagée par le personnel hospitalier, l'ouverture sur l'environnement et la préservation de l'intérêt général peuvent trouver un certain écho dans le concept d'orientation-marché des organisations. Certes, les fondements théoriques de l'orientation-marché proviennent du construit relatif à la gestion des entreprises commerciales. Mais nous pensons que le développement de cette vision transversale à l'hôpital passe par une adaptation de ce concept à l'hôpital comme à l'ensemble des organisations. Une approche spécifique du secteur des services et hospitalier en particulier, nous fournit un cadre de référence utile au développement de notre construit d'orientation-marché hospitalier.

2.1. L'orientation-marché des entreprises commerciales

Le concept d'orientation-marché trouve ses origines dans les fondements du marketing et du management. A la base, le marketing n'est autre qu'une philosophie de gestion qui suggère que l'objectif à long terme de la firme soit de satisfaire les besoins des consommateurs dans le but de maximiser son profit (Borch, 1957 - Mc Kitterick, 1957 - Felton, 1959 dans Jaworski et Kolhi, 1993). Peter Drucker (1954) fut le premier à souligner le bien-fondé du marketing en soutenant que : "*creating a satisfied customer is the only valid definition of business purpose*". Levitt (1960) fut un des premiers à postuler pour une orientation-marché des organisations par opposition à l'orientation-production.

Fin des années quatre-vingts, le concept d'orientation-marché apparaît plus explicitement dans la littérature sans encore s'appuyer sur des études empiriques détaillées (Shapiro, 1988 - Webster, 1988 -Payne, 1988, Day et Wensley, 1988 - Deshpande et Webster, 1989). Mais la voie semble tracée pour lancer ce type de recherche. L'intérêt de lier une philosophie de gestion, l'orientation-marché, à la performance des entreprises est de plus en plus évident. L'orientation-marché est-elle favorable à la performance organisationnelle?

L'orientation-marché (OM) est conceptualisée par les travaux de Kolhi et Jaworski (1990) et Narver et Slater (1990). Elle sera définie comme **un concept organisationnel multidimensionnel identifiable et mesurable**. Les auteurs vont construire leur modèle respectif.

- L'apport de Kolhi et Jaworski (1990) fut de proposer un modèle expliquant :

- les composantes (*intelligence generation, intelligence dissemination and responsiveness*) ;
 - les antécédents et/ou effets modérateurs (*top management, interdepartmental dynamics and organizational systems - environment*) ;
 - les conséquences de l'orientation-marché (*employees organizational commitment, business performance*).
- L'apport de Narver et Slater (1990) a été d'élargir le modèle au niveau de ses composantes (*customer orientation = the firm's understanding of the target market, competitor orientation = the firm's understanding of the long-run capabilities of present and prospective competitors, and interfunctional coordination = the coordinated utilization of company resources to create superior customer value*) et de construire un modèle empirique valide et fiable. Ainsi, l'outil développé permet de mesurer des scores sur chacune des composantes de l'OM et d'obtenir un score total par agrégation des résultats. Ils définissent l'OM comme étant :

"The organization culture that most effectively and efficiently creates the necessary behaviors for the creation of superior value for buyers and, thus, continuous superior performance for the business" (Narver et Slater, 1990).

Avec les travaux suivants, nous verrons que certaines parties de ces modèles respectifs vont être intégrées les unes aux autres, des composantes vont être développées, d'autres ajoutées.

- Ruekert (1992) s'intéresse aux facteurs organisationnels de l'OM en termes de processus (*recruiting and selection, training, reward and compensation*) et de résultats (*individual outcomes, business unit performance*).
- Jaworski et Kohli (1993) étudient l'impact de certains facteurs internes sur l'OM comme l'engagement du top management, la centralisation et la départementalisation, les conflits et le système de gratifications. Ils s'interrogent également sur l'influence du contexte environnemental (turbulence du marché, intensité de la compétition et mouvance technologique). Deux pistes de recherche future nous interpellent particulièrement dans leurs travaux :
 - l'introduction de certaines caractéristiques concernant les employés;
 - le fait que l'OM soit supposée mener à une plus grande satisfaction des consommateurs n'a jamais été testé empiriquement.

- Kordupleski, Rust et Zahorik (1993) s'intéressent également à la différence entre facteurs internes et facteurs externes de l'OM. Ils tentent d'établir le lien, notamment en termes de qualité offerte par l'organisation (*business process quality*) et qualité perçue par le consommateur (*customer-perceived quality*). Ils soulignent l'inexistence de lien établi entre la satisfaction du consommateur et les processus organisationnels internes. La démarche qu'ils préconisent est double :
 - identifier et mesurer les besoins des consommateurs;
 - lier les mesures de satisfaction aux mesures de processus internes.

Pour eux, l'amélioration des processus internes n'est appropriée que si le lien avec la satisfaction du client est établi. Il faut donc traduire l'information collectée lors des études auprès des consommateurs et la structurer autour de l'organisation. L'OM n'a donc de sens que si les besoins identifiés des consommateurs le sont dans leur langage et que s'ils sont transposés dans le langage de l'organisation. Il doit exister un lien structurel identifiable et mesurable entre les deux.

- Desphandé, Farley et Webster (1993) s'intéressent plus particulièrement à l'aspect culture d'organisation de l'OM : « *organizational culture is the pattern of shared values and beliefs that help individuals understand organizational functioning and thus provide them with the norms for behavior in the organization* ». Parmi leurs résultats, ils découvrent notamment un décalage dans la perception du degré d'orientation-client selon le point de vue de la firme et celui des clients proprement dits.
- Kohli, Jaworski et Kumar (1993) développent une échelle de mesure (MARKOR) à l'aide de 20 items. Cet outil sert à évaluer le degré avec lequel chaque unité d'activité s'est engagée à :
 - développer des activités interdépartementales pour collecter des informations sur le marché;
 - les diffuser verticalement et horizontalement, de manière formelle et informelle;
 - développer et mettre en place des programmes marketing en réponse à ces informations.
- Chang et Chen (1993) font le lien entre l'OM et la qualité offerte pour des sociétés d'assurance et de courtage par l'intermédiaire du modèle Servqual (Parasuraman, Zeithaml et Berry, 1988). Ils établissent le lien d'antécédence entre OM et qualité offerte et suggèrent une relation avec la rentabilité des sociétés.
- Slater et Narver (1994) montrent également que l'environnement compétitif a peu d'influence sur la nature et la force de la relation entre

OM et performance. Ils privilégient l'aspect culture d'organisation de l'OM dont l'adoption est un choix du management en place. Vu la relation existant entre OM et performance financière, ils recommandent encore plus l'adoption de l'OM comme outil de développement stratégique et davantage compétitif dans un environnement où les concurrents sont peu orientés vers le marché.

- Day (1994) explique les liens potentiels entre l'OM et le TQM (Total Quality Management) et donne des outils qui peuvent renforcer l'OM des organisations.
- Greenley (1995) fait l'intéressante constatation que les apports théoriques et les études empiriques se sont toujours cantonnés au degré d'OM mais jamais à la variété de ses formes. Ainsi, il explique que deux organisations peuvent obtenir le même degré d'OM de manières différentes. Il s'interroge donc sur la variabilité de ces formes et de leurs impacts au niveau de la performance de l'entreprise. Il distingue 5 formes différentes d'OM (*customer focus orientation, undeveloped market orientation, fragmented orientation, comprehensive market orientation and competitive focus orientation*). Mais il ne peut identifier de relation significative entre forme et performance pour un degré d'OM comparable. Par contre, il constate que la dimension de coordination interfonctionnelle est la plus faible en général et il en déduit que l'OM n'a pas nécessairement été développée adéquatement dans les entreprises.
- Sinkula (1994) et Slater et Narver (1995) insistent sur les processus organisationnels d'apprentissage liés à l'OM.
- Lambin (1996) situe l'évolution de l'orientation-marché dans le processus managérial des entreprises et dans le marketing en particulier de l'après-guerre à nos jours. Cette vision plus globale lui permet de développer l'OM dans une perspective plus générale et l'amène à en identifier 5 composantes. En plus des trois composantes initiales (client final, concurrence, coordination interfonctionnelle), il ajoute les composantes du client distributeur et du climat socio-économique. Il identifie deux types d'indicateurs (analyse - action) pour ces composantes. On peut les rapprocher de "intelligence generation" pour l'analyse et de "intelligence dissemination" et "responsiveness" pour l'action). Les indicateurs d'analyse et d'action sont regroupés pour la composante de coordination interfonctionnelle. L'auteur prévoit de rajouter un indicateur de type structurel tout en visant à limiter le nombre d'items nécessaires à l'audit du degré d'OM. Ce modèle connaît

de plus amples développements tant théoriques que pratiques (Lambin et Chumpitaz, 2000).

Nous comptons nous appuyer principalement sur ce dernier modèle d'OM qui semble le plus complet, tout en le particularisant à la notion de service et au secteur hospitalier.

En résumé, les recherches concernant les modes d'organisation des entreprises commerciales ont montré la pertinence de la relation entre l'orientation-marché de l'organisation et sa performance. L'évolution du concept de marketing vers l'orientation-marché a signifié le passage presque obligé à une philosophie de gestion partagée par toute l'organisation et plus uniquement au sein d'un seul département isolé. Lambin (1996 & 1998) distingue trois compétences sur lesquelles repose cette mode de gestion :

- **l'analyse** : l'organisation est appelée à contrôler mais également à anticiper les besoins du marché et à incorporer ce comportement dans ce qu'elle offre;
- **l'action** : dans un environnement compétitif, l'organisation doit développer ses outils et ses armes commerciales pour promouvoir ses activités et ses qualités distinctives;
- **la culture** : l'orientation-marché est une philosophie de gestion qui ne concerne pas uniquement le client final mais bien tous les participants du marché, elle doit donc être partagée à tout niveau de l'organisation.

Les raisons qui devraient inciter l'entreprise à promouvoir cette philosophie sont liées aux changements que nous connaissons actuellement, parmi lesquels (Lambin, 1998) :

- la récession économique,
- l'accélération des changements technologiques,
- l'émergence des politiques environnementalistes,
- le professionnalisme des consommateurs,
- le développement des systèmes d'information,
- la globalisation de l'économie,
- la responsabilisation accrue des organisations et les préoccupations d'ordre éthique,...

Ces changements ne peuvent plus être le souci de quelques personnes au sein d'une organisation, ils suscitent des outils de gestion nouveaux, des préoccupations stratégiques différentes et un comportement partagé par tous. Les déterminants de l'orientation-marché (Lambin, 1994) reposent sur cinq facteurs clés qui, ensemble, caractérisent l'orientation-marché. Il s'agit de :

- 1 - L'orientation client final** : qui implique la volonté de créer des produits ou des services générateurs d'utilités supérieurs pour le client final;
- 2 - L'orientation client intermédiaire** : qui implique la volonté de traiter chaque intermédiaire comme un client et de rencontrer ses besoins spécifiques;
- 3 - L'orientation concurrent** : implique la volonté de connaître les forces et les faiblesses des concurrents;
- 4 - L'environnement socio-économique** : implique la volonté de connaître et de surveiller l'évolution de l'environnement en vue de détecter en temps utile les opportunités et les menaces du marché, qu'elles soient de niveau social, économique, technologique, politique, démographique,...
- 5 - La coordination interfonctionnelle** : implique la volonté de diffuser l'information sur le marché et les grands choix stratégiques de l'entreprise à tous les niveaux de l'organisation. Elle implique également la volonté de faire participer activement toutes les fonctions de l'entreprise à l'analyse des besoins et des problèmes des consommateurs.

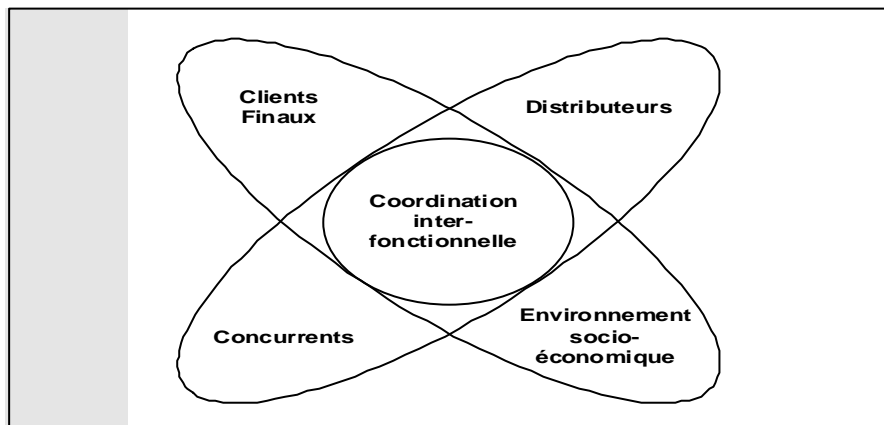


Figure IV. 3.: Les déterminants de l'orientation-marché (Lambin, 1994)

L'impact de l'orientation-marché sur la performance économique de l'entreprise a été vérifié lors d'études empiriques, notamment dans les entreprises de services, particulièrement dans le secteur des assurances (Lambin, 1996). L'hypothèse de base est qu'une entreprise qui adopte l'orientation-marché, améliorera, dans le long terme, sa performance économique et concurrentielle. La relation hypothétique qui sous-tend cette affirmation est résumée dans la figure suivante.

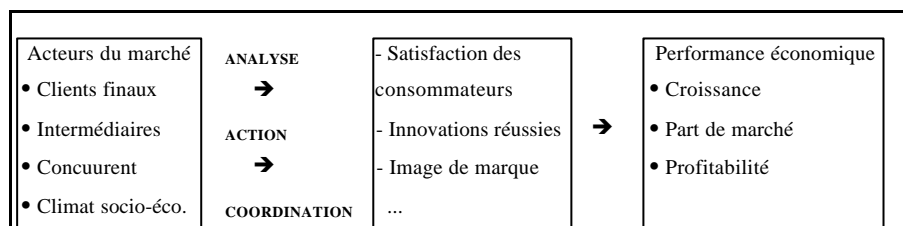


Figure IV. 4. : Relation entre l'orientation-marché et la performance économique (Lambin, 1996)

Comme l'explique Lambin, plusieurs observations théoriques et empiriques soutiennent cette hypothèse :

- les entreprises à orientation-marché ont un grand nombre de consommateurs satisfaits et par conséquent, un taux de rachat plus élevé (Lash, 1990 et Goderis, 1995) et des coûts de vente plus bas;
- une firme à orientation-marché répond plus rapidement aux besoins changeants en lançant de nouveaux produits ou en les améliorant, d'où un bon équilibre entre les objectifs de profitabilité et de croissance dans son portefeuille d'activités (Cooper, 1993);
- une entreprise à orientation-marché donne plus de valeur à ses consommateurs et donc, connaît une plus faible sensibilité à ses prix et des prix maximums acceptables plus élevés (Nagle, 1987);
- une firme à orientation-marché est dans une meilleure position pour identifier un avantage compétitif défendable et augmenter ou maintenir sa part de marché (Porter, 1985).

L'orientation-marché repose sur deux perspectives centrales : une philosophie de gestion et un ensemble des comportements adaptés vers l'analyse et l'action. Ces deux perspectives sont orientées au départ vers les clients et leurs besoins (sans que cela ne soit la seule préoccupation) et l'ouverture à l'environnement externe (Furrer, 1999). Les études sur l'orientation-marché ont tenté d'établir le lien entre un degré élevé d'OM et une performance élevée. Cette performance a été généralement établie sur base de chiffres financiers ou commerciaux et/ou jugée par des membres des entreprises concernées.

Ruekert (1992) s'est penché sur la relation entre l'OM et la satisfaction au travail et la confiance dans la direction. Chang et Chen (1993) montrent le lien entre OM et qualité offerte dans une perspective interne tout comme Raju, Lonial et Gupta (1995). Cependant, comme le souligne Jaworski et Kolhi (1993), le lien entre OM et satisfaction du consommateur est un postulat qui n'a pas été vérifié. Cette satisfaction est un élément prépondérant d'une activité socio-économique, qui plus est à vocation sanitaire. Raison pour laquelle nous tenterons de vérifier ce lien.

2.2. L'orientation-marché dans la littérature de la gestion hospitalière

Vu la relative récence du concept d'orientation-marché et la spécificité du secteur hospitalier, nous trouvons peu de recherches concernant l'orientation-marché dans la littérature relative à la gestion hospitalière. Cependant, en 1995, une première recherche américaine s'est penchée sur l'orientation-marché des hôpitaux. Deux autres études ont suivi dans ce contexte particulier du système de soins de santé américain et ont également retenu notre attention.

Le système de soins de santé aux Etats-Unis relève de choix politiques différents de ce que nous connaissons en Europe, basé clairement sur un système privé qui laisse la liberté et la responsabilité au citoyen de souscrire ou non à une assurance. En conséquence, une partie de la population (de l'ordre de 55 millions d'habitants dans les années nonante) n'est pas couverte car "trop riche" que pour bénéficier du système réservé aux indigents et "trop pauvre" que pour souscrire à une assurance ordinaire. De plus, le système de soins de santé a les caractéristiques d'une industrie motivée et jugée par la recherche de la performance économique. Les recherches sur l'OM que nous présentons ont donc été réalisées dans ce contexte.

2.2.1. L'étude de Raju, Lonial et Gupta

Les concepts et les principes du marketing ont depuis longtemps fait leur apparition dans un tel contexte. Les recherches concernant la qualité de service ont renforcé l'intérêt porté pour le marketing. Une première étude (Raju, Lonial et Gupta; 1995) a été réalisée sur l'orientation-marché et sa relation avec la performance dans l'industrie hospitalière américaine.

Les auteurs ont réalisé une enquête auprès de 176 institutions hospitalières. Deux analyses en composantes principales ont permis de dégager les dimensions principales de l'orientation-marché et de la performance hospitalière. Les auteurs identifient 4 dimensions de l'orientation-marché et les 3 dimensions de la performance en milieu hospitalier américain. A partir de 30 items concernant l'orientation-marché, les auteurs mettent en évidence quatre facteurs principaux de l'orientation-marché :

1 - **la collecte d'informations** (intelligence generation) concernant les clients et les personnes qui influencent les choix des patients de façon régulière et systématique. Ils incluent, outre le patient lui-même, les médecins traitant, les entreprises qui peuvent intervenir dans le choix des assurances en soins de santé, les compagnies d'assurance elles-mêmes et tous les intermédiaires qui participent ou qui négocient dans la fourniture de soins de santé ;

- 2 - **la satisfaction du consommateur** (customer satisfaction) liée au relevé et au contrôle des plaintes émises, la mise en œuvre de moyens pour répondre à tout problème du consommateur ;
- 3 - **la serviabilité et la réactivité aux clients** (responsiveness to the customer) qui impliquent la capacité à identifier les modifications des préférences des clients et la volonté d'y répondre ;
- 4 - **la veille et la réactivité concurrentielles** (responsiveness to competition) qui impliquent le suivi des actions des concurrents et la capacité d'y répondre rapidement et effectivement.

En ce qui concerne la performance, les répondants (293 cadres) durent apprécier la performance de leur hôpital à partir de 19 variables à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points (de très mauvais à très bon). Sur base de ces résultats, une double analyse en composantes principales fut réalisée et a permis de dégager 3 facteurs principaux :

- 1 - **la performance financière** (financial performance) est une dimension évidente pour une organisation à vocation économique. Elle comprend les variables de profit net, ratio profit sur revenu, return on investment et cash flow ;
- 2 - **le développement du marché et des produits** (market/product development) est une dimension qui symbolise la capacité innovatrice de l'hôpital. Les auteurs expliquent que pour réussir, l'organisation doit être innovatrice en termes de ciblage de nouveaux produits et services vers des marchés aussi bien existants que nouveaux. Cette dimension inclue des variables comme le développement de nouveaux services et produits, le développement du marché, la capacité de développer un profil compétitif unique, la recherche et le développement destinés à de nouvelles innovations.
- 3 - **la qualité interne** (internal quality) est identifiée comme clé du succès de l'hôpital et comprend les variables de qualité de service délivrée par chaque employé, le taux de mortalité et de morbidité, les coûts par renvoi du patient (cost per adjusted discharge) et la rotation du personnel.

Pour mieux comprendre la relation entre l'orientation-marché et la performance, l'influence des facteurs de l'orientation-marché (variables indépendantes) a été étudiée sur chaque facteur considéré isolément (variable dépendante). Les résultats de l'étude, synthétisés dans la figure suivante, montrent que l'orientation-marché a un effet significatif sur chacune des dimensions de la performance.

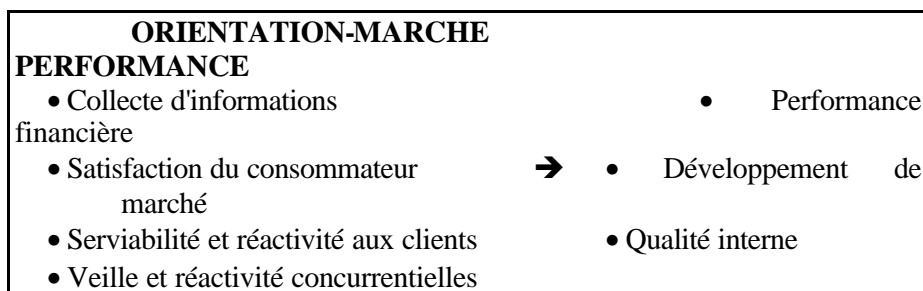


Figure IV. 5.: Relation entre orientation-marché et performance dans le secteur hospitalier américain (Raju, Lonial et Gupta ; 1995)

Il est intéressant de constater que chaque dimension retenue est multicritère et que l'ordre dans lequel les dimensions et leurs critères ont été annoncés reflète l'ordre dans lequel il est pertinent pour les répondants. De plus, de part l'indépendance des dimensions, le fait que l'hôpital obtienne un score élevé pour une dimension de l'orientation-marché n'implique pas qu'il soit bon dans une autre dimension. Enfin, si chaque dimension de la performance est influencée par les dimensions de l'orientation-marché, on constate que certaines ont plus de poids que d'autres dans la relation. Ainsi, la performance financière est plus influencée par la serviabilité et la réactivité aux clients et par la veille et la réactivité concurrentielles. Le développement de marché et la qualité interne sont eux plus influencés par les dimensions de collecte d'informations et de satisfaction du consommateur. Il serait donc possible de favoriser l'une ou l'autre dimension de la performance en accentuant plus l'une ou l'autre dimension de l'orientation-marché.

Les auteurs concluent leur étude en remarquant la similitude entre leurs résultats et l'étude de Narver et Slater (1990) qui avaient identifié comme dimensions de l'orientation-marché : l'orientation-client, l'orientation-concurrent et la coordination interfonctionnelle. La similitude permet de penser que la gestion d'un hôpital américain peut se baser sur une philosophie identique à toute industrie, même si les outils sont adaptés aux besoins spécifiques des systèmes de soins.

2.2.2. L'étude de Kumar, Subramian et Yauger

Cette étude (1997) a poursuivi deux objectifs :

- établir une classification entre hôpitaux sur base de leurs composantes d'orientation-marché;
- tester si différentes formes d'orientation-marché peuvent être associées à différents niveaux de performance organisationnelle en termes d'efficience et d'efficacité.

Ils ont interrogé 159 administrateurs d'hôpitaux à l'aide d'un questionnaire auto-administré comportant 25 propositions adaptées au secteur hospitalier.

Leurs composantes d'orientation-marché sont :

- l'orientation client ;
- l'orientation concurrent ;
- la coordination interfonctionnelle ;
- la préoccupation du long terme ;
- la préoccupation de survie, de croissance et de profit

Leurs mesures de performance sont

- la croissance du chiffre d'affaires,
- les bénéfices,
- la capacité à maîtriser les dépenses courantes,
- le revenu lié aux activités/services nouveaux,
- la capacité à fidéliser ses patients.

Les auteurs distinguent 4 types d'hôpitaux différents :

1 – "**orientés vers la concurrence**" ("computer-focused" - 39% des hôpitaux de l'échantillon) : l'orientation concurrent est nettement plus importante que l'orientation client ou de la coordination interfonctionnelle et les composantes liées au long terme et à la croissance sont également présentes. Ce sont pour la plupart des hôpitaux de grande taille, érigée dans les villes, relativement plus anciens que la moyenne ;

2 – "**sous-développés**" ("undeveloped" - 21%) : ce sont les hôpitaux qui ont les moyennes les plus faibles pour chacune des composantes, sans qu'ils n'aient de signe distinctif particulier (localisation, taille,...) ;

3 – "**orientés vers la clientèle**" ("customer-focused" - 26%) : la dimension orientation client se distingue nettement des autres, suivie par les préoccupations du long terme et de croissance. Ce sont les hôpitaux dont le score OM global est le plus élevé. Egalement bon nombre d'hôpitaux de grandes tailles, faisant partie d'un vaste groupement hospitalier ;

4 - "**globaux**" ("comprehensive" - 14%) : les composantes OM sont équilibrées et dans la moyenne supérieure, le score OM global étant un peu supérieur à l'ensemble des hôpitaux de l'échantillon. Ce sont surtout des hôpitaux privés, de tailles plus petites, et plus récents que la moyenne.

Si nous utilisons cette classification pour comparer les critères de performance décrits ci-dessus, entre les hôpitaux, nous obtenons les résultats présentés dans le tableau suivant.

	Orientés vers la concurrence	Sous-développés	Orientés vers la clientèle	Globaux
Croissance des revenus	3	4	2	1
Bénéfices	3	4	2	1
Revenus sur nouvelles activités	3	4	1	2
Capacité à fidéliser	3	4	1	2
Maîtrise des dépenses courantes	1	4	3	2

Tableau IV. 1. Critères de performance par catégorie d'hôpitaux (Adapté de Kumar, Subramian et Yauger (1997))

La performance de la catégorie des « hôpitaux globaux » est meilleure en termes de croissance des revenus et de bénéfices. La performance de la catégorie des « hôpitaux orientés vers la clientèle » est supérieure dans les revenus sur de nouvelles activités et sur la capacité à fidéliser le patient. La catégorie des « hôpitaux orientés vers la concurrence » a la meilleure performance en ce qui concerne la maîtrise des dépenses opérationnelles. Enfin, la catégorie « des hôpitaux sous-développés » a les moins bonnes performances sur les cinq critères utilisés.

Parmi les conclusions qu'ils tirent de leurs travaux, Kumar, Subramian et Yauger (1997) insistent sur l'intérêt à adopter un comportement managérial correspondant aux objectifs de l'hôpital. et sur le lien entre l'orientation-marché et la performance hospitalière. Ils soulignent également l'aspect contextuel et spécifique du secteur hospitalier dans lequel ils ont réalisé l'étude.

2.2.3. L'étude de Bhuian et Abdul-Gader

Ces auteurs (1997) réétudient les concepts de base de l'orientation-marché pour développer une autre échelle de mesure de l'OM des hôpitaux sur base des 3 composantes (market intelligence generation, market intelligence dissemination, market intelligence responsiveness) et des antécédents comme expliqué par Kolhi et Laworski (1990), adaptée au secteur hospitalier.

L'objectif de leur recherche est de proposer un questionnaire valide de mesure de l'orientation-marché pour les hôpitaux dits « non-profit ». Par la même, ils soulignent la co-existence de plusieurs types de mesure,

conséquence de définitions insuffisamment claires dans la littérature. Selon leurs résultats, l'orientation-marché en milieu hospitalier est un concept unidimensionnel (selon le résultat des analyses factorielles exploratoire et confirmatoire) et ils suggèrent d'utiliser certains items plutôt que d'autres pour la mesurer.

Cette étude exploratoire nous informe donc sur l'existence de certains items qui semblent plus appropriés à la mesure OM des hôpitaux mais également sur **la complexité et la nécessité de poursuivre les investigations** pour élaborer un questionnaire OM, spécifique au contexte hospitalier étudié. Ils concluent à l'absence de généralisation sur l'élaboration d'un questionnaire.

2.3. Particularités de l'orientation-marché dans une organisation hospitalière

Deux particularités sont à distinguer pour étudier l'orientation-marché dans le secteur hospitalier :

- le fait qu'il s'agisse d'une organisation de services hospitaliers;
- la coexistence de nombreuses sous-organisations dans un même hôpital.

2.3.1. Le concept de service hospitalier : les dimensions "client interne" et "prescripteur"

Comme nous l'avons vu avec le modèle de qualité perçue d'un service (cfr chapitre 2), plusieurs décalages potentiels entre prestataires et bénéficiaires d'un service peuvent avoir *in fine* une influence sur la satisfaction du consommateur. Nous avons souligné l'importance de considérer le personnel d'une organisation de service comme le premier client de l'organisation (cfr Chapitre 3). Il faudra donc penser en termes de prestataires de services comme clients internes d'une organisation de services qui vont transmettre une activité aux clients externes de l'organisation. Pour cela, l'organisation va devoir engager, former, évaluer, et procurer les moyens de fournir un service de qualité. Cette adéquation est, selon nous, fondamentale dans le cadre d'une organisation de service qui souhaite développer l'orientation-marché.

Si nous insistons sur ce point, c'est dans le sens des travaux de Kordupleski, Rust et Zahorik (1993) qui tentent de vérifier le lien entre qualité offerte, qualité perçue et satisfaction. Quel jugement les médecins et les infirmières portent-ils sur la qualité rendue aux patients ? Pour inclure cette préoccupation dans notre modèle, nous pensons que la composante **orientation client intermédiaire** proposée par Lambin (1996), peut certainement être subdivisée dans le cadre des activités de service hospitalier en :

- une composante "client-interne" ou équipe sanitaire et,
- une composante "distributeur" ou "prescripteur".

Les prestataires de soins sont les clients internes de l'organisation hospitalière. Au nom de l'organisation, ils prestent des services aux clients externes que sont les patients. Les prescripteurs, représentés par les médecins traitants, sont eux des "distributeurs" pour les unités de soins.

2.3.2. Une organisation aux multiples sous-organisations : les deux niveaux d'analyse

Même si l'organisation hospitalière représente une énorme entité bien réelle, il est **très difficile de généraliser ce qui s'y passe**. Chaque unité de soins est en réalité particulière si bien que nous devons considérer l'hôpital non pas comme une organisation unique mais bien comme un ensemble de sous-organisations qui cohabitent au sein d'une structure vaste et qui essaient - tant bien que mal - de se coordonner.

Dans chaque hôpital, nous pouvons trouver des unités de soins relativement autonomes et de fonctionnements divers. En conséquence, il est difficile de parler d'un degré d'orientation-marché unique pour un hôpital. mais bien de divers degrés d'orientation-marché dépendant des unités de soins de l'hôpital. Certes, l'appartenance à une structure hospitalière particulière influence directement ce degré d'orientation-marché mais nous utiliserons deux niveaux d'analyse pour mesurer un degré d'orientation-marché global :

- le niveau stratégique "corporate level",
- le niveau opérationnel "unit level"

Certaines dimensions sont communes à l'organisation «corporate level». Cependant, des différences peuvent exister entre unités de soins d'une même structure hospitalière, ce que nous avons appelé le niveau opérationnel ou «unit level». Nous postulons donc pour ces deux niveaux d'analyse dans l'étude de l'orientation-marché d'un hôpital.

3. La satisfaction comme mesure de performance des hôpitaux

3.1. La satisfaction à l'égard de l'hôpital : une double perspective

Il est important que nous justifions l'importance de la mesure de la satisfaction comme élément de mesure de la performance hospitalière car cette conception est relativement nouvelle dans l'histoire de l'organisation hospitalière. En France, la réalisation d'une étude de satisfaction est devenue l'une des clés de voûte de la démarche d'accréditation des hôpitaux (Phanuel, 1998) depuis la publication des ordonnances du 24 avril 1996. En Belgique, cette préoccupation se développe même si elle n'est pas encore obligatoire, mais pour combien de temps encore?

De manière générale, la satisfaction du public à l'égard de l'hôpital représente un élément vers une finalité qui le dépasse : la qualité de la vie. Andrews et Withey (1976) postulent que :

"La satisfaction à l'égard de la vie en générale est fonction de la satisfaction à l'égard de toutes les composantes de la vie".

La figure suivante montre la relation hiérarchique conceptuelle entre la satisfaction de la vie, les composantes de la vie et les conditions de vie. La satisfaction est influencée par les évaluations que nous portons sur les composantes de notre vie comme la santé, le travail, la famille, les loisirs,... et sur les conditions dans lesquelles celles-ci s'opèrent.

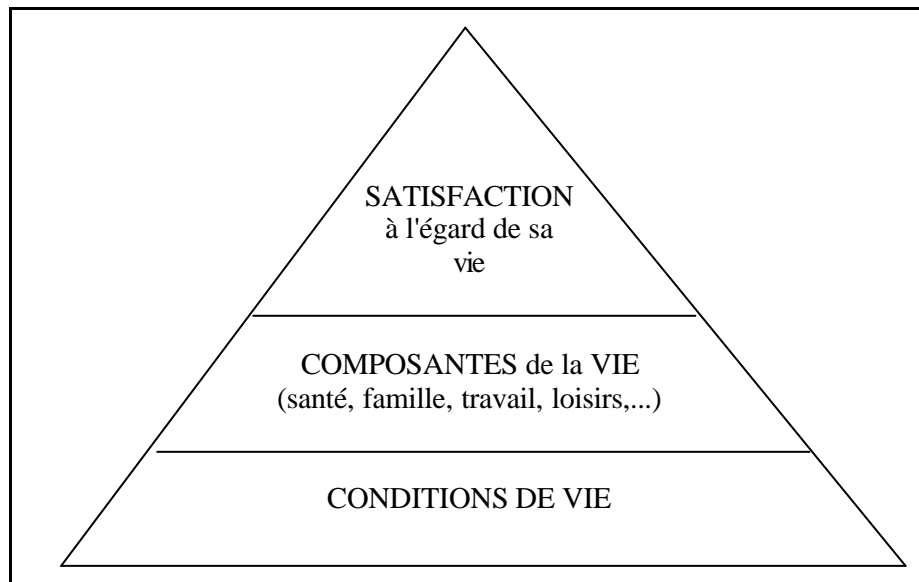


Figure IV. 4. : Satisfaction à l'égard de la vie (traduit de Andrews et Withey, 1976)

Les chercheurs qui se sont intéressés à la satisfaction de la vie ont utilisé la même logique que le modèle d'attitude de Fishbein et Ajzen (1975) à propos des déterminants de la satisfaction des consommateurs. Ce modèle d'attitude est fonction des évaluations concernant les divers attributs du produit ou du service, modérées par l'importance de chaque attribut dans l'esprit du consommateur. Même si cette conceptualisation peut paraître quelque peu réductrice face à la satisfaction à l'égard de la vie, le modèle décrit assez bien comment la satisfaction générale peut être influencée par certaines composantes dans un modèle hiérarchique. Il faut y ajouter une dimension dynamique qui fait que certaines composantes sont plus ou moins importantes à divers moments de l'existence.

Par exemple, nous identifions la santé personnelle comme une de ces composantes. Cette composante est fonction de conditions comme les services de soins de santé, des conditions d'hygiène, de la nourriture, de pratiques physiques,... La satisfaction concernant les services de soins de santé sont eux déterminés par des sous-conditions comme les médecins généralistes, les hôpitaux, les pharmacies, le système de santé,... Ce sont des sous-conditions à notre condition de vie concernant les soins de santé (Aiello, Czepiel, Rosenberg; 1977). Il y a donc une hiérarchie qui conditionne notre satisfaction générale.

Sirgy, Hansen et Littlefield (1994) sont partis de ce modèle pour vérifier l'hypothèse selon laquelle la satisfaction à l'égard de l'hôpital a une influence sur la satisfaction à l'égard du système de soins en général et sur la satisfaction quant à sa santé personnelle. Ces deux composantes participent directement à l'évaluation de la satisfaction de la vie. Les auteurs concluent donc que **la satisfaction à l'égard de l'hôpital joue un rôle significatif, bien qu'indirect, sur la qualité de la vie des individus .**

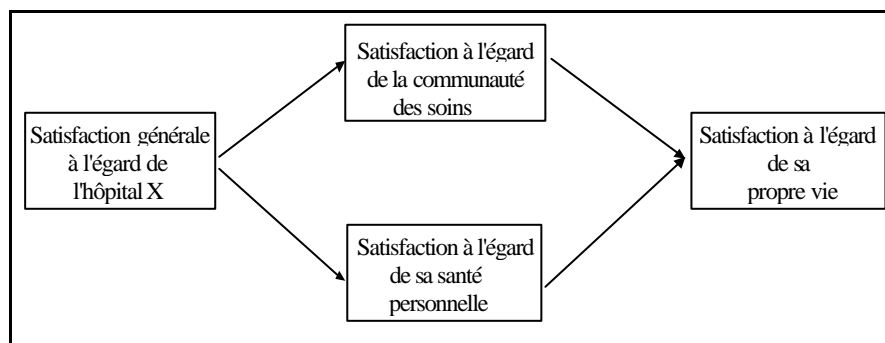


Figure IV.5. : Satisfaction à l'égard du système de soins (traduit de Sirgy, Hansen et Littlefield, 1994)

Sur base de cette étude, les auteurs recommandent de développer le marketing relationnel entre l'hôpital et le patient afin de favoriser la "fidélité" du patient à l'hôpital et une relation durable avec lui. Dans ce secteur, il faut

entendre par fidélité une forme de référence spontanée à l'hôpital (top of mind) : si la personne doit retourner à l'hôpital ou si elle doit en conseiller un, c'est cet hôpital de référence qu'elle choisira. Les auteurs évoquent deux stratégies pour y arriver :

- communiquer les avantages des services hospitaliers à travers la qualité des soins offerts à la communauté;
- communiquer les avantages des services hospitaliers sur la santé personnelle du patient.

Il y a donc **une double perspective, collective et individuelle, liée à la satisfaction à l'égard d'un hôpital**. Cette double perspective souligne le rôle de l'hôpital pour la communauté en général et pour l'usager en particulier. Par contre, la satisfaction à l'égard de sa propre santé ne semble pas être directement influencée par la satisfaction à l'égard de la communauté de soins. Ce résultat, quelque peu surprenant, s'explique de deux manières :

- les gens attribuent les éléments de cette satisfaction à leur propre façon de vivre plutôt qu'à la communauté de soins;
- les patients attribuent cette satisfaction à l'expérience d'un hôpital particulier avec lequel ils ont eu une relation particulière, alors que la communauté de soins est une notion beaucoup plus abstraite par rapport à la notion de santé personnelle.

La satisfaction à l'égard de la communauté de soins est un élément de la satisfaction de la qualité de la vie car il est perçu comme une mesure du niveau de vie et de l'environnement socio-économique dans lequel nous évoluons. Un parallélisme peut être fait entre la notion de développement et de progrès de la société et le niveau de la communauté de soins.

3.2. La performance hospitalière

3.2.1. Pluralité de la performance

Pour évaluer une organisation, un secteur, une activité, nous faisons le plus souvent référence au concept de performance. Le concept de performance hospitalière est comme toute performance organisationnelle un concept multiforme, comprenant au moins trois facettes qui ont parfois tendance à se mélanger : perspectives - temporalité - dimensions.

- **Les perspectives** concernent les perceptions des différents groupes d'acteurs étudiés. L'organisation hospitalière est composée d'un ensemble d'acteurs venant d'horizons différents, porteurs de motivations

parfois divergentes. Tous les acteurs n'ont pas la même perception de la performance. La notion de performance est multiforme. Les indicateurs de performance peuvent être de nature quantitative ou qualitative. Selon Morin (1992) : *"Chacun se fait une image de ce qu'est une organisation performante. Cette image lui sert à porter des jugements sur les organisations et à structurer ses conduites envers elle"*. Pour un dirigeant d'hôpital, la performance pourrait être la rentabilité, pour un autre, le nombre d'admissions,...; pour un patient, la qualité de l'accueil ou la qualité des soins,... La performance possède presque autant de perspectives qu'il n'existe d'observateurs, internes ou externes, de l'organisation.

- **La temporalité** se réfère à la performance stratégique, élément de tension entre la performance de court et de long terme. Les composantes de la performance évoluent dans le temps. Selon Godet (1991), il faut admettre qu'il existe *"des combinaisons de facteurs humains, techniques, financiers, organisationnels qui sont performantes dans un contexte donné et qui ne le sont plus dans d'autres. Ces combinaisons sont multiples et changent au cours du temps"*. Donabedian (1973) fait la constatation que tout système de soins est fondé sur un continuum de valeurs qui évoluent au cours du temps.
- **Les dimensions** considèrent l'existence de performances individuelle, professionnelle, organisationnelle et globale qui coexistent au sein de la société mais qui peuvent aussi être en conflit.

Quinn et Rohrbaugh (1983) insistent sur les aspects multidimensionnels et complémentaires de la performance, tout en précisant qu'il s'agit de trouver un équilibre entre des variables qui ne sont jamais complètement compatibles. Cameron et Whetten (1983) expliquent que les différents modèles théoriques de performance ont tendance à mettre en évidence certains aspects de cette performance et qu'en fonction du contexte, le choix d'un modèle sera plus approprié qu'un autre, sans qu'on puisse parler de supériorité de l'un sur l'autre. Les indices de performance, indicateurs macro et micro-économiques et indicateurs d'évaluation de la qualité des soins se sont surtout développés depuis une trentaine d'années dans les milieux hospitaliers. Certaines constatations ont été faites concernant ces **indicateurs**, parmi lesquelles :

- les indices synthétiques sont fort peu suffisants tant l'offre et la demande en soins de santé sont variables en temps et en espace;
- les indicateurs partiels sont tous imparfaits mais leur concordance peut informer sur le niveau de performance atteint par chaque établissement;
- l'évaluation de la qualité des soins est confiée aux médecins car ils sont supposés être les individus les mieux indiqués pour remplir cette tâche (D'Hoore, 1993);

- la perspective de la performance selon le patient est très peu considérée dans l'ensemble des recherches effectuées (Paris, 1994).

3.2.2. Cadre conceptuel pour l'évaluation de la performance

Nous avons insisté sur le fait que divers acteurs dans divers contextes pourront appliquer des normes différentes en formulant leurs jugements. Et, comme l'explique Dussault (1994), il est illusoire de faire l'inventaire complet de ces normes compte tenu de leur détermination socioculturelle et de leur variabilité temporelle. Par contre, il est plus utile de classifier les critères, c'est-à-dire les dimensions ou caractéristiques observables des services qui peuvent servir à les évaluer. Dans le cadre de l'évaluation de la performance, deux mots clés reviennent fréquemment :

- **l'efficacité** pose la question des résultats atteints par l'organisation par rapport à ce que l'on attend d'elle;
- **l'efficience** pose la question des moyens mis en œuvre pour atteindre ces résultats (Nizet, 1992).

Fottler (1987) se demande si une institution peut être à la fois efficace et efficiente ou doit-elle réaliser continuellement des arbitrages? De manière générale et simpliste, ces deux concepts liés à la performance symbolisent le clivage existant entre les responsabilités médicales et les responsabilités administratives présentes toutes deux à la tête des organisations hospitalières.

Donabedian (1966) distingue trois types d'indicateurs des institutions de soins de santé : les indicateurs de structure, de processus et de résultats. Dussault (1993) utilise ces trois types d'indicateurs auxquels il adjoint trois dimensions pour établir ce qu'il appelle les dimensions de la qualité des services de santé, présentés dans le tableau suivant.

	Structure	Processus	Résultats
Technique	-Caractéristiques technico-professionnelles - Sécurité	- Compétence - Tâches	- Efficacité
Sociale	- Adaptation - Disponibilité	- Empathie (respect) - Continuité - Ethique	- Satisfaction
Economique	- Accessibilité	- Productivité - Opportunité	- Efficience

Tableau IV.2. : Les dimensions de la qualité des services de santé
(adapté de Dussault, 1994 et Saulquin, 1995)

Selon ce schéma, trois niveaux sont identifiables : la structure (les conditions), le processus (les façons de faire) et les résultats (positifs ou négatifs). Chacune des étapes comporte des critères évaluable.

- **La structure** : les éléments de structure sont toutes les composantes utilisées pour la production des services et des soins, dont les ressources en personnel, en équipement, en fourniture, en infrastructure, en moyens logistique et informationnel, de même que le cadre organisationnel, législatif et politique dans lequel la production est faite. De ce fait, la structure englobe également les modes de paiement et les modalités administratives, ce qui permet d'inclure des contraintes à respecter dans l'évaluation globale.
- **Le processus** : les éléments du processus comprennent toutes les méthodes, les techniques, les stratégies, les opérations, les façons de faire, les pratiques des personnes pour produire les services et les soins.
- **Les résultats** : les résultats correspondent aux évaluations au terme de la production de services et de soins, traduits en gains ou modifications de l'état de santé, du bien-être et de la satisfaction des patients et du personnel et de l'appréciation économique des activités et des investissements.

Dussault (1993) et Saulquin (1995) distingue trois dimensions liées à la qualité des services de santé.

- **La dimension technique** : la dimension technique ou médicale peut être considérée comme la garantie au patient des actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assureront le meilleur résultat en terme de santé.
 - Au niveau de la structure, elle comprend : l'adéquation de la formation du personnel aux besoins directs et indirects de la santé de la population, leur formation en vue d'actualiser leurs connaissances et leurs capacités et le caractère sécurisant des ressources matérielles et physiques.
 - Au niveau du processus, la dimension médico-technique concerne l'organisation de la production qui dépend de l'agencement des tâches et de la compétence des ressources.
 - La qualité médico-technique s'évalue par rapport à l'efficacité des soins, c'est-à-dire de la production réelle des effets prévus ou espérés.
- **La dimension sociale** : cette dimension comprend les interactions entre les intervenants, les patients et leur entourage. Le patient juge en fonction de la réponse qu'aura donnée l'institution à ses besoins et ses désirs. La satisfaction et la mobilisation du personnel sera le signe d'adhésion aux finalités de l'organisation.

- Au niveau de la structure, la disponibilité des services réfère à une disponibilité géographique et organisationnelle des ressources humaines et matérielles de la production des soins. L'adaptation se rapporte à l'adéquation entre les caractéristiques des ressources et celles des usagers, comme la langue, les habitudes alimentaires, les valeurs sociales mais aussi un certain confort matériel.
 - Au niveau du processus de production, il s'agit des éléments de la qualité relationnelle établie entre le patient et les intervenants, voire de son entourage le cas échéant. L'empathie comprend l'écoute, la compréhension des besoins et des attentes. La continuité des services et le respect sont également des éléments de valeur. Le respect des règles éthiques dans la prise de décision, dans le déroulement des opérations et dans la communication et l'information du service produit, est fondamental.
 - Au niveau des résultats, la satisfaction du patient, de son entourage et des intervenants est une façon de mesurer la dimension sociale de la qualité des services de santé.
- **La dimension économique :** cette dimension relève d'une logique gestionnaire, à savoir la maîtrise des coûts associés à la production et à la consommation des services et des soins, jusqu'à une maximisation du profit selon la nature, le contexte et les objectifs de certaines organisations.
- Au niveau de la structure, la question de l'accessibilité économique des services et des soins est cruciale. Elle se pose tant sur le plan de l'organisation que sur le plan de la population entière. Les choix qui se feront en matière d'investissement (répartition des budgets et des ressources), en matière de médicaments utilisés (génériques ou de marque), en terme de prix à payer par l'utilisateur,... détermineront le niveau d'accessibilité économique.
 - Au niveau du processus, le concept de productivité est l'élément à prendre en considération, c'est le rapport entre une unité de production et le volume de services et soins produits.
 - Au niveau des résultats, l'efficacité semble être le critère le plus adéquat.

Fottler (1987) propose de considérer les variables de structure et de processus comme des déterminants de la performance organisationnelle qui serait synthétisée par les indicateurs de résultats. D'autres comme Zuckerman, Kaluzny et Rickets (1995) pensent que ces indicateurs de structure et de processus sont directement liés à la performance organisationnelle. Sicotte et al. (1998) prétendent que l'organisation est ouverte et que l'évaluation de la performance prend place dans un contexte particulier déterminant. Des recherches sont toujours en cours pour montrer

les relations qui unissent entre les éléments de structure, de processus et de résultats (Crêteur, 2000).

Berkowitz (1995) exprime la relativité des indicateurs de performance et la nécessité de leurs comparaisons, soit à la performance passée, soit à des standards. Le choix des indicateurs les plus pertinents, devient l'objet des débats (Leggat et al., 1998), d'autant plus que de nouveaux indicateurs et de nouvelles techniques sont développés et montrent leur pertinence (Guisset, Sicotte et D'Hoore, 1999). Ces auteurs soulignent également la nécessité de l'amélioration des systèmes d'information hospitaliers et le décloisonnement nécessaire des indicateurs, lié à l'intervention de nombreuses ressources afin de fournir des services divers.

Shortell, Flood et Scott (1994) soulignent l'intérêt de l'introduction des indicateurs de performance liés au management des ressources humaines tels que le taux de rotation du personnel, le degré d'absentéisme, ... des indicateurs développant le concept de satisfaction du personnel autant que des indicateurs de productivité au travail.

Crêteur (2000) synthétise les critères et les indicateurs les plus courants en milieu hospitalier en distinguant le statut d'input ou d'output ou le rapport entre les deux. Par critère, elles citent certains indicateurs tels que :

- **Efficienc**e : coût par patient, durée moyenne de séjour, taux d'occupation des lits,...
- **Résultats financiers** : ratios financiers, rentabilité, prix de journée,...
- **Qualité des soins** : taux de mortalité, taux de (co)morbidité, taux de réadmission,...
- **Ressources humaines** : nombre d'équivalents temps plein par catégorie professionnelle, satisfaction du personnel avec taux de rotation, taux d'absentéisme, enquêtes de satisfaction,...
- **Satisfaction des patients** : nombre total des plaintes, temps de réponse, nombre total d'hospitalisation de jours (services ambulatoires), enquête de satisfaction, ...

En conclusion, nous soulignons la multitude des indicateurs de performance symbolisant la complexité du secteur. En plus de cette diversité, nous remarquons le caractère dynamique des recherches sur la performance organisationnelle s'appuyant tant sur les développements conceptuels que statistiques et informatiques.

4. Conclusion

L'hôpital est parmi les organisations les plus complexes et les plus variées qu'il soit. La diversité des activités qu'elle propose ainsi que la multitude des acteurs participant à leurs réalisations, rendent compliquée mais nécessaire la définition d'une vision transversale partagée au sein des institutions. En tant qu'institution de services, cette vision se porte spontanément sur le bénéficiaire de l'organisation. Mais dans ce type d'organisation très orientée vers la production, qu'en est-il réellement ?

L'orientation-marché est un concept de gestion qui répond à cette préoccupation d'une vision commune à l'hôpital, tournée vers son environnement au cœur duquel se retrouve le patient. Dans les secteurs commerciaux comme dans le secteur hospitalier américain, des études ont montré l'influence positive de l'orientation-marché sur la performance économique de l'entreprise. Notre objectif sera donc de développer un outil de mesure de l'orientation-marché adapté au secteur hospitalier, en tenant compte de leurs spécificités d'organisation de services de soins de santé et d'identifier une relation hypothétique entre le niveau d'orientation-marché et le niveau de performance.

Un bref survol de la littérature relatif à la performance hospitalière a montré combien ce concept reste complexe et multiple. Notre choix d'indicateur de performance porte sur la satisfaction du patient, considéré comme un indicateur de performance sociale parmi d'autres.

Cette performance sociale concerne les différents intervenants hospitaliers comme les patients, les indicateurs sont multiples. La satisfaction du patient est d'autant plus importante que l'organisation hospitalière belge inscrit sa finalité sans but de lucre. En conséquence, la dimension économique s'entrevient plus en terme de contrainte d'efficacité, de maîtrise des coûts et d'équilibre financier à terme. Quant à l'évaluation de la dimension médico-technique, elle est avant tout une affaire professionnelle, que ce soit au travers des Ordres, des Comités et autre « peer review ». La satisfaction du patient ne fait pas référence à une dimension professionnelle comme les autres, raison pour laquelle elle a été quelque peu négligée. Cette satisfaction du patient se trouve donc au cœur de notre recherche, reliant l'analyse de la demande à la préoccupation de l'offre hospitalière.