

Figure 0.1. Plan de la thèse

CHAPITRE 5 : Structure et modélisation de la recherche

*« Il importe aujourd'hui
que le paradigme constructiviste l'emporte davantage...,
ce qui nous vaudra de voir les sciences de gestion devenir sciences de
l'organisation complexe, sciences de l'ingénierie organisationnelle...
sciences qui tiennent la gestion non plus pour objet,
mais pour un projet»*

J.L. Le Moigne

Au cours de ce chapitre, nous allons exposer la structure de notre recherche, ses objectifs et sa modélisation. Il faudrait en réalité parler de recherches conjointes car plusieurs recherches ont été mises en œuvre, privilégiant des perspectives et des intérêts différents mais complémentaires. Parallèlement à la description faite des moyens et des besoins hospitaliers, notre recherche se scinde entre l'analyse de l'offre et l'analyse de la demande hospitalière.

1. Présentation générale

La recherche scientifique en marketing a connu un essor formidable au cours de ces cinquante dernières années, ce qui a permis à la discipline de se faire reconnaître et de susciter l'intérêt que nous lui connaissons aujourd'hui, tant dans le milieu académique que dans l'industrie. Les travaux se sont ouverts à l'ensemble des activités commerciales orientées vers le client, qu'il soit industriel ou final. Les résultats obtenus ont bien souvent eu pour effet de stimuler d'autres recherches aussi intéressantes et les nouveaux outils de l'information ont autorisé de nouvelles façons de les penser (Denis et Czellar, 1997).

Le secteur non marchand a attiré moins de chercheurs dans le domaine du marketing. Les questions y sont pourtant également bien présentes et des préoccupations liées au marketing opérationnel telles que la communication ou la distribution de certains services (par exemple, les transports publics) ont incité les professionnels à s'intéresser de plus près aux solutions que pouvait leur apporter le marketing. C'est donc au départ d'une vision essentiellement normative et pragmatique que la discipline s'est introduite dans ce type d'organisation. Nous remarquons que le nombre de recherches scientifiques qui y sont consacrées, même s'il est très faible, est en

croissance au cours de ces dix dernières années (Denis et Czellar, 1997). La difficulté majeure liée à la recherche en marketing dans ce secteur vient selon nous de sa complexité et de son manque d'attractivité économique. Les organisations à but non lucratif sont souvent des organismes aux profils professionnels multiples (par exemple : l'université) et dont les objectifs ne peuvent se mesurer aisément en termes de profit ou autres ratios socio-économiquement prédéfinis. Ce sont à proprement parler leur différence et leur richesse qui nous ont donné l'envie d'y consacrer nos travaux.

Le marketing est défini par Lambin (1998) de la manière suivante.

« Le marketing est la science sociale qui étudie toutes les transactions qui comprennent une forme d'échange de valeurs entre les parties, orientée vers la satisfaction des besoins et désirs d'individus et d'organisation, par la création et l'échange volontaire de produits et/ou services ».

Nul doute, cette définition s'applique tout autant aux organisations à but lucratif ou non. Cette science s'assimile à une démarche transposable à toute institution. Néanmoins, il sera nécessaire de considérer le concept de satisfaction des besoins différemment selon la transaction considérée. Si nous prenons l'exemple de l'éducation, il n'est pas certain qu'un enfant sera satisfait à court terme de se soumettre à un programme scolaire. Sa satisfaction est définie relativement à des contraintes, légales dans ce cas-ci, et sera éventuellement plus observable à long terme. Par contre, si nous prenons l'exemple d'un bien de consommation périssable comme un aliment, la satisfaction relative à l'achat de ce produit a tout intérêt à être observable probablement à très court terme.

Kotler et Dubois (1997) expriment clairement les types de besoins en terme d'échange :

- les besoins exprimés (ce que le client dit);
- les besoins réels (ce qu'il veut dire);
- les besoins latents (ce à quoi il ne pense même pas);
- les besoins imaginaires (ce dont il rêverait);
- les besoins profonds (ce qui secrètement le motive).

Répondre aux seuls besoins exprimés peut s'avérer nuisible pour une société. Le cas de l'enfant face à sa scolarisation exprimé ci-dessus s'apparente plus à la notion de besoins latents qu'à celle du besoin exprimé. Il en va de même pour d'autres types de besoins latents auxquels tentent de répondre un grand nombre d'organisations à but non lucratif.

Le secteur de la santé ne fait pas exception à cette règle bien qu'il combine plusieurs types de besoins en même temps. Les hôpitaux répondent à des besoins latents de santé, pas toujours exprimés par le patient lui-même, et dont les besoins réels sont relativement bien diagnostiqués. Mais les besoins profonds dépassent parfois le secteur hospitalier comme il est défini aujourd'hui.

Prenons pour exemple le problème de réinsertion sociale souvent présent dans des unités de soins de gastro-entérologie de plus en plus confrontées avec des problèmes d'alcoolisme. Quelles sont les moyens mis en place pour répondre aux besoins profonds de ces patients? Nous pouvons aisément comprendre dans ce cas la nuance relative à la notion de satisfaction.

Cependant, le patient et le citoyen en général sont de mieux en mieux informés (bien ou mal) en matière de santé. Le libre choix en matière de recours à des soins de santé dans notre pays favorise la libre concurrence entre institutions. De plus, les courtes distances qui séparent les hôpitaux permettent à un certain nombre de patients de se rendre assez facilement dans l'hôpital de son choix. Enfin, la participation financière de l'Etat dans les coûts des soins du patient ôte partiellement la maximisation du ratio qualité/prix du patient si bien connues par les économistes. Nous pouvons dès lors comprendre que ce concept de satisfaction du patient peut devenir fondamental. D'autant plus si nous essayons d'améliorer les processus hospitaliers existants, en privilégiant l'optique selon laquelle l'organisation n'a de sens que si elle se met au service de ses clients et vise du mieux qu'elle peut à répondre à leurs besoins, quels qu'ils soient.

Les objectifs que nous nous sommes fixés, se présentent de la façon suivante :

- Pour étudier les différents concepts de satisfaction et de qualité perçue par le patient, nous avons fait référence au marketing des services, sorte d'outils que nous utilisons pour observer l'hôpital. Nous verrons pourquoi et comment des modèles théoriques peuvent être repensés à l'aide de composantes adaptées au contexte hospitalier. Nous analyserons les liens de causalité inhérents à notre modèle et nous étudierons l'influence des concepts de qualité perçue et de satisfaction sur le concept de fidélité du patient.
- La segmentation aura pour but de nuancer ces concepts de qualité perçue, de satisfaction et de fidélité grâce à l'étude des caractéristiques des patients, et de mieux comprendre leurs attentes respectives. Nous montrerons que la sélection de critères identifiables *a priori* par l'hôpital peut lui permettre d'améliorer la qualité des services offerts à ses patients.

- La perception des prestataires de soins de la qualité de service rendu sera étudiée et comparée à la qualité du service perçue par les patients. Nous étudierons également la relation que l'hôpital entretient avec l'entourage du patient ainsi qu'avec les médecins traitants.
- L'étude de l'orientation-patient de l'hôpital fera référence au concept d'orientation-marché, considéré d'un point de vue stratégique avec les directeurs hospitaliers (« corporate level») et d'un point de vue opérationnel, au cœur même de la rencontre entre les prestataires et les bénéficiaires du service (« unit level»).
- Nous étudierons la relation observée entre l'orientation-marché des hôpitaux et la qualité perçue du service, la satisfaction et la fidélité des patients.

Nous rappelons que la recherche est divisée en deux catégories génériques : la partie concernant les patients sous l'appellation de la demande hospitalière et les études menées auprès des médecins, infirmières et directeurs hospitaliers sous l'appellation de l'offre hospitalière. En réponse à ces objectifs multiples, les techniques de recherche et d'analyse seront différentes et adaptées aux perspectives de l'étude. Les conclusions que nous en tirerons seront elles-mêmes relatives à l'utilisation de ces techniques.

Comme l'explique Berry (1996), les comportements organisationnels sont plus soumis à des problèmes de gestion entraînant la recherche de solutions locales et éphémères, qu'à des lois universelles et absolues. Une recherche en science de gestion devra davantage se concentrer sur le sens des phénomènes observés dans leur environnement que sur les faits (Furrer, 1999), de manière à comprendre, expliquer et recommander avec le recul nécessaire et la rigueur voulue.

2. La demande hospitalière : les patients

2.1. Intérêts de la recherche

Sous l'appellation de la demande hospitalière, notre intérêt se porte sur le patient, sur sa relation avec l'hôpital et son personnel. L'objectif principal de l'analyse de la demande hospitalière est de **comprendre les déterminants de la perception de la qualité de service, de la satisfaction et de la fidélité des patients à l'égard de l'hôpital**. Ceci devrait permettre également de mieux comprendre leurs besoins et leurs attentes à l'égard de l'hôpital et de mieux mesurer leurs diversités.

La complexité et la variété du secteur hospitalier nous ont donné l'envie d'apporter des pistes et des informations nouvelles en matière de recherche et de gestion de ces organisations, avec lesquelles chaque citoyen est, un jour ou l'autre de sa vie, confronté.

Le démarche marketing en tant que « *processus social, orienté vers la satisfaction des besoins et aspirations d'individus et d'organisation, par la création et l'échange volontaire et concurrentiel de produits et services générateurs d'utilités (Lambin, 1998)* », peut **apporter un autre regard, des techniques et des outils utiles à l'amélioration de l'échange et de la communication qu'il nécessite entre le patient et l'hôpital** en pleine mutation.

Une autre raison qui justifie l'étude de la satisfaction du patient est le lien existant entre la satisfaction et la compliance du patient (Deccache, 1995). Le patient satisfait sera plus enclin à se soumettre au traitement recommandé, à prendre ses médicaments, ... qu'un patient insatisfait.

En outre, la progression des actions d'éducation à la santé et la mise à disposition d'un flux de plus en plus important d'informations médicales dites « de vulgarisation », confortent le patient dans le sentiment de connaissance du monde médical et du droit qu'il a d'émettre certains avis pertinents sur la qualité perçue des services dispensés.

Chaque hôpital en particulier a plusieurs raisons de sonder l'opinion de ses patients (Bielen, Roch et Vandenberghe, 2000).

- Premièrement, il apparaît pratiquement que les patients sont généralement peu disposés à s'exprimer de leur propre initiative sur leur niveau de satisfaction. En conséquence, le personnel hospitalier a parfois une fausse idée de la satisfaction de sa patientèle s'il n'attend que les lettres de plaintes ou de félicitations pour en mesurer le niveau.

- Deuxièmement, nous soumettons l'hypothèse que c'est de la satisfaction et de la qualité perçue que dépendent les intentions des patients de recommander l'hôpital à des proches, de revenir si cela s'avérait nécessaire. Les patients prennent progressivement conscience qu'ils sont en position de choix face à l'offre des services hospitaliers. La concurrence hospitalière est telle que, dans de nombreux cas, les distances à parcourir entre institutions ne sont plus un obstacle déterminant dans le choix d'un hôpital dans notre pays.
- Troisièmement, les médecins généralistes - prescripteurs des services hospitaliers - nous avouent être influencés, non seulement par leurs relations avec l'hôpital, mais aussi par l'information provenant de leurs patients (Bielen et Vandenberghe, 1997 - étude confidentielle).
- Quatrièmement, l'évaluation faite par le patient de son séjour permet à l'hôpital d'identifier son image perçue par le public. A cet égard, l'hôpital n'est plus vu comme une entité indissociable mais bien comme un ensemble d'entités qui le composent et qui peuvent être fort différentes les unes des autres. Cette connaissance détaillée de l'hôpital est un outil stratégique de grande importance et doit permettre aux responsables hospitaliers de prendre des décisions de manière plus éclairée.
- Cinquièmement, la mesure de l'opinion des patients permettra de savoir dans le temps si les actions entreprises par l'hôpital pour améliorer les services, ont un impact réel sur la satisfaction des patients et de leurs proches.
- Enfin, une évaluation du séjour présente d'autant plus d'intérêt qu'elle permet de mieux connaître les attentes des patients. Alors que la connaissance des pathologies se développe chaque jour, nous connaissons très mal le patient et nous n'avons qu'une idée générale de ses attentes en milieu hospitalier. Améliorer cette connaissance permettra à l'hôpital d'ajuster son offre de services de façon plus adéquate et de réaliser sa mission dans de meilleures conditions. Actuellement, la méconnaissance du patient ne favorise pas l'amélioration du service hospitalier. Il ne s'agit donc pas de différencier les prestations sanitaires pour une même pathologie mais bien d'adapter au mieux et dans la mesure du possible, les services aux besoins de chaque patient, quelle que soit sa pathologie.

Qu'ils soient d'ordre scientifique, général ou organisationnel, les intérêts d'étudier la satisfaction du patient apparaissent comme des défis appréciables dans notre système de santé.

2.2. Le modèle de qualité perçue – satisfaction -fidélité

2.2.1. Construction de notre modèle

Deux sources d'information complémentaires ont été utilisées pour élaborer notre modèle théorique de qualité perçue – satisfaction – fidélité : la révision de la littérature et une étude exploratoire, présentées dans la première partie de ce document.

Pour parvenir à proposer un modèle adapté au contexte hospitalier, l'étude exploratoire de type quantitative auprès de personnes ayant subi une hospitalisation peu de temps auparavant, s'est avérée très précieuse. Cette première étude nous a permis de proposer de nouveaux déterminants de la satisfaction des patients à l'égard de l'hôpital, complémentaires au modèle éprouvé en matière d'organisation de services.

Le modèle que nous proposons, s'inspire à la base des travaux de Zeithaml, Parasuraman et Berry (1990). Ces auteurs ont représenté le processus de perception de la qualité d'un service. Leur modèle se concentre sur le concept de perception de la qualité de service d'une part, et sur l'interface reliant le service offert par l'organisation et le service perçu par le patient en tant que client de l'organisation. Pour rappel, ils soutiennent que les clients d'un service, quels qu'ils soient, utilisent des critères similaires dans l'évaluation de sa qualité perçue. Ils classent ces critères en cinq dimensions appelées les composantes de la qualité de service. Ils proposent une méthodologie d'enquête basée sur les cinq composantes de la qualité de service qu'ils ont identifiées, à l'aide de 22 paires d'items. Ils ont ainsi développé l'échelle Servqual. Leur but était de fournir un instrument pour mesurer la qualité de service perçue qui s'appliquerait à tout un éventail de services avec des modifications seulement mineures de l'échelle selon le secteur.

Nous avons adapté ce modèle sur base des critiques qui ont été formulées lors de son application au milieu hospitalier, de l'expérience de certains acteurs et des pré-tests réalisés auprès de patients hospitalisés. Pour rappel, les critiques formulées à l'égard du modèle des écarts sont énoncées ci-dessous.

- La limitation aux cinq dimensions de la qualité perçue semble arbitraire.
- Les composantes identifiées expliquent une partie relativement faible de la variance totale associée aux évaluations de la qualité et de la satisfaction.
- La mesure de la qualité de service comme score d'écart entre les attentes et la perception, est également remise en question pour diverses raisons :

- mesurer les attentes et les performances dans un seul questionnaire, pose un problème méthodologique ;
- concernant le secteur des soins de santé, il semble que les attentes des patients soient systématiquement et uniformément élevées ;
- l'ambiguïté entre la définition et la conceptualisation de la qualité de service ;
- la forte 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.

Nos choix théoriques nous incitent à dire que la satisfaction est une réponse unidimensionnelle dépendante d'une évaluation globale des composantes affectives et cognitives liée aux services (Oliver, 1993). Elle est directement influencée par la qualité perçue du service qui est une variable multidimensionnelle dont la mesure que nous privilégions répond à la **méthodologie Servperf** (Cronin et Taylor, 1994) en réponse aux critiques liées à Servqual, et dont le nombre de dimensions reste indéterminé dans le cadre du secteur des services hospitaliers.

Nous soutenons les nombreuses études qui identifient **la relation ordonnée entre la qualité perçue du service, la satisfaction et les intentions de fidélité** (« réachat ») d'un service (Cronin et Taylor, 1992 ; Boulding, Kalra, Staeling et Zeithaml, 1993) mais **dont la vérification dans le secteur qui nous occupe, doit être confirmée**. Etant donné que l'hospitalisation ne peut être considérée comme un acte souhaité, nous préférons parler d'intention et d'attitude favorable à l'égard d'un hôpital.

Nous verrons dans le chapitre concernant la méthodologie comment nous avons tenté de remédier aux problèmes liés à la mesure. Concernant le modèle en lui-même de qualité perçue-satisfaction-fidélité, il s'agit d'une approche de composition et d'un modèle multi-attributs. Nous avons apporté des modifications quant aux nombres de dimensions de la qualité de service perçue, afin de disposer d'indicateurs de mesure mieux adaptés à la spécificité des soins de santé en général et de l'hospitalisation en particulier.

Alors que Parasuraman et al. (1990) avaient réduit leurs dix dimensions initiales de qualité perçue du service pour n'en garder que cinq, la particularité du milieu hospitalier et la révision de la littérature dans le domaine nous incite à **élargir à 7 dimensions le modèle théorique de la qualité de service perçue**, présenté dans le tableau suivant.

Modèle initial Modèle proposé (littérature)	Modèle révisé (littérature)
1 – Accessibilité	
2 – Communication	1 - Assurance
1 - Assurance	
3 - Courtoisie	
4 - Confiance	
	2 - Extériorité
5 - Compréhension	2 - Empathie
6 - Crédibilité	
	3 - Attention
7 - Sécurité	➤
➤	4 - Disponibilité
8 - Serviabilité	5 - Communication
9 - Fiabilité	3 - Serviabilité
	4 - Fiabilité
	6 - Fiabilité
10 - Tangibilité	5 - Tangibilité
7 - Tangibilité	

Tableau V. 1. : Evolution et proposition du modèle (composantes) de la qualité perçue du service

Nous définissons les sept composantes proposées dans le tableau suivant.

- (1) **La tangibilité** : la tangibilité regroupe les substituts à l'immatérialité des services offerts. Ce sont les éléments tangibles tels que l'aspect de l'hôpital, les équipements médicaux et liés à l'hébergement, la nourriture,....
- (2) **L'attention** : l'attention représente la volonté du personnel de considérer chaque patient comme une personne à part entière, d'accorder à chacun une attention particulière et individualisée et d'instaurer des relations courtoises et agréables.
- (3) **La disponibilité** : la disponibilité se traduit par les moyens que se donnent l'hôpital et son personnel pour répondre aux besoins et demandes du patient, en toute circonstance et dans des délais acceptables.
- (4) **L'assurance** : l'assurance signifie la capacité à inspirer confiance et sécurité auprès des patients à propos de l'intégralité des services offerts.
- (5) **La communication** : la communication regroupe l'ensemble des informations fournies aux patients à propos de leur état de santé et des services offerts et ce, tout au long du séjour.

(6) **La fiabilité** : la fiabilité concerne la réalisation effective des services promis, de manière rigoureuse et en toutes circonstances.

(7) **L'extériorité** : l'extériorité se compose des moyens que l'hôpital met à la disposition des patients pour leur faciliter les contacts avec l'extérieur et les aider dans les suites de leur hospitalisation.

Tableau V. 2. : Définition des composantes de qualité de service proposées

Les dimensions «Empathie » et «Serviabilité » sont remplacées par trois dimensions dans notre modèle, à savoir «Attention », «Disponibilité » et «Communication » car le modèle précédent pouvait engendrer l'équivoque pour un patient contrairement à d'autres types de service (assurance, hôtellerie,...). Nous proposons **une nouvelle dimension** tout à fait spécifique à la notion d'hospitalisation qui est la dimension « **Extériorité** ». Chaque dimension est présentée sous forme d'attributs ou items aux patients que nous présenterons dans le chapitre concernant la méthodologie.

Il est certain que le fait d'utiliser un modèle nouveau ne nous permettra pas de comparer directement nos résultats à la littérature, mais nous justifions cela **par une adaptation de l'outil à notre contexte** comme l'ont suggéré d'autres auteurs avant nous, et ce qui est par ailleurs légitimé dans une approche constructiviste des méthodes de recherche en management (Thiéart, 1999).

Le schéma de notre modèle théorique est présenté dans la figure suivante. Il met en relation les composantes de la qualité perçue avec une mesure globale de cette qualité¹, la satisfaction et la fidélité du patient.

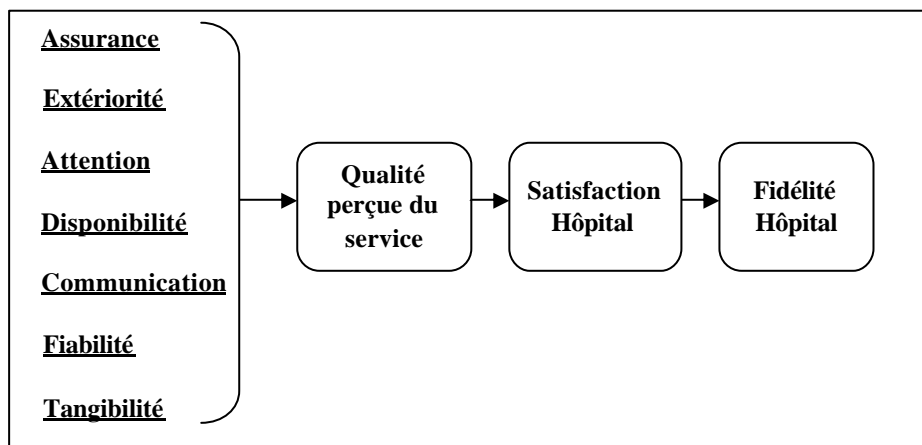


Figure V. 1. : Modèle global proposé de Qualité perçue - Satisfaction - Fidélité du patient

¹ La notion de service a un double sens dans le langage hospitalier. En plus de la définition commune du mot, il représente également l'unité de soins.

Nous développons les indicateurs choisis pour représenter les composantes de ce modèle dans le chapitre suivant consacré à la méthodologie.

2.2.2. Les hypothèses associées à notre modèle

La formulation des hypothèses est une étape déterminante de la recherche scientifique. Une hypothèse peut être définie comme une proposition conjecturale qui constitue une réponse possible à la question de recherche posée (Lambin, 1998). Dans notre cas, nous décomposons le modèle général pour exprimer les hypothèses sous-jacentes.

1) Les composantes de la qualité perçue du service

Nous avons choisi de synthétiser la perception du patient de la qualité du service en un indicateur global. Nous avons décrit les 7 dimensions qui vont influencer cette qualité perçue du service et qui se retrouvent dans les hypothèses définies ci-dessous.

- HD.1.1. : La qualité perçue par les patients du service est influencée positivement par la composante « assurance ».
- H.D.1.2. : La qualité perçue par les patients du service est influencée positivement par la composante « extériorité ».
- H.D.1.3. : La qualité perçue par les patients du service est influencée positivement par la composante « attention ».
- H.D.1.4. : La qualité perçue par les patients du service est influencée positivement par la composante « disponibilité ».
- H.D.1.5. : La qualité perçue par les patients du service est influencée positivement par la composante « communication ».
- H.D.1.6. : La qualité perçue par les patients du service est influencée positivement par la composante « fiabilité ».
- H.D.1.7. : La qualité perçue par les patients du service est influencée positivement par la composante « tangibilité ».

2) La satisfaction à l'égard de l'hôpital

La satisfaction à l'égard de l'hôpital a été synthétisée à l'aide d'un indicateur soumis à l'évaluation des patients. Nous postulons l'hypothèse suivante.

- H.D.2 : La satisfaction des patients à l'égard de l'hôpital est influencée positivement par leur qualité perçue du service.

3) La fidélité à l'égard de l'hôpital

La fidélité à l'égard de l'hôpital a été synthétisée à l'aide de deux indicateurs soumis à l'évaluation des patients. Nous postulons l'hypothèse suivante.

H.D.3 : La fidélité des patients à l'égard de l'hôpital est influencée positivement par leur satisfaction.

La vérification des hypothèses H.D.2 et H.D.3 n'entraînerait aucune surprise. Cependant, ce lien entre la satisfaction et la fidélité manque de validation comme nous l'avons précisé ci-dessus, car ce concept est peu courant dans le secteur hospitalier. Nous souhaitons également analyser l'influence de l'importance de chaque attribut sur la satisfaction globale en étudiant la prise en considération de cette importance dans un modèle d'évaluation de qualité perçue de service (Servperf). L'objectif sera d'établir un modèle général de qualité perçue-satisfaction-fidélité du patient. A l'aide de ce modèle, nous pouvons établir une hypothèse implicite liée au nombre retenu de dimensions relatives à la mesure de qualité perçue du service (H.D.4).

2.3. Les variables modératrices et/ou de segmentation

2.3.1. Démarche et intérêts

Les variables dites modératrices ou de segmentation sont relatives à des caractéristiques « psycho-sanitaires », socio-démographiques et culturelles du patient interrogé. Tout en admettant que nous établissions un modèle global de qualité perçue-satisfaction-fidélité, nous pensons que **les relations identifiées peuvent être influencées par des critères ou par une combinaison de critères, identifiables a priori par l'institution hospitalière**.

De même, certains éléments du service délivré pourraient être moins bien perçus dans certaines situations, dépendantes ou non de l'hôpital. En utilisant des critères choisis sur base de la littérature et de l'étude exploratoire, nous espérons pouvoir identifier des critères de segmentation de la demande par rapport à la qualité perçue, à la satisfaction et à la fidélité du patient. Sur base de ces premiers résultats, nous étudierons les déterminants de la satisfaction qui peuvent varier et expliquer les différences observées au niveau des résultats globaux.

Nous avons multiplié les critères car plusieurs études ont montré l'inefficacité des critères classiques de segmentation d'une population, se référant principalement à des comportements de consommation (cfr Chapitre 2). Nous pensons que les caractéristiques utiles de segmentation répondent à une analyse des besoins socio-médicaux du patient hospitalisé. L'objectif

final de cette démarche de segmentation sera donc d'analyser et d'identifier la diversité de ces besoins afin de constituer, dans la mesure du possible, des groupes relativement homogènes auxquels l'organisation hospitalière pourra offrir un service plus proche de ce qui est souhaité.

Cette démarche a été négligée à l'hôpital essentiellement pour deux raisons : un souci d'égalité de traitement entre patients et un manque d'information quant à la valeur de cet outil. Nous pensons que la démarche de segmentation n'est pas contradictoire à la notion d'égalité de traitement de soins en milieu hospitalier. Elle vise, au contraire, à mieux connaître les besoins de la demande et à offrir un service plus personnalisé aux patients, pour qu'ils en retirent une plus grande satisfaction. Actuellement, l'absence de cette démarche conduit les hôpitaux à offrir un service souvent « minimum », selon leurs propres dires.

Cette démarche doit avoir des conséquences sur l'offre hospitalière :

- elle peut inciter à **repenser l'offre de services jusqu'à la structure organisationnelle** en fonction des attentes de la demande ;
- elle peut également **améliorer la motivation au travail du personnel** grâce à un sentiment d'utilité plus important et une meilleure réciprocité avec le patient ;
- elle peut **avoir un effet positif sur les processus de soins, de reconnaissance et de guérison** par une prise en charge plus adéquate du patient. Elle est donc favorable au projet de santé et de satisfaction des patients.

2.3.2. Modélisation et hypothèses

Un ensemble de caractéristiques psycho-sanitaires et socio-démographiques vont avoir une influence sur le modèle global de qualité perçue-satisfaction-fidélité. Les caractéristiques potentielles de segmentation sont :

1) les caractéristiques socio-démographiques classiques :

- âge,
- sexe,
- niveau d'instruction scolaire ;

2) les caractéristiques psycho-sanitaires² :

- condition d'arrivée (urgence ou programmation),
- passage par les soins intensifs,
- durée d'hospitalisation,

² Théoriquement, certaines caractéristiques pourraient être considérées comme des variables de fragmentation. Pour ne pas alourdir l'analyse, nous les regroupons toutes sous l'appellation segmentation.

- niveau d'accompagnement du patient (visite),
- le transfert d'unités (hors soins intensifs) pendant l'hospitalisation,
- le suivi d'un régime alimentaire pendant le séjour,
- le type d'unités dans lequel le patient a été hospitalisé,
- type de chambre (individuelle, double ou commune en fonction du nombre de lits),
- les antécédents d'hospitalisation (première hospitalisation dans la clinique ou retour) ;

3) les motivations dans le choix de l'hôpital :

- la réputation de la clinique,
- la réputation d'un service,
- la réputation d'un spécialiste,
- le conseil du médecin traitant,
- le conseil d'un spécialiste,
- le conseil d'un proche,
- la satisfaction liée à une hospitalisation antérieure,
- la proximité de la clinique par rapport au lieu d'habitation,
- le fait de ne pas choisir (ex : lors d'un accident),
- une autre raison (à préciser).

Cette partie est fortement heuristique mais repose sur des méthodes et outils scientifiques déjà couramment utilisés. L'hypothèse générale que nous pourrions formuler est la suivante :

H.D.5. : il existe des facteurs de segmentation de la demande, identifiables a priori par l'hôpital, concernant la qualité de service, la satisfaction et la fidélité de même que leurs déterminants. Ces critères de segmentation auront une influence soit sur les relations identifiées entre ces concepts, soit sur les concepts eux-mêmes, soit les deux .

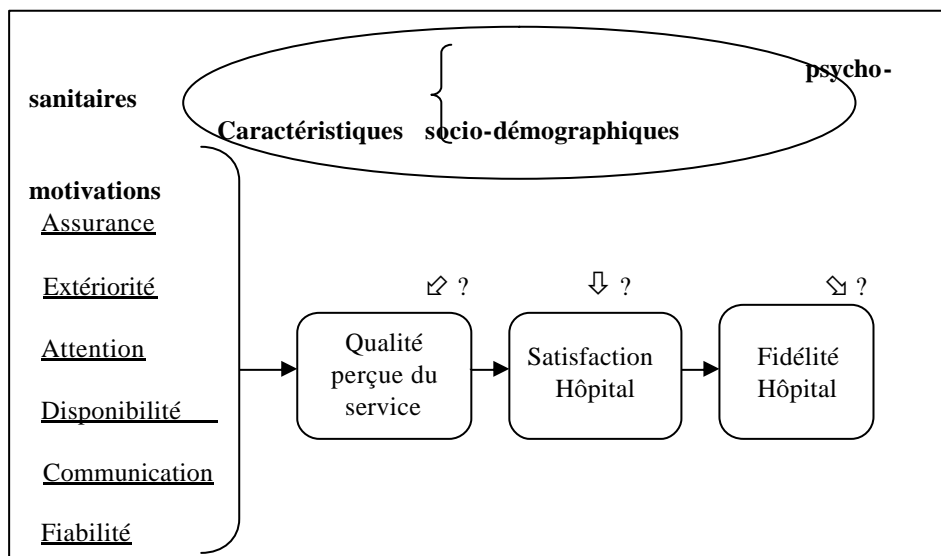


Figure V. 2. : Modélisation des effets potentiels de segmentation

Cette hypothèse générale de segmentation peut se subdiviser en 22 hypothèses spécifiques (H.D.5.1 à H.D.5.22) correspondant aux 22 caractéristiques potentielles de segmentation que nous venons de définir. Nous pouvons modéliser cette hypothèse générale dans la figure ci-dessus.

L'analyse de la demande peut se faire également en fonction de variables propres à l'offre hospitalière, ce que nous appelons **variables de fragmentation**. Pratiquement, certaines caractéristiques que nous avons présentées comme critères de segmentation sont à proprement parler des variables de fragmentation. Par mesure de simplicité, nous les avons rassemblées car ils répondaient à un même objectif de recherche.

Le type d'unité de soins fait partie de ces variables de fragmentation. Toute organisation hospitalière peut se subdiviser au minimum en trois catégories génériques d'hospitalisation (excepté les soins intensifs): la médecine, la chirurgie, la maternité. Le type de chambre est, quant à lui, une caractéristique hybride car si le nombre de lit(s) par chambre dépend de l'hôpital, le choix de la chambre dépend du patient (bien que ce ne soit pas toujours le cas). Une autre caractéristique que nous mettrons en évidence est le type d'hôpital dans lequel le patient a séjourné. Nous avons distingué trois types de clinique sur base de critères que nous détaillerons par après : la clinique de « proximité », la clinique « moyenne » et la clinique « universitaire ». Nous utiliserons les variables de fragmentation à plusieurs reprises de notre analyse.

2.4. La gestion de la qualité

La qualité hospitalière est assurément un concept multidimensionnel. D'un point de vue organisationnel, il est parfois utile de pouvoir modéliser le plus simplement les dimensions de la gestion de la qualité perçue dans l'esprit et le langage du personnel et des gestionnaires.

Grönroos (1984) a développé un modèle de gestion de la qualité perçue adapté aux entreprises de services. Ce modèle reposait sur deux dimensions principales (la qualité technique et la qualité fonctionnelle) qu'il suggérait de développer au mieux dans la gestion de ce genre d'entreprise. Nous proposons d'adjoindre une troisième dimension aux deux premières : la qualité relationnelle.

Le modèle proposé, est présenté dans la figure suivante avec les interrelations que nous lui imaginons.

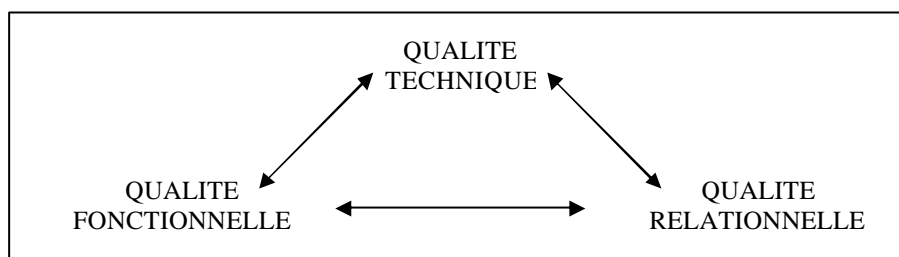


Figure V. 3. : Modèle proposé de gestion de la qualité du service

Clarifions ce que nous entendons par ces trois dimensions, sur base de la littérature et de notre recherche exploratoire.

1) La qualité technique :

Nous parlons de qualité technique dans un sens large, sur base du modèle globale de la santé. La qualité technique dépend principalement de :

- **la compétence et la formation** de tous les acteurs de soins dans leur fonction particulière : médecins, psychologues, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, aides-soignants, bénévoles, ... Chacun va contribuer à la qualité technique par les compétences spécifiques de sa fonction ;
- **l'équipement médical et la technologie** disponibles pour mettre à profit les compétences professionnelles des divers acteurs, le développement de la recherche et de l'enseignement ;
- **la pratique, les processus en place et le temps** qui peuvent aller dans des sens opposés. Il faut assurer une certaine pratique pour atteindre un niveau suffisant de qualité technique. Il a été démontré que l'amélioration des résultats est associée à un certain niveau d'activités, ce qu'on pourrait appeler "l'apprentissage par l'expérience". A l'inverse, il faut disposer de temps pour approcher le plus globalement le patient et mieux le soigner. Les processus en place correspondent aux activités que le personnel a pu préparer à l'avance sous forme de planning ou procédures à exécuter.

2) La qualité fonctionnelle

La qualité fonctionnelle fait référence à tous les moyens non médicaux mis en place au sein de l'organisation pour réaliser les activités définies :

- **l'organisation et les moyens synergiques** relatifs à la coordination des activités des différents acteurs et services. La coordination des activités entre services semble souvent négligée dans les hôpitaux. La structure hospitalière est fondée sur des services érigés par spécialité médicale qui ne favorise pas nécessairement la synergie ;
- **les locaux et les installations** participent à la qualité fonctionnelle de l'hôpital. L'accès, la facilité de déplacement, la circulation dans et à l'extérieur de l'hôpital, la propreté et l'hygiène, l'ambiance physique, l'architecture, agissent comme des catalyseurs de l'activité hospitalière ;
- **les services périphériques et l'hôtellerie** sont des enjeux de plus en plus importants pour les patients. L'accueil, l'hébergement, la nourriture, les visites, les moyens de divertissement sont des éléments tangibles et évaluables par le patient.

3) La qualité relationnelle

La qualité relationnelle nous semble inhérente à la notion de service, et est encore plus importante dans le cadre d'un service concernant directement l'être humain, son existence et son corps. Elle fait référence à l'ensemble des aspects humains qui agissent dans et autour du service :

- **la capacité d'écoute et de dialogue** entre les acteurs, entre acteurs et patients, entre patients et proches, est fondamentale. Alors que l'intégrité du patient peut être remise en cause, seule la communication peut lui permettre d'accepter, voire de valoriser, sa situation et les étapes qui s'en suivront. Cette capacité d'écoute et de dialogue nécessite des aptitudes, de l'expérience, des formations. Elle est certainement peu formalisée à l'hôpital ;
- **l'attention et la générosité** portées aux personnes se remarquent dans la communication que développent les personnes entre elles, mais également dans l'aspect non verbal de la communication. Au-delà du langage, ce sont des attitudes, une disponibilité et un respect de l'être humain. Cet aspect est très difficilement normalisable et mesurable car les attentes d'attention seront différemment perçues par les patients selon leurs caractéristiques, leur état de santé, leur familiarité avec le milieu hospitalier, la durée de leur séjour,...
- **la relation à soi** est un élément très important à l'hôpital. Comment le patient se sent-il, les sentiments qu'il éprouve peuvent varier fortement par le seul fait d'être dans un hôpital, lieu où se côtoient la souffrance et la mort en permanence. L'atmosphère régnant à l'hôpital est un aspect très qualitatif, mais se révèle fondamental dans le bien-être des acteurs et patients : calme et sécurité pour le patient, coopération plutôt que

tension pour le personnel, identification plutôt que dépersonnalisation pour le visiteur,...

A l'aide des indicateurs de qualité perçue du service par le patient, nous tenterons de vérifier l'existence ou non de ces trois dimensions distinctes.

3. L'offre hospitalière : les hôpitaux

3.1. L'intérêt de la recherche

Comme nous l'avons évoqué, cette recherche s'inscrit dans un contexte hospitalier très particulier à l'aube du 21^{ème} siècle. Nous avons souligné l'importance des restructurations économiques que connaissent nos institutions sanitaires dans tout le pays comme dans la plupart des pays occidentaux. Après une longue période d'expansion, les deux dernières décennies se sont caractérisées par une période d'austérité particulièrement contraignante pour le secteur alors que les progrès scientifiques et informatiques poursuivent leurs avancées, que de nouvelles maladies et de nouvelles formes thérapeutiques se développent.

Cette complexité et ces enjeux nous ont poussé à étudier différentes pistes en matière de recherche et d'apporter une contribution nouvelle pour la gestion de ces organisations. C'est à ces fins que nous avons choisi d'étudier la perception par les médecins et infirmières de la qualité de service rendu au patient, ainsi que l'orientation-marché des hôpitaux et des unités de soins.

3.2. La qualité perçue du service par le personnel

Après avoir étudié la perception des patients à l'égard du service qu'ils reçoivent dans les institutions hospitalières, nous avons jugé utile de considérer la perception des médecins et infirmières de la qualité du service qu'ils rendent aux patients. Nous poursuivrons un triple objectif à cet égard :

- identifier les perceptions du personnel sur leur manière d'offrir le service aux patients ;
- repérer les indicateurs qu'utilisent médecins et infirmières pour évaluer leurs perceptions de la qualité de service offert aux patients ;
- comparer les perceptions du personnel avec celles des patients de manière générale et par type d'unité de soins.

Quelles sont les composantes qui induisent la meilleure qualité de service pour les prestataires des soins de santé ? Y a-t-il une relative adéquation entre qualité offerte et qualité perçue par les patients? Existe-t-il des écarts significatifs entre prestataires et bénéficiaires des soins de santé concernant cette qualité en milieu hospitalier? Quels enseignements pouvons-nous en tirer en termes de gestion des unités de soins et des structures hospitalières ?

Nous présentons dans la figure suivante le modèle théorique de qualité perçue du service par les médecins et infirmières. Le modèle sur lequel nous nous appuyons pour mesurer la qualité du service offert et pour comparer le

service rendu par les prestataires de soins au service perçu par les patients, doit idéalement reposer sur des composantes similaires aux composantes proposées dans le modèle de qualité de service perçue par les patients, présentées ci-dessus.

A l'exception de la composante tangibilité qui ne correspond pas à proprement parler au service délivré par les médecins et infirmières des unités de soins, les composantes sont donc identiques. Les indicateurs relatifs à ces composantes sont détaillés dans le chapitre suivant consacré à la méthodologie.

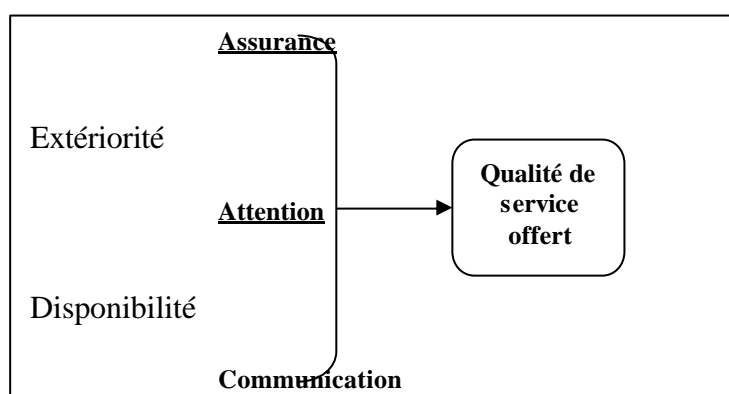


Figure V. 4. : Modèle de qualité de service offert

Les deux hypothèses implicites que nous pouvons formuler concernant l'analyse de la qualité de service offert et la comparaison du service rendu/ service perçu sont :

- H.O.1. : Les composantes utilisées par le personnel hospitalier pour évaluer la qualité de service offert aux patients diffèrent des composantes retenues par les patients pour évaluer la qualité perçue du service.
- H.O.2. : Les perceptions du personnel concernant les indicateurs de qualité de service rendu aux patients diffèrent des perceptions des patients concernant ces mêmes indicateurs.

3.3. L'orientation-marché

3.3.1. L'orientation-marché des hôpitaux

Suite à des travaux de réorganisation, certains hôpitaux canadiens et américains ont restructuré leurs activités sous forme d'organisation par programme, qui, selon nous, est une forme expérimentale de l'orientation client, composante centrale de l'orientation-marché. Lathrop (1993) explique que :

«The major problem of quality revolves around customer service and process quality rather than the questions of whether the vast majority of patients go home with excellent clinical outcomes. The problem is that the tools we use are by and large post hoc and statistical-treating the care process as black box ».

Sheth (1993) donne quatre raisons qui doivent encourager les organisations du secteur non marchand à adopter un mode de gestion orienté vers l'utilisateur et le marché : la privatisation, la concurrence, l'opinion publique et le progrès technologique ; auxquelles nous ajoutons, pour le secteur de la santé, le consumérisme et la crise de légitimité des institutions hospitalières et de la médecine. Pour ces raisons, Sheth recommande à ces organisations d'améliorer leur ouverture au marché et de veiller à préserver l'intérêt général de leurs activités (cfr Chapitre 4). Cette philosophie de gestion et cette culture d'organisation sont les piliers de l'orientation-marché des entreprises. Nous reprenons la définition de base de l'orientation-marché des entreprises, donnée par Narver et Slater (1990) :

« La culture d'organisation qui, de manière la plus efficace et la plus efficiente, crée les comportements nécessaires à la création d'une valeur ajoutée pour les acheteurs et donc, une meilleure performance pour l'organisation ».

Cette définition de base qui connaîtra des variantes au fil des recherches, doit cependant être adaptée au secteur qui nous occupe pour diverses raisons, notamment :

- la mission de l'hôpital dans le système belge qui se concentre sur des considérations sanitaires et de satisfaction du patient et non sur un but de lucre ;
- la séparation partielle entre le bénéficiaire des services de soins de santé et le payeur ;
- la relative autonomie des unités de soins au sein d'une même clinique dans les modes de fonctionnement et de prise en charge du patient, considéré comme client final ;
- la présence de professionnels de la santé qui, selon leur statut, travaillent en qualité de prestataire mais également de client interne de l'organisation hospitalière comme toute organisation de service ;
- l'existence de prescripteurs de l'institution représentés par les médecins généralistes, qui sont à la fois partenaires et client externe de l'hôpital et des unités de soins en particulier.

A la lumière de la définition donnée aux déterminants de l'orientation-marché des entreprises (Lambin, 1994 & 1996 ; Lambin et Chumpitaz, 2000), les déterminants de l'orientation-marché en milieu hospitalier reposent sur plusieurs facteurs clés. Nous avons adapté le modèle aux particularités du secteur hospitalier, présenté dans la figure suivante. Expliquons les déterminants de notre modèle.

- **L'environnement macro-sanitaire** fait référence au contexte sanitaire, légal, économique, géographique, sociologique,... dans lequel l'organisation hospitalière s'inscrit.
- **Les composantes de l'orientation-marché** sont « le support hospitalier interne », « l'orientation-patient » (et proches) », « l'environnement externe », « l'orientation-prescripteur », « l'équipe sanitaire » (orientation client interne) et « la coordination interfonctionnelle ».
- La réalité hospitalière nous incite à **adopter un double niveau de lecture : l'hôpital et les unités de soins**. L'étude exploratoire auprès des médecins et administrateurs sous forme d'interviews, a montré l'existence d'une double perspective à l'hôpital. Ce serait dès lors une erreur selon nous que de généraliser l'orientation-marché à l'ensemble d'un hôpital sur base de critères mesurés auprès d'une seule de ces deux perspectives. De plus, les unités de soins peuvent différer fortement au sein d'une même institution. Cette double perspective nous différencie quelque peu de la littérature, bien que Greenley (1995) s'intéressait déjà à la variabilité des formes de l'orientation-marché.

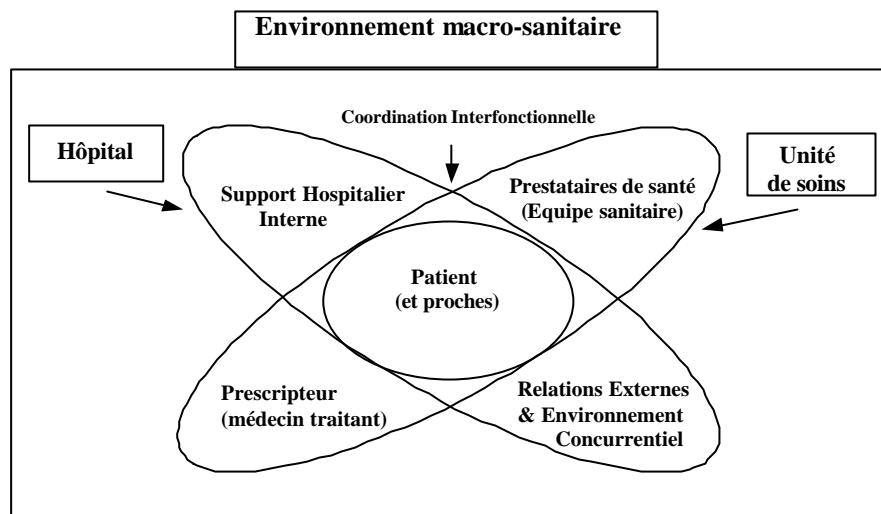


Figure V.5. : Modélisation de l'orientation-marché des hôpitaux (inspiré de Lambin, 1996)

- Chaque perspective contribue à l'orientation-marché. Chacune aura ses composantes propres; à savoir :
 - « le support hospitalier interne », « l'orientation-patient (et proches) », « l'environnement externe » et « la coordination interfonctionnelle » pour l'hôpital;
 - « l'orientation-prescripteur », « l'équipe sanitaire » et « l'orientation-patient » pour l'unité de soins.
- L'orientation-patient est une composante qui se retrouve dans les deux perspectives. La coordination interfonctionnelle est une composante qui fait le lien entre l'unité et l'hôpital.

Définissons chaque composante.

1) Support hospitalier interne

Le support hospitalier interne implique la volonté de développer des activités en réponse aux besoins spécifiques de ses clients, internes ou externes, et d'offrir un support matériel et logistique adéquat à la réalisation des services de l'organisation.

2) Environnement externe

L'environnement externe comprend l'analyse des relations et influences externes, ainsi que la prise en compte de la concurrence globale dans l'univers hospitalier. Elle 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, sanitaire, technologique, politique, démographique, culturel,... ainsi que d'étudier les forces et faiblesses des concurrents.

3) Orientation-patient (et proches)

Cette composante a deux niveaux de lecture, l'un propre à l'hôpital et le second appartenant à l'unité de soins, tant l'un et l'autre peuvent avoir une influence sur cette composante. Nous regroupons les patients et les proches dans cette vision que nous défendons où le patient n'est pas un être isolé pour l'hôpital mais bien un être intégré dans une famille, un réseau social,...

- L'orientation-patient dans la perspective de l'hôpital implique la volonté des dirigeants d'analyser l'opinion des patients et proches et d'intégrer leurs niveaux de satisfaction dans l'évaluation des activités de l'hôpital, de considérer leurs remarques et plaintes et de faire partager l'objectif de satisfaction des patients et proches à tout le personnel de l'organisation.
- L'orientation-patient dans la perspective de l'unité de soins implique la volonté de disposer et de créer des produits ou des services générateurs d'utilités supérieures pour le patient mais également ses proches. La mesure de la satisfaction du patient et le traitement des plaintes est également pris en compte car ces indicateurs pourraient être intégrés au niveau global sans l'être au cœur de l'activité hospitalière. La connaissance des processus de décision d'hospitalisation du patient, l'organisation systématique de leur accueil et de leur hospitalisation comme l'accueil de leurs proches font également partie de cette composante.

4) Equipe sanitaire

Cette composante implique la volonté de collaborer en équipe dans les unités de soins et de fonctionner autour du patient et des proches en privilégiant l'esprit d'équipe et de concertation. Nous regardons également comment la collaboration et l'information liées aux activités de l'équipe sanitaire se passent avec les unités de soins partenaires.

5) Orientation-prescripteur

Cette composante implique la volonté de traiter chaque prescripteur (les médecins traitants) des services comme un client de l'organisation et de rencontrer ses besoins spécifiques. Dans une perspective de gestion ouverte à son environnement, nous ne pouvons ignorer la relation de l'unité de soins avec les médecins traitants.

6) Coordination interfonctionnelle et intra-hospitalière

Cette composante implique la volonté de diffuser l'information sur le marché et les grands choix stratégiques de l'hôpital à tous les niveaux de l'organisation. Elle implique également la volonté de faire participer activement toutes les fonctions de l'organisation à l'analyse des besoins et des problèmes des clients externes (patients, proches, visiteurs, prescripteurs).

La coordination interfonctionnelle se positionne à un niveau intermédiaire entre l'organisation hospitalière dans sa globalité et les différentes unités de soins qui la composent. Nous mesurons pour l'ensemble de l'organisation la volonté de collaboration au sein de la clinique, la mobilité du personnel entre les unités, la diffusion de l'information et la contribution des unités à la performance de l'hôpital, la concertation entre les unités tant dans l'organisation que dans la poursuite des objectifs de l'hôpital.

Chaque composante comporte une dimension analyse et une dimension action qui vont se traduire dans les indicateurs de mesure présentés dans le chapitre méthodologie.

3.3.2. Orientation-marché et performance sociale (qualité perçue du service/ satisfaction/ fidélité du patient)

A l'image des travaux de Chang et Chen (1993), Day (1994) qui souhaitent faire le lien entre l'orientation-marché et la qualité offerte, nous souhaitons rapprocher les concepts d'orientation-marché et de qualité perçue du service.

La littérature scientifique souligne la relation supposée mais non vérifiée entre l'orientation-marché et la satisfaction du consommateur (Jaworski et Kholi, 1993; Lambin, 1996). L'hypothèse de cette satisfaction est supposée vraie selon l'équation non vérifiée, qu'une meilleure performance économique mesurée dans le chef des entreprises s'assimile à une plus grande satisfaction du consommateur. A l'instar de l'image de marque de l'entreprise, la satisfaction fait partie d'une «boîte noire» dont la relation positive à l'orientation-marché est supposée. **L'étude de cette relation entre l'orientation-marché et la satisfaction du patient nous paraît fondamentale** dans la mission que se sont données les organisations sanitaires.

Nous avons regroupé sous la définition élargie de performance sociale les indicateurs de qualité perçue du service, de satisfaction et de fidélité du patient à l'égard de l'hôpital.

Pour ne pas agréger la satisfaction du patient au niveau de l'hôpital, nous privilégions en priorité le score de qualité perçue du service qui est directement influencée par l'unité de soins dans laquelle le patient a séjourné. L'hypothèse que nous formulons à cet égard :

H.O.3. : L'orientation-marché influence positivement la qualité perçue du service par le patient. Au plus le score d'orientation-marché d'un hôpital est élevé, au plus le niveau de qualité perçue par les patients des unités de soins prises en considération sera élevé.

Toutefois, rien n'empêche de vérifier dans la même logique des unités de soins, la relation entre l'orientation-marché et la satisfaction du patient, ainsi que la relation entre l'orientation-marché et la fidélité du patient.

H.O.4. : L'orientation-marché influence positivement la satisfaction du patient. Au plus le score d'orientation-marché d'un hôpital est élevé, au plus le niveau de satisfaction des patients des unités de soins prises en considération sera élevé.

H.O.5. : L'orientation-marché influence positivement la fidélité du patient. Au plus le score d'orientation-marché d'un hôpital est élevé, au plus le niveau de fidélité des patients des unités de soins prises en considération sera élevé.

3.3.3. Variables explicatives/modératrices

Nous souhaitons également mettre en évidence l'existence possible de variables explicatives et/ou modératrices d'ordre organisationnel, structurel,... dans la compréhension de l'analyse des hypothèses présentées concernant l'offre hospitalière. Sans prétendre à une vérification statistique représentative des relations proposées, nous souhaitons apporter un éclairage nouveau à la gestion des hôpitaux, en tenant compte de la variabilité et de la complexité de ce type d'organisation.

4. Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons souligné l'intérêt de la recherche conjointement aux objectifs fixés et à la modélisation relative des concepts présentés. Les hypothèses formulées en découlent directement.

Cependant, nous gardons à l'esprit le caractère original de la recherche qui unit une discipline et un secteur encore fort inconnu l'un de l'autre. Par conséquent, les intérêts mentionnés ne peuvent ignorer un aspect encore fort heuristique de la recherche, toutes les motivations mais aussi les limites que cela représente.

CHAPITRE 6 : **Méthodologie de la recherche**

Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie de la recherche en réponse aux objectifs et modèles formulés dans le chapitre précédent. Nous décrivons la collecte de l'information, ainsi que les questionnaires et les types de tests statistiques utilisés pour analyser l'offre et la demande. Nous clôturons par la présentation des règles de fidélité et de validité des mesures, d'estimation de la qualité des modèles et sur le concept de validité de la recherche.

1. La collecte de l'information

Que ce soit pour l'offre ou pour la demande hospitalière, nous avons travaillé **en collaboration avec une fédération d'hôpitaux de Belgique**. Il s'agit en l'occurrence d'une décision à la fois opportune et contraignante.

Opportune car cette fédération nous a permis de travailler dans des hôpitaux de différentes tailles (du petit hôpital de proximité au gros hôpital universitaire) et de différentes régions de Wallonie et de Bruxelles. Les hôpitaux nous ont ouvert leurs portes en toute confiance après avoir conclu un accord de confidentialité et d'exclusivité.

Contraignante car le fait de passer un accord avec certains hôpitaux ne nous autorisaient plus à travailler avec une fédération concurrente qui regroupe d'autres hôpitaux. C'est en l'occurrence tout le côté politique des organisations hospitalières qui est en jeu, et auquel nous ne pouvons que nous soumettre. Il est utile de connaître les difficultés de pénétrer au cœur même de ces organisations pour apprécier les raisons de ce choix.

A posteriori, nous pouvons dire que 9 institutions ont participé à la recherche, soit 12 sites hospitaliers distincts et 75 unités de soins différentes. La couverture géographique est relativement large, vu la situation des hôpitaux de part et d'autre de la Wallonie et à Bruxelles. Nous prendrons le soin de numéroter les hôpitaux pour préserver le caractère anonyme de leur contribution.

2. Analyse de la demande hospitalière : les patients

L'objectif principal de l'analyse de la demande hospitalière consacrée aux patients hospitalisés, est, rappelons le, d'étudier la qualité perçue du service, la satisfaction et la fidélité des patients à l'égard de l'hôpital et de développer une démarche de segmentation de cette demande hospitalière. Cette analyse s'est déroulée en deux temps : une étude exploratoire et une étude quantitative. L'étude exploratoire en collaboration avec le Dr Th. Muller (1996), a déjà été exposée (cfr chapitre 3).

2.1. L'étude quantitative

La préparation de l'étude quantitative a été réalisée avec l'aide d'une personne responsable "Qualité et Communication" d'une clinique, et de I. Roch, étudiante en Gestion Hospitalière à l'UCL, qui a consacré son mémoire de fin d'études à cette partie de la recherche (1997).

Sur base du modèle que nous voulons tester, nous avons élaboré un questionnaire à l'attention du patient. **Le choix de l'étude quantitative** était évident tant pour des raisons scientifiques que pratiques.

- Du point de vue scientifique, nous avons voulu offrir à notre étude une certaine représentativité statistique afin de valider notre modèle théorique. De plus, les objectifs de segmentation et de fragmentation liés à notre étude sur la demande hospitalière nous ont imposé la collecte d'un nombre suffisant d'enquêtes en vue du découpage de notre base de données selon les critères de recherche établis.
- Du point de vue pratique, les hôpitaux participant au projet ont souhaité s'enrichir d'un maximum d'informations émanant de leurs patients avec l'espoir de tirer une image de leur organisation la plus fidèle possible, de se comparer entre institutions et d'obtenir ensuite les recommandations les plus appropriées. Dans un deuxième temps, ils souhaitaient faire de l'enquête un outil permanent d'évaluation avec comparaisons dans le temps de l'évolution de la perception et de la satisfaction des patients. Ces objectifs n'étaient réalisables qu'à l'aide d'une enquête quantitative.

2.1.1. La construction du questionnaire

Pour réaliser cette étude quantitative, nous avons construit un questionnaire que nous devons soumettre à tous les patients des cliniques concernées par le projet. Dans sa version finale, ce questionnaire (présenté en annexe) se compose de six parties distinctes présentées sur un seul formulaire (Bielen, Roch et Vandenberghe, 2000):

1) L'introduction personnalisée de la Clinique

Il est important que la Clinique présente le questionnaire au moyen de quelques lignes introductives. De cette façon, le patient peut mieux percevoir l'intérêt de l'étude, comprendre certaines modalités pratiques (par exemple : la transmission fiable du questionnaire rempli, la garantie de l'anonymat,...) et identifier le(s) destinataire(s) à qui ses réponses vont être transmises (par exemple : la Direction).

2) Les variables d'identification : modératrices et/ou de segmentation

Les variables d'identification sont regroupées en un ensemble de questions à choix multiples, relatives à des caractéristiques psycho-sanitaires et socio-démographiques du patient interrogé ainsi que sur ses motivations. Ces variables représentent un potentiel de segmentation ou d'effet modérateur.

- **L'arrivée en urgence** : il s'agit de la notion d'urgence perçue par le patient et non par l'hôpital ou par le passage par le service des urgences. Nous cherchons à savoir si le patient a ou non programmé son arrivée à l'hôpital.
- **Le type de chambre** : en fonction du nombre de lit(s) dans la chambre, nous identifions le type de chambre dans laquelle le patient a séjourné.
- **Le numéro de la chambre** : outre l'utilisation de couleurs respectives pour différencier la provenance des questionnaires, une manière d'identifier l'unité de soins dans laquelle le patient a été hospitalisé, est de lui demander le numéro de sa chambre.
- **L'hospitalisation antérieure dans une autre clinique** : l'expérience d'une autre hospitalisation dans un autre établissement peut permettre éventuellement la comparaison entre institution de la part du patient, voire lui procurer un certain apaisement par rapport à l'hospitalisation.
- **L'hospitalisation antérieure dans la même clinique** : l'expérience de cette clinique peut éventuellement lui procurer un sentiment de familiarité avec l'institution, de même qu'il pourra entreprendre certaines comparaisons.
- **Le choix de l'institution** : dix "motivations" sont proposées au patient dans le choix de l'hôpital (le conseil du médecin traitant, la réputation de la clinique, la proximité de la clinique, la réputation d'un spécialiste de la clinique, la satisfaction liée à une hospitalisation antérieure, le conseil d'un proche, la réputation d'un service de la clinique, le conseil d'un spécialiste, le fait de pas avoir choisi, autre possibilité à préciser). Le patient a la liberté d'indiquer plusieurs motivations liées à son hospitalisation.
- **La durée d'hospitalisation** : cette durée est exprimée en nombre de jours.
- **Le passage par les soins intensifs** : il peut nous donner une indication sur la gravité et la lourdeur des soins encourus par le patient.

- **Le genre du patient** : homme ou femme.
- **L'âge du patient** : exprimé en nombre d'années.
- **Le code postal de la commune dans laquelle réside le patient** : cela permet d'établir la carte géographique de l'origine des patients de la clinique ;
- **L'état civil du patient** : la distinction est faite entre célibataire, marié(e) ou en couple, séparé(e) ou divorcé(e) et veuf(ve).
- **Le niveau de formation d'études** : cinq niveaux distincts sont proposés: primaire, humanités inférieures ou supérieures (général, technique ou professionnel), supérieur de type court (graduat en 2 ou 3 ans), supérieur de type long (université ou assimilé).
- **Le suivi d'un régime alimentaire pendant le séjour** : il peut avoir une influence sur l'appréciation de la nourriture mais également du séjour.
- **Le transfert du patient entre unités (hors soins intensifs) durant le séjour** : la réponse est simplement affirmative ou négative.
- **La fréquence perçue des visites par les proches du patient pendant le séjour** : ceci pour donner une indication sur le niveau d'accompagnement perçu par le patient

Les trois dernières questions ont dû être placées en fin de questionnaire pour des raisons d'impression. Nous avons essayé de placer les questions plus « indiscrettes » ou personnelles après les questions plus générales.

3) La mesure de la qualité de service perçue et de l'importance des attributs

Cette partie du questionnaire se base sur la méthodologie d'enquête des études de qualité de service perçue, **proche du modèle Servperf** (Cronin et Taylor, 1992-94), que nous avons adaptée au secteur hospitalier. Ainsi, nous souhaitons connaître la perception des patients quant à la performance du service sur les attributs considérés. Il s'agit d'une approche de composition et d'un modèle multi-attributs avec évaluation a posteriori en une seule prise. Cette partie présente 40 affirmations auxquelles le répondant donne son degré d'accord ou de désaccord à l'aide d'une échelle d'intervalles de type Likert en 11 points (de 0 à 10) en guise d'appréciation (performance). Dans un deuxième temps, le répondant exprime le degré d'importance de l'attribut considéré dans son échelle de valeur. Trois possibilités lui sont offertes : peu important - important - très important. Cette deuxième échelle ordinale donne l'avantage de relativiser l'appréciation des attributs mesurée à l'aide de la première échelle.

Le choix des échelles est un problème important et toujours d'actualité dans ce type d'enquête : le souci de maximiser la variabilité des réponses et d'offrir l'opportunité au répondant d'exprimer la nature précise de leur opinion (Fitzpatrick, 1991). Le gain de précision et de fiabilité, apporté par

l'augmentation du nombre de réponses possibles, est minimal au-delà de sept alternatives (Nunally, 1978) et la plupart des échelles sont de type impair à cinq ou sept positions. Le choix d'une échelle de 0 à 10 concernant la performance s'est fait après un premier pré-test. L'avantage de cette échelle est la référence au système décimale, échelle familière et connue de tous par notre système d'éducation scolaire. Une échelle à cinq ou sept positions contraindrait le répondant à revenir continuellement à un support sémantique comme c'est déjà le cas pour les autres échelles. De plus, cette échelle respecte les propriétés des nombres (Lambin, 1994) suivantes :

- la distance : les distances entre les nombres sont proportionnelles entre elles ;
- l'ordre : les nombres sont ordonnés ;
- l'origine : les nombres ont une origine naturelle, le zéro.

De plus, cette échelle respecte le principe de neutralité, cher au souhait de ne pas forcer un répondant à prendre position s'il n'en a pas (Perrien, Chéron et Zins, 1984). Enfin, nous avons prévu une réponse de fuite (N), au cas où le répondant n'aurait pas été confronté à la situation décrite.

Le changement d'échelle pour la mesure d'importance est survenu lors d'un autre pré-test. Il a pour but d'éviter la confusion entre les deux échelles relatives aux concepts de performance et d'importance des attributs, tout en leur préservant un maximum de simplicité. Il ne s'agit plus d'une échelle d'intervalles mais bien d'une échelle ordinale en trois positions.

Comme présenté dans le chapitre précédent, nous avons apporté des modifications au nombre de dimensions de la qualité de service perçue afin de disposer d'un modèle adapté à la spécificité des soins de santé en général, et de l'hospitalisation en particulier. Nous avons identifié sept composantes en lieu et place des cinq initiales. Ces sept composantes se décomposent en 40 indicateurs, toujours contestables mais profondément étudiés, de la manière suivante :

- La Tangibilité - 11 indicateurs :

- L'accès à l'hôpital est aisé (parking, accès routier,...)
- Les formalités d'admission sont aisées
- Il est facile de trouver son chemin dans l'hôpital
- L'aspect de l'hôpital est agréable (décor, apparence, agencement,...)
- La chambre est confortable (lit, fauteuil, équipement, sanitaires,...)
- Les locaux sont bien entretenus (chambre, salle de séjour, couloirs,...)
- L'hôpital dispose d'un équipement médical moderne
- Le service des repas me convient (qualité de la nourriture, horaire, régime alimentaire,...)

- Il est facile de se reposer quand on le souhaite
 - Le personnel hospitalier est bien habillé et soigné
 - Il fait suffisamment calme à l'hôpital
- **L'Attention** – 5 indicateurs
- Le personnel de l'admission a été accueillant
 - L'accueil dans le service a été chaleureux
 - Le personnel hospitalier est courtois et agréable
 - Les infirmières sont sensibles à mes besoins
 - Les médecins sont à l'écoute du patient
- **La Disponibilité** – 4 indicateurs
- Je peux compter sur l'accueil et le soutien de bénévoles
 - Je peux faire appel à une assistance (sociale, religieuse, laïque,...) si je le veux
 - J'ai l'impression que les médecins sont suffisamment disponibles
 - J'ai l'impression que les infirmières sont suffisamment disponibles
- **L'Assurance** – 5 indicateurs
- Je me sens en sécurité à l'hôpital
 - Je me sens respecté(e) dans mon intimité et ma pudeur
 - Le personnel hospitalier tient compte de mes remarques
 - Le personnel se préoccupe de soulager mes douleurs
 - Les médecins et les infirmières mettent tout en oeuvre pour bien me soigner
- **La Communication** – 5 indicateurs
- A mon arrivée, le personnel m'explique le déroulement du séjour
 - Lorsque je dois attendre (le médecin, pour un examen,...), le personnel m'en donne les raisons
 - Lorsque j'ai des questions, j'ai l'occasion de discuter avec les médecins et les infirmières
 - Tout au long de mon séjour, je reçois une information claire sur mon état de santé et mon traitement
 - Le personnel hospitalier me donne des informations concernant ma sortie de l'hôpital (départ de l'hôpital, poursuite du traitement,...)
- **La Fiabilité** – 5 indicateurs
- Je pense que les soins infirmiers sont de bonne qualité
 - Je pense que les soins médicaux sont de bonne qualité
 - En cas de problème, le personnel réagit rapidement
 - Les services (un examen, une opération,...) sont réalisés au moment où ils étaient prévus

- Le séjour s'est déroulé comme prévu
- **L'Extériorité** – 5 indicateurs
- A l'hôpital, je peux rester en contact avec le monde extérieur (T.V., téléphone, journaux,...)
 - Les heures de visite proposées me conviennent
 - J'ai l'occasion de rester en contact avec mon médecin traitant quand je suis hospitalisé(e)
 - L'hôpital manifeste de l'intérêt pour ma famille et mes proches (accès, accueil, cafétéria,...)
 - Je peux recevoir de l'aide concernant les suites de mon hospitalisation (soutien, suivi du traitement, démarches administratives,...)

L'ordre des questions a été établi de manière à mélanger les affirmations des différentes composantes lors de l'administration du questionnaire à l'hôpital, tout en veillant à respecter une chronologie des événements par rapport à l'hospitalisation du patient. Tous les items ont été formulés positivement, ce qui est soutenu par certains auteurs (Vogels, Lemmink et Kasper, 1989 ; Babakus et Mangold, 1992).

4) Les mesures globales

Quatre mesures globales sont proposées : les deux premières concernant l'hôpital, les deux dernières concernant le service dans lequel le patient a été hospitalisé. Pour ces mesures globales, le patient utilise une échelle d'intervalles en 5 points avec support sémantique. Il s'agit de :

- (1) la satisfaction globale à l'égard de l'hôpital;
- (2) l'intention de revenir dans cet hôpital si cela était nécessaire (notion de fidélité);
- (3) l'intention de recommander le service dans lequel le patient a séjourné à un proche;
- (4) la perception globale de la qualité du service dans lequel le patient a séjourné.

5) Question ouverte

Le répondant a la possibilité de s'exprimer ouvertement sur son séjour ou sur les mesures qui pourraient être entreprises pour améliorer le séjour des patients à l'hôpital. Cette question a pour but de générer des idées constructives pour l'hôpital et d'autres sujets à évaluation que nous aurions négligés, et éventuellement de découvrir des attentes nouvelles à l'égard de l'hôpital.

6) Les coordonnées du répondant

Le patient a la possibilité de joindre ses coordonnées afin que l'hôpital puisse le remercier.

2.1.2. Les pré-tests du questionnaire

Les objectifs du pré-test (Javeau, 1988) sont d'évaluer l'efficacité de l'instrument dont on a rédigé le prototype en mesurant la facilité de compréhension, le degré d'acceptabilité et la facilité d'interprétation du questionnaire. I. Roch (1997) reprend dans son mémoire les points sur lesquels nous avons essayé d'être le plus rigoureux lors des différents pré-tests :

- le test de la compréhension sémantique du questionnaire qui vise à vérifier si les termes utilisés sont facilement compréhensibles et dépourvus d'équivoques ;
- l'ordre des questions qui ne peut susciter aucune réaction de déformation (la crainte de se faire mal juger, le désir de se conformer à la norme sociale, le refus de se laisser impliquer personnellement et la suggestibilité au contenu des questions) ;
- la forme des questions qui doit permettre de bien recueillir les informations souhaitées ;
- la longueur du questionnaire qui ne doit pas provoquer le désintérêt ou l'irritation du répondant ;
- la nécessité de démultiplier certaines questions ou d'introduire des redondances ;
- le choix de l'introduction et des liaisons qui doivent présenter au mieux le questionnaire.

Dans un premier temps, la personne responsable "Qualité et communication" de la clinique pilote et moi-même, avons réalisé un pré-test qualitatif (entretien individuel et en face à face) auprès de 30 patients hospitalisés d'unités de soins et de caractéristiques différentes. Il s'agissait de mesurer la facilité de compréhension, le degré d'acceptabilité et la facilité d'interprétation du questionnaire par le patient. Cette étape nous a obligés à pratiquer certaines modifications (quatre versions différentes), ce qui, d'une certaine façon, rappelle sa grande utilité. Nous vous référons à la lecture du mémoire d'I. Roch (1997) pour suivre toutes les étapes et les modifications apportées au fur et à mesure des entretiens individuels que nous avons eus avec les patients.

Dans un second temps, nous avons distribué le questionnaire à l'ensemble des patients de l'hôpital pendant une période d'un mois, ce que nous avons appelé le pré-test quantitatif. L'objectif était de lancer le questionnaire en mode auto-administré et d'étudier les modalités pratiques en vue de la mise en place permanente de l'outil. Le taux de réponse (supérieur à 35%), de

loin supérieur à ce qui était obtenu au moyen de l'ancien questionnaire de la clinique. Ce taux de réponse combiné à la richesse des informations récoltées, ont été des facteurs très encourageants pour la poursuite du projet.

L'objectif final de ce pré-test quantitatif était de vérifier la capacité des répondants à répondre seuls au questionnaire, dû notamment à sa relative complexité. Nous avons donc cherché à connaître :

- la compréhension : les réponses sont-elles cohérentes, les patients ont-ils répondu aux mesures de performance et d'importance, ont-ils répondu à toutes les questions,...
- le taux de réponse ;
- la variabilité des réponses
- les caractéristiques des répondants et principalement le niveau d'éducation.

Ainsi, si les répondants estimaient que tous les items présentés étaient de même importance, il n'aurait servi à rien d'utiliser cette échelle. Par contre, la variabilité des réponses a montré la pertinence de l'introduction de cette échelle dans notre questionnaire. Nous devions également vérifier que ce n'est pas qu'une seule frange de la population qui a répondu à notre questionnaire.

Les résultats du pré-test auprès de 143 patients ont été très concluants et nous ont permis de lancer le questionnaire « en routine ». Sans entrer dans le détail des résultats obtenus, nous mentionnons comme mesure de fiabilité l'Alpha de Cronbach des 7 dimensions de la qualité perçue des services. La fiabilité correspond au niveau pour lequel plusieurs (minimum deux) indicateurs «partagent» la mesure d'un même construit (dans notre cas : une dimension de la qualité perçue des services) (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1992). L'objectif est de s'assurer du degré de reproductibilité des résultats lorsque l'on applique une nouvelle fois l'instrument dans des conditions identiques (Giannelloni et Vernet, 1994). L'Alpha de Cronbach est une mesure de cette fiabilité.

La pratique statistique permet d'interpréter le niveau de l'Alpha de Cronbach. Nunally (1978) suggère 0,70 comme la borne inférieure acceptable. DeVellis (1997) donne une échelle plus fine, par catégorie, que nous avons choisie pour interpréter nos résultats. Nous voyons que le degré de fiabilité mesurée autour de la composante «Extériorité» est faible mais acceptable, elle est respectable pour les composantes «Disponibilité» et «Communication» et il peut être qualifié de très bon pour les composantes «Tangibilité», «Attention», «Assurance» et «Fiabilité».

Dimensions	Alpha de Cronbach	Interprétation
Tangibilité	0,8252	« Très bon »
Attention	0,8333	« Très bon »
Disponibilité	0,7272	« Respectable »
Assurance	0,8887	« Très bon »
Communication	0,7855	« Respectable »
Fiabilité	0,8214	« Très bon »
Extériorité	0,6509	« Acceptable »

Figure VI. 1 . : Mesures de fiabilité des composantes théoriques de qualité perçue du service

Nous pensons que les faibles niveaux de fiabilité rencontrés pour les composantes «Extériorité » et «Disponibilité » doivent nous interpeller à propos de notre modèle théorique. Concernant la disponibilité, nous étudions la disponibilité tant du personnel médical, que soignant, que les bénévoles, que le personnel social, que l'assistance religieuse,... Il est fort probable que la multitude d'acteurs rencontrés dans cette composante fasse référence à plusieurs dimensions. Concernant l'extériorité également, nous faisons référence à des personnes (proches, médecins traitants) différentes et à des structures physiques de l'hôpital. Dans ce contexte, nous risquons de rencontrer le même type de phénomène ou de chevauchement avec d'autres dimensions.

3. Analyse de l'offre hospitalière : les médecins, les infirmières et les directeurs

L'objectif de l'analyse de l'offre hospitalière est double : l'étude des perceptions qu'ont les médecins et les infirmières à propos du service qu'ils rendent aux patients et l'étude de l'orientation-marché des hôpitaux. Pour ce faire, nous avons réalisé deux enquêtes différentes, la première auprès des médecins et infirmières ; la seconde auprès des directeurs administratifs, médicaux et infirmiers des hôpitaux.

3.1. L'enquête auprès des médecins et infirmières

3.1.1. Deux études en parallèle

Pour pouvoir comparer les perceptions des médecins et infirmières du service rendu aux patients aux perceptions des patients concernant ce service, nous utilisons des composantes et des indicateurs les plus proches possibles dans les deux enquêtes. C'est donc sur base de l'enquête aux patients que nous avons réalisé l'enquête au personnel hospitalier. Nous avons transposé les composantes et les indicateurs le plus fidèlement possible.

Dans le même temps, nous avons profité de cette enquête pour interroger le personnel des unités à propos des composantes de l'orientation-marché propres aux unités de soins (niveau opérationnel).

3.1.2. Les composantes et indicateurs retenus relatifs à la perception du service rendu

6 composantes théoriques de la qualité perçue du service par le patient ont été retenues : la disponibilité, l'attention, l'assurance, la fiabilité, la communication et l'extériorité. La composante tangibilité n'a pas fait partie de l'étude car elle ne traite pas directement des prestations du personnel. Ces 6 composantes ont évidemment des définitions identiques à celles de l'enquête aux patients. Les indicateurs que nous avons conservés par composante sont :

- L'Attention – 3 indicateurs

- Nous nous efforçons de réserver un accueil chaleureux à chaque patient
- La courtoisie est une valeur prioritaire et partagée par le personnel de notre unité
- Nous privilégions toutes et tous l'attention envers chaque personne dans notre unité

- **La Disponibilité** – 4 indicateurs
 - Nous offrons une assistance (sociale, religieuse, laïque,...) au patient s'il le désire
 - Nous collaborons avec des bénévoles dans notre unité
 - Nous avons le sentiment que les médecins suffisamment disponibles pour le patient
 - Nous avons le sentiment que les infirmières suffisamment disponibles pour le patient

- **L'Assurance** – 5 indicateurs
 - Dans la mesure du possible, nous essayons de rassurer le patient
 - Nous veillons toutes et tous à respecter l'intimité et la pudeur de chaque patient dans notre unité
 - Le personnel hospitalier tient compte des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement
 - Nous nous préoccupons toujours prioritairement de soulager les douleurs du patient
 - Le patient a l'assurance que nous mettons tout en œuvre pour bien le soigner

- **La Fiabilité** – 5 indicateurs
 - Nous dispensons toutes et tous des soins médicaux d'excellente qualité dans notre unité
 - Nous dispensons toutes et tous des soins infirmiers d'excellente qualité dans notre unité
 - Les services (examen, visite, opération,...) sont prestés au moment précis où ils étaient prévus
 - Nous programmons autant que possible le déroulement du séjour du patient
 - Le séjour s'est déroulé comme prévu

- **La Communication** – 4 indicateurs
 - Dès leur arrivée et tout au long de leur séjour, nous apportons à nos patients l'information la plus complète possible concernant leur hospitalisation et leur traitement
 - Lorsque le patient doit attendre (le médecin, l'infirmière, un examen,...), le personnel hospitalier lui en donne les raisons
 - Nous avons l'occasion et le temps de discuter avec chaque patient qui en a besoin, qu'il l'exprime ou non
 - A sa sortie, chaque patient reçoit une information claire sur les suites de son hospitalisation

- L'Extériorité – 3 indicateurs

- Nous organisons l'accueil des visiteurs selon leurs besoins (horaire, lieu,...)
- Nous privilégions la relation entre le patient et son médecin traitant
- Nous aidons le patient concernant les suites de son hospitalisation (soutien, suivi du traitement, démarches administratives,...)

A ces 24 indicateurs vient s'ajouter un indicateur général de qualité des services offerts au patient formulé comme suit : « *Globalement, nous pensons offrir un service de qualité aux patients hospitalisés dans notre unité* ».

3.1.3. Les composantes et indicateurs d'orientation-marché des unités de soins

La définition des trois composantes de l'orientation-marché propres aux unités de soins est proposée dans le chapitre précédent. Les indicateurs de chaque composante sont :

- Orientation prescripteur – 6 indicateurs

- Nous mesurons l'image de notre unité de soins auprès des médecins traitants
- Nous analysons toutes les remarques et les plaintes adressées à l'unité par les médecins traitants
- Nous connaissons bien les processus de décision d'hospitalisation émanant des médecins traitants
- Nous offrons aux médecins traitants des solutions spécifiques, bien adaptées à leurs besoins
- Nous organisons régulièrement des rencontres avec les médecins traitants
- Nous communiquons systématiquement toutes les informations relatives au patient à son médecin traitant

- Orientation-patient (unité) – 6 indicateurs

- Dans l'unité, nous mesurons de manière régulière le degré de satisfaction/insatisfaction de nos patients
- Nous analysons toutes les remarques et les plaintes adressées à par les patients à l'unité
- Nous suivons de très près l'évolution des besoins de nos patients actuels et potentiels
- Nous connaissons bien les processus de décision d'hospitalisation de nos patients (pathologie + choix de la clinique)
- Nous organisons l'accueil des visiteurs selon leurs besoins

- Nous développons en permanence de nouveaux concepts ou de nouvelles actions ou services destinés à répondre aux besoins de nos patients actuels et potentiels

- Equipe sanitaire (orientation client interne) – 6 indicateurs

- Dans l'unité, nous discutons tous ensemble et de manière systématique des informations importantes liées à nos activités
- Nous diffusons les informations importantes de nos activités à l'ensemble des unités de soins de l'hôpital
- L'organisation de notre unité est élaborée en concertation avec le personnel de l'unité
- Nous développons le plus possible les collaborations avec les autres unités de soins de la clinique
- Nous discutons systématiquement en staff de chaque patient hospitalisé
- Nous discutons systématiquement en staff de l'entourage de chaque patient hospitalisé

Nous avons donc retenu 18 indicateurs théoriques liés aux composantes de l'orientation-marché des unités de soins. L'étude de l'orientation-marché sera complétée par l'enquête auprès des directeurs hospitaliers, présentée ci-dessous.

3.1.4. Pré-test et administration du questionnaire

Nous avons effectué un pré-test qualitatif auprès de différentes personnes (médecins et infirmières) pour nous assurer que toutes les questions étaient suffisamment claires et précises. Chaque indicateur est mesuré par un score attribué à l'aide d'une échelle allant de 0 à 10, 0/10 signifiant le désaccord total et 10/10 l'accord parfait par rapport à la proposition, en regard du comportement réel (par opposition au comportement idéal) de l'unité de soins dans laquelle le répondant exerce sa profession.

Suite à ce pré-test concluant, l'enquête a été administrée à l'aide d'un support écrit (voir annexe) mais en face à face, de manière à profiter des diverses remarques et commentaires du répondant relatifs aux indicateurs. Lors de chaque rencontre, l'enquête fut présentée en rapport avec les objectifs du doctorat et en assurant l'anonymat relatif au traitement de l'information.

Quatre personnes ont été interrogées par unité, deux médecins et deux infirmières, afin d'obtenir une vision précise du fonctionnement de l'unité. Par hôpital, 3 unités de soins ont été choisies, réparties si possible entre la maternité, la chirurgie et la médecine.

A la fin de chaque interview, une question ouverte a été posée concernant les suggestions que le répondant pouvait faire concernant l'amélioration de la qualité du service offert aux patients.

3.2. L'enquête auprès des directeurs hospitaliers

Pour clôturer l'étude relative à l'orientation-marché, nous avons eu recours à la vision globale des directeurs hospitaliers à l'égard de leur institution (niveau stratégique).

3.2.1. **Composantes et indicateurs de l'orientation-marché des hôpitaux**

Nous avons développé 4 composantes relatives à l'orientation-marché au niveau global. Elles sont présentées dans le chapitre précédent. Les indicateurs utilisés pour mesurer ces composantes sont :

- **Environnement externe** – 11 indicateurs

- Nous connaissons bien l'ensemble des hôpitaux de notre région : leur rôle stratégique et politique, leurs objectifs et leur fonctionnement
- Nous connaissons les facteurs sensibles de l'environnement qui sont sources de changement et qui peuvent avoir un impact sur l'hôpital et sur l'exercice de ses activités
- Nous sommes en mesure de détecter tous les services de substitution existants ou nouveaux qui pourraient nuire au développement de nos activités
- Nous connaissons bien les caractéristiques des services des unités de soins des hôpitaux de la région.
- Nous avons développé un système de veille qui nous permet de suivre de près les principaux changements dans l'environnement (démographique, technologique, médical, social, légal,...)
- Nous défendons les intérêts de notre institution par l'intermédiaire de réseaux professionnels
- Le développement de nos activités intègre le contrôle de toutes leurs retombées (écologiques, sociales, légales, médicales, financières,...)
- Nous tentons d'anticiper les actions des hôpitaux de la région
- Nous développons des accords de partenariat et de collaboration avec d'autres hôpitaux
- Nous développons des accords de partenariat et de collaboration avec d'autres hôpitaux
- Nous développons le plus possible les relations avec les médecins traitants de la région
- Nous nous efforçons de nous améliorer en nous référant de manière systématique à la clinique et aux unités de soins les plus performantes.

- **Support hospitalier interne** – 5 indicateurs
 - Nous disposons de suffisamment de moyens pour développer les activités dans le respect de nos objectifs stratégiques
 - Nous développons le plus possible de nouveaux services/produits destinés à répondre aux besoins de notre personnel
 - Nous développons le plus possible de nouveaux services/produits destinés à répondre aux besoins de nos patients actuels et futurs
 - Nous développons le plus possible de nouveaux services/produits destinés à répondre aux besoins des médecins traitants en relation avec la clinique
 - Nous développons le plus possible de nouveaux services/produits destinés à répondre aux besoins des visiteurs en relation avec la clinique

- **Orientation-patient (Clinique)** – 4 indicateurs
 - L'objectif de satisfaction complète de nos patients est connu et partagé par l'ensemble du personnel de nos unités de soins
 - Nous mesurons de manière régulière le degré de satisfaction/insatisfaction de nos patients
 - Nous intégrons les mesures de satisfaction/insatisfaction dans l'évaluation de nos activités
 - Nous analysons toutes les remarques et les plaintes adressées aux unités par les patients

- **Coordination interfonctionnelle** - 10 indicateurs
 - Nous diffusons les informations importantes de nos activités à l'ensemble des unités de soins de l'hôpital
 - Ces informations sont elles-mêmes relayées et véhiculées au personnel de chaque unité
 - L'organisation de chaque clinique et ses objectifs sont élaborés en concertation avec ses unités de soins
 - L'organisation de chaque unité est élaborée en concertation avec les autres unités de l'hôpital
 - Nous organisons régulièrement des réunions interfonctionnelles dans la clinique pour analyser les informations importantes portant sur l'évolution du secteur hospitalier et des autres unités
 - Chaque unité reçoit un retour d'informations sur sa contribution à la satisfaction des patients
 - Chaque unité reçoit un retour d'informations sur sa contribution à la performance de la clinique
 - Nous favorisons le plus possible les collaborations entre les unités de soins de la clinique

- Nous favorisons le plus possible la mobilité du personnel entre les unités de soins (surcharge de travail, formation,...)
- L'esprit d'équipe est une valeur partagée par le personnel hospitalier dans nos unités

3.2.2. Pré-test et administration du questionnaire

Nous avons pré-testé ce questionnaire. L'administration du questionnaire s'est faite individuellement et par écrit (voir annexe) auprès des trois directeurs (administratif, médical et infirmier) des institutions hospitalières participant à notre recherche. Il leur était demandé d'attribuer pour chaque indicateur une cote allant de 0/10 à 10/10 (désaccord total – accord total), en précisant dans quelle mesure la proposition formulée caractérise le comportement réel ou la pratique quotidienne (et non le comportement idéal) de leur organisation ou de leur personnel. A la fin du questionnaire, nous leur demandions également de donner une note d'évaluation générale des services, en distinguant la qualité technique, la qualité fonctionnelle et la qualité relationnelle comme suggéré dans notre modèle révisé de gestion de qualité perçue (Chapitre 5 sur la modélisation). Enfin, une question ouverte leur était soumise, formulée comme suit : « *Que faudrait-il faire pour améliorer la qualité du service offert aux patients dans votre clinique ou de manière générale ?* »

4. Les méthodes de traitement des données

Les trois enquêtes précitées doivent nous fournir une quantité de données qu'il va falloir ordonner et traiter. Dans une deuxième étape, nous pourrons émettre des recommandations liées à l'interprétation des résultats, à la connaissance du contexte dans lesquels ces résultats ont été observés, à l'expertise des personnes qui encadrent cette recherche, aux apports des disciplines scientifiques auxquelles nous faisons référence et à l'attitude critique toujours nécessaire dans le développement de telles recherches. Dans cette section, nous parcourons les diverses méthodes que nous utiliserons pour traiter les données et vérifier les hypothèses de notre recherche; chaque méthode étant expliquée lors de l'analyse des résultats.

4.1. Les analyses statistiques

4.1.1. L'analyse statistique de base

Les statistiques descriptives seront utilisées pour présenter les distributions de fréquence et les mesures de positionnement et de dispersion de la plupart des questions. Le test de comparaison des moyennes et l'analyse de variance paramétrique et non paramétrique serviront à comparer les résultats de différents échantillons mis en évidence dans notre étude. Les mesures de corrélation et tests Khi-carré seront utilisés pour évaluer les interrelations entre deux variables.

4.1.2. L'analyse statistique multivariée

Deux techniques d'analyse factorielle sont utilisées : l'analyse en composantes principales et l'analyse factorielle des correspondances.

- **L'analyse en composantes principales** est une méthode de structuration et de synthèses de données métriques qui va permettre de dégager un petit nombre de facteurs indépendants entre eux, regroupant certains indicateurs initiaux entre eux et contrastant les différences entre individus (Lambin, 1994). Cette technique sera très utile lors de l'analyse des déterminants de la satisfaction du patient.
- **L'analyse factorielle de correspondances** permet la visualisation et l'interprétation des liaisons ou correspondances entre deux ensembles de variables, à partir des distributions de fréquence ou tableau de contingences reliant ces deux variables (Lambin, 1994). Cette technique sera utile lors de la démarche de segmentation des patients.

Nous distinguons ces deux techniques d'analyse statistique descriptive multivariée des techniques d'analyse causale multivariée dont l'objectif est

d'identifier une relation de cause à effet entre plusieurs variables sous contrôle de l'organisation et un niveau de réponse se situant au niveau cognitif, affectif ou comportemental (Lambin, 1994).

L'analyse de régression multiple est une méthode pour laquelle on cherche à expliquer une variable dépendante à partir de plusieurs variables dépendantes et déterminer, le cas échéant, l'intensité de la relation. La régression multiple offre l'avantage d'analyser l'apport relatif de chaque variable indépendante dans l'explication des variations de la variable dépendante (Giannelloni et Vernet, 1994). Cette technique sera utile lors de l'analyse des déterminants de la perception, par les médecins et infirmières, de qualité de service offert aux patients ou lors de l'étude des effets modérateurs et médiateurs de la satisfaction des patients.

4.1.3. L'analyse des équations structurelles

La modélisation à l'aide d'équations structurelles permet l'étude simultanée de relations de dépendance, particulièrement utile lorsqu'une variable dépendante devient une variable indépendante dans des relations subséquentes de causalité (Chumpitaz, 1998). L'avantage est donc énorme pour la validation d'un modèle à plusieurs niveaux de causalité comme c'est le cas pour notre modèle théorique de qualité perçue – satisfaction – fidélité. Cependant, précisons que cette technique permet d'évaluer un modèle mais non de le générer. Ce travail est laissé au chercheur qui va utiliser un outil de mesure et de validation du modèle qu'il propose.

4.2. La fiabilité et la validité de mesure

Les concepts de fidélité et de validité sont tous deux liés aux erreurs de mesure. Expliquons leurs différences.

La fiabilité se préoccupe des termes d'erreur aléatoire. Elle est une condition nécessaire mais non suffisante à la validité des mesures. Pour contrôler cette fiabilité (appelée aussi cohérence interne), nous aurons recours à plusieurs reprises dans l'analyse au coefficient Alpha de Cronbach qui donne le niveau de corrélation moyenne pour toutes les façons possibles de séparer le test en deux parties (Chumpitaz, 1998). De manière empirique, nous pouvons utiliser la règle de mesure qui préconise de ne pas accepter un coefficient $< 0,65$ (De Vellis, 1997). Au plus le coefficient sera élevé, au plus le niveau de sa cohérence interne sera bon.

La validité se préoccupe des termes d'erreur aléatoire et constante. Elle se définit de la manière suivante (Hair, Anderson, Tatham et Black, 1992) : *« l'habileté que possèdent les indicateurs d'un construit à mesurer avec*

exactitude et précision le concept étudié ». Il faut en réalité parler de trois types de validité définis comme suit (Chumpitaz, 1998).

- **La validité de contenu** : ce sont la représentativité et l'adéquation de l'instrument de mesure au concept que l'on souhaite mesurer. On ne peut réellement appliquer un coefficient à cette validité, le recours aux experts et à la littérature sont les meilleurs moyens de la contrôler.
- **La validité du critère** : c'est à la fois la validité prédictive (habilité d'un phénomène mesuré à un moment donné de prédire un phénomène dans le futur) et la validité concurrente (corrélation entre deux mesures différentes du même construit au même moment). Ce type de validité est très difficile à prouver (validité concurrente) à partir d'un seul questionnaire par type de répondants.
- **La validité du construit** : ce type de validité fait référence à la compréhension du raisonnement théorique derrière les mesures obtenues. Elle se subdivise en validité convergente (la mesure d'un construit parmi des techniques indépendantes de mesure démontre une forte corrélation entre les mesures) et validité discriminante (faible corrélation entre des construits différents). Le contrôle de la validité convergente est assuré par la similitude des résultats parmi les différentes cliniques et unités de soins. Le contrôle de validité discriminante se fait à l'aide des matrices de corrélation : le niveau de validité discriminante sera d'autant plus élevé que le niveau de corrélation entre les composantes de chaque construit sera élevé, et que le niveau de corrélation du construit avec les autres construits sera faible.

Pour résumer : « *la validité peut être définie comme le degré avec lequel les instruments de recherche utilisés mesurent parfaitement le construit étudié alors que la fiabilité serait le degré avec lequel les instruments de recherche utilisés mesurent de façon constante le construit étudié* » (Chumpitaz, 1998).

4.3. Estimation de la qualité des modèles

Le recours aux techniques d'analyse causale nous oblige à recourir à des mesures d'évaluations de la qualité des modèles obtenus.

4.3.1. Modèle de régression multiple

L'indicateur principal de la qualité d'ajustement d'un modèle de régression multiple nous est donné par le coefficient de détermination multiple R^2 ajusté. Il est égal au rapport de la variation « expliquée » par le modèle à la variation totale en tenant compte du nombre de variables indépendantes utilisées et de la taille de l'échantillon, auquel on adjoint un seuil de signification (Giannelloni et Vernet, 1994).

4.3.2. Modèle d'équations structurelles

L'estimation de la qualité du modèle par la technique des équations structurelles est plus complexe et repose sur un ensemble de coefficients (Chumpitaz, 1998). Ces indicateurs se regroupent généralement selon leur nature³: "Absolut fit" (RMSEA, GFI et AGFI), "Comparative fit" (NFI, NNFI et CFI) et "Parsimonius fit" (PNFI et PGFI) (Kelloway, 1998).

- Le coefficient de détermination multiple R^2 est un premier indicateur relatif à l'évaluation d'un construit du modèle.
- Le RMSEA (Root Mean square Error of Approximation) est un indice dans la modélisation des structures de covariance, qui indique un bon ajustement pour des valeurs inférieures à 0,1 (encore meilleur si $< 0,05$).
- Le GFI (Goodness of Fit Index) est une mesure de la variabilité expliquée par le modèle, comme l'AGFI (Adjusted GFI). L'ajustement sera meilleur que ces indices seront proches de 1.
- Le NFI (Normal Fit Index), le NNFI (Non-Normed Fit Index) et le CFI (Comparative Fit Index) qui sont des mesures de la "covariation" des données, sont considérés comme acceptable si supérieurs à 0,90.
- Le PNFI (Parsimonius Normed Fit Index) et le PGFI (Parsimonius Goodness of Fit Index) permettent d'évaluer l'intérêt ou non d'ajouter d'autres indicateurs à la complexité du modèle. Ces indices, compris entre 0 et 1, sont d'autant meilleurs qu'élevés, sans jamais atteindre en pratique une valeur de 0,90.

4.4. Les analyses qualitatives

Les analyses qualitatives font référence à la recherche qualitative et aux études de marché correspondantes. Ces études sont conçues pour recueillir des informations significatives et en profondeur concernant différents aspects liés à un produit ou un service dont l'objectif sera d'observer certaines facettes ignorées par l'analyse quantitative et de générer des idées nouvelles (Pellemans, 1999). Même si nous n'avons pas eu formellement recours à ce type d'études, c'est dans cette optique que nous avons laissé un espace d'expression aux patients, au personnel hospitalier et aux directeurs des différentes institutions. A l'aide des données qualitatives manifestes recueillies, nous établirons une simple analyse thématique par catégorie de répondants. Les thèmes repérés seront présentés et comparés entre catégories de répondants.

³ - Absolute fit : the ability to reproduce the correlation/covariance matrix ;
- Comparative fit : comparing competing models, to assess which provides the better fit to data ;
- Parsimonius fit : concerned primarily with the cost-benefit trade-off and degrees of freedom

5. La validité de la recherche

Pour conclure ce chapitre concernant la méthodologie de notre recherche, il nous faut aborder la question délicate de la validité de la recherche. Au-delà de la validité et de la fidélité des mesures, de la qualité de l'ajustement des modèles, se pose la question de la validité de la recherche et des résultats dans son ensemble.

Cette validité des résultats s'apprécie en terme de validité interne et de validité externe, définies par Lambin (1994) de la façon suivante:

- *« La validité interne met en cause la capacité des résultats obtenus à montrer sans ambiguïté les relations existant entre les éléments retenus. Les relations découvertes doivent être réelles et ne pas résulter d'autres variables non retenues. Dans le même ordre d'idées, elles ne peuvent être l'effet du processus de recherche ».*

La question de validité interne repose sur tous les choix conceptuels et méthodologiques que nous avons posé tout au long de cette recherche. Tout en combinant dans le design de notre recherche les études exploratoires, descriptives et causales, en révisant la littérature, en travaillant sur base de questionnaires sous contrôle, identiques dans différentes organisations et administrés auprès d'un très vaste échantillon de patients, en privilégiant la vision d'experts hospitaliers, en adoptant une attitude critique à l'égard de notre cheminement, nous espérons respecter de notre mieux et dans certaines limites, la démarche scientifique.

- *« La validité externe met en cause la capacité de généraliser les résultats observés à d'autres périodes et à d'autres observations ».*

Les intérêts manifestés pour notre démarche de la part de professionnels de la santé et pour les résultats obtenus, nous permettent de poursuivre et de renouveler notre recherche dans plus d'hôpitaux encore et pour plusieurs années. Gageons que l'étendue des recherches déjà réalisées sur un nombre considérable de patients et d'unités de soins dans différentes régions sont à la base d'un développement et d'une généralisation de nos résultats que nous aurons encore l'occasion de confronter.