

Figure 0.1. Plan de la thèse

## **CHAPITRE 7 :** **Analyse de la demande -** **Caractéristiques des patients de l'étude**

L'étude empirique menée dans plusieurs hôpitaux belges nous a permis de recourir à de multiples tests statistiques, orientés vers des objectifs de recherche différents et présentés dans cette troisième partie de l'ouvrage. Ce sont ces objectifs qui vont servir de fil conducteur à la lecture de nos résultats. Dans ce premier chapitre d'analyse de la demande, nous présentons les caractéristiques descriptives de notre échantillon relatif à l'étude de satisfaction.

### **1. Présentation des données recueillies**

Notre enquête auprès des patients a duré plus de neuf mois sur l'ensemble des sites hospitaliers, situés en Wallonie, à Bruxelles et dans la région germanophone de Belgique. Le nombre de réponses par clinique est très variable mais relativement proportionnel aux tailles des cliniques de l'étude.

Nous avons distribué le questionnaire à tous les patients, en précisant toutefois que certaines unités (comme la pédiatrie, la gériatrie et la psychiatrie) n'étaient a priori pas des unités privilégiées de l'étude, en raison de l'élaboration du questionnaire et de son mode auto-administré. La récolte des questionnaires s'est opérée dans l'anonymat et la confidentialité pour le patient (enveloppe fermée adressée à l'administration) afin de minimiser les influences potentielles des unités de soins sur les réponses des patients (filtrage, pression,...). Ceci a conduit à un nombre total de répondants de 5.511 patients.

Par mesure de confidentialité, nous ne pouvons publier aucune indication qui permettrait d'identifier une de ces cliniques.

Par contre, nous communiquons la répartition des patients par unité de soins dans le tableau suivant. Les unités de soins les mieux représentées sont : l'orthopédie, la cardiologie, la chirurgie molle, la maternité, la médecine interne, la pneumologie,... à l'image de la fréquentation de nos hôpitaux.

Les unités de pédiatrie, de gériatrie et de psychiatrie sont peu représentées pour les raisons évoquées. Nous avons obtenu également le concours de quelques patients d'unités d'hématologie, des soins palliatifs, de néphrologie, d'ophtalmologie, de psychosomatique que nous avons pu

reclasser en fonction de leurs particularités dans une catégorie plus générique, vu le nombre peu élevé des répondants dans ces unités.

<b>Unités de soins</b>		
	Fréquence	Pourcentage
Maternité	541	9,8
Pédiatrie	82	1,5
Cardiologie	582	10,6
Gastro-entérologie	94	1,7
Pneumologie	395	7,2
Médecine interne	396	7,2
ORL	172	3,1
Neurologie	103	1,9
Rhumatologie	54	1,0
Urologie	83	1,5
Chirurgie mixte	389	7,1
Orthopédie	714	13,0
Chirurgie générale	276	5,0
Neurochirurgie	60	1,1
Chirurgie cardio-vasculaire	40	,7
Chirurgie autre	264	4,8
Chirurgie molle	546	9,9
Revalidation	60	1,1
Gériatrie	37	,7
C/D général	250	4,5
C/D abdo	73	1,3
Psychiatrie	67	1,2
Autres/Non identifiés	233	4,3
<b>Total</b>	<b>5511</b>	<b>100,0</b>

**Tableau VII.1. : Patients par unité de soins**



### 1.1. Les caractéristiques socio-démographiques

Nous présentons les caractéristiques de notre échantillon en poursuivant un double objectif :

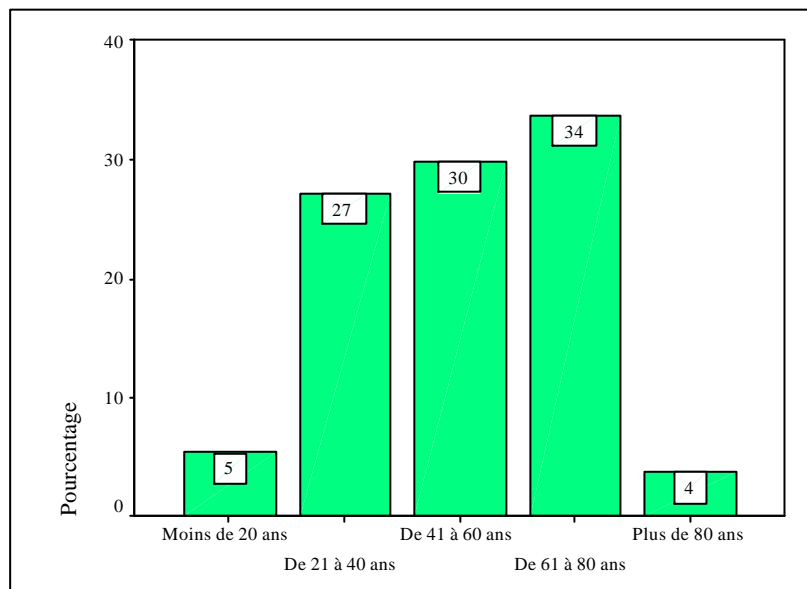
- permettre au lecteur la comparaison entre notre échantillon et la réalité hospitalière;
- comprendre la variabilité de la demande hospitalière en fonction des différentes unités de soins afin d'en cerner les différents profils.

#### **1.1.1. Le genre des patients**

55% de nos répondants sont des femmes.

#### **1.1.2. L'âge des patients**

L'âge moyen est de 51 ans. Par tranche d'âge, nous obtenons la répartition présentée dans le graphe suivant. La proportion la plus importante de patients se situe dans la tranche des 61 à 80 ans.



**Figure VII.1. : Age des patients**

Si nous étudions ces deux caractéristiques par unité de soins, ainsi que la répartition des âges par unité de soins (en considérant 3 classes d'âge pour simplifier la lecture), nous obtenons les résultats présentés dans le tableau suivant. Nous remarquons déjà la diversité des patients à travers ces deux critères d'âge et de genre entre les différentes catégories d'unité de soins.

Unité de soins	% de femmes	Age moyen	Tranche d'âge (en%)		
			- de 35 ans	36 - 59 ans	+ de 60 ans
Maternité	100	29	89	10	1
Pédiatrie	58	9	100		
Cardiologie	31	62	4	31	65
Gastro-entérologie	52	56	18	32	50
Pneumologie	30	58	10	36	54
Médecine interne	53	58	15	30	55
ORL	42	46	26	51	23
Neurologie	47	59	10	36	54
Rhumatologie	50	50	19	55	26
Urologie	33	58	11	30	59
Chirurgie mixte	57	53	22	33	45
Orthopédie	57	52	19	41	40
Chirurgie générale	58	50	25	39	36
Neurochirurgie	46	50	20	49	31
Chirurgie cardio-v.	33	66		23	77
Chirurgie autre	82	48	24	51	25
Chirurgie molle	48	51	22	40	38
Revalidation	50	56	13	37	50
Gériatrie	75	82			100
C/D général	64	50	26	41	33
C/D abdo	47	52	24	37	39
Psychiatrie	49	43	36	49	15
Autres/Non identifiés	53	53	22	36	42
Total	55	51	26	34	40

**Tableau VII.2. : Genre et âge par unité de soins**

### 1.1.3. L'état civil des patients

La grande majorité des patients sont mariés ou vivent en couple :

<b>Vous êtes</b>		
	Fréquence	Pourcentage
célibataire	627	11,4
marié(e) ou en couple	3184	57,8
séparé(e) ou divorcé(e)	291	5,3
veuf(ve)	519	9,4
Total	4621	83,9
Non réponse	890	16,1
<b>Total</b>	<b>5511</b>	<b>100,0</b>

**Tableau VII.3. : Etat civil des patients**

#### 1.1.4. L'origine des patients

Une question concernait le lieu d'habitation des patients, et plus particulièrement le code postal de la commune dans laquelle ils résident. Par regroupement, nous avons établi les catégories suivantes :

<b>Origine du patient</b>		
	Fréquence	Pourcentage
Bruxelles-capitale	299	5,4
Province du Brabant Wallon	860	15,6
Province de Liège	565	10,3
Province de Namur	1182	21,4
Province du Hainaut	1692	30,7
Province du Luxembourg	372	6,8
Région Flamande	113	2,1
Non localisé ou autre pays	428	7,7
<b>Total</b>	<b>5511</b>	<b>100,0</b>

*Tableau VII.4. : : Origine du patient*

Les provinces les mieux représentées sont les provinces du Hainaut et de Namur.

Le questionnaire a été transcrit dans les trois langues nationales selon la localisation des cliniques. La répartition entre les trois langues est la

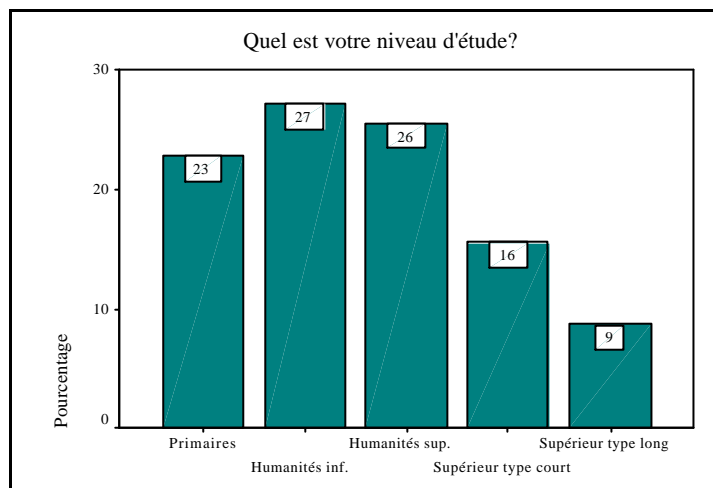
suivante, elle met en évidence une grande majorité de questionnaires répondus en français.

- 94% des patients ont répondu en français ;
- 5% en allemand ;
- moins de 1% en néerlandais.

### 1.1.5. Niveau d'étude

Nous nous sommes enquêris du niveau d'étude des patients au travers de leur formation scolaire.

La répartition est plus fréquente dans les niveaux secondaire et primaire, ce qui est à mettre en correspondance avec les âges de scolarisation obligatoire, différents selon les générations. Lors de l'analyse, nous avons regroupé les niveaux pour conserver les niveaux primaire (23%), secondaire (52%) et supérieur (25%).



**Figure VII.2. : Niveau d'étude**

Nous présentons dans le tableau suivant le croisement des données entre les trois catégories de génération et les trois niveaux de formation. Nous pouvons constater que les personnes âgées sont en moyenne sous-représentées dans la catégorie de formation « supérieure » alors que les plus jeunes y sont sur-représentés.



		GENERATION			Total	
		MOINS DE 35 ANS	ENTRE 36 ET 59 ANS	PLUS DE 60 ANS		
FORMATION	PRIMAIRE	Nombre de patients	92	268	802	1162
		% p.r. Formation	7,9%	23,1%	69,0%	100%
		% p.r. Génération	7,0%	15,1%	40,5%	22,9%
		% du total	1,8%	5,3%	15,8%	22,9%
	SECONDAIRE	Nombre de patients	764	1027	889	2680
		% p.r. Formation	28,5%	38,3%	33,2%	100%
		% p.r. Génération	57,9%	57,8%	44,9%	52,8%
		% du total	15,0%	20,2%	17,5%	52,8%
	SUPERIEUR	Nombre de patients	464	482	289	1235
		% p.r. Formation	37,6%	39,0%	23,4%	100%
		% p.r. Génération	35,2%	27,1%	14,6%	24,3%
		% du total	9,1%	9,5%	5,7%	24,3%
Total	Nombre de patients	1320	1777	1980	5077	
	% p.r. Formation	26,0%	35,0%	39,0%	100%	
	% p.r. Génération	100,0%	100,0%	100%	100%	
	% du total	26,0%	35,0%	39,0%	100%	

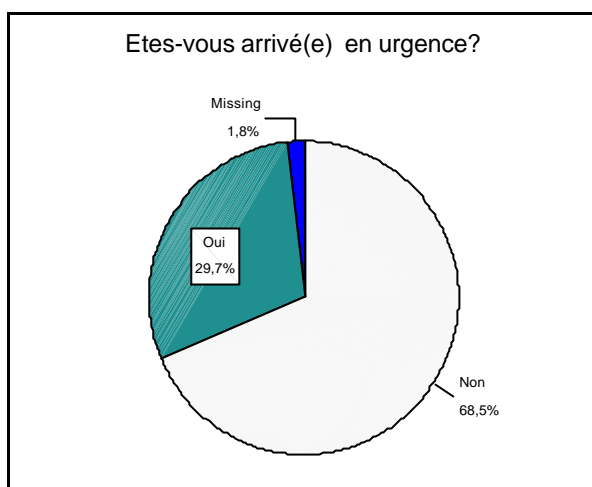
**Tableau VII.5. : Tris croisés : Formation - Génération**

### 1.2. Les caractéristiques psycho-sanitaires

Sous cette appellation, nous regroupons les caractéristiques des patients liées à leur hospitalisation, et à certaines caractéristiques « psychologiques» (voire à possibles incidences émotionnelles) ainsi que d'autres caractéristiques plus cognitives qui accompagnent leur hospitalisation.

#### **1.2.1. Condition d'arrivée**

Nous distinguons l'arrivée en urgence de l'hospitalisation par programmation (ou électif). Il ne s'agit cependant pas d'une mesure du passage physique par le service des urgences bien que, pratiquement, il existe une forte corrélation entre les deux caractéristiques, vu la structure d'hospitalisation dans notre pays. La variable mesurée concerne la connaissance *a priori* de l'hospitalisation par le patient.

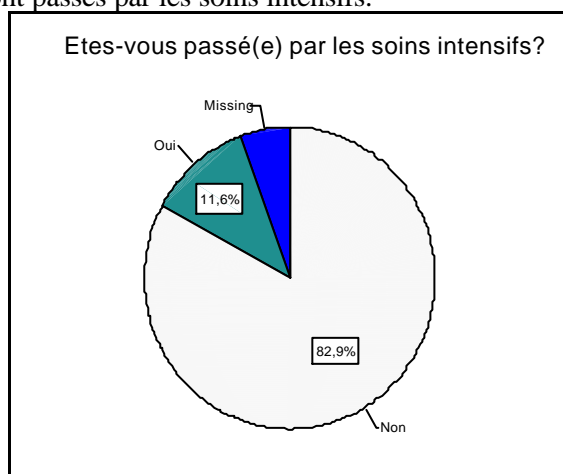


**Figure VII.3. : Condition d'arrivée du patient**

Près de 30% des patients sont arrivés en urgence avant d'être hospitalisés. En l'occurrence, près de 70% des patients sont venus de manière programmée et ont pu préparer, dans une certaine mesure, leur hospitalisation.

### 1.2.2. Passage par les soins intensifs

Un des indicateurs de l'état de santé du patient et de la lourdeur des soins à lui prodiguer, peut être mesurée par son passage par les soins intensifs. Le caractère anonyme de notre enquête associé à la confidentialité des données médicales du patient ne nous permettaient pas de connaître la pathologie du patient. La figure suivante montre que près de 12% des patients de notre échantillon sont passés par les soins intensifs.



**Figure VII.4. : Passage par les soins intensifs**

Nous pouvons croiser le passage par les soins intensifs avec les conditions d'arrivée du patient, de manière à évaluer la lourdeur des soins requis par les patients qui arrivent en urgence. La proportion des patients arrivés en urgence et passant par les soins intensifs s'élève à plus de 21%.

		Etes-vous passé(e) par les soins intensifs?		Total	
		Non	Oui		
Etes-vous arrivé(e) en urgence?	Non	Nombre de patients	3305	305	3610
		% Etes-vous arrivé(e) en urgence?	91,6%	8,4%	100,0%
		% Etes-vous passé(e) par les soins intensifs?	73,3%	48,4%	70,2%
		% Total	64,3%	5,9%	70,2%
Oui		Nombre de patients	1205	325	1530
		% Etes-vous arrivé(e) en urgence?	78,8%	21,2%	100,0%
		% Etes-vous passé(e) par les soins intensifs?	26,7%	51,6%	29,8%
		% Total	23,4%	6,3%	29,8%
Total		Nombre de patients	4510	630	5140
		% Etes-vous arrivé(e) en urgence?	87,7%	12,3%	100,0%
		% Etes-vous passé(e) par les soins intensifs?	100,0%	100,0%	100,0%
		% Total	87,7%	12,3%	100,0%

**Tableau VII.6. : Tris croisés : Urgence – Soins Intensifs**

Ces chiffres semblent correspondre assez bien à la réalité hospitalière décrite par des urgentistes interrogés selon lesquels, 80% des urgences peuvent être considérées comme « non urgentes » au sens médical du terme. A cet égard, il est intéressant de constater l'écart de perception qui peut exister entre l'offre et la demande hospitalière : la première se basant sur la caractéristique objective de la lourdeur et de l'état d'urgence des soins alors que la seconde a une définition beaucoup plus subjective de cette notion d'urgence. Nous présentons dans le tableau suivant ces caractéristiques d'arrivée en urgence, de passage par les soins intensifs et de passage par les soins intensifs si arrivée en urgence par unité.

Unité de soins	Arrivée en urgence	Passage par les soins intensifs	Passage par les S.I. si arrivée en
----------------	--------------------	---------------------------------	------------------------------------

	(%)	(S.I.) (%)	urgence (%)
Maternité	37	3	4
Pédiatrie	31	6	4
Cardiologie	33	17	39
Gastro-entérologie	45	13	30
Pneumologie	43	15	25
Médecine interne	60	16	21
ORL	12	11	25
Neurologie	64	19	25
Rhumatologie	33	6	11
Urologie	25	4	6
Chirurgie mixte	23	10	17
Orthopédie	14	13	19
Chirurgie générale	21	9	18
Neurochirurgie	37	21	35
Chirurgie cardio-v.	23	87	67
Chirurgie autre	14	6	11
Chirurgie molle	17	11	20
Revalidation	25	5	15
Gériatrie	62	17	18
C/D général	29	15	25
C/D abdo	52	21	26
Psychiatrie	57	11	17
Autres/Non identifiés	38	15	27
Total	30	12	21

Tableau VII.7. : Condition d'arrivée et passage par les soins intensifs par unité

En analysant ce tableau, nous remarquons également de grandes disparités entre les types d'unité de soins. Nous étudierons l'influence de ces caractéristiques en détail. En première analyse, remarquons déjà la plus grande proportion d'arrivée en urgence dans la plupart des unités de médecine (médecine interne, neurologie, gastro-entérologie,...) comparée aux unités de chirurgie (orthopédie, chirurgie autre ou molle,...).

### 1.2.3. Transfert d'unité

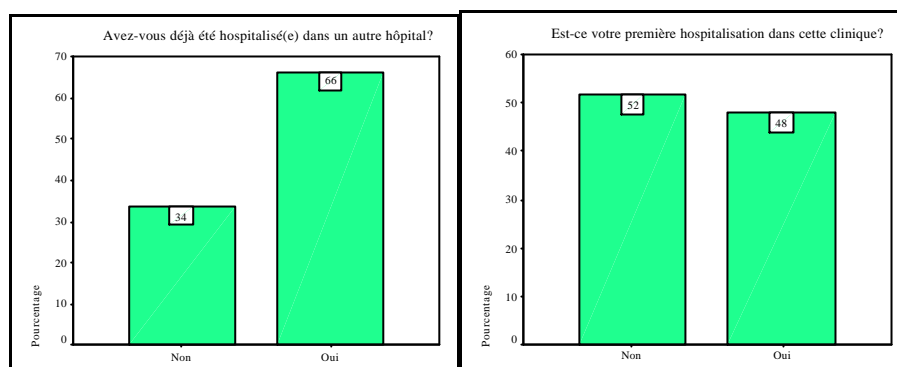
Nous avons identifié les patients transférés entre deux unités de soins pendant leur séjour (en dehors du transfert classique des soins intensifs vers une unité). Seulement 7% des patients nous disent avoir été dans ce cas.

### 1.2.4 Hospitalisation antérieure

Nous avons cherché à connaître les antécédents d'hospitalisation des patients :

- premièrement, s'ils avaient déjà été hospitalisés dans une autre clinique que celle dans laquelle ils venaient d'être hospitalisés;

- deuxièmement, s'ils avaient déjà été hospitalisés dans cette clinique précisément.



**Figure VII.5. : Hospitalisation antérieure**

2/3 des patients ont déjà été hospitalisés dans une autre clinique. Ils ont donc une certaine expérience de l'hospitalisation, ce qui est susceptible de leur offrir des points de comparaison. Cependant, près de la moitié des patients ont été hospitalisés pour la première fois dans la clinique.

En croisant ces deux questions, nous pouvons savoir quelle proportion de patients est hospitalisée pour la toute première fois dans un hôpital :

- 15% des patients sont hospitalisés pour la toute première fois;
- 18% des patients ont été hospitalisés à plusieurs reprises mais toujours dans le même hôpital

Nous présentons dans le tableau suivant les résultats obtenus par unité.

Unité de soins	Hospitalisation antérieure autre clinique (%)	Première hospitalisation dans la clinique (%)	Toute première hospitalisation (%)
Maternité	46	36	18
Pédiatrie	57	59	16
Cardiologie	77	48	10
Gastro-entérologie	68	46	22
Pneumologie	66	33	11
Médecine interne	67	43	13
ORL	77	57	13
Neurologie	77	43	10
Rhumatologie	80	32	7

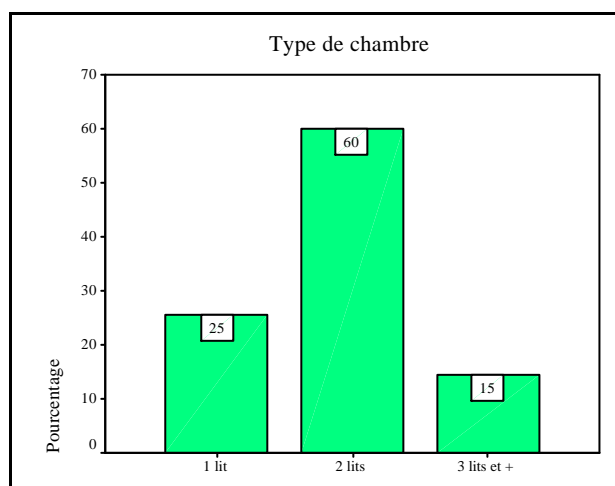
Urologie	61	48	17
Chirurgie mixte	56	39	17
Orthopédie	73	59	15
Chirurgie générale	64	58	18
Neurochirurgie	79	73	16
Chirurgie cardio-v.	80	50	10
Chirurgie autre	66	46	12
Chirurgie molle	67	53	18
Revalidation	73	52	7
Gériatrie	70	49	16
C/D général	59	53	20
C/D abdo	59	62	20
Psychiatrie	85	49	9
Autres/Non identifiés	74	52	14
Total	66	48	15

Tableau VII.8. : Hospitalisation antérieure par unité

Pour la plupart des unités de soins, plus de la moitié des patients ont déjà été hospitalisés dans une autre clinique. Au minimum un patient sur trois a été hospitalisé pour la première fois dans la clinique, alors que moins d'un patient sur cinq a subi sa toute première hospitalisation.

### 1.2.5. Type de chambre

Une autre variable importante à identifier, est le type de chambre dans lequel le patient a séjourné. Nous avons catalogué trois types de chambre : la chambre privée (1 lit), la chambre double (2 lits) et les chambres communes à trois lits ou plus. La majorité des patients ont résidé dans une chambre double. Un patient sur quatre a séjourné dans une chambre privée.



**Figure VII.6. : Type de chambre**

### 1.2.6. Visite

La fréquence des visites reçues par le patient durant son séjour représente une indication relative à son niveau d'accompagnement perçu. Nous n'avons pas été autorisés à poser cette question dans toutes les institutions hospitalières, si bien que le nombre de réponses est limité. Le patient se voyait offrir trois possibilités de réponses : souvent, peu ou jamais.

<b>Avez-vous eu de la visite (famille, proches,...) pendant votre séjour?</b>			
	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Souvent	2233	40,5	77,8
Peu	522	9,5	18,2
Jamais	115	2,1	4,0
Total	2870	52,1	100,0
Non réponse	System	2641	47,9
Total	5511	100,0	

**Tableau VII.9. : Visite**

Dans le tableau suivant, nous présentons les résultats obtenus par unité de soins concernant le type de chambre et les visites. Précisons que nous n'avons pas de résultats concernant les visites pour certaines unités.

Unité de soins	Type de Chambre			Visite			
	1 lit %	2 lits %	> 2 lits %	Nbr rép.	Svt %	Peu %	Jamais %
Maternité	59	40	1	281	86	14	
Pédiatrie	23	77		56	43	39	18
Cardiologie	9	71	20	408	70	21	9
Gastro-entéro.	28	60	12	73	82	16	2
Pneumologie	7	56	37	273	71	20	9
Médecine interne	32	49	19	162	81	15	4
ORL	1	68	31	161	76	20	4
Neurologie	12	56	33	55	76	24	
Rhumatologie	13	45	42		-	-	

Urologie	21	72	7		-	-	-
Chirurgie mixte	43	40	17	299	88	11	1
Orthopédie	26	62	12	264	78	20	2
Chirurgie générale	27	73		266	88	12	
Neurochirurgie		64	36	57	86	14	
Chirurgie card-v.	5	54	41	39	82	15	3
Chirurgie autre	24	58	18	91	77	18	5
Chirurgie molle	22	76	2	118	73	27	
Revalidation	22	51	27		-	-	-
Gériatrie	36	61	3	35	89	11	
C/D général	28	72			-	-	-
C/D abdo	25	75			-	-	-
Psychiatrie	20	65	15		-	-	-
Autres/Non id.	22	54	24	158	74	18	8
Total	25	60	15	2870	78	18	4

Tableau VII.10. : Type de chambre et visite par unité

Concernant le type de chambre, la maternité est la seule unité de soins où les patientes occupaient majoritairement des chambres privées. La fréquence des visites est relativement élevée quelle que soit l'unité de soins étudiée.

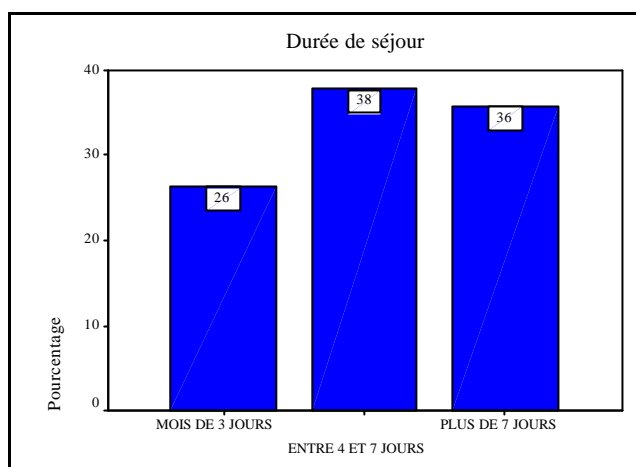
### 1.2.7. Régime alimentaire

22% des patients ont suivi un régime alimentaire au cours de leur hospitalisation.

### 1.2.8. Durée de séjour

Une des caractéristiques spécifiques de l'hospitalisation est la durée de séjour du patient. La durée moyenne pour l'ensemble de l'échantillon est de 8,1 jours, mais avec une grande variabilité de réponses, s'étalant de 1 à 120 jours d'hospitalisation selon les patients. Nous avons créé trois catégories de séjour présentées dans le graphe ci-dessous : les courts séjours (de 1 à 3 jours), les moyens séjours (de 4 à 7 jours) et les longs séjours (+ de 7 jours). Un quart des patients a été hospitalisé pour un court séjour alors que le reste des patients s'est réparti de manière quasi identique entre un moyen et un long séjour.





**Figure VII.7. : Durée de séjour**

Nous présentons la durée moyenne de séjour, la médiane de cette durée de séjour et la répartition entre les 3 types de séjour par unité de soins.

Unité de soins	Durée de séjour		Type de séjour (%)		
	Moyenne	Médiane	Court (<4j)	Moyen(4 à7j)	Long (> 7j)
Maternité	6,1	6	5	83	11
Pédiatrie	4,3	3	55	32	13
Cardiologie	5,9	4	41	34	24
Gastro-entérologie	8,6	5	27	35	38
Pneumologie	9,0	7	26	27	47
Médecine interne	10,8	8	18	28	54
ORL	6,3	5	28	52	20
Neurologie	8,8	7	16	37	47
Rhumatologie	15,3	15	10	15	75
Urologie	6,4	5	42	26	32
Chirurgie mixte	7,9	5	35	37	28
Orthopédie	9,6	8	20	28	52
Chirurgie générale	6,1	5	31	44	24
Neurochirurgie	10,4	8	15	20	65
Chirurgie cardio-v.	15,8	15	8	5	87
Chirurgie autre	6,8	5	38	34	28
Chirurgie molle	6,2	5	33	43	24
Revalidation	15,4	14	7	25	68
Gériatrie	24,5	21	3	3	94
C/D général	8,2	7	27	28	45
C/D abdo	8,4	6	10	47	43
Psychiatrie	21,4	15	9	5	86
Autres/Non identifiés	8,1	5	36	27	37
Total	8,1	6	26	38	36

*Tableau VII.11. : Durée de séjour par unité*

Comme pour l'ensemble des caractéristiques présentées, la même constatation s'impose : il existe des variations importantes entre unités. De

plus, des unités ayant des moyennes de séjour relativement similaires, peuvent avoir des répartitions différentes entre les types de séjour.

Cette diversité dans les caractéristiques des patients par unité de soins, ne peut rester sans conséquence tant dans l'organisation des services (ex : rotation des patients, procédures d'accueil,...) que dans les attentes et les perceptions des patients (disponibilité du personnel, confort des lieux,...). De quels moyens l'hôpital dispose-t-il aujourd'hui pour gérer cette diversité?

### 1.3. Les raisons du choix de la clinique

Il est assez délicat de parler de "motivations" dans le choix d'une clinique ou d'un service hospitalier. Cependant, nous avons interrogé les patients de manière à mieux comprendre les raisons de leur choix de la clinique dans laquelle ils ont été hospitalisés. Sur base de notre pré-test, nous leur proposons 10 possibilités de réponses différentes qui n'étaient pas mutuellement exclusives. La plupart des patients justifiaient leur choix par plusieurs raisons (en moyenne 2 ou 3).

#### **1.3.1. Ensemble des patients**

Les résultats observés pour l'ensemble des patients de notre échantillon figurent dans le tableau suivant :

<b>Raisons suggérées – Ensemble des patients</b>	<b>Pourcentage</b>
La Clinique a bonne réputation	43%
Un spécialiste de la Clinique a bonne réputation	41%
Mon médecin traitant me l'a conseillée	39%
J'étais satisfait(e) d'une hospitalisation antérieure	37%
J'habite à proximité de la Clinique	31%
Un service de la Clinique a bonne réputation	21%
Un proche (famille, ami) me l'a conseillée	18%
Un spécialiste me l'a conseillée	13%
Autre	8%
Je n'ai pas choisi	7%

*Tableau VII.12. : Motivations dans le choix de l'hospitalisation*

Les premières raisons dans le choix de la clinique sont la réputation de la clinique ou d'un spécialiste ainsi que le conseil du médecin traitant. Suivent la satisfaction liée à une hospitalisation antérieure et la proximité de la clinique par rapport au lieu d'habitation.

#### **1.3.2. Première hospitalisation et re tour dans la clinique**

Une première distinction peut être apportée en séparant les patients qui viennent pour la première fois dans la clinique, des patients qui reviennent dans la même clinique. Voici les cinq premières raisons citées pour chacun des groupes identifiés:

<b>Raisons suggérées – Première hospitalisation</b>	<b>Pourcentage</b>
1° - Mon médecin traitant me l'a conseillée	41%
2° - Un spécialiste de la Clinique a bonne réputation	40%
3° - La Clinique a bonne réputation	40%
4° - J'habite à proximité de la Clinique	26%
5° - Un proche (famille, ami) me l'a conseillée	24%

*Tableau VII.13. : Motivations – Cas de la première hospitalisation dans la clinique*

On s'aperçoit du **rôle prépondérant du médecin traitant** dans le choix de la clinique des patients hospitalisés pour la première fois dans une clinique. Suivent la réputation du spécialiste et de la clinique, ainsi que la proximité du lieu d'habitation. Le conseil d'un proche représente assez bien la notion du bouche-à-oreille dans le choix de l'institution.

<b>Raisons suggérées – Retour dans la clinique</b>	<b>Pourcentage</b>
1° - J'étais satisfait(e) d'une hospitalisation antérieure	63%
2° - La Clinique a bonne réputation	47%
3° - Un spécialiste de la Clinique a bonne réputation	43%
4° - Mon médecin traitant me l'a conseillée	38%
5° - J'habite à proximité de la Clinique	36%

*Tableau VII.14. : Motivations – Cas du retour dans la clinique*

**La satisfaction liée à une hospitalisation antérieure dans la clinique** devient la première raison du choix de la clinique de manière très significative. Ce résultat souligne tout l'intérêt de l'étude de satisfaction du patient. Les réputations de la clinique et d'un spécialiste demeurent également importantes. Le conseil du médecin traitant occupe la quatrième position avec un pourcentage peu inférieur au cas de la première hospitalisation. Enfin, la proximité de la clinique, bien qu'en cinquième position, est citée plus fréquemment par les patients qui reviennent dans la clinique.

### **1.3.3. Type d'unité de soins**

La deuxième distinction que nous considérons, est le type d'unité dans laquelle le patient a séjourné. Trois grandes catégories d'unités ont été répertoriées : la maternité, la médecine et la chirurgie.

Quelle que soit la taille d'un hôpital, ces trois catégories existent même si, par nature ou par réorganisation, certains services mixtes peuvent regrouper

des patients de médecine et de chirurgie. Nous avons donc regroupé les unités faisant exclusivement partie d'une de ces trois catégories.

1) **En ce qui concerne les patients de maternité**, voici les raisons évoquées pour l'hospitalisation en distinguant les cas de la première hospitalisation du retour à la clinique :

Raisons suggérées – Patients de maternité	Première hospitalisat <sup>o</sup>	Retour à la clinique
Mon médecin traitant me l'a conseillée	18%	10%
La Clinique a bonne réputation	31%	35%
J'habite à proximité de la Clinique	47%	49%
Un spécialiste de la Clinique a bonne réputation	28%	28%
J'étais satisfait(e) d'une hospitalisation antérieure	3% <sup>1</sup>	60%
Un proche (famille, ami) me l'a conseillée	22%	13%
Un service de la Clinique a bonne réputation	14%	21%
Un spécialiste me l'a conseillée	7%	4%
Je n'ai pas choisi	8%	4%
Autre	20%	18%

Tableau VII.15.: Motivations – Patients de maternité

Dans les deux cas de figure, **la proximité de la clinique** est un élément essentiel du choix de la clinique pour les patientes de maternité. Cependant, **la satisfaction** liée à une hospitalisation antérieure reste la première raison dans le cadre d'un retour à la clinique. Les réputations de la clinique et d'un spécialiste sont importantes mais moins que pour l'ensemble des patients, toute unité confondue. Le médecin traitant a un rôle nettement moins considérable dans le chef des unités de maternité. Les autres raisons évoquées dans le choix de la clinique sont essentiellement liées au suivi du gynécologue qui pratique les accouchements dans la clinique considérée.

2) **Pour les patients de médecine**, nous observons les résultats suivants :

Tant dans le cadre d'une première hospitalisation que d'un retour à la clinique, nous nous apercevons du rôle déterminant rempli par **le médecin traitant**. Pour la première hospitalisation, il est d'ailleurs le premier élément du choix du patient, suivi par la réputation de la clinique ou d'un spécialiste. La proximité et le conseil d'un proche font également partie des motivations les plus citées.

Raisons suggérées – Patients de médecine	Première hospitalisat <sup>o</sup>	Retour à la clinique
--	------------------------------------	----------------------

<sup>1</sup> Il s'agit dans ce cas-là de la satisfaction liée à l'hospitalisation d'une autre personne (ami, proche,...) dans l'hôpital, ce qui revient quasiment au conseil d'un proche.

Mon médecin traitant me l'a conseillée	46%	48%
La Clinique a bonne réputation	44%	52%
J'habite à proximité de la Clinique	27%	31%
Un spécialiste de la Clinique a bonne réputation	28%	40%
J'étais satisfait(e) d'une hospitalisation antérieure	-	62%
Un proche (famille, ami) me l'a conseillée	22%	13%
Un service de la Clinique a bonne réputation	19%	27%
Un spécialiste me l'a conseillée	18%	17%
Je n'ai pas choisi	12%	5%
Autre	8%	6%

Tableau VII.16. : Motivations – Patients de médecine

Dans le cadre d'un retour à la clinique, la première raison est **la satisfaction** liée à une hospitalisation antérieure, suivie par la réputation de la clinique. Nous avons souligné l'importance du rôle joué par le médecin traitant. La réputation d'un spécialiste, la proximité de la clinique et la réputation d'un service ont également une influence considérable dans le choix du patient.

3) **En ce qui concerne les patients de chirurgie**, les résultats observés sont :

Raisons évoquées – Patients de chirurgie	Première hospitalisat <sup>o</sup>	Retour à la clinique
Mon médecin traitant me l'a conseillée	42%	36%
La Clinique a bonne réputation	41%	47%
J'habite à proximité de la Clinique	25%	38%
Un spécialiste de la Clinique a bonne réputation	50%	49%
J'étais satisfait(e) d'une hospitalisation antérieure	-	67%
Un proche (famille, ami) me l'a conseillée	26%	12%
Un service de la Clinique a bonne réputation	17%	24%
Un spécialiste me l'a conseillée	11%	7%
Je n'ai pas choisi	7%	6%
Autre	8%	7%

Tableau VII.17.: Motivations – Patients de chirurgie

La différence entre cette catégorie de patients et les autres, se mesure à l'importance jouée par **la réputation d'un spécialiste** de la clinique, tant dans le cadre d'une première hospitalisation que d'un le retour à la clinique. Le médecin traitant conserve un rôle déterminant, de même que la réputation de la clinique. Soulignons **la satisfaction** liée à une hospitalisation antérieure qui s'avère encore plus importante dans ce cas que dans les autres types d'unité observés.

#### 1.3.4. Type de clinique

La troisième distinction que nous faisons, est le type de clinique choisi. Nous pouvons identifier trois types de clinique dans notre étude<sup>2</sup>: la petite clinique de proximité, la clinique moyenne (un peu plus grande que la première, elle compte souvent plus de services mais elle peut n'être que le résultat d'une fusion entre deux cliniques de proximité) et la clinique universitaire. Le nombre de patients par type de clinique est :

- Clinique de « proximité » : 553 patients
- Clinique « moyenne » : 3539 patients
- Clinique « universitaire » : 1419 patients

1) **Concernant le cas de la première hospitalisation**, nous obtenons les résultats suivants pour les trois types de cliniques :

Raisons suggérées – Première hospitalisation	Clinique de proximité	Clinique moyenne	Clinique universitaire
Mon médecin traitant me l'a conseillée	36%	39%	48%
La Clinique a bonne réputation	32%	39%	46%
J'habite à proximité de la Clinique	46%	29%	13%
Un spécialiste de la Clinique a bonne réputation	32%	45%	31%
J'étais satisfait(e) d'une hospitalisation antérieure	4%	10%	7%
Un proche (famille, ami) me l'a conseillée	17%	25%	26%
Un service de la Clinique a bonne réputation	8%	17%	20%
Un spécialiste me l'a conseillée	10%	10%	24%
Je n'ai pas choisi	12%	9%	8%
Autre	6%	10%	7%

Tableau VII.18. : Motivations par catégorie de clinique – Cas de la première hospitalisation

Si nous analysons motivation par motivation, nous voyons que le conseil du médecin traitant, la réputation de la clinique ou d'un service, le conseil d'un spécialiste ou d'un proche sont cités de manière plus fréquente dans le chef des patients de clinique universitaire que dans les autres types de clinique. La proximité de la clinique ainsi que le fait de ne pas avoir choisi, sont plus fréquents dans le cadre de clinique, précisément, de proximité. La réputation d'un spécialiste est plus fréquemment citée dans le cadre des cliniques moyennes.

Une analyse par type de clinique nous confirme que :

<sup>2</sup> Sans prétendre à la représentativité statistique

- la proximité est bien la raison principale des cliniques de proximité, suivie par le conseil du médecin traitant;
- la réputation d'un spécialiste est la première raison du choix d'une clinique dite « moyenne », suivie par le conseil du médecin traitant et par la réputation de la clinique;
- le conseil du médecin traitant est la première motivation dans le choix de la clinique universitaire, suivie par la réputation de la clinique.

2) **Dans le cadre d'un retour dans une de ces cliniques**, nous voyons que le conseil du médecin traitant ou d'un spécialiste, la réputation de la clinique ou d'un service reste plus important dans le chef des patients de la clinique universitaire. La satisfaction liée à une hospitalisation antérieure devient la première motivation dans les trois types de clinique et la proximité est encore plus essentielle dans le choix d'une clinique de proximité.

Raisons évoquées – Retour à la clinique	Clinique de proximité	Clinique moyenne	Clinique universitaire
Mon médecin traitant me l'a conseillée	32%	34%	49%
La Clinique a bonne réputation	37%	44%	61%
J'habite à proximité de la Clinique	60%	39%	17%
Un spécialiste de la Clinique a bonne réputation	39%	43%	45%
J'étais satisfait(e) d'une hospitalisation antérieure	66%	62%	65%
Un proche (famille, ami) me l'a conseillée	9%	13%	14%
Un service de la Clinique a bonne réputation	8%	24%	31%
Un spécialiste me l'a conseillée	10%	9%	20%
Je n'ai pas choisi	7%	6%	4%
Autre	7%	10%	5%

Tableau VII.19.: Motivations par catégorie de clinique – Cas du retour à la clinique

L'analyse par type de clinique montre que:

- la satisfaction liée à une hospitalisation antérieure ainsi que la proximité sont de loin les raisons les plus importantes dans le choix de la clinique de proximité;
- satisfaction et réputations de la clinique et d'un spécialiste sont les raisons principales du choix d'une clinique dite moyenne;
- satisfaction, réputation de la clinique ou d'un spécialiste et conseil du médecin traitant pour la clinique universitaire.

Ces résultats en matière de "motivations" dans le choix d'un hôpital témoignent d'une diversité entre les types de clinique, entre les catégories d'unités de soins et entre types d'hospitalisation (première hospitalisation vs retour à la clinique). Ils sont révélateurs de la nécessité d'une gestion adaptée relative au "recrutement" des patients.

#### 1.4. Profil des patients par unité de soins

Pour conclure cette description, nous proposons de dresser un profil des patients par catégorie d'unité(s) de soins. L'objectif sous-jacent est de présenter le patient "moyen" et ses caractéristiques générales, en gardant à l'esprit la diversité des profils possibles à l'intérieur de chaque catégorie.

	<b>Maternité</b>	<b>Médecine</b>	<b>Chirurgie</b>
Genre	Uniquement des femmes	Majorité d'hommes (60%)	Majorité de femmes (57%)
Age moyen	29 ans	59 ans	52 ans
Tranche d'âges	Très grande majorité de moins de 35 ans (90%)	Majorité de plus de 60 ans (56%)	Plus grande proportion de 36 à 59 ans (40%)
Formation	Autant de niveau secondaire que supérieure Très peu de primaire (4%)	Majorité de secondaire (51%), suivi de primaire (30%)	Majorité de secondaire (53%), autant de primaire que de supérieur (23%)
Arrivée en urgence	+ d'une patiente sur 3 est arrivée en urgence (37%)	Près d'un patient sur deux est arrivé en urgence (44%)	Moins d'un patient sur cinq est arrivé en urgence (18%)
Passage par les soins intensifs	Pratiquement aucun passage par les soins intensifs (3%)	16% des patients	12% des patients
Passage par les S.I. si arrivée en urgence	4% des patientes	27% des patients	20% des patients
Transfert d'unité	Pratiquement aucun transfert (1%)	11% des patients transférés pendant leur séjour	5% des patients transférés pendant leur séjour
Hospitalisat° antérieure dans une autre clinique	Majorité de patientes jamais hospitalisées dans une autre clinique (54%)	Large majorité de patients déjà hospitalisés dans un autre hôpital (71%)	2/3 de patients déjà hospitalisés dans une autre clinique (67%)
1 <sup>ère</sup> hospitalisat° dans la clinique	Minorité des patientes (36%)	Minorité (42%) assez importante de patients ( )	Majorité des patients (53%)
Toute première hospitalisat°	18% des patientes viennent pour une première hospitalisat°	11% des patients viennent pour une première hospitalisat°	15% des patients viennent pour une première hospitalisat°

	<b>Maternité</b>	<b>Médecine</b>	<b>Chirurgie</b>
--	------------------	-----------------	------------------



Type de chambres	Majorité de chambre individuelle (60%), suivie par les chambres doubles (40%)	Majorité de chambre double (59%) suivi par les chambres de 3 lits et plus (25%)	Majorité de chambres doubles (60%), suivie par les chambres individuelles (27%)
Visite	Souvent pour une très grande majorité (86%)	Souvent pour une large majorité (73%)	Souvent pour une très grande majorité (83%)
Régime alimentaire	Très peu de patientes (7%)	Près d'un patient sur trois (30%)	20% des patients
Durée moyenne de séjour	6,1 jours	8,5 jours	7,9 jours
Type de séjours	Majorité de moyens séjours (84%), suivie des longs séjours (11%) et des courts séjours (5%)	Plus grande proportion de longs séjours (41%), suivie de moyens séjours (30%) et des courts séjours (29%)	Répartition presque équitable entre les longs séjours (36%), et les moyens séjours (35%), suivis des courts séjours (29%)
Motivations pour une première hospitalisat° dans la clinique	- Proximité - Réputation de la clinique - Réputation d'un spécialiste - Conseil d'un proche	- Conseil du médecin traitant - Réputation de la clinique - Réputation d'un spécialiste - Proximité	- Réputation d'un spécialiste - Conseil du médecin traitant - Réputation de la clinique - Conseil d'un proche
Motivations dans le cadre d'un retour à la clinique	- Satisfaction antérieure - Proximité - Réputation de la clinique - Réputation d'un spécialiste	- Satisfaction antérieure - Réputation de la clinique - Conseil du médecin traitant - Réputation d'un spécialiste	- Satisfaction antérieure - Réputation d'un spécialiste - Réputation de la clinique - Proximité

Tableau VII.20. : Les profils de patients

Si nous dressons un portrait de chaque profil-type rencontré :

- **la patiente de maternité** est une femme assez jeune, de niveau de formation secondaire ou supérieure, arrivée de manière programmée à l'hôpital sans passer par les soins intensifs. Elle n'a pas été hospitalisée dans une autre clinique mais n'est pas pour autant à sa première hospitalisation dans l'hôpital qu'elle fréquente. Elle a séjourné dans une chambre individuelle où elle a reçu énormément de visites durant un séjour qui a duré environ 6 jours. Elle a choisi l'hôpital car il est proche de son lieu de résidence et qu'elle a été satisfaite d'une hospitalisation antérieure ;
- **le patient de médecine** est un homme proche de la soixantaine d'années, de niveau de formation secondaire ou primaire, arrivé en urgence dans un cas sur deux, ce qui a entraîné un passage par les soins intensifs dans un cas sur quatre. Il a déjà été hospitalisé dans un autre hôpital de même que dans celui qu'il fréquente actuellement. Il est hospitalisé pour un long séjour dans une chambre double, voire communes de 3 lits et plus, et il doit suivre un régime alimentaire dans

un cas sur trois. Il a choisi la clinique sur le conseil de son médecin traitant ou parce qu'il a été satisfait d'une hospitalisation antérieure ;

- **le patient de chirurgie** a une cinquantaine d'années, de niveau de formation secondaire, et est arrivé de manière programmée à l'hôpital. Bien qu'il (ou elle) ait déjà été hospitalisé auparavant, il vient dans un cas sur deux pour la première fois dans cet hôpital où il réside dans une chambre double ou privée. La durée de son hospitalisation est très variable mais tourne en moyenne autour d'une semaine durant laquelle il aura reçu beaucoup de visites. Il a choisi la clinique en raison de la réputation d'un spécialiste ou parce qu'il est satisfait d'une hospitalisation antérieure.

Rien qu'au travers de ces caricatures, les différences suggèrent des analyses de besoins détaillées. Nous étudierons donc nos résultats du général au particulier, en partant du patient « moyen » auquel nous apporterons le plus de nuances possibles au fur et à mesure de la présentation des résultats.

### 1.5. Les résultats globaux

Nous présentons les quatre résultats globaux enregistrés lors de l'enquête.

#### **1.5.1. La qualité perçue du service**

La première mesure que nous présentons, fait référence à la perception par le patient de la qualité du service suite à son séjour<sup>3</sup>.

QUALITE PERCUE DU SERVICE PAR LES PATIENTS				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Très bonne	3827	69,4	71,5
	Bonne	1343	24,4	25,1
	Moyenne	154	2,8	2,9
	Mauvaise	23	,4	,4
	Très mauvaise	8	,1	,1
	Total	5355	97,2	100,0
Missing	System	156	2,8	
Total		5511	100,0	

*Tableau VII.21. : Qualité perçue du service par les patients*

<sup>3</sup> Rappelons que le mot service a un double sens dans un hôpital, c'est à la fois le terme générique par opposition au mot "bien" ou "produit" et l'unité de soins.

Les résultats sont globalement encourageants. La qualité perçue du service est très bonne pour 71% des patients, bonne pour 25% d'entre eux, moyenne pour 3% et moins d'1% la juge mauvaise ou très mauvaise.

### 1.5.2. La satisfaction à l'égard de l'hôpital

Nous avons fait la distinction entre l'unité de soins et l'hôpital lors de la question relative à la satisfaction.

SATISFACTION DU PATIENT A L'EGARD DE L'HOPITAL				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Très satisfait(e)	3647	66,2	68,3
	Plutôt satisfait(e)	1477	26,8	27,6
	Neutre	134	2,4	2,5
	Plutôt insatisfait(e)	69	1,3	1,3
	Très insatisfait(e)	15	,3	,3
	Total	5342	96,9	100,0
Missing	System	169	3,1	
	Total	5511	100,0	

**Tableau VII.22. : Satisfaction des patients à l'égard de l'hôpital**

68% des patients se sont montrés très satisfaits, 28% plutôt satisfaits, 2% ont un avis neutre et moins de 2% se sont montrés plutôt ou très insatisfaits.

### 1.5.3. Recommandations de l'unité à un proche

Nous avons également interrogé les patients concernant leur intention de recommander à un proche l'unité de soins dans laquelle ils ont séjourné.

<b>RECOMMANDATION DE L'UNITE DE SOINS A UN PROCHE</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Certainement	3914	71,0	73,3
	Probablement	1069	19,4	20,0
	Neutre	261	4,7	4,9
	Probablement pas	54	1,0	1,0
	Certainement pas	45	,8	,8
	Total	5343	97,0	100,0
Missing	System	168	3,0	
<b>Total</b>		<b>5511</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau VII.23. : Recommandation de l'unité à un proche**

Les résultats sont du même ordre : 73% des patients la recommanderaient certainement, 20% probablement, 5% ont un avis neutre et les 2% restant se partagent entre probablement pas et certainement pas.

#### **1.5.4. Le retour à l'hôpital si nécessaire**

Nous avons interrogé les patients sur leurs intentions de revenir dans le même hôpital si nécessaire. Nous observons des résultats à peu près similaires.

<b>Retour dans le même hôpital si nécessaire</b>				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Certainement	3712	67,4	69,5
	Probablement	1238	22,5	23,2
	Neutre	296	5,4	5,5
	Probablement pas	56	1,0	1,0
	Certainement pas	36	,7	,7
	Total	5338	96,9	100,0
Missing	System	173	3,1	
<b>Total</b>		<b>5511</b>	<b>100,0</b>	

**Tableau VII.24. : Retour dans le même hôpital si nécessaire**

Les études de satisfaction doivent être conçues professionnellement et utilisées comme un outil de développement stratégique de l'organisation.

Tant destinées aux usagers qu'aux intervenants, il est fondamental qu'elles aient un caractère constructif et dynamique.

## **2. Conclusion**

Dans ce chapitre, nous avons présenté les caractéristiques principales de notre échantillon de 5511 patients interrogés dans 75 unités de soins différentes. Cette première analyse descriptive témoigne de la grande variabilité des profils de patients rencontrés.

Nous avons parcouru les motivations des patients dans le choix de la clinique. D'instructives constatations relatives à une première hospitalisation ou à un retour à la clinique ont pu être faites, de même que par type d'unités de soins ou par type de clinique.

Environ 70% de patients se disent très satisfaits de leur séjour à l'hôpital. Mais sur quels critères s'appuient-ils pour évaluer la qualité du service? Cette qualité perçue détermine-t-elle leur satisfaction? Quelles comparaisons pouvons-nous faire entre patients? Quelles recommandations pouvons-nous apporter en termes de contributions à l'analyse de cette satisfaction? Quelles en sont les implications pour la gestion hospitalière ? Voilà des questions auxquelles nous allons essayer d'apporter des éléments de réponse.

La contribution de ces patients à notre étude nous a permis de développer le modèle de satisfaction et les différentes analyses présentées dans les chapitres suivants. Dans un premier temps, nous étudierons les critères pertinents de la satisfaction du patient, réunis dans un modèle global reliant la qualité perçue du service, la satisfaction et la fidélité du patient à l'égard de l'hôpital. Dans un second temps, nous analyserons l'influence des caractéristiques socio-démographiques et psycho-sanitaires des patients sur les déterminants de leur satisfaction.

## **CHAPITRE 8 :**

### **Analyse de la demande - Le modèle : qualité perçue, satisfaction et fidélité du patient**

Une des contributions de nos recherches se situe dans la compréhension et l'élaboration d'un modèle global de qualité perçue, de satisfaction et de fidélité des patients à l'égard des services hospitaliers et de l'hôpital. La présentation et l'interprétation de ce modèle global font l'objet de ce chapitre. Un nouveau modèle général synthétisera les apports empiriques et conceptuels de notre travail. Il est présenté en conclusion de ce chapitre.

#### **1. Le modèle global pondéré**

Nous avons présenté le débat engendré par la mesure de la qualité perçue du service sur base des méthodologies liées aux modèles Servqual et Servperf, en prenant position pour le second qui nous paraissait plus fidèle à notre objet de mesure et à notre contexte. Par conséquent, nous avons opté pour une double mesure : la performance et l'importance perçues des indicateurs de qualité de service. En plus de l'évaluation par les patients de la performance des 40 indicateurs de qualité perçue des services hospitaliers sur une échelle de 0 à 10, nous leur avons demandé d'évaluer l'importance de chaque indicateur sur une échelle ordinaire en 3 points, allant de peu important à très important. Nous parlons de modèle pondéré lorsque nous intégrons la charge de cette importance dans l'évaluation finale des indicateurs, et de modèle non pondéré lorsque ce poids lié à l'importance n'est pas pris en considération. Nous parlons de modèle global car il regroupe tous les patients de notre échantillon, sans distinction à ce stade-ci de l'analyse.

#### **1.1. Importance des indicateurs**

Lors de l'analyse des résultats liés à l'étude de l'importance des indicateurs, la facilité de compréhension de cette échelle de mesure ordinaire est à contrebalancer avec les limites de l'analyse statistique qu'elle autorise, à savoir des tests non paramétriques. L'objectif principal de cette échelle est de pondérer les 40 indicateurs théoriques de qualité perçue, en fonction de l'importance de chaque indicateur dans l'esprit des patients. Pour y parvenir, nous avons recours à l'analyse des fréquences données à l'importance de chaque critère, illustrée de la manière suivante par un exemple :

Exemple	Peu important	Important	Très important
Y1 : L'accès à l'hôpital	455	2581	1936

*Tableau VIII.1. : Exemple de calcul de pondération des indicateurs*

4972 patients ont répondu à cette question. Le poids à donner au facteur doit prendre la valeur maximum de 1 si tous les patients donnent une importance maximale à cet indicateur sur notre échelle (très important). Par contre, le poids de l'importance prendra une valeur inférieure à 1 selon la répartition des fréquences dans les deux autres niveaux d'importance, avec une valeur minimale théorique de 0 si tous les patients considèrent l'indicateur comme étant peu important. Il suffit alors de procéder à une simple règle de correspondance pour obtenir le poids de l'indicateur en fonction de l'importance accordée.

$$(455*1+2581*2+1936*3 - 4972*1)/4972*(3-1) = 0,65$$

Nous présentons dans le tableau suivant les pondérations relatives de chaque indicateur, mesurées par le calcul des fréquences présenté ci-dessus, du plus important au moins important.

Indicateurs	Pondération en fct° de l'importance
Y9 - La qualité des soins infirmiers	0,91
Y15 - L'écoute des patients par les médecins	0,89
Y36 - La qualité des soins médicaux	0,89
Y31 - La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en œuvre pour bien soigner	0,87
Y4 - L'accueil au sein du service	0,86
Y16 - La courtoisie et la gentillesse du personnel hospitalier	0,86
Y23 - La promptitude du personnel à réagir en cas de problème	0,86
Y26 - La modernité de l'équipement médical	0,85
Y29 - Le soulagement des douleurs	0,85
Y37 - La clarté des informations concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour	0,84
Y14 - La disponibilité des infirmières	0,83
Y19 - La sensibilité des infirmières aux besoins des patients	0,83
Y22 - La possibilité de discuter avec les médecins et infirmières en cas de questions	0,83
Y20 - La disponibilité des médecins	0,82
Y2 - L'accueil du personnel de l'admission	0,80
Y8 - Le sentiment de sécurité à l'hôpital	0,79
Y39 - Les informations pour la sortie de l'hôpital (départ, poursuite du traitement, ...)	0,79
Y17 - Le confort de la chambre (lit, fauteuil, équipement, sanitaires,...)	0,78
Y18 - L'entretien des locaux (chambre, salle de séjours, couloirs,...)	0,77
Y13 - Le respect de l'intimité et de la pudeur	0,76



Indicateurs	Pondération en fct° de l'importance
Y30 - La réalisation des services (examen, opération,...) au moment prévu	0,76
Y38 - Le déroulement du séjour (comme prévu)	0,74
Y35 - Le calme à l'hôpital	0,73
Y21 - La prise en compte des remarques par le personnel hospitalier	0,72
Y25 - La facilité à se reposer	0,72
Y40 - L'aide concernant les suites de l'hospitalisation (soutien, Suivi du traitement, démarches administratives,...)	0,72
Y5 - L'explication du personnel concernant le déroulement du Séjour	0,71
Y28 - Le service des repas (qualité, horaire, ...)	0,69
Y3 - La facilité des formalités d'admission	0,67
Y10 - La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur (TV, tél., journaux,...)	0,67
Y34 - L'aspect du personnel hospitalier (habillement, tenue,...)	0,67
Y27 - L'explication en cas d'attente (médecin, examen, ...)	0,66
Y1 - L'accès à l'hôpital (accès routier, parking,...)	0,65
Y32 - Les heures de visite	0,65
Y7 - L'aspect de l'hôpital (décor, apparence, agencement,...)	0,61
Y24 - L'occasion de rester en contact avec son médecin traitant Durant l'hospitalisation	0,61
Y6 - La facilité à trouver son chemin dans l'hôpital	0,60
Y33 - L'intérêt de l'hôpital pour la famille et les proches (accès, Accueil, cafétéria,...)	0,59
Y11 - L'accueil et le soutien des bénévoles	0,53
Y12 - L'assistance (sociale, religieuse, laïque) si souhaitée	0,46

**Tableau VIII.2.: Poids relatifs des indicateurs en fonction de l'importance**

Le classement établi dans ce tableau nous renseigne sur le niveau d'importance de chaque indicateur aux yeux des patients. Nous remarquons l'importance primordiale liée à la qualité des soins, aux indicateurs de fiabilité, d'assurance, d'attention et de communication en général, mais également l'importance moindre accordée à certains indicateurs d'extériorité et de disponibilité relative au personnel non soignant.

➤ Sur base de cette première comparaison, nous observons que les patients accordent des niveaux d'importance différents aux attributs du service présentés dans l'étude.

## 1.2. L'analyse factorielle

Afin de mettre en évidence les relations hypothétiques entre des composantes de la qualité perçue du service, la satisfaction et la fidélité (intention de fidélité) à l'égard de l'hôpital, nous soumettons dans une première étape les résultats observés auprès de nos 40 indicateurs théoriques de qualité de service, pondérés par leur importance relative, à une première analyse factorielle exploratoire. L'objectif de cette analyse factorielle est de mettre en évidence les variables latentes ou facteurs de qualité perçue qui nous sont fournis empiriquement par notre étude, en acceptant qu'ils puissent diverger du modèle théorique proposé, encore très heuristique dans le secteur hospitalier. Dans ce type d'analyse, chaque facteur est exprimé comme une combinaison linéaire de toutes les variables, où le poids de chaque variable correspond à une sorte d'indice de corrélation (appelé charge factorielle) entre la variable mesurée et le facteur latent.

L'analyse factorielle exploratoire (avec rotation Varimax) centrée sur les 40 indicateurs pondérés de la qualité perçue suggère l'existence de 5 facteurs expliquant 57,4% de la variance totale. Autrement dit, certains facteurs et indicateurs théoriques n'ont pas répondu à la définition initialement prévue. Cela nous incitera directement à reconsidérer notre modèle général.

En parallèle à ce premier regard sur nos indicateurs, nous avons procédé à la vérification de la fiabilité (cohérence interne) des facteurs à l'aide d'une méthode de mesure connue sous le nom de coefficient Alpha de Cronbach. De manière empirique, nous pouvons utiliser la règle de mesure qui préconise de ne pas accepter un coefficient  $< 0,65$  (De Vellis, 1997).

Cette mesure de fiabilité a un effet immédiat sur nos résultats. Selon cette règle, nous ne pouvons conserver le 5ème facteur préconisé par l'analyse factorielle et qui regroupait des indicateurs d'accessibilité (au sens large) et d'accueil à la clinique : l'accès à l'hôpital (parking, accès routier,...), l'accueil par le personnel d'admission, la facilité des formalités d'admission et la facilité à trouver son chemin dans l'hôpital. Tout en respectant cette règle de fiabilité, nous préconisons de ne pas exclure cette dimension dans une perspective de recherche future. Elle devra être reformulée à l'avenir pour mieux en mesurer l'importance et la cohérence par rapport à la qualité perçue, comme nous le présenterons à la fin de ce chapitre.

Le trop faible niveau de fiabilité du cinquième facteur nous oblige donc à l'éliminer, de même que les indicateurs qui n'ont pas une corrélation suffisante avec un des facteurs retenus et les indicateurs dont les charges factorielles sont trop peu différenciées entre facteurs. Si nous réappliquons la

méthode d'analyse factorielle sur les indicateurs préservés, nous pouvons résumer l'analyse de la façon suivante :

	Composantes			
	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3	Facteur 4
Y4 : L'accueil chaleureux au sein du service	,696			
Y9 : La qualité des soins infirmiers	,720			
Y14 : La disponibilité des infirmières	,585			
Y16 : La courtoisie et la gentillesse du personnel	,788			
Y19 : La sensibilité des infirmières aux besoins de patient	,807			
Y21 : La prise en compte des remarques du patient par le personnel hospitalier	,562			
Y23 : La promptitude du personnel à réagir en cas de problème	,636			
Y29 : Le soulagement des douleurs du patient	,709			
Y31 : La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en oeuvre pour bien soigner	,678			
Y36 : La qualité des soins médicaux	,654			
Y15 : L'écoute du patient par le médecin		,739		
Y20 : La disponibilité des médecins		,719		
Y22 : La possibilité de discuter avec les médecins et les infirmières en cas de question		,611		
Y27 : L'explication en cas d'attente(médecin, examen,...)		,542		
Y37 : La clarté de l'information concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour		,665		
Y39 : Les informations concernant la sortie de l'hôpital (départ, poursuite du traitement,...)		,520		
Y7 : L'aspect de l'hôpital (décor, apparence, agencement,...)			,660	
Y17 : Le confort de la chambre (lit, fauteuil, équipement, sanitaires,...)			,756	
Y18 : La propreté des locaux (chambre, salle de séjours, couloirs,...)			,608	
Y25 : La facilité à se reposer			,648	
Y26 : La modernité de l'équipement médical			,558	
Y28 : Le service des repas (qualité, horaire,...)			,432	
Y35 : Le calme à l'hôpital			,694	
Y10 : La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur (TV, tél, Journaux,...)				,466
Y11 : L'accueil et le soutien des bénévoles				,728
Y12 : La disponibilité de l'assistance (sociale, religieuse, laïque)				,767
Y24 : La possibilité de rester en contact avec son médecin traitant lors de l'hospitalisation				,446
Y33 : L'intérêt de l'hôpital pour les proches (accès, accueil, cafétéria,...)				,360

**Tableau VIII.3. : Résultats de l'analyse factorielle avec pondération**

- 4 facteurs sont identifiés et expliquent 60,6% de la variance totale.  
Par facteur la variance expliquée est de F1 : 22,4% ; F2 : 14,9% ;  
F3 : 15% ; F4 : 8,3%.
- La fiabilité (cohérence interne) de ces facteurs, mesurée à l'aide du coefficient Alpha de Cronbach est de :
  - F1 = 0,93 avec 10 indicateurs ;
  - F2 = 0,89 avec 6 indicateurs ;
  - F3 = 0,83 avec 7 indicateurs ;
  - F4 = 0,75 avec 5 indicateurs.
- Comparé au modèle théorique (cfr Chapitre 5), nous nous apercevons qu'il y a donc moins de facteurs et indicateurs que prévu. En réalité, certaines composantes théoriques se combinent pour ne former qu'un seul facteur, comme nous l'expliquerons dans les pages suivantes. Les facteurs retenus sont :
  - F1 : « Prise en charge du patient » (nous l'appellerons « Prise en charge »);
  - F2 : « Communication – Relation aux médecins » (nous l'appellerons « Communication »);
  - F3 : « Tangibilité » ;
  - F4 : « Extériorité ».

### 1.3. L'analyse d'équations structurelles

A ce stade-ci de l'analyse, nous sommes en mesure de soumettre les données empiriques à une modélisation avec équations structurelles qui présente l'énorme avantage d'examiner simultanément les relations de dépendance entre les variables, ce qui nous fournit l'analyse causale la plus complète au sens de l'intégration de l'ensemble des indicateurs. Cette partie a été élaborée sur LISREL (Linear Structural Relations) qui est à la fois un modèle statistique et un logiciel. La méthodologie et le logiciel utilisés impliquent que ce soit le chercheur qui fournisse un modèle selon les connaissances acquises et la rationalité théorique des concepts utilisés. Il ne suffit donc pas d'introduire toutes les données pour obtenir un modèle mais bien de trouver un ou plusieurs modèles à valider par l'outil statistique.

#### **1.3.1. Le modèle de mesure**

Le modèle de mesure permet d'étudier le rapport entre les indicateurs et les variables latentes; à la différence près, par rapport à l'analyse factorielle, que les relations sont spécifiées entre indicateurs et variables latentes par le chercheur (Jöreskog et Sörbom, 1989). C'est pour cette raison que le modèle

de mesure est également connu sous le nom d'analyse factorielle confirmatoire.

Nous présentons dans le tableau suivant les relations entre les variables latentes et les indicateurs retenus avec estimation des paramètres standardisés pour le modèle global. Par rapport à l'analyse factorielle exploratoire, nous pouvons voir que certains indicateurs n'entrent plus en considération dans le modèle de mesure. Les « bruits statistiques » engendrés par certains indicateurs sont à ce stade éliminés du modèle. Nous disposons de plusieurs critères d'estimation de l'ajustement du modèle. Ces résultats présentés dans le tableau ci-après permettent de considérer un ajustement tout à fait acceptable de notre modèle de mesure.

	Coefficient (estimated loadings)
<b>F1 : PRISE EN CHARGE DU PATIENT</b>	
Y4 : L'accueil chaleureux au sein du service	0,85
Y9 : La qualité des soins infirmiers	0,91
Y19 : La sensibilité des infirmières aux besoins de patient	0,95
Y23 : La promptitude du personnel à réagir en cas de problème	0,90
Y29 : Le soulagement des douleurs du patient	0,91
Y31 : La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en Oeuvre pour bien soigner	0,92
Y36: La qualité des soins médicaux	0,92
<b>F2 : COMMUNICATION- RELATION AU MEDECIN</b>	
Y15 : L'écoute du patient par le médecin	0,90
Y20 : La disponibilité des médecins	0,85
Y22 : La possibilité de discuter avec les médecins et les infirmières en Cas de question	0,90
Y27 : L'explication en cas d'attente (médecin, examen,...)	0,86
Y37 : La clarté de l'information concernant l'état de santé et le Traitement durant le séjour	0,90
Y39 : Les informations concernant la sortie de l'hôpital (départ, Poursuite du traitement,...)	0,89
<b>F3 : TANGIBILITE</b>	
Y17 : le confort de la chambre (lit, fauteuil, équipement, sanitaires,...)	0,80
Y18 : La propreté des locaux (chambre, salle de séjours, couloirs,...)	0,86
Y25 : La facilité à se reposer	0,77
Y26 : La modernité de l'équipement médical	0,89
Y35 : Le calme à l'hôpital	0,82
<b>F4 : EXTERIORITE</b>	
Y10 : La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur	
Y11 : L'accueil et le soutien des bénévoles	0,77
Y12 : La disponibilité de l'assistance (sociale, religieuse, laïque)	0,71
Y24 : La possibilité de rester en contact avec son médecin traitant lors De l'hospitalisation	0,81

Y33 : L'intérêt de l'hôpital pour les proches (accès, accueil, cafétéria)	0,83
---	------

Tableau VIII.4. : Estimation du modèle de mesure(avec pondération)

« Absolute Fit »	RMSEA	0,025
	GFI	0,99
	AGFI	0,99
« Comparative Fit »	NFI	0,99
	NNFI	1,00
	CFI	1,00
« Parsimonious Fit »	PGFI	0,76
	PNFI	0,82
Taille de l'échantillon		1545

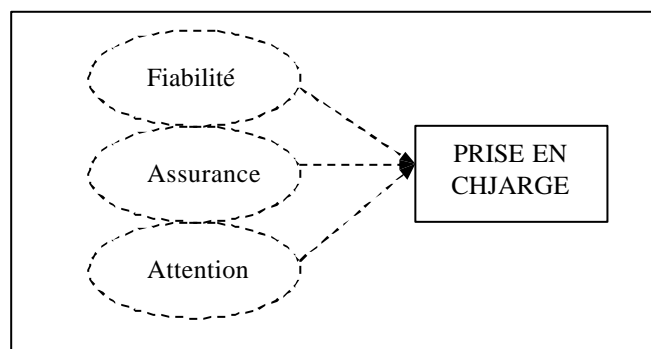
Tableau VIII.5. : Mesures de l'ajustement du modèle de mesure(avec pondération)

### 1.3.2. Les composantes et les indicateurs retenus

Arrêtons-nous sur les composantes identifiées (variables latentes) et sur les indicateurs retenus (variables manifestes) à ce niveau de l'analyse. Comme exposé dans l'analyse factorielle, les composantes identifiées divergent en partie du modèle théorique de départ. Nous proposons 7 composantes de la qualité perçue et nous n'en retenons seulement 4. Nous avons 40 indicateurs et nous en conservons finalement que 23. Détaillons ces composantes.

#### 1) La Prise en charge du patient

Il est très intéressant de constater que les patients «regroupent» certaines composantes théoriques distinctes pour n'en former plus qu'une seule synthétique. C'est le cas du premier facteur que nous avons appelé « Prise en charge». En effet, nous retrouvons des indicateurs des composantes théoriques d'attention (Y4,Y19), d'assurance (Y29,Y31) et de fiabilité (Y9,Y23, Y36) dans ce facteur. Ajoutons qu'aucun autre indicateur d'une de ces trois composantes théoriques ne se retrouvent dans un autre facteur identifié empiriquement. La corrélation entre ces composantes théoriques est donc tellement forte aux yeux du patient que nous pouvons les regrouper et qu'elles ne sont pas mesurées de manière indépendante par le patient.



FigureVIII.1. : Représentation de la composante « Prise en Charge »

Il faut donc comprendre qu'une prise en charge satisfaisante pour le patient devra réunir ces trois caractéristiques en même temps, et qu'une fiabilité accrue ne sera pas facilement perceptible si l'attention est déficiente. Par exemple, une amélioration de la qualité technique des soins ne sera nécessairement pas perceptible par le patient si elle ne s'accompagne pas d'une amélioration de l'accueil qui lui est réservé.

➤ Les patients ont tendance à regrouper certaines dimensions de qualité de service pour n'en former qu'une seule. C'est le cas de la dimension "Prise en charge" qui rassemble des indicateurs des dimensions théoriques de fiabilité, d'assurance et d'attention.

## **2) La Communication – relation au médecin**

Ce facteur regroupe des indicateurs des composantes de communication (Y22, Y37, Y39) et de disponibilité (Y15<sup>4</sup>, Y20). Il s'agit de la communication entre le patient et le personnel hospitalier dans son ensemble alors que les indicateurs de disponibilité concernent particulièrement la relation du patient avec le(s) médecin(s) de la clinique. A cet égard, nous découvrons à travers ce facteur une corrélation élevée entre la disponibilité des médecins et leur niveau de communication entretenu avec les patients. Cependant, les indicateurs de la composante théorique de disponibilité se retrouvent dans deux composantes empiriques différentes (Communication et Extériorité), distinction étant faite de la profession (médicale ou non) de la personne dont le patient apprécie la disponibilité.

## **3) La Tangibilité**

Les indicateurs (Y17, Y18, Y25, Y26, Y35) de ce facteur font tous partie de la composante théorique de tangibilité. Sa présence témoigne de l'importance du support du service aux yeux du patient. Cependant, tous les indicateurs théoriques ne sont pas conservés. Ceux représentés dans notre modèle empirique se rapportent davantage à l'infrastructure hospitalière, à l'équipement et à « l'atmosphère » de l'hôpital.

## **4) L'Extériorité**

Nous avons gardé le terme d'extériorité pour ce facteur car il regroupe des indicateurs dont l'objet est lié à des services plus périphériques (par rapport à l'activité purement médicale). Il regroupe des indicateurs des composantes théoriques d'extériorité (Y10, Y24, Y23) et de disponibilité (Y11, Y12). Ceci nous informe sur la dissociation claire pour le patient entre la disponibilité du personnel médical et soignant de la disponibilité des bénévoles et des

---

<sup>4</sup> L'indicateur « Ecoute du patient par le médecin » a été perçu comme un indicateur de disponibilité par les patients plus qu'un indicateur d'attention. Cette confusion est née du double sens assimilé au fait d'être à l'écoute de quelqu'un dans la langue française.

services sociaux, religieux et laïcs. Conceptuellement, ce n'est donc plus réellement la disponibilité mais bien la présence de ces services « extérieurs » qui est considérée.

➤ La nouvelle dimension "Extériorité" qui représente globalement les moyens mis en œuvre par l'hôpital pour faciliter les contacts avec l'extérieur et les proches, ainsi que les services plus périphériques tels que le soutien des bénévoles, trouve sa place dans notre analyse. Même si les indicateurs relatifs à cette dimension s'avèrent moins importants pour les patients que la plupart des attributs évoqués, leur présence n'en est pas moins significative.

### 1.3.3. Le modèle structurel

Le modèle structurel a pour but de montrer les différentes relations causales entre variables dépendantes et indépendantes, en prenant en considération le modèle dans sa globalité et en mesurant l'influence de toutes les variables entre elles, quelles soient manifestes (les indicateurs), latentes (les construits qui deviennent variables indépendantes) ou dépendantes.

Notre objectif sera d'identifier les relations causales et de fournir un modèle global entre les quatre facteurs identifiés, la qualité perçue par le patient du service dans lequel il est hospitalisé, la satisfaction globale à l'égard de l'hôpital et la fidélité (mesurée à l'aide des indicateurs d'intention de recommandation du service et d'intention de revenir dans l'hôpital considéré si nécessaire). Sur base des résultats de l'analyse factorielle et du modèle de mesure, nous avons proposé le premier modèle suivant :

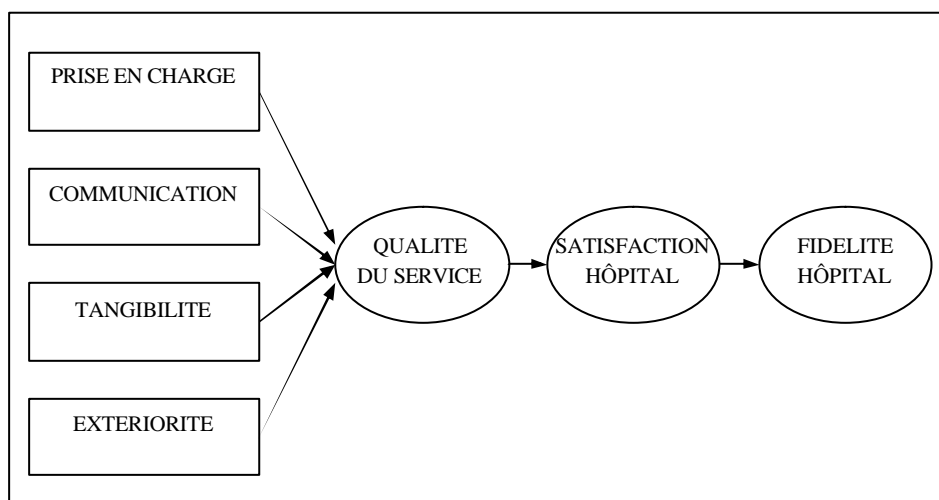


Figure VIII.2. : Proposition de modèle causal de satisfaction



De manière logique et conforme à la littérature, les facteurs identifiés deviendraient des composantes de la qualité perçue du service. Cette qualité perçue serait une variable explicative de la satisfaction qui, elle-même, deviendrait une variable explicative de la fidélité du patient à l'égard de l'hôpital dans lequel il a séjourné.

Ce modèle théorique ne sera pourtant pas accepté. C'est une des richesses des équations structurelles que de ne pas valider un modèle pour cause d'effet d'interactions entre les variables et de nous obliger à réfléchir à d'autres alternatives. En suivant ce processus d'élaboration du modèle causal, nous avons identifié un nouveau modèle global empirique de satisfaction des patients que nous présentons dans la figure suivante.

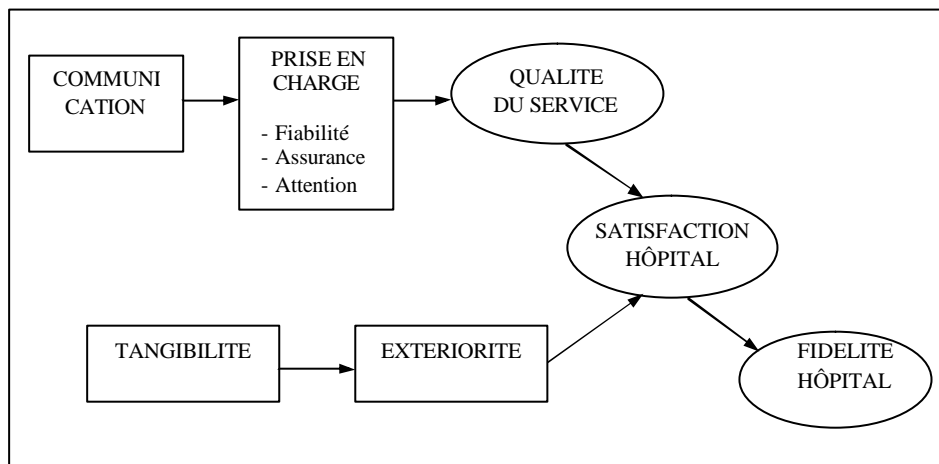


Figure VIII.3. : Modèle causal de satisfaction

Les mesures tout à fait acceptables de l'ajustement du modèle structurel sont reprises dans le tableau qui suit.

« Absolute Fit »	RMSEA	0,026
	GFI	0,99
	AGFI	0,99
« Comparative Fit »	NFI	0,99
	NNFI	1,00
	CFI	1,00
« Parsimonious Fit »	PGFI	0,80
	PNFI	0,86
Taille de l'échantillon		1545

Tableau VIII.6. : Mesures de l'ajustement du modèle de mesure(avec pondération)

Afin de mieux comprendre les relations identifiées dans ce modèle global, décomposons fictivement les en trois parties.

**1) La qualité perçue du service**

Cette qualité perçue du service dépend directement de la composante « prise en charge », et indirectement de la composante « communication » qui influence de façon immédiate la perception de la prise en charge.

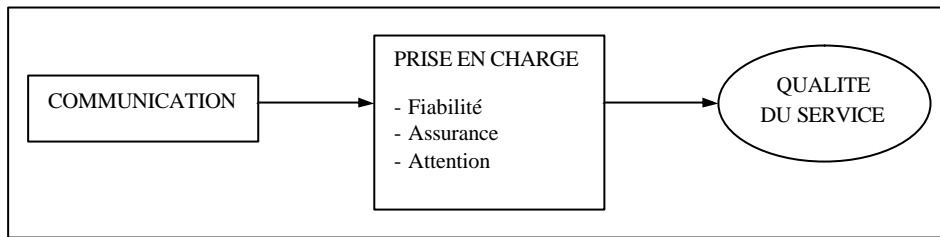


Figure VIII.4. : Explication du modèle causal – Qualité de service

Nous pouvons voir que seules deux des quatre composantes de la qualité perçue du service sont identifiées dans cette partie du modèle.

**2) La satisfaction globale à l'égard de l'hôpital.**

La satisfaction du patient est donc dépendante de la qualité perçue du service hospitalier et de la composante « Extériorité », elle-même directement influencée par la composante tangibilité. Il est intéressant de constater que ces composantes de tangibilité et d'extériorité sont des variables latentes de la satisfaction à l'égard de l'hôpital et non de la qualité perçue du service dans lequel le patient a séjourné. Cela signifie que ces aspects sont imputés à la clinique dans son ensemble, et non à l'unité de soins en particulier.

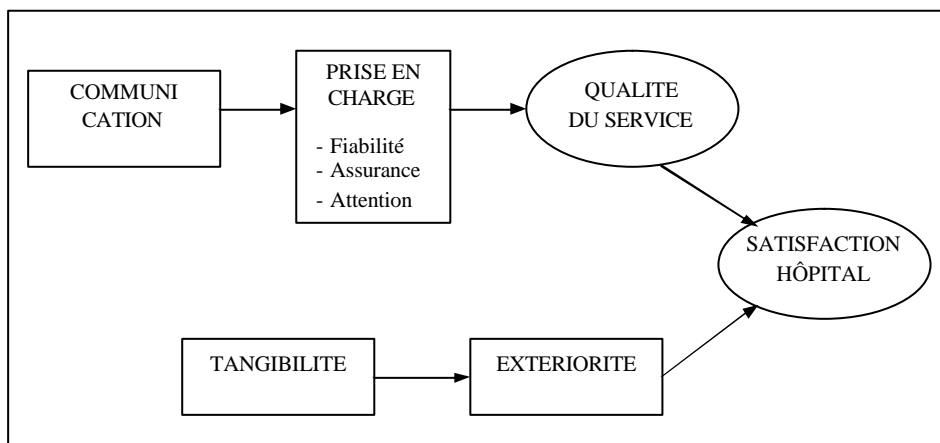


Figure VIII.5. : Explication du modèle causal - Satisfaction

➤ Il existe donc une distinction entre les deux concepts de qualité perçue du service et de satisfaction. Nous pourrions représenter symboliquement la qualité de service comme l'évaluation par le patient des composantes humaines et professionnelles (composantes "prise en charge" et "communication") alors que la satisfaction du patient à l'égard de l'hôpital dépend en plus de sa composante matérielle et des services dits périphériques (composantes "tangibilité" et "extériorité").

### 3) La fidélité à l'égard de l'hôpital

Dans la figure suivante, nous présentons la relation causale identifiée entre la satisfaction à l'égard de l'hôpital et l'intention de fidélité vis-à-vis de cet hôpital comme nous l'avons défini précédemment. A l'image de ce que nous trouvons communément dans la littérature, la fidélité est directement reliée et dépendante de la satisfaction globale.

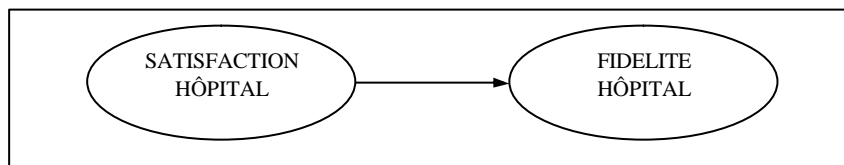


Figure VIII.6. : Explication du modèle causal - Fidélité

➤ La fidélité, mesurée par les indicateurs d'intention de recommandation du service et d'intention de retour à l'hôpital si nécessaire, est directement déterminée par la satisfaction du patient à l'égard de l'hôpital.

### 4) Le modèle global

Nous présentons dans la figure suivante le modèle global en reprenant les paramètres de mesure. Ils représentent le poids de chaque facteur dans la relation considérée. Nous indiquons les valeurs de coefficients de détermination du modèle ( $R^2$ ).

Les poids importants des variables latentes « communication » et « tangibilité » sur les variables latentes qu'elles influencent, respectivement « prise en charge » et « extériorité », ainsi que la valeur élevée des coefficients de détermination liés à ces relations, démontrent la forte influence des composantes entre elles. La satisfaction à l'égard de l'hôpital dépend beaucoup plus de la qualité perçue du service que de la composante extériorité, comme nous l'indique la lecture des paramètres respectifs.

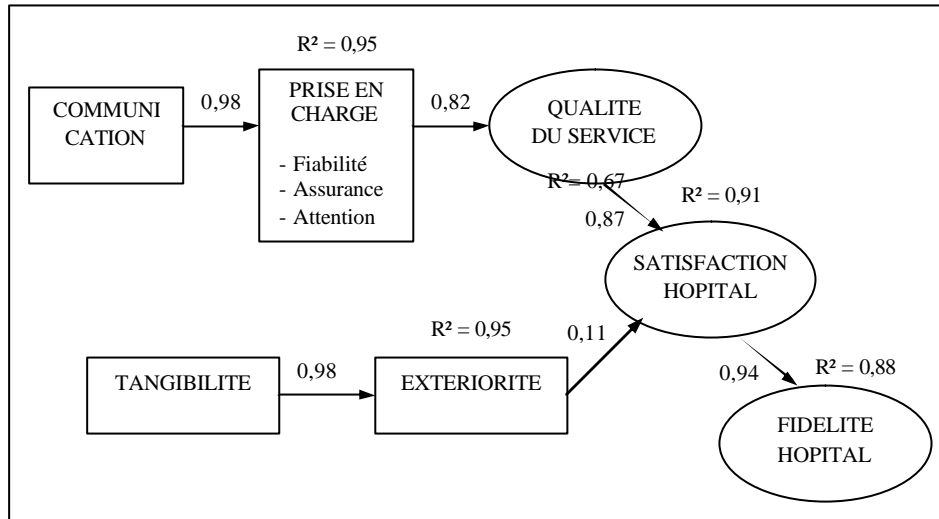


Figure VIII.7. : Modèle global pondéré

Les coefficients de détermination ( $R^2$ ) sont également très valables pour l'ensemble des construits mesurés. Le plus faible coefficient se rapportant à la qualité du service avec une valeur satisfaisante de 0,67. A cet égard, il serait éventuellement possible de trouver de nouvelles variables permettant d'en améliorer la détermination. Par exemple, nous reconnaissons les composantes cognitives et affectives de la satisfaction liées au service (Cfr Chapitre 3) sans en tenir explicitement compte dans notre modèle de départ basé sur l'aspect cognitif. Cela ne signifie pas qu'on n'intègre pas la composante affective mais bien qu'on ne l'identifie pas.

Par exemple, nous mesurons l'influence de la caractéristique liée à la condition d'arrivée du patient (en urgence ou de manière programmée) sur le modèle et sur les résultats. Mais pour approfondir l'analyse et améliorer intrinsèquement le modèle, il serait probablement plus utile encore d'identifier les états émotionnels liés à la condition d'arrivée pour déterminer de nouvelles variables susceptibles d'y être incorporées.

Les indicateurs d'ajustement et les paramètres de mesure montrent la forte détermination de l'évaluation de la qualité du service perçu sur la satisfaction du patient, et cette dernière sur la fidélité à l'égard de l'hôpital.

## 2. Le modèle non pondéré

Le modèle non pondéré (en tenant uniquement compte des appréciations portées sur les 40 indicateurs sans considérer l'importance) est semblable au modèle pondéré présenté ci-dessus. Le schéma du modèle structurel est identique et les paramètres sont très proches, les mesures d'ajustement du modèle sont similaires.

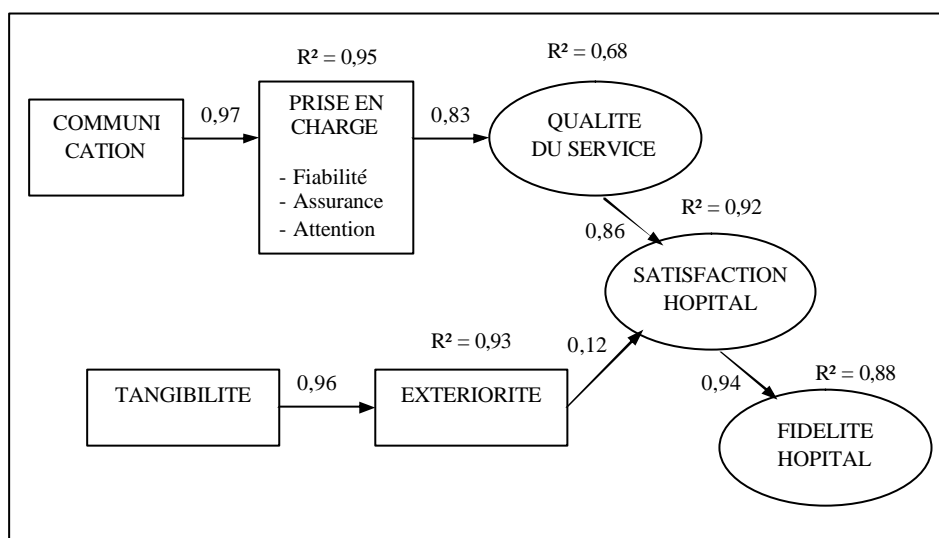


Figure VIII.8. : Modèle global non pondéré

« Absolute Fit »	RMSEA	0,027
	GFI	0,99
	AGFI	0,99
« Comparative Fit »	NFI	0,91
	NNFI	1,00
	CFI	1,00
« Parsimonious Fit »	PGFI	0,79
	PNFI	0,86
Taille de l'échantillon		1624

Tableau VIII.7. : Mesures de l'ajustement du modèle de mesure (sans pondération)

Les seules différences significatives portent sur l'absence ou la présence de certains indicateurs dans la définition de nos composantes. La courtoisie et la gentillesse du personnel (Y16) sont intégrées à la composante «Prise en charge du patient », l'explication en cas d'attente (Y27) ne fait plus partie de la composante « Communication » et l'intérêt de l'hôpital pour la famille et les proches (accès, accueil, cafétéria,...) (Y33) n'est plus repris dans la composante « Extériorité ». Les autres indicateurs sont identiques.

### **3. Discussion sur la fiabilité et la validité et implications**

**La fiabilité** a été mesurée dans notre étude par un indicateur de cohérence interne appelé Alpha de Cronbach. Une composante identifiée ("Accessibilité") lors de l'analyse factorielle n'a pu être conservée en raison d'un coefficient inférieur à la limite scientifiquement admise. Cependant, nous avons insisté sur son intérêt conceptuel en précisant que les indicateurs théoriques n'avaient pas été proposés pour mesurer ce facteur en particulier. En conséquence, nous suggérons d'améliorer le développement de ces indicateurs d'accessibilité. Cette dimension serait probablement d'autant plus importante conceptuellement si nous représentions le modèle de satisfaction dans sa globalité temporelle, avant même que le patient ne soit hospitalisé. De fait, notre enquête s'est adressée à des patients déjà hospitalisés pour lesquels cette dimension est déjà partiellement assimilée. Nos répondants représentent donc un groupe privilégié, pratiquement "auto-sélectionné". La fiabilité des autres dimensions a été vérifiée avec succès mais les niveaux de cohérence interne mesurés n'ont pas tous le même degré d'interprétation. Cette fiabilité est certainement perfectible par la formulation de nouveaux indicateurs ou la relecture des indicateurs répondant aux dimensions retenues.

**L'estimation de la qualité des modèles** proposés a été vérifiée à l'aide d'indicateurs statistiques présentés dans la recherche qui se sont avérés satisfaisants.

**La validité** doit être analysée selon trois axes différents (cfr Chapitre 6).

- La validité de contenu ne s'exprime pas à l'aide d'un coefficient mais plutôt par le contrôle des experts et le recours à la littérature. Ces deux conditions ont été à la base de notre travail même si elle ne peut jamais être tout à fait parfaite.
- La validité du critère se compose de la validité prédictive et de la validité concurrente. La validité prédictive est une habileté de notre travail qui ne peut s'apprécier que dans le temps. La validité concurrente est très difficile à prouver à partir d'un seul questionnaire par type de répondants. La poursuite de nos travaux dans le secteur hospitalier nous permettra de répondre plus précisément à cette validité de critère.
- La validité du construit se subdivise en validité convergente et en validité discriminante. La validité convergente est vérifiée par la similitude des résultats observés parmi différentes cliniques. La similitude entre les modèles pondérés et non pondérés est également intéressante à cet égard. Cependant, l'honnêteté et la rigueur scientifique nous obligent à reconnaître que la validité discriminante n'a pu être vérifiée au sens de Formell et Larcker (1981) qui formulent les

conditions et équations mathématiques de cette validité. La validité discriminante se divise en deux conditions complémentaires : le niveau de validité discriminante est d'autant plus élevé que le niveau de corrélation entre les indicateurs de chaque construit est élevé (ce qu'y acceptable dans notre cas) et que le niveau de corrélation du construit avec les autres construits est faible (ce que nous ne vérifions pas).

Nous ne pouvons donc parler de validité de mesure complète ce qui est certainement une limite de la recherche. Mais plus précisément, qu'est-ce que cette insuffisance de validité discriminante signifie et quelles en sont les origines et les conséquences possibles?

Pratiquement, **le manque de validité discriminante** signifie que nous ne pouvons pas nous exprimer de manière catégorique sur la dimensionnalité de la qualité perçue du service. Les résultats observés indiquent que notre hypothèse d'un nombre de dimensions de qualité supérieur (7) au modèle initial (5) n'est certainement confirmée, qu'au contraire, les patients ont plutôt tendance à regrouper les dimensions de la qualité du service comme nous l'avons vu avec la dimension "Prise en charge". Nous ne pouvons confirmer un nombre exact de dimensions même si l'analyse factorielle nous suggérait l'existence de cinq facteurs indépendants. Les raisons que nous pouvons donner pour expliquer cette limitation, sont multiples.

- L'application d'un nouveau modèle proposé, lié à une discipline peu appliquée dans un secteur hospitalier précisé dans un contexte particulier. Cela suffit pour exprimer le caractère novateur et exploratoire de la recherche et les limites que cela peut entraîner.
- L'énorme variété des répondants peut entraîner un état certain état de confusion. Comme nous l'avons exprimé dans la première partie, les patients n'adoptent pas tous le même comportement face à l'hôpital. Notre large échantillon regroupe des profils très variés pour lesquels nous tentons d'identifier un modèle général. Assurément, cette constatation est en faveur d'études de segmentation pour lequel notre modèle peut servir de point de départ.
- Le choix des indicateurs est également à remettre en cause. Quelles sont leurs valeurs réelles? Comment pourrions-nous les affiner ou les compléter? C'est le travail que nous sommes en train d'accomplir dans la poursuite de nos travaux.

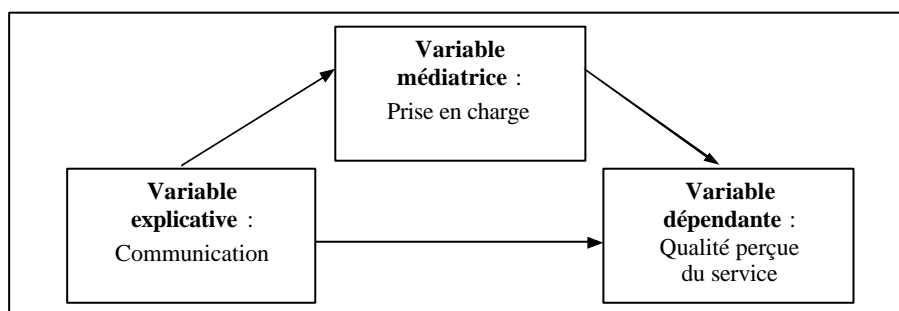
Sur base de cette discussion, notre objectif sera de conceptualiser un nouveau modèle général à la lumière des résultats empiriques, de la réflexion et de l'expérience d'acteurs professionnels et académiques, qui peut servir de point de départ à de nouvelles recherches.

### 3. L'analyse par régression : les effets médiateurs

Alors que l'analyse des équations structurelles avec LISREL est relativement récente, le recours à l'analyse par régression est une technique depuis longtemps utilisée dans les recherches en sciences de gestion. Nous cherchons dans cette section à mettre en évidence les effets médiateurs des déterminants de la satisfaction à l'aide des techniques de régression pour compléter l'étude des relations causales.

#### 3.1. Les effets médiateurs

Le premier effet que nous avons cherché à mesurer entre les variables étudiées est l'effet médiateur. La fonction médiatrice d'une tierce variable représente le mécanisme générateur par lequel une variable explicative étudiée est capable d'influencer une variable dépendante par l'intermédiaire de cette tierce variable (Baron et Kenny, 1986). Alors que le modèle structurel nous suggère l'existence de variables médiatrices grâce aux différentes relations causales, il nous faut les vérifier à l'aide des régressions multiples pour déterminer les effets médiateurs potentiels. Nous avons schématisé cet effet médiateur dans le graphe suivant.



*Figure VIII.9. : Représentation de l'effet médiateur entre les variables*

Nous avons pris pour exemple l'effet médiateur joué par la variable « Qualité perçue du service » sur la variable « Satisfaction » par rapport à la composante « Prise en charge ». En réalité, la vérification des effets médiateurs ne fait que confirmer les relations causales présentées dans les modèles de satisfaction en mesurant le lien indirect entre la variable explicative et la variable dépendante. Par cette méthode, nous disposons de la confirmation du rôle des variables explicatives « médiatrices » :



- la variable « Prise en charge » par rapport à la variable explicative « Communication » et la variable dépendante « Satisfaction »;
- la variable « Extériorité » par rapport à la variable latente « Tangibilité » et la variable dépendante « Satisfaction »;
- cette même variable « Satisfaction » par rapport à la variable latente « Qualité perçue du service » et la variable dépendante « Fidélité ».

A titre d'exemple, nous allons vérifier le rôle médiateur de la variable médiatrice « Prise en charge » (F1\_PC) par rapport à la variable explicative « Communication » F2\_COM.

Pour tester ce rôle médiateur de la tierce variable, il faut respecter les conditions suivantes :

1. Régresser la variable indépendante sur la variable médiatrice :  
Prise en charge = f (Communication) ou  $F1\_PC = \beta_0 + \beta_1(F2\_COM)$   
| la variable indépendante doit affecter significativement la variable médiatrice ;

La variable indépendante affecte significativement la variable médiatrice présumée et les coefficients de la régression sont donnés dans le tableau suivant :

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		
		B	Erreur standard	Bêta	t	Signification
1	(constante)	3,594	,071		50,346	,000
	F2_COM	,621	,010	,763	60,908	,000

*Tableau VIII.8.: Coefficients de la régression  $F1\_PC = \beta_0 + \beta_1(F2\_COM)$*

2. Régresser la variable indépendante sur la variable dépendante :  
Qualité de service = f (Prise en charge) ou  $QS = \beta_2 + \beta_3(F2\_COM)$   
| la variable indépendante doit affecter significativement la variable dépendante ;

La variable indépendante affecte significativement la variable dépendante et les coefficients de la régression sont donnés dans le tableau suivant :

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		Signification
		B	Erreur standard	Bêta	t	
1	(constante)	2,828	,051		55,047	,000
	F2_COM	,266	,007	,546	36,078	,000

*Tableau VII.9.: Coefficients de la régression  $QS = \beta_2 + \beta_3(F2\_COM)$*

3. Régesser la variable médiatrice et indépendant sur la variable dépendante :
- Qualité de service = f (Communication, Prise en charge) ou  $QS = \beta_4 + \beta_5(F2\_COM) + \beta_6(F1\_PC)$
- | la variable médiatrice doit affecter significativement la variable dépendante.

La variable médiatrice affecte significativement la variable dépendante et les coefficients de la régression sont donnés dans le tableau suivant :

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		Signification
		B	Erreur standard	Bêta	t	
1	(constante)	1,742	,074		23,595	,000
	F2_COM	8,746E-02	,012	,176	7,497	,000
	F1_PC	,294	,014	,481	20,477	,000

*Tableau VIII.10.: Coefficients de la régression  $QS = \beta_4 + \beta_5(F2\_COM) + \beta_6(F1\_PC)$*

4. Si ces trois conditions sont remplies, l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante doit être moindre dans la troisième équation que dans la deuxième ( $\beta_3 > \beta_5$ ) pour démontrer l'effet médiateur (Baron et Kenny, 1986).

$$\beta_3 = 0,546 > \beta_5 = 0,176$$

En conclusion, nous pouvons affirmer que la « Prise en charge » est bien une variable médiatrice de la variable explicative « Communication » par rapport à la variable « Qualité perçue du service ».

Cependant, lorsque nous introduisons le schéma selon lequel la « Communication » est une variable médiatrice de la variable explicative « Prise en charge » par rapport à la variable « Qualité perçue du service », les relations mesurées sont également significatives et les quatre conditions sont vérifiées.

C'est un choix conceptuel et non mathématique qui nous a incités à positionner les variables latentes dans notre modèle global. En pratique, la séquence de la relation causale n'est pas aussi déterminée et nous pouvons représenter un effet réciproque entre les deux variables latentes. Conceptuellement, ce phénomène est tout à fait compréhensible. Il est particulièrement compliqué de déterminer la séquence de la causalité entre ces dimensions. Nous définissons schématiquement cette influence réciproque dans la figure suivante.

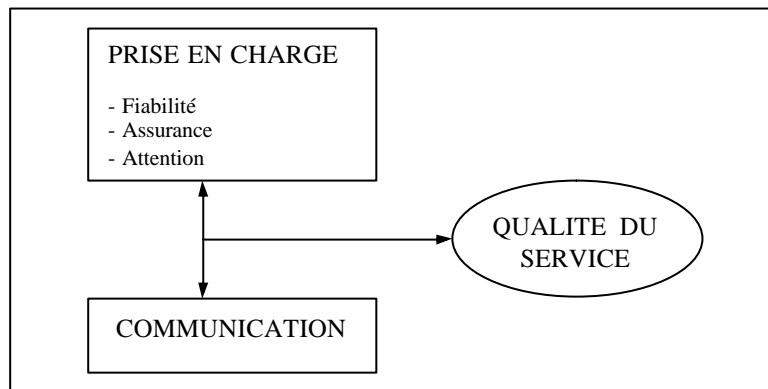


Figure VIII.10. :Représentation de la conséquence du rôle médiateur réciproque des dimensions 'Prise en charge » et « Communication » sur la qualité du service

Dans la régression, le problème de multicollinéarité est réduit par le calcul des moyennes alors qu'il est mis en évidence par Lisrel avec la prise en compte de l'influence des interrelations chaque variable manifeste du modèle.

Ce même phénomène se reproduit pour les variables « Tangibilité » et « Extériorité » qui toutes deux peuvent devenir variable médiatrice de l'autre par rapport à la satisfaction. Il existe une relation réciproque entre les deux dimensions qui sont des déterminants de la satisfaction à l'égard de l'hôpital. Nous représentons cette relation dans la figure suivante.

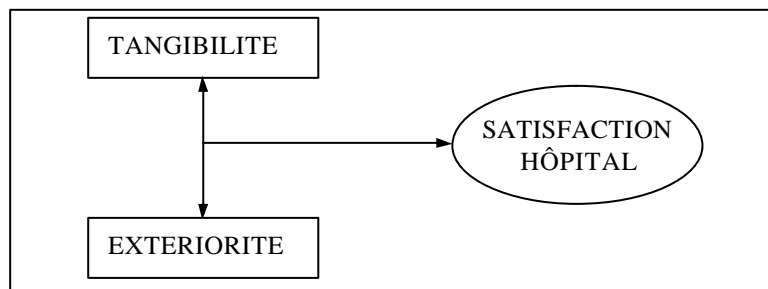


Figure VIII.11. :Représentation de la conséquence du rôle médiateur réciproque

des dimensions « Tangibilité » et « Extériorité » sur la satisfaction

Nous reprenons dans le tableau suivant l'ensemble des relations identifiées et le détail des résultats obtenus concernant les effets médiateurs identifiés. Nous avons vérifié à chaque fois les conditions d'existence de ces effets médiateurs.

Variables			1 <sup>ère</sup> condit°	2 <sup>ème</sup> condit°	3 <sup>ème</sup> condit°	β3 > β5		
Explicative	Médiatrice	Dépendante				β3	β5	>
Communication	Prise en charge	Qualité perçue du service	✓	✓	✓	0,546	0,176	✓
Prise en charge	Communication	Qualité perçue du service	✓	✓	✓	0,619	0,481	✓
Tangibilité	Extériorité	Satisfaction hôpital	✓	✓	✓	0,472	0,356	✓
Extériorité	Tangibilité	Satisfaction hôpital	✓	✓	✓	0,427	0,204	✓
Qualité perçue du service	Satisfaction hôpital	Fidélité hôpital	✓	✓	✓	0,561	0,277	✓

Tableau VIII.11. : Etude de l'effet médiateur

Une dernière précision concerne la présence significative de la variable explicative lorsqu'elle est accompagnée de la variable médiatrice dans la régression sur la variable dépendante. En toute circonstance dans les relations identifiées, cette variable explicative demeure significative, ce qui signifie que son rôle reste déterminant dans la relation causale entre la variable médiatrice et la variable dépendante. En d'autres termes, la variable médiatrice ne capture pas toute l'information et la variable indépendante influence encore la variable dépendante en présence de la variable médiatrice. En conclusion, les deux variables indépendantes et médiatrice sont bien des déterminants directs de la variable dépendante, ce qui nous incite à présenter le modèle général suivant.

#### **4. Nouveau modèle général**

Vu la différence significative entre notre modèle conceptuel de départ et le modèle empirique global, nous souhaitons terminer ce chapitre par la présentation d'un nouveau modèle général, fruit des résultats empiriques et de notre réflexion *a posteriori*.

Cinq éléments ont particulièrement attiré notre attention :

- Nous avons constaté l'existence de 4 dimensions, ainsi que d'une cinquième non validée (l'accessibilité) dans notre échantillon selon la mesure de l'Alpha de Cronbach. La pertinence de cette cinquième dimension nous semble réelle dans un contexte général et non particulier comme le cas de nos hôpitaux belges étudiés. L'accessibilité à l'hospitalisation n'est pas que géographique, elle est également culturelle, économique, linguistique, sociale,... C'est en sorte une condition de base à l'hospitalisation du patient. Nous ne l'avons pas réellement mesurée, et ce d'autant plus que notre enquête s'est concentrée sur des patients déjà hospitalisés. Si nous avions étudié la satisfaction globale du patient à l'égard des institutions hospitalières extra-muros ou dans d'autres cultures par exemple, il est probable que certains aspects de cette accessibilité auraient été présents. Dans un souci de généralisation, nous souhaitons donc conserver cette dimension d'accessibilité, déterminant de la prise en charge et de la communication.
- Le deuxième élément que nous souhaitons mettre en évidence dans ce modèle général, c'est la synthèse des trois dimensions « Attention », « Fiabilité » et « Assurance » en une seule dimension « Prise en charge », conformément aux résultats empiriques. Ce résultat est fondamental. Vu l'asymétrie d'informations entre les prestataires de soins et le patient, ce dernier a des difficultés à distinguer ces trois composantes, assurément distinctes dans le chef des prestataires de soins. Nous expliquons cela comme une conséquence de la complexité du service hospitalier et du peu de connaissances du monde sanitaire par le citoyen. Cet écart de perception peut entraîner des divergences dans l'appréciation du service par les deux parties et par le comportement des professionnels de la santé dont les exigences techniques dépassent parfois les attitudes attentionnées espérées par les patients. Ce qui peut se traduire simplement par un amalgame entre le « savoir-faire » et le « savoir-être » à l'origine de l'appréciation des services hospitaliers par le patient. La question n'est alors pas de savoir si le patient a tort ou non de percevoir les services hospitaliers de cette manière, mais bien d'inclure cette perspective pour améliorer la prise en charge du patient.

- La troisième caractéristique de ce modèle général vient de l'influence mutuelle entre les dimensions « Communication » et « Prise en charge » que nous avons mis en évidence à l'aide de l'analyse des effets médiateurs et qui conceptuellement, se conçoit aisément. Une meilleure communication au patient entraîne une meilleure perception de la prise en charge. Une prise en charge de qualité, réunissant ces notions de savoir-faire et de savoir-être, doit influencer sensiblement la perception de la communication par le patient, même si ces deux dimensions sont différentes. Ce constat est également présent entre les dimensions « Tangibilité » et « Extériorité ». Les deux dimensions existent séparément mais l'influence mutuelle de l'une sur l'autre est tout à fait compréhensible. De meilleurs moyens techniques peuvent influencer la perception de l'extériorité au sens que nous avons défini, de même qu'un bon développement des services périphériques et de mise en relation avec l'extérieur et les proches du patient peut influencer la perception du patient du niveau de tangibilité de l'hôpital.
- Le schéma selon lequel le patient distingue clairement la qualité du service de sa satisfaction à l'égard de l'hôpital, est également une contribution essentielle de nos recherches. Les dimensions humaines et professionnelles sont liées au service, à l'unité de soins en particulier, alors que les dimensions fonctionnelles et matérielles sont de la responsabilité de l'hôpital dans sa globalité.
- Le dernier élément que nous souhaitons mettre en évidence dans ce modèle général vient de la différence qui existe entre une mesure d'attitude et une mesure comportementale. Nous avons étudié l'intention du patient à revenir dans le même hôpital et à recommander le service dans lequel il a séjourné. Ces intentions sont bien de l'ordre de l'attitude, de la disposition à faire ou ne pas faire quelque chose. Ce ne sont pas des mesures du comportement réel du patient qui ne pourra se mesurer que dans le futur, pour autant qu'il se produise. La différence entre l'attitude et le comportement peut être considérable, ils peuvent même ne pas correspondre dans certains cas : prenons l'exemple de l'urgence où le patient ne choisit pas, l'influence de la proximité,... Gardons cette différence en mémoire.

Nous schématisons le modèle général de satisfaction du patient dans la figure suivante, en synthétisant les cinq éléments cités et les résultats observés précédemment et présenté dans le modèle global ci-dessus.

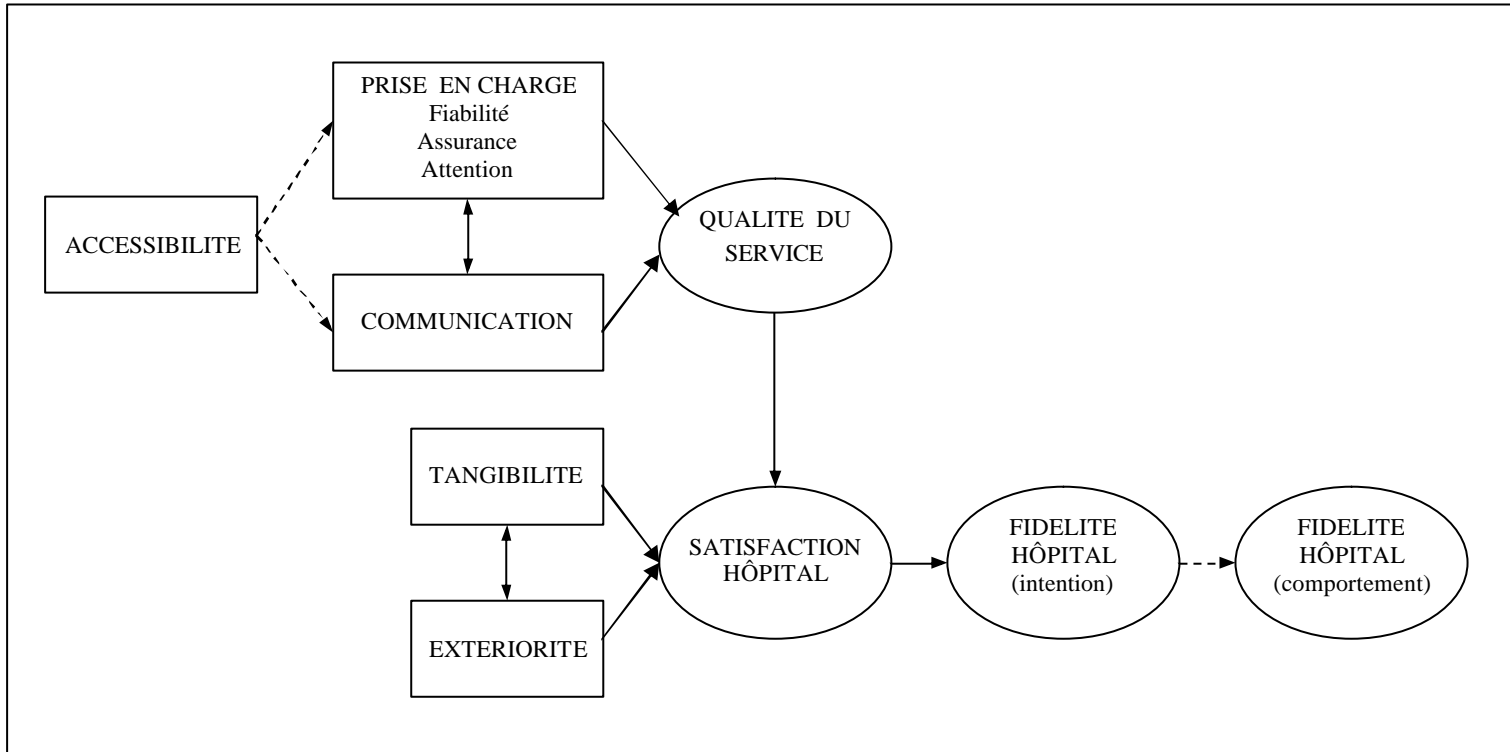


Figure VIII.12. : Nouveau modèle général

## **5. Conclusion**

Dans ce chapitre, nous avons présenté le modèle global de qualité perçue, de satisfaction et de fidélité des patients, et exposé les composantes principales de ces concepts et leurs caractéristiques. La comparaison du modèle global pondéré ou non par l'importance des indicateurs n'a pas permis de conclure à une meilleure qualité d'ajustement d'un des deux modèles. Seuls certains indicateurs varient entre les deux, sans remettre en cause l'existence de dimensions tout à fait semblables, à savoir la prise en charge, la communication, la tangibilité et l'extériorité. Nous avons démontré le regroupement de trois dimensions théoriques (fiabilité, assurance et attention) en une seule ainsi que la distinction faite par le patient entre la qualité perçue du service et sa satisfaction à l'égard de l'hôpital.

Ce nouveau modèle a été présenté récemment dans plusieurs institutions hospitalières. L'intérêt manifeste des praticiens hospitaliers s'est avéré proportionnel à sa simplicité et à la compréhension globale des concepts qu'ils relient.

L'étude des effets médiateurs a mis en évidence l'interrelation des composantes. Combiné à la prise en compte d'une dimension accessibilité, nous avons synthétisé l'apport du modèle empirique dans un nouveau modèle général conceptuel de satisfaction qui conclue ce chapitre.

L'objectif du prochain chapitre sera d'identifier les caractéristiques des patients qui vont influencer ce modèle de satisfaction. Nous étudierons le rôle modérateur de ces caractéristiques sur les composantes de ce modèle pour identifier des segments de patients. Nous identifierons les attentes privilégiées de ces groupes de patients grâce à différentes techniques statistiques.



## **CHAPITRE 9 :** **Analyse de la demande –** **La segmentation des patients**

Parmi les objectifs que nous nous sommes fixés figure le souhait de mieux connaître les attentes et perceptions des patients qui fréquentent les institutions hospitalières. Le « patient moyen » n'existe pas et l'idée de délivrer un service standard pour toute personne ne nous semble pas la meilleure manière de faire progresser le service hospitalier. Selon les circonstances ou certaines caractéristiques, le patient va développer des attentes particulières à l'égard de l'organisation hospitalière et de son personnel. En réalité, le concept du service minimum pour toute personne risque de ne satisfaire que les cas les plus faciles ou les personnes les moins exigeantes. Ou à l'inverse, les cas les plus inquiétants pourraient bénéficier d'une attention particulière, parfois desservie trop parcimonieusement à d'autres situations plus banales.

Pour répondre à cet objectif, nous partons du principe qu'une segmentation de la patientèle peut apporter une vision nouvelle sur la manière de rendre le service hospitalier au sens large du terme, sans en remettre en cause la nature. Nous nous concentrons sur la qualité perçue du service, la satisfaction et la fidélité du patient comme les objectifs à promouvoir au sein de l'hôpital, tout en reconnaissant la priorité de la qualité des soins et la santé comme finalité même de ce type d'organisation. Ces objectifs et cette finalité ne nous semblent pas incompatibles.

Pour parvenir à ces résultats, nous avons recours principalement à plusieurs techniques statistiques bien connues :

- l'analyse de régression qui va nous montrer l'effet modérateur des caractéristiques étudiées sur les relations causales mis en évidence dans le chapitre précédent ;
- l'analyse de la variance (paramétrique et non paramétrique) et l'analyse factorielle de correspondances ; deux techniques qui vont nous permettre d'identifier les critères distinctifs entre patients et connaître les fluctuations dans la perception des services.

A partir de ce diagnostic assez nouveau dans le milieu hospitalier, nous pourrions réellement parler d'objectifs de segmentation de la demande et plus uniquement de fragmentation de l'offre. C'est en combinant fragmentation de l'offre et segmentation de la demande que nous pourrions proposer de réelles pistes d'évolution du service hospitalier.

## **1. Explication de la démarche**

Nous allons utiliser les caractéristiques des patients déjà présentées pour établir notre base de segmentation. Pour chacune d'entre elles, nous étudierons l'effet modérateur potentiel qu'il joue sur les relations causales identifiées et nous vérifierons par l'analyse de variance si elle représente un potentiel de segmentation des patients par rapport aux résultats globaux de l'étude. Si tel est le cas, nous procéderons à une analyse factorielle de correspondances et à une seconde analyse de variance sur les dimensions de la satisfaction identifiées dans notre modèle global ainsi que sur leurs indicateurs. Ces analyses nous permettront d'interpréter les différences mesurées entre groupes de patients.

Expliquons tout d'abord les techniques statistiques utilisées.

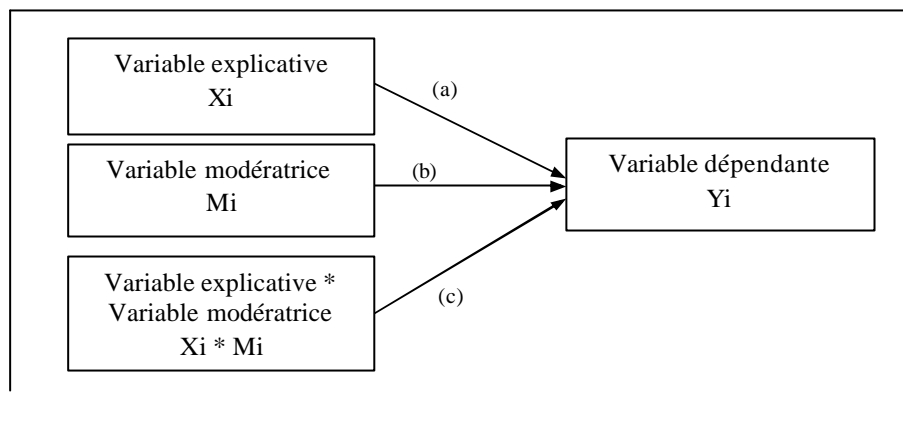
### **1.1. Les techniques statistiques**

#### **1.1.1. Les effets modérateurs**

Après l'étude des effets médiateurs, le second effet que nous avons mesuré à l'aide des techniques de régression est l'effet modérateur d'une variable. L'effet modérateur (ou fonction modératrice d'une variable) est défini comme une fonction qui fractionne la variable explicative en sous-groupes, établissant ainsi un ou plusieurs domaine(s) d'effectivité maximale par rapport à une variable dépendante donnée (Baron et Kenny, 1986). En d'autres termes, la variable modératrice nous indique dans quelle(s) condition(s) la variable explicative agit au mieux et sous-entend que la relation causale entre les variables est fonction de la variable modératrice (Callens, 2000).

Dans le contexte qui nous occupe, nous allons vérifier l'hypothèse selon laquelle chaque caractéristique des patients est une variable modératrice de la qualité perçue du service par rapport à la satisfaction à l'égard de l'hôpital ou de la satisfaction par rapport à la fidélité à l'égard de l'hôpital. Nous nous posons la question de savoir quelle(s) caractéristique(s) va (vont) influencer les relations causales précitées, dans quel sens et avec quelle intensité. Les relations causales sont-elles donc modifiées ou perturbées par la présence d'une caractéristique propre au patient ou à son hospitalisation.

Graphiquement, nous pouvons schématiser l'effet modérateur de la façon suivante :



**Figure IX.1. : Représentation de l'effet modérateur des variables**

La variable est dite modératrice à condition que la relation (c) soit significative même si les relations (a) ou (b) ne le sont pas (Baron et Kenny, 1986). La régression multiple s'écrit dès lors :

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1(X_i) + \beta_2 (M_i) + \beta_3 (X_i * M_i)$$

Dans notre cas, nous avons profité de la structure des réponses des patients pour transformer nos variables modératrices potentielles en variables « dummy ». Cela signifie que les caractéristiques socio-démographiques ou psycho-sanitaires qui constituent les variables modératrices potentielles sont transformables en variables dummy, simples ou multiples, selon les situations. Prenons deux exemples :

**- Variable modératrice – dummy - simple :**

La condition d'arrivée à l'hôpital prend la valeur 1 si le patient est arrivé en urgence et la valeur 0 s'il est arrivé de manière programmée. Dans ce cas la régression multiple s'écrit :

$$Y = \beta_0 + \beta_1(X) + \beta_2 (M) + \beta_3 (X * M)$$

**- Variables modératrices – dummy - multiples :**

Le niveau d'études réparti en trois catégories - le primaire, le secondaire et le supérieur – nécessite l'utilisation de deux variables dummy :

D1 prend la valeur 0 si le niveau est primaire et 1 si non ;

D2 prend la valeur 1 si le niveau est supérieur et 0 si non.

A l'aide ces deux variables, nous représentons les trois catégories que peut prendre la variable niveau d'études. Dans ce cas, la régression multiple s'écrira :

$$Y = \beta_0 + \beta_1(X) + \beta_2 (M1) + \beta_3 (M2) + \beta_4 (X * M1) + \beta_5 (X * M2)$$

### 1.1.2. L'analyse de variance

L'analyse de la variance (ANOVA) a pour objet l'identification de variances d'une variable quantitative (la qualité perçue, la satisfaction et la fidélité) sur base d'une série de variables explicatives (les variables psycho-sanitaires, socio-démographiques et les motivations du patient). L'analyse de la variance compare la signification des différentes moyennes (tests des moyennes) sur plusieurs populations établies sur base de ces variables explicatives. Par rapport à l'étude des effets modérateurs, c'est un regard plus statique mais directement centré sur les performances observées, et dont l'interprétation va compléter adéquatement notre analyse de la demande. En résumé, nous allons analyser les variations enregistrées sur les résultats globaux pour l'ensemble des caractéristiques psycho-sanitaires et socio-démographiques des patients et voir dans quelle mesure ces variations se combinent à des variations parallèles et explicatives des facteurs et indicateurs déterminants de la satisfaction.

Par après, nous procéderons également à l'analyse de variance sur l'importance des attributs à l'aide des tests non paramétriques. Ces tests poursuivent le même principe si ce n'est qu'ils s'appliquent aux données d'échelle ordinale et non d'intervalle. Les variables étudiées sont les 40 attributs théoriques de la qualité perçue et les variables explicatives restent les variables socio-démographiques et psycho-sanitaires.

### 1.1.3. L'analyse factorielle de correspondances

L'analyse factorielle de correspondances répond aux objectifs de segmentation en décelant mathématiquement et graphiquement le lien entre les modalités que peuvent prendre deux variables croisées. L'intérêt majeur de cette technique statistique est qu'elle n'exige que des variables nominales et des tableaux de contingence.

Pour établir des tableaux de contingence, nous avons recodifié les résultats globaux en trois catégories distinctes présentées dans le tableau suivant. Nous considérons tous les résultats moyens ou inférieurs comme étant insuffisants, les autres restent inchangés (si ce n'est l'appellation).

Variable Qualité perçue	Nouvelle variable :	Variable Satisfaction	Nouvelle variable :	Variable Fidélité globale	Nouvelle variable :
----------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------	------------------------------	------------------------

	Qualité	globale	Satisfaction		Fidélité
Très bonne	Excellent	Très satisfait	Très satisfait	Certainement	Certainement
Bonne	Bon	Plutôt satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt oui	Probablement
Moyenne	Mauvais	Neutre	Insatisfait	Neutre	Certainement pas
Mauvaise		Plutôt insatisfait		Plutôt non	
Très mauvaise		Très insatisfait		Certainement pas	

**Tableau IX.1. : Transformations des modalités des résultats globaux**

### 1.2. Exemple : la condition d'arrivée

Après avoir expliqué objectifs et méthodes, passons à un exemple pour illustrer notre démarche de segmentation. Prenons la condition d'arrivée du patient pour expliciter notre démarche de segmentation.

#### 1.2.1 L'effet modérateur

Pour montrer l'influence de la variable modératrice dans nos recherches, nous utilisons la régression suivante :

$$\text{Sat} = \beta_0 + \beta_1(\text{Qual}) + \beta_2 (\text{Urgence}) + \beta_3 (\text{Qual} * \text{Urgence})$$

Où Sat = Satisfaction du patient à l'égard de l'hôpital

Qual = Qualité perçue du service hospitalier par le patient

Urgence : Variable dummy = 1 si arrivée en urgence

= 0 si arrivée programmation

Nous vérifions que la régression est bien significative et que la variable condition d'arrivée est donc modératrice. Nous étudions les coefficients des différentes variables de l'équation et leur degré de signification à l'aide du tableau suivant :

Coefficients						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,378	,066		20,954	,000
	QUAL	,697	,014	,632	49,999	,000
	Etes-vous arrivé(e) en urgence?	-,527	,114	-,386	-4,640	,000
	QUAL_URG	,108	,024	,370	4,440	,000

a. Dependent Variable: SATIS

Tableau IX.2. : Coefficients de la régression  $\text{Sat} = \beta_0 + \beta_1(\text{Qual}) + \beta_2 (\text{Urgence}) + \beta_3 (\text{Qual} * \text{Urgence})$

Première constatation, tous les paramètres sont significatifs et la régression doit être considérée avec tous ses paramètres :

$$\text{Sat} = 1,378 + 0,697(\text{Qual}) - 0,527(\text{Urgence}) + 0,108(\text{Qual}*\text{Urgence})$$

L'avantage lié à l'utilisation d'une variable dummy réside dans la simplicité de la lecture de la régression. Deux cas de figure sont possibles :

**Condition d'arrivée : urgence**  $\Rightarrow$  **Urgence = 1**

La régression devient :

$$\text{Sat} = 1,378 + 0,697(\text{Qual}) - 0,527(1) + 0,108(\text{Qual}*1)$$

$$\text{Sat} = 0,851 + 0,805(\text{Qual})$$

$$\Rightarrow \text{Minimum : Sat} = 1,656$$

$$\text{Maximum : Sat} = 4,876$$

**2) Condition d'arrivée : programmation**  $\Rightarrow$  **Urgence = 0**

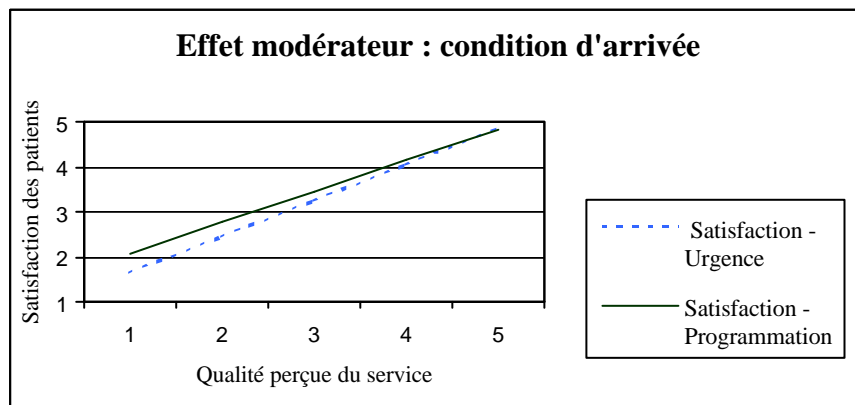
La régression devient :

$$\text{Sat} = 1,378 + 0,697(\text{Qual})$$

$$\Rightarrow \text{Minimum : Sat} = 2,075$$

$$\text{Maximum : Sat} = 4,863$$

En d'autres termes, la régression se trouve modifiée selon la condition d'arrivée. Rappelons que dans les deux cas, les variables « satisfaction » et « qualité perçue » sont comprises entre 1 et 5 à l'image de leurs échelles de mesure. Examinons graphiquement l'effet modérateur de la variable « condition d'arrivée » sur la relation entre la qualité perçue du service et la satisfaction à l'égard de l'hôpital :



## Figure IX.2. : Effet modérateur – condition d’arrivée sur la relation qualité - satisfaction

La comparaison entre les deux régressions nous renseigne sur le sens de cet effet modérateur ainsi que sur son intensité. Le niveau de satisfaction du patient est supérieur pour tout niveau de qualité perçue dans le cas des patients qui viennent de manière programmée par rapport aux patients qui viennent en urgence. A qualité perçue égale, la satisfaction du patient est supérieure dans le cas des arrivées de manière programmée à l’hôpital. Seul le cas de la très bonne appréciation de la qualité du service hospitalier en cas d’arrivée en urgence permet d’obtenir un niveau de satisfaction équivalent. Nous pouvons donc conclure à un effet « d’insatisfaction » liée à l’arrivée en urgence à l’hôpital qu’il faudra tenter d’expliquer.

De la même manière, il est intéressant de se demander quelle est l’influence de cette condition d’arrivée sur la relation entre la satisfaction et la fidélité du patient. Autrement dit, existe-t-il un effet modérateur lié à la variable condition d’arrivée sur cette relation causale ?

Nous vérifions que la relation est bien significative :

$$\text{Fid} = \beta_0 + \beta_1(\text{Sat}) + \beta_2 (\text{Urgence}) + \beta_3 (\text{Sat} * \text{Urgence})$$

Nous nous intéressons alors aux coefficients de la régression :

Coefficient <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,471	,061		24,075	,000
	SATIS	,680	,013	,658	52,115	,000
	Etes-vous arrivé(e) en urgence?	-,255	,104	-,181	-2,454	,014
	SAT_URG	5,635E-02	,022	,186	2,518	,012

a. Dependent Variable: FID

Tableau IX.3. : Coefficients de la régression  $\text{Fid} = \beta_0 + \beta_1(\text{Sat}) + \beta_2 (\text{Urgence}) + \beta_3 (\text{Sat} * \text{Urgence})$

Les équations obtenues dans les deux cas de figure sont (dans les deux cas, les variables Fid et Sat sont comprises entre les valeurs 1 et 5) :

### 1) Condition d’arrivée : urgence $\Rightarrow$ Urgence = 1

La régression devient :

$$\text{Fid} = 1,471 + 0,680 (\text{Sat}) - 0,255 + 0,0563 (\text{Sat})$$

$$\text{Fid} = 1,216 + 0,7363 (\text{Sat})$$

$$\Rightarrow \text{Minimum : Fid} = 1,9523$$

$$\text{Maximum : Fid} = 4,8975$$

## 2) Condition d'arrivée : programmation $\Rightarrow$ Urgence = 0

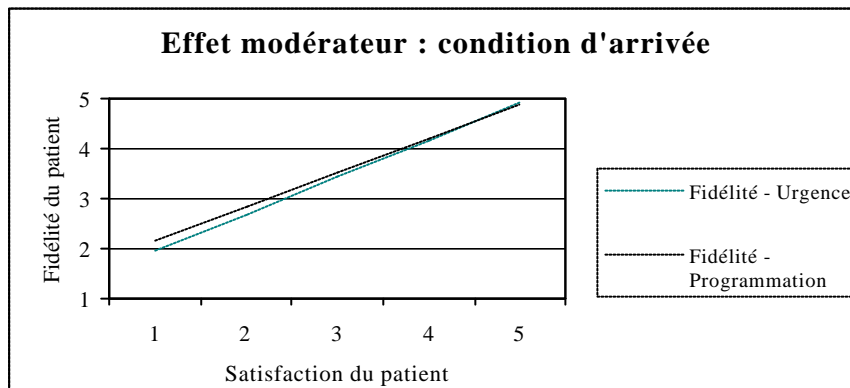
La régression devient :

$$\text{Sat} = 1,471 + 0,680 (\text{Sat})$$

$$\Rightarrow \text{Minimum : Fid} = 2,151$$

$$\text{Maximum : Fid} = 4,871$$

Nous représentons les deux régressions dans le graphique suivant :



**Figure IX.4. : Effet modérateur – condition d'arrivée sur la relation satisfaction - Fidélité**

La conclusion liée à l'étude du rôle modérateur de la caractéristique de condition d'arrivée, entre la variable explicative « satisfaction du patient » et la variable dépendante « fidélité du patient », est tout à fait similaire à la conclusion émise précédemment concernant la relation entre la qualité et la satisfaction : excepté le niveau de satisfaction maximum, il existe un effet « d'infidélisation » lié à l'arrivée en urgence à l'hôpital par rapport à l'arrivée de manière programmée à l'hôpital. A satisfaction équivalente, le score de fidélité est inférieur dans le cas des arrivées en urgence. Nous essayerons donc de comprendre la raison de cet effet à l'aide d'autres techniques statistiques.

### 1.2.2. L'analyse de variance<sup>5</sup> sur les résultats globaux

<sup>5</sup> A la base de l'analyse de variance, les populations sont supposées normales avec une variance commune. Les conclusions sont cependant « approximativement » valables pour des populations non



Avec l'analyse de variance, nous allons comparer les moyennes observées sur des échantillons de patients regroupés par caractéristiques communes, à propos de la qualité perçue du service, de la satisfaction et de la fidélité<sup>6</sup> à l'égard de la clinique. Nous testons s'il existe une différence discernable entre groupes de patients (rejet de  $H_0$  d'égalité des moyennes) et nous identifierons alors le sens de cette différence. Nous indiquons par un signe le sens de la variation perçue entre les moyennes dans les cas où le test est significatif.

Prenons l'exemple de la satisfaction à l'égard de l'hôpital selon que le patient soit arrivé en urgence ou non. Le tableau ANOVA suivant nous montre que le test de différence des moyennes est significatif.

			Somme des carrés	df	Moyenne des carrés	F	Signification
SATIS *	Inter-groupes	Combiné	3,746	1	3,746	9,411	,002
Etes-vous arrivé(e) en urgence?	Intra-classe		2090,667	5253	,398		
Total			2094,413	5254			

**Tableau IX.4. : Tableau ANOVA – Satisfaction x condition d'arrivée**

La moyenne observée de satisfaction des patients arrivés en urgence est inférieure à la moyenne observée auprès des patients qui nous disent ne pas être arrivés en urgence ( $\mu_{\text{urgence}} (4,58) < \mu_{\text{programmation}} (4,64)$ ). Nous traduisons ce résultat dans le tableau suivant par une flèche vers le bas à l'intersection de la ligne arrivée en urgence et satisfaction, comme c'est d'ailleurs également le cas pour les autres résultats globaux mesurés.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à l'égard de la clinique
Arrivée en urgence	?	?	?

**Tableau IX.2. : ANOVA – Condition d'arrivée – Résultats globaux**

En première analyse, nous voyons donc que les patients arrivés en urgence ont des évaluations moindres de la qualité perçue du service, de la

normales et si les variances ne sont pas toutes égales entre elles (Wonnacott & Wonnacott, 1991 ; Hair, Anderson, Tatham & Black, 1992 ; Tenenhaus, 1994).

<sup>6</sup> La fidélité prend en compte les intentions de recommander le service et de revenir à l'hôpital si nécessaire. Nous considérons les tests séparément sur ces deux mesures.

satisfaction et de la fidélité à l'égard l'hôpital par rapport aux patients arrivés de manière programmée. En effet, le test ANOVA est significatif dans le cas des comparaisons des moyennes de ces trois résultats, dans le sens négatif pour les patients arrivés en urgence par rapport aux patients dont l'hospitalisation a été programmée.

### 1.2.3. L'analyse factorielle de correspondances

Nous avons réalisé l'analyse factorielle de correspondances (AFC) pour les variables répondant significativement au test ANOVA afin de disposer graphiquement d'un complément d'informations à ce premier résultat. Quelle soit binaire ou multiple, l'intérêt de cette méthode provient de sa présentation géométrique.

Reprenons notre exemple. Le tableau de contingence croisant la satisfaction du patient (résumé en 3 modalités) et la condition d'arrivée (2 modalités) est présentée ci-dessous.

Satisfaction du patient	Etes-vous arrivé(e) en urgence?		Marge active
	Non	Oui	
Insatisfait	130	86	216
Plutôt satisfait	1002	457	1459
Très satisfait	2537	1043	3580
Marge active	3669	1586	5255

*Tableau IX.3. : Tableau de contingence : Satisfaction du patient x condition d'arrivé*

Il s'agit du tableau des effectifs propres au croisement des modalités. Une première transformation permet de passer du tableau des effectifs au tableau des fréquences.

Satisfaction du patient	Etes-vous arrivé(e) en urgence?		Marge active
	Non	Oui	
Insatisfait	2,47 %	1,64 %	4,11 %
Plutôt satisfait	19,07 %	8,70 %	27,77 %
Très satisfait	48,28 %	19,84 %	68,12 %
Marge active	69,82 %	30,18 %	100 %

*Tableau IX.4. : Tableau des fréquences : Satisfaction du patient x condition d'arrivé*

Pour analyser le sens de la relation entre les variables, il faut comparer les pourcentages en lignes et en colonnes par rapport aux pourcentages marginaux qui leur correspondent, ces derniers peuvent être assimilés à une sorte de répartition moyenne dans la population, abstraction faite de l'autre variable (Giannelloni et Vernet, 1995). Cette technique devient cependant fastidieuse lorsque le nombre de modalités devient élevé.

Pour surmonter cet obstacle, l'AFC cherche à mesurer l'association entre les variables grâce à la technique du Khi-carré ou Khi-deux. Le Khi-carré est une mesure de distance pour des variables qualitatives entre l'effectif réellement observé et l'effectif « espéré » ou « théorique » si l'hypothèse  $H_0$  était vraie ; soit dans notre cas, la répartition uniforme de la satisfaction des patients, quelle que soit la condition d'arrivée du patient.

Dimension/aleur singulière	Inertie	Khi-deux	Sig.	Proportion d'inertie		Valeur singulière de confiance
				pris en compte	Cumulé	Ecart-type
1	,048	,002		1,000	1,000	,015
Total		,002	12,278	,002	1,000	1,000

**Tableau IX.5. : Tableau de mesure d'association entre variables : Satisfaction du patient x condition d'arrivée**

En plus de vérifier l'association entre variables, l'AFC fournit une représentation métrique de cette association. Cette représentation se fait à l'aide d'une carte perceptuelle ou d'une droite si le nombre de modalités d'une des caractéristiques étudiées est égal à deux. Chaque modalité va alors se placer sur cette carte ou cette droite en fonction des mesures de distances effectuées et de la position relative de chacune d'entre elles.

Satisfaction du patient	Masse	Score dans la dimension		Contribution		
		1	Inertie	De point à inertie de dimension	De dimension à inertie de point	Total
Insatisfait	,041	,955	,002	,775	1,000	1,000
Plutôt satisfait	,278	,113	,000	,074	1,000	1,000
Très satisfait	,681	-,104	,000	,152	1,000	1,000
Total actif	1,000		,002	1,000		

**Tableau IX.6. : Tableau des profils-lignes : Satisfaction du patient x condition d'arrivée**

Etes-vous arrivé(e) en urgence?	Score dans la dimension			Contribution		
	Masse	1	Inertie	De point à inertie de dimension		Total
				1	1	
Non	,698	-,145	,001	,302	1,000	1,000
Oui	,302	,334	,002	,698	1,000	1,000
Total actif	1,000		,002	1,000		

Tableau IX.7. : Tableau des profils-colonnes : Satisfaction du patient x condition d'arrivée

Les scores dans la dimension permettent de connaître les positions relatives des modalités sur le ou les axes. Les contributions du point à l'inertie de la dimension permettent d'interpréter les différentes dimensions : plus ce poids est fort et plus la modalité contribue à l'apparition de la dimension (Giannelloni et Verne, 1995).

Dans la figure suivante, nous représentons graphiquement le résultat synthétique de cette AFC. Sur le même axe, nous représentons au-dessus les positions respectives des deux conditions d'arrivée (triangles noirs) et en dessous, les trois positions respectives des modalités de la satisfaction (triangles blancs).

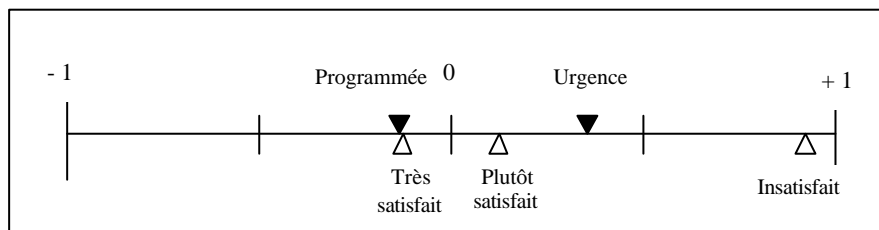


Figure IX.5. : Représentation graphique de l'AFC : Satisfaction du patient x condition d'arrivée

L'AFC indique que la dimension représentée par l'axe, est plus influencée par l'insatisfaction et par l'arrivée en urgence. L'axe marque une différence sensible entre les modalités de la satisfaction : l'insatisfaction se trouve sur la droite de l'axe alors que les deux autres modalités se trouvent plus au centre de l'axe. Les modalités liées à la condition d'arrivée se situent de part et d'autre du centre de l'axe avec une contribution plus significative de la modalité urgence décalée vers la droite. L'apport cette analyse réside dans la proximité des modalités « programmée » et « très satisfait » et à

l'éloignement de la modalité « urgence » vers la modalité « insatisfait », plus à droite de l'axe. En réalité, la modalité « urgence » occupe une position intermédiaire entre les modalités « Très satisfait » et « Insatisfait », pas trop éloignée de la modalité « Plutôt satisfait ».

Ce résultat confirme bien les résultats significatifs enregistrés lors de l'analyse de la variance, auquel l'AFC apporte un éclairage plus fin : l'association entre la condition d'arrivée et la satisfaction des patients se lit positivement en faveur des patients programmés, par opposition à l'insatisfaction qui est une modalité qui ne peut être comparativement associée à la programmation mais plus à l'arrivée en urgence.

#### 1.2.4. L'analyse de variance sur les dimensions et sur les items

Face à ces résultats, nous essayons d'identifier la(les) dimension(s) sur laquelle (lesquelles) porte(nt) les différences entre ces deux groupes de patients. A l'aide du modèle global de satisfaction, nous effectuons de nouvelles analyses de variance pour trouver une explication. Nous procédons à un test de comparaison des moyennes avec analyse de variance entre les deux groupes de patients (urgence – programmation), à propos des quatre composantes de qualité de service/satisfaction identifiées dans notre modèle global (chapitre 8). Nous calculons la moyenne de chaque facteur sur base des attributs qu'ils représentent.

	Prise en charge	Communication	Tangibilité	Extériorité
Arrivée en urgence		-		

Tableau IX.8. : ANOVA – Condition d'arrivée – Facteurs

En procédant à ce test sur les 4 dimensions, nous remarquons une différence significative liée au facteur « communication », dans le sens négatif également pour les patients arrivés en urgence (d'où le signe '-'). Grâce à notre modèle causal, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle la perception de la qualité de service, la satisfaction et la fidélité moindres mesurées auprès des patients arrivés en urgence sont dues essentiellement à une « communication » moins bien perçue ou moins bien adaptée à cette catégorie de patients. Alors que les autres facteurs sont perçus sensiblement de la même manière, tout porte à croire que les différences enregistrées en termes de qualité de service, de satisfaction et de fidélité sont imputables à ce déficit communicationnel enregistré dans le chef des patients arrivés en urgence à l'hôpital. Les indicateurs dépréciés de la dimension « communication » dans le chef des patients arrivés en urgence sont :

- L'écoute du patient par le médecin ;
- La disponibilité des médecins ;
- La clarté de l'information concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour du patient.

A travers ces indicateurs se pose la question de la relation et de la prise en charge médicale du patient arrivé en urgence :

- Le médecin fait-il réellement la différence entre les deux catégories de patients ?
- Adapte-t-il son comportement en fonction de cette différence ?

Tout au long de notre recherche, la question de l'information au patient particulièrement dans les services d'urgence s'est souvent posée. C'est tout le problème de la perception de l'urgence entre un patient pour qui cet événement est exceptionnel, et le personnel hospitalier dont c'est devenu le quotidien. Cette routine n'est-elle pas devenue un défaut professionnel ?

### 1.3. L'analyse par les caractéristiques

Nous allons maintenant reprendre une à une l'ensemble des caractéristiques des patients que nous avons enregistrées lors de notre enquête et suivre la démarche d'analyse par techniques statistiques combinées que nous venons de présenter. Sans reprendre le détail de l'analyse, nous présentons les résultats principaux que nous avons obtenus et nous les commentons en commençant par les caractéristiques dites psycho-sanitaires, suivies par les caractéristiques socio-démographiques.

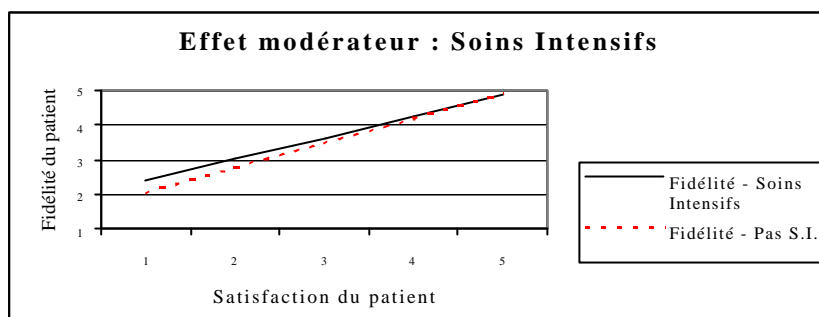
#### **1.3.1. La condition d'arrivée**

En plus de l'exemple que nous venons de présenter, précisons que les AFC concernant la qualité du service et la fidélité sont similaires à celles présentées relatives à la satisfaction.

#### **1.3.2. Passage par les soins intensifs**

Nous divisons notre échantillon en deux catégories : les patients qui sont passés lors de leur séjour par les soins intensifs et ceux qui n'ont pas dû recourir à cette unité. Comme nous l'avons expliqué, le passage par les soins intensifs témoigne dans une certaine mesure de la gravité de l'état de santé du patient et la lourdeur des soins requis.

La variable « Soins intensifs » a un effet modérateur sur la relation Satisfaction – Fidélité<sup>7</sup> que nous représentons graphiquement :



**Figure IX.6. Effet modérateur – Soins intensifs sur la relation Satisfaction – Fidélité**

Le passage par les soins intensifs a un effet tout à fait inverse de l'arrivée en urgence. Pour un niveau de satisfaction identique, le passage par les soins intensifs (droite en trait plein) offrira un niveau de fidélité supérieur. C'est seulement pour les niveaux de satisfaction maximale que les deux types de patient ont un niveau de fidélité équivalent.

Nous comparons les résultats de l'ANOVA sur les mêmes résultats globaux.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à la clinique
Passage par les soins intensifs (S.I.)	?		

**Tableau IX.9. : ANOVA –Passage par les soins intensifs – Résultats globaux**

Nous obtenons une différence significative entre les deux populations concernant la qualité perçue du service. Les patients qui sont passés par les soins intensifs, apprécient davantage la qualité du service par rapport aux autres patients.

Bien que surprenants, ces deux résultats montrent la complémentarité des deux techniques. Par contre, le résultat graphique obtenu par l'AFC entre la qualité perçue et le passage par les soins intensifs ne nous permet pas d'obtenir plus de précision concernant l'influence du passage par les soins

<sup>7</sup> Les résultats mathématiques de l'effet modérateur pour l'ensemble des caractéristiques sont proposés en annexe.

intensifs. L'axe est particulièrement complexe à interpréter dans ce cas-ci. Bien que la contribution à l'inertie soit importante dans le cas de la modalité « passage par les soins intensifs », les résultats obtenus concernant la qualité perçue sont relativement concentrés et non ordonnés dans une suite logique. Nous ne pouvons donc tirer de conclusion par rapport à l'analyse factorielle de correspondance.

Les résultats de l'ANOVA sur les facteurs et indicateurs sont plus explicites.

	Prise en charge	Communication	Tangibilité	Extériorité
Passage par les soins intensifs		+		

Tableau IX.10. : ANOVA – Passage par les soins intensifs – Facteurs

Le premier élément qui peut expliquer ce niveau supérieur de la qualité du service perçue par les patients ayant séjourné aux soins intensifs, est la reconnaissance de ces patients à l'égard du service, vu l'amélioration de leur état de santé. Auquel cas, l'effet de « sur-fidélisation » est tout à fait compréhensible. Au vu des résultats de l'ANOVA sur les facteurs, la plus grande appréciation du facteur « communication » est également un élément d'explication. Nous pouvons imaginer que cette catégorie de patients peut faire l'objet d'une sensibilité particulière de la part du personnel. Cette sensibilité peut s'exprimer plus particulièrement dans une meilleure communication entre le personnel et le patient. Nous pouvons également penser que le médecin passe plus de temps auprès d'un patient dont la lourdeur et la gravité des soins l'exigent. De même, le retour à domicile de cette catégorie de patients peut s'accompagner de considérations particulières de revalidation ou de précautions que le service va formaliser très concrètement. Les indicateurs de la composante « communication » qui sont mieux appréciés par les patients des soins intensifs sont :

- L'écoute du patient par le médecin
- L'explication en cas d'attente
- Les informations concernant la sortie de l'hôpital (départ, poursuite du traitement,...).

### 1.3.3. Transfert d'unité

Concernant les patients qui ont été transférés pendant leur hospitalisation, nous n'enregistrons aucune variation significative liée à cette caractéristique concernant les résultats globaux (ANOVA). Nous identifions cependant un effet modérateur concernant la relation Qualité – Satisfaction, effet « d'insatisfaction » pour les patients qui ont été transférés pendant leur séjour. Vu l'absence de résultats significatifs lors des analyses de variance, nous pouvons conclure que seul le transfert en lui-même peut expliquer cet



effet d'insatisfaction, sans être lié à certaines autres causes actuellement identifiables.

#### 1.3.4. Hospitalisation antérieure dans une autre clinique

Nous n'enregistrons aucune variation significative liée à cette caractéristique concernant les résultats globaux. Par contre, il existe un double effet « d'infidélisation » et de « sur-fidélisation » pour les patients qui ont déjà été hospitalisés ailleurs. Un patient qui a l'expérience d'autre(s) clinique(s) changera plus facilement d'hôpital, et ce d'autant plus que son niveau de satisfaction est faible. Cet effet « d'infidélisation » s'estompe avec l'accroissement du niveau de satisfaction et aura tendance à s'inverser pour les niveaux de satisfaction supérieurs (effet de « sur-fidélisation »).

Alors que l'analyse de variance ne nous avait pas montré ce double effet en raison d'une vision plus statique des résultats, ce comportement du patient se comprend aisément et montre l'influence de l'expérience d'hospitalisation dans une autre clinique et le pouvoir de comparaison qui lui est associé.

#### 1.3.5. Première hospitalisation dans la clinique

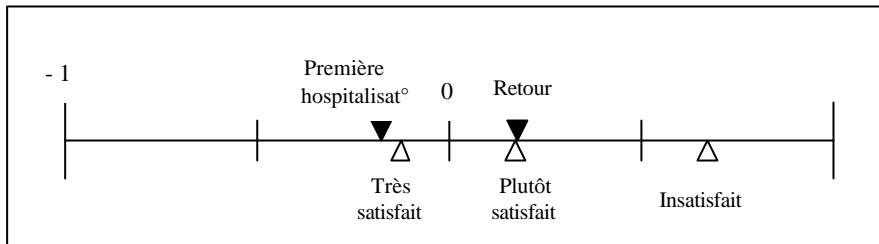
Pour un niveau de qualité perçue de service identique, les patients hospitalisés pour la première fois dans la clinique se montrent plus satisfaits que les patients qui reviennent dans la clinique (« effet de sur-satisfaction »). Le patient qui revient se montre donc plus critique sans pour autant identifier un effet sur la relation Satisfaction – Fidélité. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'un patient qui reviendrait à la clinique, désapprouverait quelque peu son comportement si nous mesurons un effet « d'infidélisation ». Le patient qui revient est plus critique mais pas pour autant moins fidèle.

L'ANOVA renforce ce résultat. Les patients qui viennent pour la première fois dans une clinique ont un niveau de satisfaction supérieur en comparaison des patients qui reviennent dans la même clinique. Cependant, ces patients qui viennent pour la première fois ont un niveau de fidélité significativement inférieur.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à la clinique
1 <sup>ère</sup> hospitalisation dans la clinique		?	?

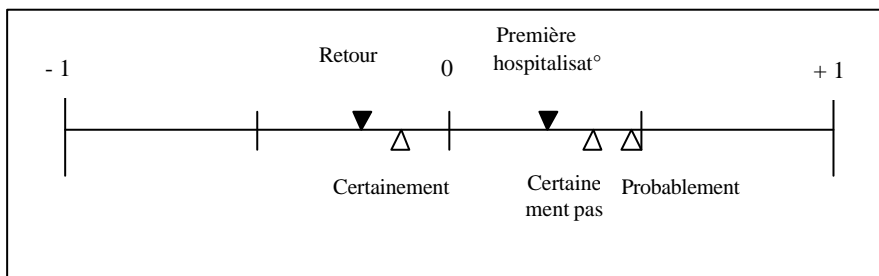
**Tableau IX.10. : ANOVA –Première hospitalisation dans la clinique – Résultats globaux**

Les résultats observés grâce à l'AFC mettent effectivement en évidence une proximité entre la première hospitalisation des patients et un niveau de satisfaction élevé, sans toutefois assimiler un retour à la clinique avec une insatisfaction, mais bien une satisfaction moyenne.



**Figure IX.7. : AFC Première hospitalisation – Satisfaction**

En examinant l'AFC entre cette caractéristique et la fidélité à l'égard de l'hôpital, les résultats sont inversés. L'intention de revenir dans la clinique est plus proche dans le cas des patients qui reviennent à la clinique alors qu'il est difficile de s'exprimer concernant l'intention de revenir à la clinique pour les patients qui viennent pour la première fois.



**Figure IX.8. : AFC Première hospitalisation - Fidélité**

Par contre, nous n'enregistrons aucune différence significative en ce qui concerne les quatre facteurs étudiés. L'explication que nous pouvons donner est la suivante : les patients qui reviennent, peuvent être plus critiques que les patients qui viennent pour la première fois. Mais leur intention de fidélité reste supérieure, ce qui justifie d'une certaine façon leur choix d'être revenu dans la même clinique. L'effet de la proximité peut également intervenir dans l'interprétation de ces résultats. Les patients reviennent par facilité mais sans nécessairement être plus satisfaits que les autres patients, que du contraire.

### 1.3.6. Régime alimentaire

Nous n'avons identifié aucun effet modérateur par rapport à cette variable, ni aucune variation significative concernant les résultats globaux.

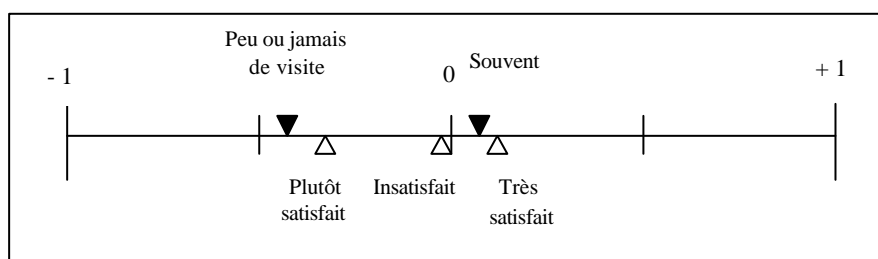
### 1.3.7. Visite – Accompagnement

Nous avons regroupé d'un côté les patients qui ont eu des visites fréquentes et de l'autre, ceux qui en ont eu peu, voire jamais, de manière à évaluer le niveau d'accompagnement de nos patients. Même si nous n'avons enregistré aucun effet modérateur propre à cette caractéristique, nous identifions un niveau de satisfaction inférieur pour les personnes ayant eu peu ou jamais de visite.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à la clinique
Peu ou pas de visite		?	

Tableau IX.8. : ANOVA – Accompagnement – Résultats globaux

L'AFC nous confirme les proximités relatives entre les modalités «très satisfait » et les visites très fréquentes (« souvent »), et entre les modalités « peu ou jamais de visite » et les « plutôt satisfaits » dont les contributions à l'inertie sont les plus importantes.



## Figure IX.9. : AFC Visite – Satisfaction

Si nous tentons d'expliquer ces différences par l'analyse des facteurs et indicateurs de la satisfaction, nous remarquons que les patients qui ont eu un accompagnement moindre ont un niveau de satisfaction et des appréciations de la prise en charge, de la communication et de l'extériorité inférieurs.

	Prise en charge	Communication	Tangibilité	Extériorité
Peu ou pas de visite	-	-		-

Tableau IX.9.: ANOVA –Accompagnement – Facteurs

En définitive, ce sont les facteurs qui présentent des éléments relationnels liés au service hospitalier qui sont jugés de manière inférieure, alors que la tangibilité est évaluée de manière identique entre les deux groupes de patients. Ce résultat soulève toute la question de la part d'affectivité liée à la mesure de satisfaction mais également, pour tout le personnel hospitalier, à la question de l'oisiveté inhérente à l'hospitalisation qui peut également provoquer cette satisfaction moindre dans le chef de ces patients. Ne faudrait-il pas réfléchir au service que l'hôpital pourrait apporter plus particulièrement à ces personnes ?

Les indicateurs des différents facteurs dépréciés par les patients qui ont peu ou pas de visite sont :

### 1 - Prise en charge

- L'accueil chaleureux au sein du service
- La qualité des soins infirmiers
- La courtoisie et la gentillesse du personnel
- La sensibilité des infirmières au besoin du patient
- La promptitude du personnel à réagir en cas de problème
- Le soulagement des douleurs
- La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en œuvre pour bien soigner

### 2 – Communication

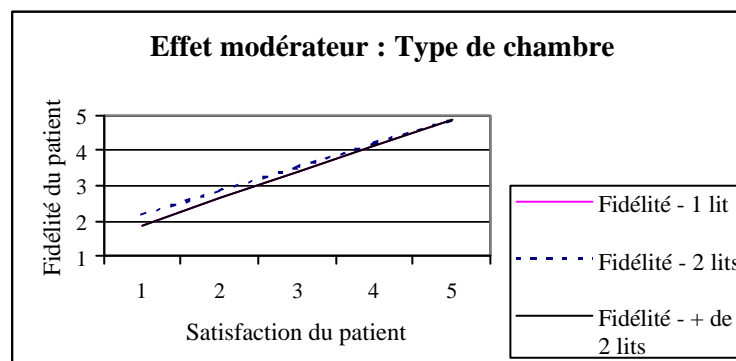
- L'écoute du patient par le médecin
- La disponibilité des médecins
- La possibilité de discuter avec les médecins et les infirmières en cas de question
- La clarté de l'information concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour du patient.

### 3 – Extériorité

- La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur (TV, tél, journaux,...)
- La disponibilité de l'assistance (sociale, religieuse, laïque,...)
- La possibilité de rester en contact avec son médecin traitant lors de l'hospitalisation

#### 1.3.8. Type de chambre

Les patients se répartissent en trois catégories selon le type de chambre qu'ils ont occupé : privée (1lit), double (2 lits) ou commune (+ de 2 lits). Le type de chambre n'affecte pas la relation Qualité – Satisfaction mais joue bien un rôle modérateur dans la relation Satisfaction – Fidélité. Nous représentons graphiquement cet effet modérateur :



**Figure IX.10. : Effet modérateur – Type de chambre sur la relation satisfaction - Fidélité**

Nous voyons que l'effet est identique pour les chambres à 1 lit ou à plus de deux lits, ils se regroupent sur la même droite de régression. Par contre, les chambres doubles ont un effet de « sur-fidélisation » par rapport à un niveau de satisfaction équivalent. Cette constatation est très intéressante à plus d'un titre :

- premièrement, nous voyons tout d'abord que la chambre a une influence sur la régression Satisfaction – Fidélité et non sur la relation Qualité – Satisfaction, ce qui nous indique que cet élément de tangibilité a plus tendance à influencer la perception de l'hôpital en général que l'unité dans laquelle le patient a séjourné (à l'image de notre modèle global qui rangeait la composante « tangibilité » comme variable explicative de la satisfaction à l'égard de l'hôpital et non de la qualité perçue du service) ;
- deuxièmement, ce sont les chambres doubles qui ont un effet plus positif. Ceci correspond assez bien à l'idée que les chambres individuelles ne répondent pas aux attentes des patients qui les demandent ; pas plus, d'ailleurs, que ne le font les chambres communes à plus de deux lits.

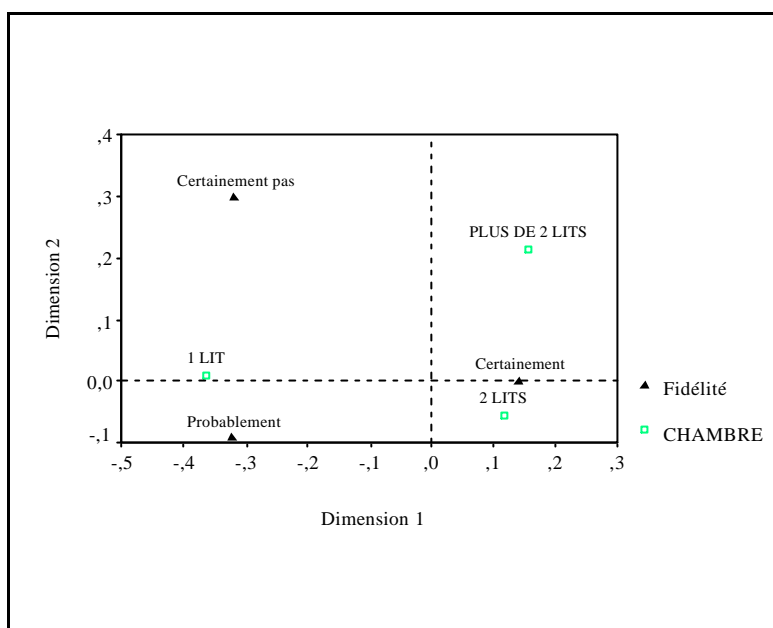
Ce résultat est confirmé par l'analyse de variance. Nous mesurons une différence significative entre les moyennes : les patients de chambres doubles ont une intention de fidélité supérieure aux patients des autres types de chambre. Cependant, nous pouvons nous étonner de ne pas observer une satisfaction supérieure dans le chef des patients en chambre privée.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à la clinique
Privée (1 lit)			
Double (2 lits)			?
Commune (+ de 2 lits)			

**Tableau IX.10.: ANOVA –Type de chambre – Résultats globaux**

L'AFC concernant le type de chambre par rapport au niveau la fidélité nous confirme graphiquement ce résultat. Le fait d'avoir plus de deux modalités pour chacune de nos variables (3 pour chaque variable) nous permet de conserver deux dimensions, d'avoir une représentation graphique différente des caractéristiques précédentes qui étaient des variables dichotomiques.

La dimension 1 (axe horizontal) contribue pour 97% de l'inertie totale. Les contributions les plus fortes de cet axe horizontal sont les modalités « 1 lit » et « probablement » (voir figure de la page suivante). Sur l'axe vertical (dimension 2), ce sont les modalités « certainement pas » et « + de 2 lits » qui sont les mieux représentées. La dimension 1 correspond assez bien à la taille des chambres. Nous retenons de ce graphe la proximité des modalités « 2 lits » et « certainement », alors que la modalité « 1 lit » est assez proche de la modalité « probablement » mais assez éloignée de modalité « certainement ».



**Figure IX..11.: AFC Type de chambre - Fidélité**

En terme de fidélité, l'implication est intéressante pour les hôpitaux. Les patients qui ont séjourné en chambre privée ont moins l'intention de revenir dans l'institution que les patients qui ont séjourné en chambre double. Les chambres communes de plus de 2 lits ont même un score moyen de fidélité supérieur au score moyen donné par les patients des chambres individuelles. Nous avons tenté de trouver des explications à l'aide de nos 4 composantes issues du modèle global.

	Prise en charge	Communication	Tangibilité	Extériorité
Privée (1 lit)		+	-	
Double (2 lits)			+	+
Commune (+ de 2 lits)		-		-

*Tableau IX.11.: ANOVA – Type de chambre – Facteurs*

- Il n'y a pas de différence pour le facteur « prise en charge ».
- La composante « communication » est mieux appréciée par les patients qui occupent une chambre individuelle, suivi par les chambres doubles et enfin les chambres communes qui s'y prêtent encore moins. C'est probablement la raison pour laquelle le niveau de satisfaction des patients en chambre double n'est pas significativement supérieur.
- La tangibilité est mieux appréciée dans les chambres doubles et est le moins appréciée dans les chambres privées. Ceci peut s'expliquer, non pas de manière objective par une moindre qualité des chambres privées,

mais plutôt par un manque de réponse aux attentes des patients qui ont séjourné dans ce type de chambre.

- L'extériorité est moins bien appréciée par les patients des chambres communes qui sont moins adaptées que les autres aux contacts et relations avec « l'extérieur ».

Nous avons cependant constaté que l'influence de cette variable va connaître des résultats globaux très fluctuants par hôpital étudié, ce qui tend à prouver que des efforts peuvent être entrepris par institution et perçus par les patients.

Les indicateurs les plus dépréciés selon les cas sont :

#### 1 – Communication

- L'écoute du patient par le médecin
- La disponibilité des médecins
- La possibilité de discuter avec les médecins et les infirmières en cas de question
- La clarté de l'information concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour du patient

#### 2 - Tangibilité

- La propreté des locaux (chambre, salle de séjour, couloirs,...)
- La facilité à se reposer
- La modernité de l'équipement médical
- Le calme à l'hôpital

#### 3 – Extériorité

- La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur (TV, tél, journaux,...)
- La possibilité de rester en contact avec son médecin traitant lors de l'hospitalisation
- L'intérêt de l'hôpital pour les proches (accès, accueil, cafétéria,...)

### **1.3.9. Type de séjour**

Trois catégories de patients sont retenues en fonction de la durée de leur séjour : court (de 1 à 3 jours), moyen (de 4 à 7 jours) ou long (8 jours et plus).

Nous voyons qu'il existe un effet modérateur tant au niveau de la relation Qualité – Satisfaction que la relation Satisfaction – Fidélité. Analysons les résultats :



- il existe un double effet dans la relation Qualité perçue – Satisfaction. Pour les niveaux de qualité perçue inférieurs, nous observons tout d’abord un effet «d’insatisfaction » pour les longs séjours par rapport aux deux autres types de séjours. Cependant, cet effet s’inverse pour les niveaux de qualité perçue supérieurs ; à ce moment, le niveau de satisfaction atteint est plus élevé ;
- la relation Satisfaction – Fidélité présente le même phénomène, auquel s’ajoute un effet de « sur-fidélisation » lié au moyen séjour également.

L’analyse de variance sur les résultats globaux indique une différence significative entre ces catégories concernant la fidélité à l’égard de la clinique.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l’égard de la clinique	Fidélité à la clinique
Court (1 à 3jours)			?
Moyen (4 à 7jours)			?
Long (+ de 7 jours)			

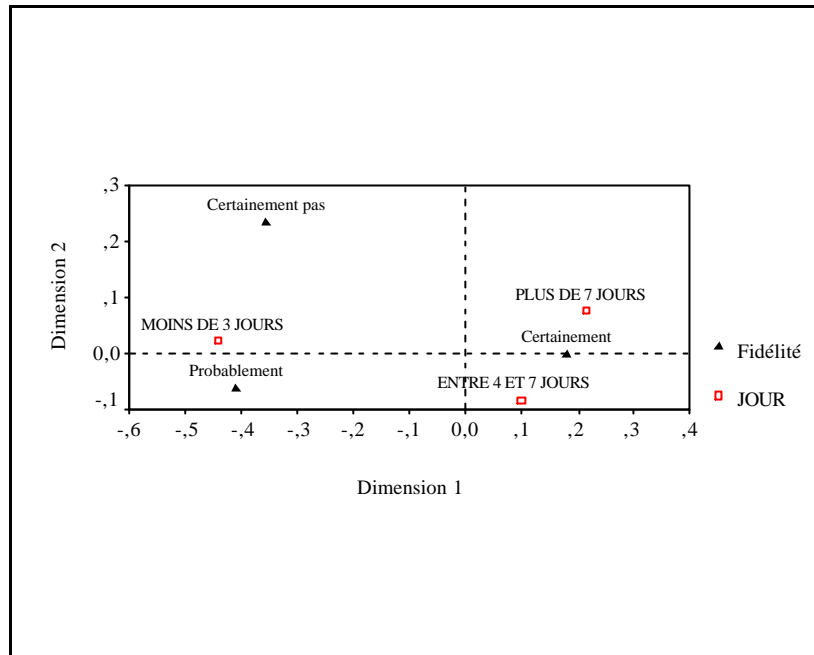
**Tableau IX.12.: ANOVA –Durée de séjour – Résultats globaux**

Le niveau moyen est supérieur chez les patients qui sont restés pour un moyen séjour et inférieur pour les personnes qui ont été hospitalisées pour un court séjour.

Selon l’AFC présentée dans le graphe suivant, la dimension 1 contribue pour 99% à l’inertie totale, la contribution de la deuxième dimension est donc tout à fait mineure. Les contributions les plus fortes de cet axe horizontal sont les modalités «moins de 3 jours » et «probablement ». Nous voyons que cet axe représente assez bien la durée de séjour et oppose les courts séjours aux moyens et longs séjours.

Sur l’axe vertical, ce sont les modalités « certainement pas » et « entre 4 et 7 jours » qui sont les mieux représentées et qui s’opposent.

Enfin, remarquons sur le graphe la proximité des modalités «moins de 3 jours » et «probablement », alors que les deux autres types de séjour sont représentés non loin de la modalité «certainement », ce qui confirme le résultat de l’ANOVA.



**Figure IX.12.: AFC Type de séjour - Fidélité**

Pour tenter d'interpréter ces résultats, nous pouvons dire que les moyens séjours correspondent à des durées d'hospitalisation où, théoriquement, les choses se passent relativement bien concernant l'état de santé du patient. Par contre, il apparaît que nombre de patients développent une appréhension liée au milieu hospitalier qui ne peut être dépassée lors d'un court séjour.

L'analyse de variance des 4 composantes permet de compléter cette interprétation. Elle fournit les résultats suivants :

- les patients de long séjour apprécient mieux les facteurs « communication », « tangibilité » et « extériorité » que les autres ;
- les patients de court séjour ont des niveaux d'appréciation inférieurs à propos des composantes « communication » et « extériorité ».

	Prise en charge	Communication	Tangibilité	Extériorité
Court (1 à 3j)		-		-
Moyen (4 à 7j)			-	
Long (+ de 7j)		+	+	+

*Tableau IX.13. : ANOVA – Type de séjour – Facteurs*

Plusieurs explications peuvent être avancées : le temps d'adaptation au milieu hospitalier, le temps disponible pour communiquer réellement, la rotation importante des patients de courts séjours dans certaines unités de

soins et la corrélation entre la durée de séjour et d'autres caractéristiques explicatives comme nous le verrons ci-dessous. Les indicateurs sur lesquels nous avons mesuré des différences significatives entre les catégories sont :

1 – Communication

- La disponibilité des médecins
- La possibilité de discuter avec les médecins et les infirmières en cas de question
- Les informations concernant la sortie de l'hôpital (départ, poursuite du traitement,...)

2 - Tangibilité

- La facilité à se reposer
- Le calme à l'hôpital

3 – Extériorité

- L'accueil et le soutien des bénévoles
- La disponibilité de l'assistance (sociale, religieuse, laïque,...)

**1.3.10. Type d'unité**

Une autre caractéristique intéressante est le type d'unité que le patient a fréquentée pendant son séjour hospitalier. Nous avons repris les trois grandes catégories d'unité présentes dans notre recherche : la maternité, la médecine et la chirurgie. Les effets modérateurs mesurés sont :

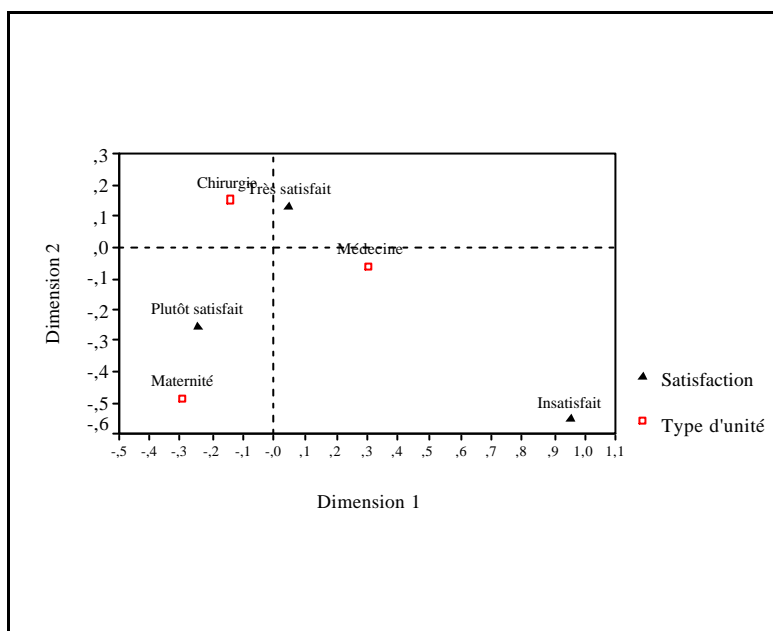
- à propos de la relation Qualité – Satisfaction, il existe un effet de « sur-satisfaction » lié à la chirurgie par rapport aux deux autres types d'unité de soins ;
- à propos de la relation Satisfaction – Fidélité, l'effet modérateur n'agit pas de la même manière : la médecine rencontre un effet « d'infidélisation » par rapport au deux autres types d'unité.

Sur base de l'analyse de variance, il existe une seule différence significative entre ces catégories : le niveau moyen de satisfaction à l'égard de la clinique est supérieur pour les patients de chirurgie, suivi par les patients de médecine et, en dernière position, par les patientes de maternité.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à la clinique
Maternité		?	
Médecine			
Chirurgie		?	

**Tableau IX.14.: ANOVA –Type d’unité – Résultats globaux**

Les résultats de l’AFC sont présentés dans la figure suivante. La dimension 1 contribue pour 62% de l’inertie totale et la dimension 2 pour 38%. Les contributions les plus fortes de l’axe horizontal viennent des modalités « médecine » et « insatisfait », « maternité » et « plutôt satisfait » pour l’axe vertical.



**Figure IX.13.: AFC Type d’unité - Satisfaction**

Bien qu’il soit relativement compliqué d’interpréter ces axes, la dimension verticale représente assez bien la satisfaction du patient. Nous remarquons la proximité entre « chirurgie » et « très satisfait » et entre « maternité » et « plutôt satisfait ». La modalité « médecine » se situe entre les trois modalités mais relativement éloignée de la modalité « insatisfait », celle-ci étant d’ailleurs éloignée de toutes les autres. Nous obtenons donc la confirmation graphique du résultat de l’ANOVA.

L’analyse de variance effectuée sur les facteurs permet d’expliquer ce phénomène.

	Prise en charge	Communication	Tangibilité	Extériorité
Maternité			-	-
Médecine			+	+
Chirurgie			+	+

Tableau IX.15.: ANOVA – Type d'unité – Facteurs

Le niveau plus faible du niveau de satisfaction enregistré dans les services de maternité peut s'expliquer par la moindre appréciation des facteurs « tangibilité » et « extériorité ».

Il est probable que les patientes de maternité qui ne sont pour la grande majorité ni malades, ni sujettes à une intervention chirurgicale quelconque, mais bien face à un événement heureux de leur existence, attache une grande considération à ces facteurs qui visiblement, ne répondent pas à leurs attentes. Les indicateurs les plus appréciés sont :

1 - Tangibilité

- Le confort de la chambre (lit, fauteuil, équipements sanitaires,...)
- La propreté des locaux (chambre, salle de séjour, couloirs,...)
- La facilité à se reposer
- La modernité de l'équipement médical
- Le calme à l'hôpital

3 – Extériorité

- L'accueil et le soutien des bénévoles
- La disponibilité de l'assistance (sociale, religieuse, laïque,...)
- L'intérêt de l'hôpital pour les proches (accès, accueil, cafétéria,...)

**1.3.11. Genre du patient**

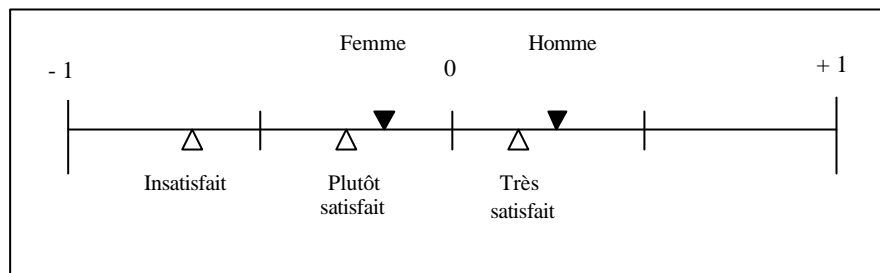
A propos des deux relations étudiées, nous remarquons un « effet d'insatisfaction » et un « effet d'infidélité » dans le chef des patientes par rapport à leurs homologues masculins.

L'analyse de variance permet d'identifier des différences significatives à propos des trois résultats globaux : ils sont mieux appréciés dans le chef des patients que des patientes.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à la clinique
Genre : féminin	?	?	?

Tableau IX.16.: ANOVA – Genre du patient – Résultats globaux

Par souci de synthèse, nous reproduisons uniquement le résultat de l'analyse factorielle de correspondances pour la satisfaction, comme nous aurions pu le faire pour les trois autres résultats globaux.



**Figure IX.14.: AFC Visite – Satisfaction**

Cette AFC est relativement aisée à interpréter, elle oppose les deux modalités « homme » et « femme » qui contribuent presque équitablement à l'inertie, de même que chacune des modalités liées à la satisfaction. A l'extrême gauche se situe la modalité « insatisfait », et de part et d'autre du point 0 les modalités « plutôt satisfait » et « très satisfait ». Nous nous apercevons que la modalité « homme » se situe près de la modalité « très satisfait ». La modalité « femme » est proche de la modalité « plutôt satisfait » mais relativement éloignée de la modalité « insatisfait ».

Il ne faut donc pas généraliser : des hommes très satisfaits et des femmes tout à fait insatisfaites. Il existe cependant des nuances non négligeables entre ces deux types de patients. Examinons les facteurs pour tenter d'apporter une explication à cette différence.

	Prise en charge	Communication	Tangibilité	Extériorité
Genre : féminin			-	

*Tableau IX.17.: ANOVA – Genre du patient – Facteurs*

En réalité, seule l'évaluation du facteur « tangibilité » présente une différence significative, inférieure dans le chef des patientes. Les indicateurs sur lesquels nous mesurons des différences, sont :

- La propreté des locaux (chambre, salle de séjour, couloirs,...)
- La facilité à se reposer

- La modernité de l'équipement médical
- Le calme à l'hôpital

Cette différence liée à l'appréciation d'indicateurs de tangibilité tend à nous montrer que les femmes sont plus insatisfaites de l'infrastructure hospitalière que les hommes. Les résultats relatifs au type d'unité et observés auprès des patientes de maternité nous ont déjà sensibilisés au problème. Le respect de l'intimité et de la pudeur est un exemple, dénoncé qualitativement et quantitativement par les femmes, et qui est souvent la conséquence d'une infrastructure déficiente.

### 1.3.12. L'âge des patients

Nous avons établi 3 catégories d'âge dans notre population : les patients âgés de moins de 35 ans, les patients âgés entre 36 et 59 ans et les patients âgés de 60 ans et plus. Les résultats obtenus sont :

- un effet modérateur positif pour la relation Qualité - Satisfaction dans le chef des deux catégories plus âgées (effet de « sur-satisfaction »);
- un effet modérateur pour la catégorie des patients de 60 ans et plus, avec un double effet : un effet « d'infidélisation » pour les niveaux de satisfaction inférieurs et, principalement, un effet de « sur-fidélisation » pour les niveaux de satisfaction supérieurs (dès que le patient se montre « Plutôt satisfait »).

Les tests ANOVA sont encore plus significatifs en ce qui concerne l'âge du patient puisque toutes les variables présentent des différences significatives.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à la clinique
- de 35 ans	?	?	?
De 36 à 59 ans			
+ de 60 ans	?	?	?

**Tableau IX.18. : ANOVA – Age des patients – Résultats globaux**

Pour illustrer l'analyse factorielle de correspondances, nous avons choisi la variable « qualité de service ». La dimension 1 représente à elle seule pour 98% de l'inertie totale. Les contributions les plus fortes de l'axe horizontal proviennent des modalités « moins de 35 ans » et « plus de 60 ans » concernant l'âge des patients et de la modalité « bon » pour la qualité perçue du service.

La dimension n 1 peut être interprétée comme proche de l'âge du patient, avec à gauche les plus jeunes et à droite les plus âgés. Soulignons les proximités entre les modalités « moins de 35 ans » et « bon », et entre « plus de 60 ans » et « excellent ». La modalité « entre 36 et 59 ans » se situe entre ces deux modalités de qualité de service et relativement éloignée de la modalité « mauvais ».

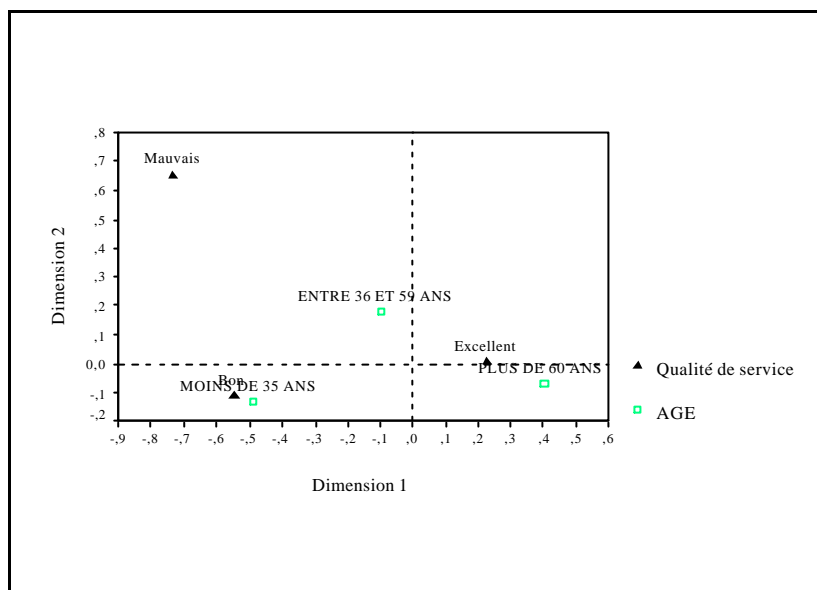


Figure IX.15. : AFC Age – Qualité perçue

Une fois encore, l'AFC vient confirmer le test de comparaison des moyennes en apportant les nuances requises. Les plus jeunes trouvent la qualité du service moyennement bonne alors que les plus âgés ont tendance à la trouver excellente. Une appréciation « mauvaise » de la qualité de service ne semble pas appartenir spécifiquement à une des trois catégories d'âges.

Tant pour les résultats globaux que pour les facteurs, nous avons des différences qui s'expriment dans le même sens : des niveaux inférieurs pour la classe d'âges la plus jeune aux niveaux plus élevés pour la classe la plus âgée.

	Prise en charge	Communication	Tangibilité	Extériorité
- de 35 ans	-	-	-	-
De 36 à 59 ans				
+ de 60 ans	+	+	+	+

Tableau IX.19.: ANOVA – Age des patients – Facteurs

Tous les indicateurs retenus présentent une différence significative :



#### 1 - Prise en charge

- L'accueil chaleureux au sein du service
- La qualité des soins infirmiers
- La courtoisie et la gentillesse du personnel
- La sensibilité des infirmières au besoin du patient
- La promptitude du personnel à réagir en cas de problème
- Le soulagement des douleurs
- La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en œuvre pour bien soigner
- La qualité des soins médicaux

#### 2 - Communication

- L'écoute du patient par le médecin
- La disponibilité des médecins
- La possibilité de discuter avec les médecins et les infirmières en cas de question
- L'explication en cas d'attente
- La clarté de l'information concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour du patient.
- Les informations concernant la sortie de l'hôpital (départ, poursuite du traitement,...).

#### 3 - Tangibilité

- Le confort de la chambre (chambre, salle de séjour, couloirs,...)
- La propreté des locaux (chambre, salle de séjour, couloirs,...)
- La facilité à se reposer
- La modernité de l'équipement médical
- Le calme à l'hôpital

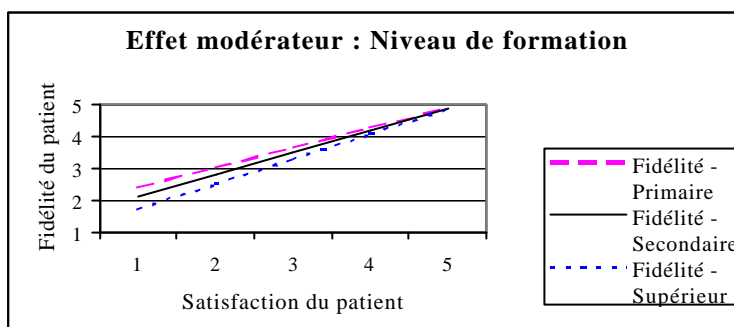
#### 4 - Extériorité

- La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur (TV, tél, journaux,...)
- L'accueil et le soutien des bénévoles
- La disponibilité de l'assistance (sociale, religieuse, laïque,...)
- La possibilité de rester en contact avec son médecin traitant lors de l'hospitalisation
- L'intérêt de l'hôpital pour les proches (accès, accueil, cafétéria,)

### **1.3.13. Le niveau d'étude - Formation**

Nous avons subdivisé cette caractéristique en trois niveaux distincts de scolarisation: formation de niveaux primaire, secondaire et supérieur. Les résultats obtenus sont :

- un effet modérateur identique pour les patients du secondaire et du supérieur dans le sens d'un effet « d'insatisfaction » propre à ces deux catégories par rapport au niveau primaire ;
- l'effet modérateur est également présent dans la relation « Satisfaction - Fidélité » et va dans le même sens pour les deux même catégories (effet « d'infidélisation »), à la nuance près qu'il est plus accentué dans le chef des patients de formation scolaire supérieure.



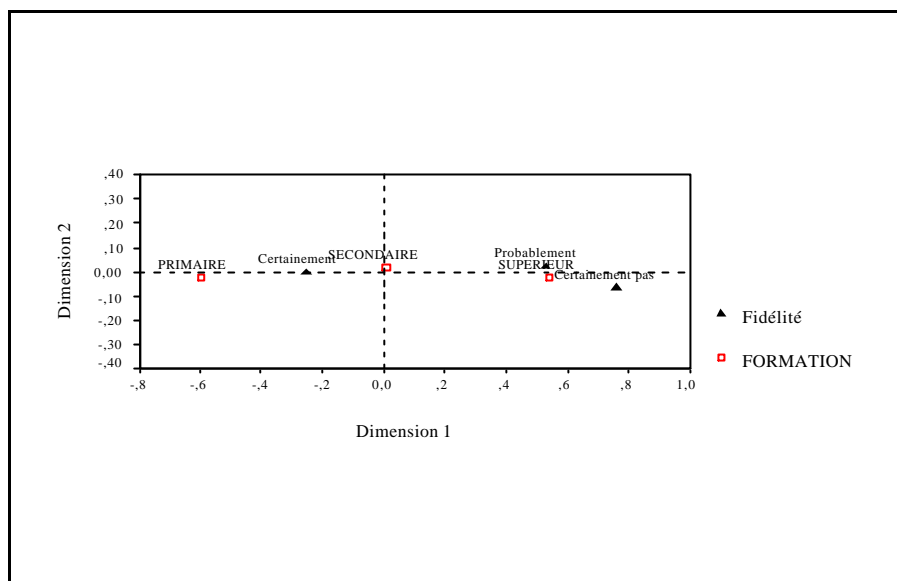
**Figure VIII.16. : Effet modérateur – Formation sur la relation satisfaction - Fidélité**

Les tests ANOVA sont également très significatifs en ce qui concerne le niveau d'étude (formation) des patients.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à la clinique
Primaire	?	?	?
Secondaire			
Supérieur	?	?	?

**Tableau IX.20. : ANOVA – Niveau d'études – Résultats globaux**

Nous avons choisi la variable fidélité pour illustrer l'AFC.



**Figure IX.13. : AFC Formation - Fidélité**

La dimension 1 contribue à l'entièreté de l'inertie totale. Les contributions les plus fortes de cette dimension proviennent des modalités «primaire » et « supérieur » concernant la formation, « probablement » et « certainement » pour la fidélité. Cette dimension représente assez bien de gauche à droite les niveaux de formation croissants et les niveaux de fidélité décroissants. Nous soulignons la proximité des modalités «supérieur » et «probablement » et les positions tout à fait opposées entre les modalités « primaire » et « certainement pas ». La modalité «secondaire » se situe non loin de la modalité « certainement » à mi-chemin de la modalité « probablement ».

L'ANOVA sur les quatre facteurs montre également de grandes différences entre les niveaux de formation.

	Prise en charge	Communication	Tangibilité	Extériorité
Primaire	+	+	+	+
Secondaire				
Supérieur	-	-	-	-

*Tableau IX.21.: ANOVA – Niveau d'études – Facteurs*

Les tendances enregistrées vont toutes dans le même sens : les patients de scolarisation primaire montrent des évaluations supérieures concernant les résultats globaux et les quatre facteurs, suivis par les patients de niveau de scolarisation secondaire et ensuite par les patients de niveau de scolarisation supérieure.

En réalité, tous les indicateurs présentent des différences significatives. Il faut considérer l'aspect déterminant de cette caractéristique sur l'appréciation des services hospitaliers. Nous avons souligné dans le chapitre 7 sur le profil des patients, la corrélation entre cette caractéristique et l'âge des patients. Beaucoup de personnes plus âgées ont un niveau de scolarisation moindre, dû à des conditions d'obligation scolaire et des contextes historiques et sociologiques différents. Une interprétation subjective que nous faisons de l'évaluation très positive de ces patients plus âgés et de formation scolaire plus modeste, est liée à l'extraordinaire évolution de l'hôpital à travers leur vie. Nous repensons à ce témoignage d'un patient qui, à l'époque, se montrait déjà très heureux de pouvoir être pris en considération par le personnel hospitalier. Comme si, l'évolution des mentalités auprès des jeunes générations plus scolarisées se marquait très fortement dans l'appréciation du service hospitalier.

Au-delà de la corrélation avec l'âge du patient, cette caractéristique est fondamentale dans la segmentation des patients.

#### 1.4. Résumé des caractéristiques de segmentation

Après avoir présenté l'ensemble des résultats de segmentation de la demande hospitalière sur base des caractéristiques psycho-sanitaires et socio-démographiques, nous souhaitons dresser un tableau résumé et présenter une carte générale des profils identifiés.

Nous reprenons dans le tableau suivant les résultats observés sur base de l'étude des effets modérateurs et des analyses de variance. Nous reprenons par ligne les résultats observés par caractéristique étudiée.

Les deux premières colonnes nous précise l'existence et le sens des effets modérateurs mesurés sur les relations entre la qualité et la satisfaction et entre la satisfaction et la fidélité. Il y a effet d'insatisfaction ou de sur-satisfaction si la caractéristique joue un rôle modérateur dans la relation qualité-satisfaction. Il y a effet d'infidélisation ou de sur-fidélisation si la caractéristique joue un rôle modérateur dans la relation satisfaction-fidélité. Nous précisons la modalité propre à la caractéristique qui influence la relation.

Les trois colonnes suivantes indiquent les résultats observés lors du test des moyennes entre les populations de patients ayant l'une ou l'autre modalité liée à la caractéristique étudiée. Si la perception de la qualité du service, la satisfaction à l'égard de l'hôpital ou la fidélité du patient est supérieure

(inférieure) pour une population par rapport à l'autre, cette différence est symbolisée par le sigle '?' ('?').

Les quatre dernières colonnes indiquent le résultat du test de comparaison des moyennes entre les populations de patients ayant l'une ou l'autre modalité liée à la caractéristique étudiée, par rapport aux facteurs de la satisfaction identifiés dans le modèle global (chapitre 8). Si cette différence est positive (négative) pour une population par rapport à l'autre, elle est représentée par le signe '+' ('-'). Selon le modèle causal, ces observations ont un pouvoir d'explication significatif des variations observées des résultats globaux.

		Effet modérateur sur la relation		ANOVA – Résultats globaux			Prise en charge	C
		Qualité - Satisfaction	Satisfaction - Fidélité	Qualité du service	Satisfaction Hôpital	Fidélité Hôpital		
Arrivée en urgence	Oui	Insatisfaction	Infidélisation	?	?	?		
	Non							
Passage par les soins intensifs	Oui		Sur-fidélisation	?				
	Non							
Transfert d'unité	Oui	Insatisfaction						
	Non							
Hospitalisation antérieure dans un autre hôpital	Oui		Infidélisation					
	Non							
Première hospitalisation dans la clinique	Oui	Sur-satisfaction			?	?		
	Non							
Suivi d'un régime alimentaire	Oui							
	Non							
Visite	Souvent							
	Peu/Jamais				?		-	
Type d'unité	Maternité				?			
	Médecine		Infidélisation					
	Chirurgie	Sur-satisfaction			?			

Tableau IX.22.A. : Résumé des caractéristiques de segmentation

		Effet modérateur sur la relation		ANOVA – Résultats globaux			Prise en charge	C
		Qualité - Satisfaction	Satisfaction - Fidélité	Qualité du service	Satisfaction Hôpital	Fidélité Hôpital		
Type de chambre	Privée (1lit)							
	Double (2 lits)		Sur-fidélisation			?		
	Commune (+ de 2 lits)							
Type de séjour	Court (1 à 3 jrs)					?		
	Moyen (4 à 7 jrs)		Sur-fidélisation			?		
	Long (8 jrs et +)	Double effet	Double effet					
Genre	Femme	Insatisfaction	Infidélisation	?	?	?	-	
	Homme							
Age	- de 35 ans	Insatisfaction		?	?	?	-	
	36 à 59 ans							
	60 ans et +		Sur-fidélisation	?	?	?	+	
Formation	Primaire	Sur-satisfaction	Sur-fidélisation	?	?	?	+	
	Secondaire							
	Supérieur		Infidélisation	?	?	?	-	

Tableau IX.22.A. : Résumé des caractéristiques de segmentation

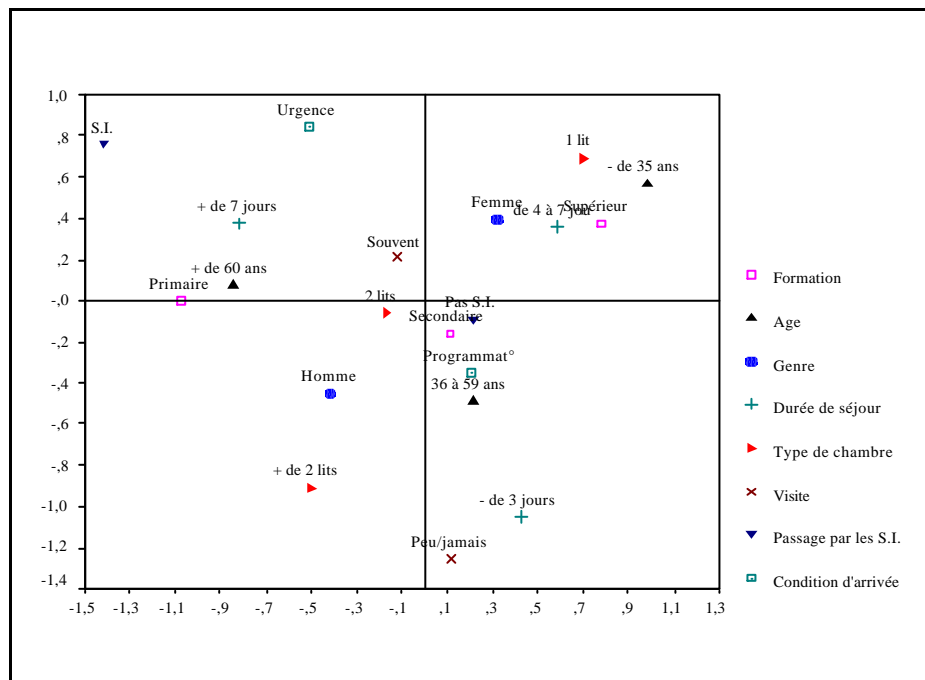
## 2. Typologie de patients

Le but d'une typologie est de créer un nombre limité de groupes d'individus aussi homogènes que possibles en leur sein et hétérogènes entre eux. Il s'agit donc d'une construction a posteriori de groupes qui ont des caractéristiques identiques (Vandercammen et Gauthy-Sinéchal, 1999). La typologie de patients que nous construisons a pour but de rassembler des individus par rapport à leur niveau de satisfaction. Nous allons donc identifier les caractéristiques communes de ces patients ou percevoir la caractéristique qui peut les isoler des autres groupes de patients.

Pour ce faire, nous avons d'abord réalisé une analyse factorielle de correspondances pour l'ensemble des caractéristiques (exceptions faites de la variable « première hospitalisation » moins discriminante et de la variable « type d'unité » qui est une variable de fragmentation) de manière à réunir les caractéristiques les plus proches les unes des autres.

### 2.1. Identification des profils-types

Pour visualiser ce regroupement des caractéristiques, nous avons retenu deux dimensions sur cette AFC qui lie les modalités de l'ensemble des caractéristiques à la satisfaction du patient.





## Figure IX.23. : AFC Ensemble des caractéristiques – Satisfaction

Le fait de limiter l'analyse à deux dimensions réduit l'inertie totale expliquée mais permet de répartir l'ensemble des modalités sur un seul graphe. Par ailleurs, ce sont les deux premières dimensions qui contribuent à la plus grande part de cette inertie totale.

La première dimension (axe horizontal) est influencée dans l'ordre par les variables «âge», «formation», «durée de séjour» et «passage par les soins intensifs» alors que la deuxième dimension (axe vertical) est influencée dans l'ordre par les variables «durée de séjour», «condition d'arrivée», «type de chambre», «visite» et «genre du patient».

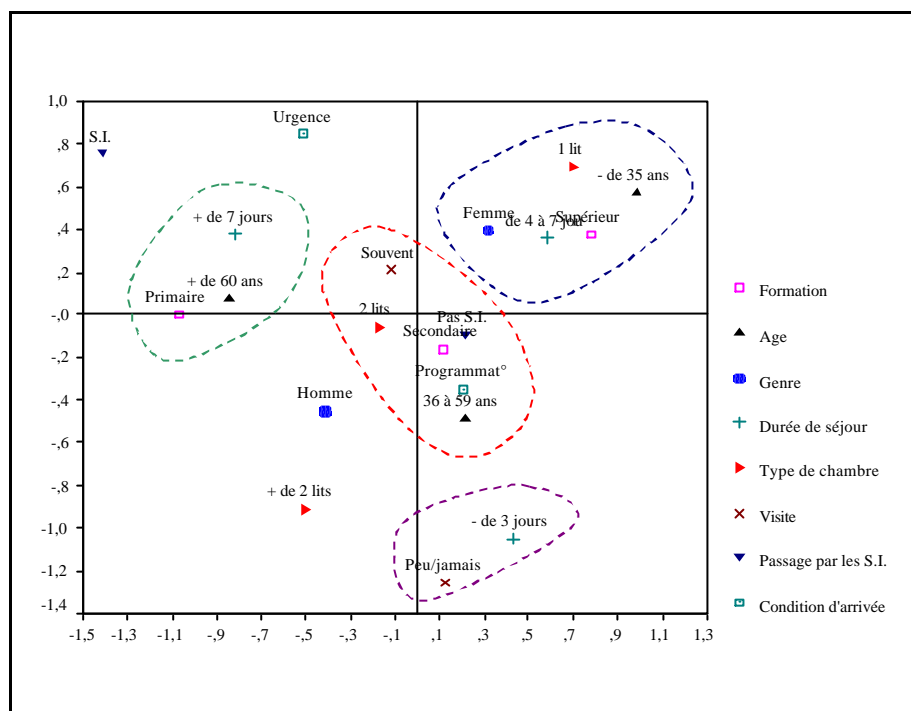
Ce résultat est très éloquent dans le sens où se regroupent et se dispersent les modalités les unes par rapport aux autres. Des modalités proches indiqueront un niveau de satisfaction relativement similaire tandis que deux modalités éloignées auront des niveaux de satisfaction différents. De cette manière, nous avons pu constituer des groupes de patients selon des modalités qui les caractérisent mais également identifier des modalités qu'il faut considérer de manière indépendante car suffisamment isolées des autres modalités.

A l'aide de cette analyse, nous distinguons subjectivement quatre profils de patients montrés en traits pointillés dans le graphe suivant. Ces profils sont bien entendu caricaturaux. En réalité, certaines caractéristiques peuvent varier au sein d'un même profil et prendre une modalité différente de celle exprimée dans le graphe. L'avantage est qu'ils délimitent de grandes tendances, assez facilement observables en milieu hospitalier.

Quels sont ces profils ?

- Le premier profil (« *les plus âgés* ») regroupe les personnes âgées (+ de 60 ans) qui ont généralement un niveau de formation primaire, hospitalisées pour une longue durée.
- Le deuxième profil (« *les programmés* ») regroupe les patients qui sont arrivés de manière programmée à l'hôpital, âgés entre 36 et 59 ans, qui n'ont pas du passer par les soins intensifs, de formation secondaire, qui ont séjourné en chambre double et qui ont eu des visites fréquentes pendant leur séjour.
- Le troisième profil (« *les jeunes femmes* ») regroupe des femmes jeunes (- de 35 ans), qui ont séjourné dans une chambre privée entre 4 et 7 jours et de formation scolaire supérieure.

- Le quatrième profil (« *les courts séjours* ») regroupe des patients qui ont été hospitalisés pour un court séjour et qui ont eu peu ou aucune visite pendant cette hospitalisation.



**Figure IX.24. : AFC Ensemble des caractéristiques – Satisfaction - Profil**

Profil 1 :	- durée de séjour :	plus de 7 jours
	- âge :	plus de 60 ans
	- formation :	primaire
Profil 2 :	- condition d'arrivée :	programmation
	- âge :	36 à 59 ans
	- passage par les S.I. :	non
	- formation :	secondaire
	- type de chambre :	double
	- visite :	souvent
Profil 3 :	- genre :	femme
	- âge :	moins de 35 ans
	- durée de séjour :	entre 4 et 7 jours
	- formation :	supérieur
	- type de chambre :	privée

Profil 4 :	- durée de séjour	moins de 3 jours
	- visite	peu ou jamais

**Tableau IX.25.A.: Profils de patients**

A ces quatre profils viennent s'ajouter certaines caractéristiques isolées dans notre graphe : le passage par les soins intensifs, l'arrivée en urgence, les chambres communes (+ de 2 lits) et le genre masculin du patient. L'isolement de ces caractéristiques par rapport à un profil nous incite à souligner leur relative indépendance et l'incidence qu'elles peuvent avoir par rapport à la satisfaction. Prenons le cas de la condition d'arrivée en urgence qui, comme l'a montrée l'analyse, a une influence particulièrement négative sur la satisfaction. Ces modalités peuvent être assimilées à des profils.

Profil 5 :	- arrivée en urgence
Profil 6 :	- passage par les soins intensifs
Profil 7 :	- type de chambre : double
Profil 8 :	- genre : masculin

**Tableau IX.25.B.: Profils de patients**

## 2.2. Analyse des profils identifiés

Nous allons analyser séparément les quatre premiers profils des quatre derniers en raison du caractère multi-critère des premiers et mono-critère des derniers. En effet, il est plus aisé de cibler précisément les profils composés alors que les profils mono-critères regroupent des individus encore très diversifiés.

### **2.2.1. Les quatre premiers profils composés**

Nous comparons dans le tableau suivant les résultats globaux enregistrés pour les quatre premiers profils identifiés. Ce tableau confirme les différences significatives enregistrées entre les groupes de patients. A côté du score moyen (/5) est indiquée la position relative du résultat observé.

	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de l'hôpital	Fidélité à l'égard de l'hôpital
Profil 1 : « les plus âgés »	4,74 (1)	4,74 (1)	4,74 (1)
Profil 2 : « les programmés »	4,66 (4)	4,65 (2)	4,67 (2)
Profil 3 : « les jeunes femmes »	4,69 (3)	4,57 (4)	4,60 (4)
Profil 4 : « les courts séjours »	4,69 (2)	4,60 (3)	4,60 (3)

**Tableau IX.26.: Résultats globaux par profil**

- Le premier profil (364 patients) enregistrent tous les meilleurs résultats.
- Le deuxième profil (141 patients) obtient les deuxièmes résultats pour la satisfaction et la fidélité ; par contre, le quatrième résultat seulement en terme de qualité perçue du service. Ce résultat se situe cependant au même niveau que ses autres résultats globaux.
- Le troisième profil (162 patientes) enregistre le troisième résultat en terme de qualité de service et les derniers résultats en terme d'hôpital (satisfaction et fidélité).
- Le quatrième profil (259 patients) obtient le deuxième score en terme de qualité perçue du service et les troisièmes scores en terme de satisfaction et de fidélité.

Par profil, nous indiquons dans le tableau suivant les résultats moyens (/10) des facteurs de notre modèle global, ainsi que la moyenne des facteurs pour les quatre profils. Les scores inférieurs à cette moyenne sont sur fond gris.

	Prise en charge	Communication	Extériorité	Tangibilité
Profil 1	9,32	8,94	8,67	8,99
Profil 2	9,02	8,49	8,36	8,52
Profil 3	9,07	8,63	7,38	7,75
Profil 4	8,96	8,35	7,82	8,42
Moyenne	9,09	8,60	7,93	8,42

**Tableau IX.27.: Facteurs par profil**

Quelles sont les explications apportées par l'analyse des facteurs?

- Le profil 1 (« *les plus âgés* ») enregistre les meilleurs résultats sur les quatre facteurs et sa « première place » en terme de résultats globaux devient tout à fait logique.
- Le quatrième score moyen du profil 2 (« *les programmés* ») concernant la qualité perçue du service s'explique par une prise en charge et une communication jugées inférieures à la moyenne des quatre profils. Par contre, la tangibilité et l'extériorité sont supérieures à la moyenne, ce qui explique en partie la deuxième score en termes de satisfaction, de recommandation et de fidélité.
- A l'inverse, le profil 3 (« *les jeunes femmes* ») juge un peu mieux le service que l'hôpital grâce à une communication – relation au médecin supérieure à la moyenne mais cependant, les autres résultats sont inférieurs à la moyenne, principalement pour la tangibilité et l'extériorité.
- Le profil 4 (« *les courts séjours* ») est probablement le plus complexe, remarquons ces scores moyens inférieurs tant pour la prise en charge que la communication et la relation au médecin.

L'hôpital doit concentrer ses efforts sur l'amélioration des facteurs en fonction des profils identifiés qui constituent sa patientèle. Même si le Profil 1 (« *les plus âgés* ») regroupe des patients plus satisfaits que la moyenne, les trois autres profils montrent des lacunes qu'il serait souhaitable de combler. N'oublions pas d'ailleurs que ces 3 profils deviendront un jour ces personnes plus âgées qui resteront longtemps hospitalisées... mais dont les exigences auront, elles aussi, évoluées.

Dans les tableaux suivants sont repris les attributs considérés comme les plus importants par les patients de même que les motivations rencontrées les plus fréquentes. Nous avons pris en considération les 40 attributs du modèle théorique de départ et retenu les dix plus importants pour chaque profil. Pour chacun d'entre eux se dresse une hiérarchie caractéristique tant pour l'importance des attributs que pour les motivations dans le choix de l'hôpital. De plus, certains attributs ou motivations peuvent être propres à un seul profil.

	Profil 1 : « les plus âgés »	Profil 2 : « les programmés »
Attributs	Qualité des soins infirmiers	Promptitude du personnel à réagir en cas de problème
	Ecoute du patient par les médecins	Ecoute du patient par les médecins
	Volonté des médecins et infirmières de tout mettre en œuvre pour bien soigner	Qualité des soins infirmiers
	Qualité des soins médicaux	Volonté des médecins et infirmières de tout mettre en œuvre pour bien soigner
	Courtoisie et gentillesse du personnel	Equipement médical moderne
	Accueil au sein du service	Accueil au sein du service
	Soulagement de la douleur	Courtoisie et gentillesse du personnel
	Disponibilité des médecins	Soulagement de la douleur
	Accueil du personnel d'admission	Qualité des soins médicaux
	Promptitude du personnel à réagir en cas de problème	Sensibilité des infirmières aux besoins du patient
Motivations	Réputation de la clinique	Réputation de la clinique
	Conseil du médecin traitant	Réputation d'un spécialiste
	Satisfaction liée à une hospitalisation antérieure	Satisfaction liée à une hospitalisation antérieure
	Réputation d'un spécialiste	Conseil du médecin traitant
	Réputation d'un service	Conseil d'un proche

**Tableau IX.28.: Attributs et motivations les plus importants des profils 1 et 2**

	Profil 3 : « les jeunes femmes »	Profil 4 : « les courts séjours »
Attributs	Qualité des soins infirmiers	Qualité des soins médicaux
	Accueil au sein du service	Qualité des soins infirmiers
	Promptitude du personnel à réagir en cas de problème	Ecoute du patient par les médecins
	Qualité des soins médicaux	Equipement médical moderne
	Ecoute du patient par les médecins	Volonté des médecins et infirmières de tout mettre en œuvre pour bien soigner
Possibilité de discuter avec les médecins et infirmières en cas de question	Courtoisie et gentillesse du personnel	

	Courtoisie et gentillesse du personnel	Promptitude du personnel à réagir en cas de problème
	Volonté des médecins et infirmières de tout mettre en œuvre pour bien soigner	Accueil au sein du service
	Sensibilité des infirmières aux besoins du patient	Clarté des informations concernant l'état de santé et le traitement
	Disponibilité des infirmières	Accueil du personnel à l'admission
Motivations	Proximité	Réputation de la clinique
	Réputation d'un spécialiste	Conseil du médecin traitant
	Satisfaction liée à une hospitalisation antérieure	Réputation d'un spécialiste
	Réputation de la clinique	Satisfaction liée à une hospitalisation antérieure
	Conseil du médecin traitant	Réputation d'un service

**Tableau IX.29.: Attributs et motivations les plus importants des profils 3 et 4**

Les patients du profil 1 considèrent comme attributs les plus importants des attributs liés à la prise en charge et à la communication – relation avec le personnel hospitalier. Les patients du profil 2 n'en sont pas fort éloignés si ce n'est qu'apparaît la modernité de l'équipement médical, et que la hiérarchie est quelque peu différente. La promptitude du personnel à réagir devient l'attribut le plus important pour « les programmés », ce qui confirme particulièrement ce besoin de sécurité, de confiance en l'organisation et de contrôle de leur séjour et de leur état de santé. Pour ce faire, ils ont d'ailleurs choisi la clinique sur base de sa réputation et de celle d'un spécialiste (sans doute celui qui les soigne) alors que les patients du profil 1 ont choisi l'hôpital sur base de sa réputation et du conseil de leur médecin traitant.

Les patients du profil 4 attribuent de l'importance avant tout à la qualité des soins et sont les seuls à placer la qualité des soins médicaux avant celle des soins infirmiers. Soulignons aussi leur sensibilité à la clarté des informations concernant leur état de santé et leur traitement ; ce qui n'est pas toujours évident à fournir à des patients qui séjournent peu de temps. La motivation principale des patientes du profil 3 est la proximité de la clinique (souvent le cas des patientes de maternité). Remarquons enfin leur attente particulière envers un accueil chaleureux au sein du service.

### 2.2.3. Les quatre profils mono-critères

Dans les paragraphes précédents, nous avons souligné l'existence de caractéristiques qui ont à elles seules un pouvoir d'influence déterminant sur la satisfaction du patient. L'objectif de cette section sera de présenter l'ensemble des résultats d'importance et de performance relatives à ces caractéristiques, ce que nous appelons les profils mono-critères. Nous avons procédé à des tests d'analyses de variance non paramétriques pour l'importance des attributs, et paramétriques pour la performance perçue de ces attributs, en isolant pour chaque caractéristique les modalités qu'elle

comprend. Dans les tableaux suivants, chaque différence significative est représentée par le nom de la modalité correspondante dont la moyenne comparée est supérieure à celle de sa modalité complémentaire.

### Profil 5 : les arrivées en urgence

La première caractéristique analysée est la condition d'arrivée. A la lecture des résultats présentés dans le tableau suivant, les patients arrivés en urgence (Profil 5) accordent une importance accrue à l'accueil lors de leur admission à l'hôpital. Actuellement, cet accueil n'est pas nécessairement organisé de manière adéquate dans la plupart des hôpitaux ou longues attentes sans information et atmosphère glaciale ont été des commentaires souvent répétés. Ces patients accordent également plus d'importance au sentiment de sécurité, à la possibilité de discuter avec le personnel en cas de question, à la clarté des informations concernant leur état de santé et leur traitement durant le séjour, à l'intérêt de l'hôpital pour leurs proches de même que la convenance des heures de visite, au service des repas, à l'accueil et au soutien des bénévoles de même qu'à l'assistance (sociale, religieuse ou laïque).

Attributs	Importance	Performance
L'accueil du personnel de l'admission	Urgence	
La facilité des formalités d'admission		Program.
<b>L'explication du personnel concernant le déroulement du séj.</b>	Program.	Program.
La facilité à trouver son chemin dans l'hôpital		Program.
Le sentiment de sécurité à l'hôpital	Urgence	
La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur		Program.
L'accueil et le soutien des bénévoles	Urgence	
L'assistance (sociale, religieuse, laïque) si souhaitée	Urgence	
L'écoute des patients par les médecins		Program.
La disponibilité des médecins		Program.
La possibilité de discuter avec les médecins et infirmières en cas de question	Urgence	
Le service des repas	Urgence	
La réalisation des services au moment prévu		Program.
Les heures de visite	Urgence	
L'intérêt de l'hôpital pour la famille et les proches	Urgence	
La qualité des soins médicaux		Program.
La clarté des informations concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour	Urgence	Program.
Le déroulement du séjour (comme prévu)		Program.

Tableau IX.30. : ANOVA sur indicateurs d'importance et de performance-  
Condition d'arrivée

En faisant preuve d'empathie, ces attentes sont tout à fait compréhensibles. L'absence de préparation psychologique et sociale du patient arrivé en urgence peut entraîner un besoin accru d'accueil, d'information, de relation à autrui et à ses proches en comparaison d'une autre personne qui aurait pu prévoir ce passage à l'hôpital.

Soulignons cependant l'importance de l'explication du déroulement du séjour pour les patients programmés, ce qui confirme chez eux ce besoin de planification et de contrôle des opérations. Cela correspond à leur mode d'appréhension de l'hôpital: ils ont pu préparer leur venue, ils souhaiteront poursuivre tant que possible sur ce mode de programmation des opérations.

Si nous regardons les résultats liés à la performance des attributs, chaque différence significative est en faveur des patients programmés. Par exemple, l'écoute du patient par le médecin est mieux appréciée chez ce type de patient alors que les attentes (en terme d'importance) semblent équivalentes. Un autre exemple : la facilité à trouver son chemin dans l'hôpital pour laquelle la performance est inférieure dans le chef des patients arrivés en urgence : un patient bouleversé risque d'avoir plus de difficultés à se repérer dans une enceinte aussi vaste qu'un hôpital, de surcroît lorsque les panneaux signalétiques manquent ou se multiplient et sont peu intelligibles pour lui. Autrement dit, la réponse apportée au patient qui arrive en urgence est jugée inférieure à celle observée chez le patient programmé. Cela correspond-il à une volonté délibérée de la part des cliniques ?

### **Profil 6 : le passage par les soins intensifs**

Le sixième profil identifié est relatif à la caractéristique du passage par les soins intensifs.

Attributs	Importance	Performance
L'accès à l'hôpital		S.I.
L'accueil du personnel de l'admission		S.I.
La facilité des formalités d'admission	S.I.	
La facilité à trouver son chemin dans l'hôpital	S.I.	
L'aspect de l'hôpital	S.I.	S.I.
Le sentiment de sécurité à l'hôpital	S.I.	S.I.
L'accueil et le soutien des bénévoles	S.I.	
L'assistance (sociale, religieuse, laïque) si souhaitée	S.I.	
L'écoute des patients par les médecins		S.I.
L'entretien des locaux	S.I.	
La modernité de l'équipement médical		S.I.
L'explication en cas d'attente		S.I.
Le service des repas	S.I.	
La réalisation des services au moment prévu	S.I.	S.I.
Les heures de visite	S.I.	



L'intérêt de l'hôpital pour la famille et les proches	S.I.	
L'aspect du personnel hospitalier	S.I.	S.I.
Le calme à l'hôpital		S.I.
La qualité des soins médicaux		S.I.

**Tableau IX.31.: ANOVA sur indicateurs d'importance et de performance–  
Passage par les soins intensifs**

Le passage par les soins intensifs engendre des différences significativement positives, tant en importance qu'en performance. Cependant, remarquons que certains indicateurs ne sont pas l'objet d'une meilleure évaluation mais bien d'attentes plus fortes (ex : le soutien des bénévoles, l'intérêt pour les proches, l'entretien des locaux...) si bien que même pour cette catégorie de patients souvent très reconnaissante à l'égard de l'hôpital, des améliorations peuvent toujours être apportées.

### **Profil 7 - le type de chambre**

Le type de chambre est une variable qui a suscité beaucoup de remarques chez les patients. Nous avons remarqué l'isolement de la modalité des chambres doubles. Nous avons donc voulu comparer les niveaux de performance mesurés chez les patients des trois types de chambres répertoriés. Nous représentons par un '+' la catégorie pour laquelle le résultat s'est montré significativement supérieur et par un '-' l'inverse.

*Cette analyse apporte une explication très précise sur le mécontentement relatif des patients en chambre individuelle et en chambre commune (+ de 2 lits). En effet, si les patients en chambres individuelles reconnaissent des avantages sur le plan relationnel (disponibilité, écoute, information, intimité) que leur procure ce type de chambre à l'inverse des chambres communes, le niveau de confort semble en deçà de leurs espérances (calme, repas, aspect de l'hôpital, modernité de l'équipement médical, intérêt pour les proches,...).*

Attributs	Performance		
	1 lit	2 lits	+ de 2 lits
L'accès à l'hôpital		+	-
L'aspect de l'hôpital	-	+	
La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur	+		-
Le respect de l'intimité et de la pudeur	+		-
L'écoute des patients par les médecins	+		-
L'entretien des locaux	-		+
La disponibilité des médecins	+		-
La prise en compte des remarques par le personnel	+	-	-

hospitalier			
La possibilité de discuter avec les médecins et infirmières en cas de questions	+		-
La promptitude du personnel à réagir en cas de problème	+	-	-
L'occasion de rester en contact avec son médecin traitant durant l'hospitalisation	+		-
La facilité à se reposer		+	-
La modernité de l'équipement médical	-		+
Le service des repas	-		+
La réalisation des services au moment prévu	+		-
A32 - Les heures de visite	+	-	
L'intérêt de l'hôpital pour la famille et les proches	-	+	
Le calme à l'hôpital	-		+
La clarté des informations concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour	+		-
Le déroulement du séjour (comme prévu)	+		-

**Tableau IX.32. : ANOVA sur indicateurs de performance – Type de chambre**

### Profil 8 : le genre

Nous voyons dans le tableau suivant le nombre considérable d'indicateurs sur lesquels les patientes accordent plus d'importance que leurs condisciples masculins. En réalité, 20 indicateurs sont jugés plus importants par les femmes que par les hommes, allant aussi bien de l'information qu'à l'intimité, à la disponibilité du personnel, au confort de la chambre,... Seuls deux indicateurs sont jugés plus importants par les hommes : la modernité de l'équipement médical et l'aspect du personnel hospitalier.

A l'inverse concernant la performance de la clinique, bon nombre d'indicateurs sont mieux évalués par les hommes que par les femmes. Sans vouloir généraliser, ce constat semble indiquer que l'hôpital d'aujourd'hui est assez mal adapté aux attentes féminines. D'ailleurs, ne dit-on pas que l'hôpital est un lieu relativement froid et impersonnel ?

Attributs	Importance	Performance
L'accès à l'hôpital		Homme
L'accueil du personnel de l'admission		Homme
L'accueil au sein du service	Femme	
L'aspect de l'hôpital	Femme	Homme
Le sentiment de sécurité à l'hôpital	Femme	Homme
La possibilité de rester en contact avec le monde extér.		Femme
L'accueil et le soutien des bénévoles	Femme	
Le respect de l'intimité et de la pudeur	Femme	
La disponibilité des infirmières	Femme	Homme
<b>L'écoute des patients par les médecins</b>	Femme	

La courtoisie et la gentillesse du personnel hospitalier	Femme	Homme
Le confort de la chambre	Femme	
L'entretien des locaux		Homme
La sensibilité des infirmières aux besoins des patients	Femme	Homme
La disponibilité des médecins	Femme	
La prise en compte des remarques par le personnel hosp.	Femme	
La possibilité de discuter avec les médecins et infirmières en cas de questions	Femme	
La promptitude du personnel à réagir en cas de problème	Femme	Homme
L'occasion de rester en contact avec son médecin traitant durant l'hospitalisation	Femme	
La facilité à se reposer	Femme	Homme
La modernité de l'équipement médical	Homme	Homme
Le service des repas		Homme
Le soulagement des douleurs	Femme	
La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en œuvre pour soigner	Femme	Homme
Les heures de visite	Femme	
L'intérêt de l'hôpital pour la famille et les proches		Homme
L'aspect du personnel hospitalier	Homme	Homme
Le calme à l'hôpital		Homme
La qualité des soins médicaux		Homme
La clarté des informations concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour	Femme	

**Tableau IX.33.: ANOVA sur indicateurs d'importance et de performance – Genre du patient**

### 2.3. Autres caractéristiques significatives

*Nous présentons le résultat de l'analyse de deux autres caractéristiques, plus proches de la fragmentation que de la segmentation, pour compléter notre démarche.*

#### *2.3.1. Le type de séjour*

De la même manière, nous avons identifié les différences concernant les indicateurs de performance mesurés chez les patients selon les trois types de séjours répertoriés (court : - de 3 jours, moyen : de 4 à 7 jours, long : + de 7 jours). Nous représentons par un '+' la catégorie pour laquelle le résultat s'est montré significativement supérieur et par un '-' l'inverse. En terme

d'évaluation de la performance, nous identifions les différents points faibles pour chaque type de séjour.

Attributs	Performance		
	Court	Moyen	Long
L'accès à l'hôpital	+	-	
L'accueil du personnel de l'admission		-	+
La facilité des formalités d'admission	-		+
L'accueil au sein du service		+	-
L'aspect de l'hôpital	-	-	+
Le sentiment de sécurité à l'hôpital	-		+
L'accueil et le soutien des bénévoles	-	-	+
L'assistance (sociale, religieuse, laïque) si souhaitée	-	-	+
Le respect de l'intimité et de la pudeur	-		+
La disponibilité des infirmières		+	-
La disponibilité des médecins	-		+
La possibilité de discuter avec les médecins et infirmières en cas de questions	-	+	
La facilité à se reposer		-	+
Les heures de visite	-		+
L'aspect du personnel hospitalier	-		+
Le calme à l'hôpital		-	+
Les informations pour la sortie de l'hôpital	-	-	+
L'aide concernant les suites de l'hospitalisation	-	-	+

**Tableau IX.34.: ANOVA sur indicateurs de performance – Type de séjour**

*Les courts séjours présentent des lacunes aux yeux des patients en termes de disponibilité du personnel, d'informations pendant l'hospitalisation et pour la sortie de l'hôpital, d'aide et d'assistance (bénévoles, assistance sociale ou religieuse), d'aspect de l'hôpital, de respect de l'intimité et de sécurité.*

*Les patients de « moyens séjours » sont plus insatisfaits de l'accès à l'hôpital, de l'accueil à l'admission, de l'aspect de l'hôpital, du soutien des bénévoles, de l'assistance sociale, religieuse ou laïque, du calme et de la facilité à se reposer ainsi que de l'information préparatoire à la sortie.*

*Les patients de « longs séjours » indiquent une évaluation moindre pour l'accueil au sein du service et pour la disponibilité des infirmières. Ces*

*dernières lacunes sont souvent la conséquence de regroupement de patients aux besoins et aux états de santé très différents, qui oblige les infirmières à privilégier certaines tâches ou certains patients selon les circonstances.*

### 2.3.2. Le type d'unité de soins

Les résultats concernant les performances comparées des 40 indicateurs pour les trois types d'unité de soins sont présentés dans le tableau suivant.

Attributs	Performance		
	Maternité	Médecine	Chirurgie
L'accès à l'hôpital (accès routier, parking,...)	-		+
L'accueil du personnel de l'admission	-	+	
La facilité des formalités d'admission	-		
L'accueil au sein du service	+	-	-
L'explication du personnel concernant le déroulement du séjour	-	-	+
La facilité à trouver son chemin dans l'hôpital	-	-	+
L'aspect de l'hôpital (décor, apparence, agencement,...)	-	+	
Le sentiment de sécurité à l'hôpital	-	+	+
L'accueil et le soutien des bénévoles	-	+	
L'assistance (sociale, religieuse, laïque) si souhaitée	-	+	
Le confort de la chambre (lit, fauteuil, équipement, sanitaires)	-	+	
L'entretien des locaux (chambre, salle de séjours, couloirs,...)	-	+	-
La possibilité de discuter avec les médecins et infirmières en cas de question	+	-	
La facilité à se reposer	-		+
La modernité de l'équipement médical	-	+	
Le service des repas (qualité, horaire, ...)	-	+	
Le soulagement des douleurs		-	+
La réalisation des services (examen, opération...) au moment prévu	-	-	+
Les heures de visite	-	+	+
L'intérêt de l'hôpital pour la famille et les proches (accès, accueil, cafétéria,...)	-	+	
L'aspect du personnel hospitalier (habillement, tenue,...)	-	+	+
Le calme à l'hôpital	-		+
La qualité des soins médicaux	-		
La clarté des informations concernant l'état de santé et le traitement tout au long du séjour	+	-	

**Tableau IX.35.: ANOVA – Indicateurs – Type d'unité**

- Remarquons l'importance des points faibles mesurés en maternité par rapport aux deux autres types d'unité. Comme souligné précédemment, les indicateurs de tangibilité et d'extériorité sont réellement dépréciés dans le chef de ces patientes et cela dépasse les seuls indicateurs retenus dans le modèle global (ex : service des repas, accès et parking - pensons aux proches qui visitent fréquemment les patientes - l'aspect de l'hôpital, l'heure des visites,...).
- Les patients de médecine nous indiquent des résultats inférieurs en ce qui concerne l'accueil au sein du service, l'explication concernant le déroulement du séjour, la possibilité de discuter avec le personnel en cas de question, le soulagement de la douleur, la réalisation des services au moment où ils étaient prévus et la clarté de l'information concernant le traitement et l'état de santé.
- Enfin, les patients de chirurgie sont globalement plus satisfaits mais indiquent des points faibles en ce qui concerne l'accueil au sein du service et l'entretien des locaux.

#### 2.4. Critères distinctifs par évaluation de la performance des attributs

Pour clôturer cette section, nous présentons ce tableau récapitulatif reprenant par indicateur les modalités<sup>8</sup> pour lesquelles la performance est jugée inférieure à celle de sa modalité complémentaire.

Attributs	Modalité pour laquelle la performance de l'indicateur est jugée inférieure à celle de sa modalité complémentaire
L'accès à l'hôpital	Femme, Pas SI, Peu/jamais de visite, Chambre commune, Moyen séjour, Maternité
L'accueil du personnel de l'admission	Femme, Pas SI, Peu/jamais de visite, Moyen séjour, Maternité
La facilité des formalités d'admission	Urgence, Court séjour, Maternité
L'accueil au sein du service	Peu/jamais de visite, Long séjour, Médecine & Chirurgie
L'explication du personnel concernant le déroulement du séjour	Urgence, Maternité & Médecine
La facilité à trouver son chemin dans l'hôpital	Urgence, Peu/jamais de visite Maternité & Médecine
L'aspect de l'hôpital	Femme, Pas SI, Chambres privée et commune, Court et moyen séjours, Maternité
Le sentiment de sécurité à l'hôpital	Femme, Pas SI, Peu/jamais de visite, Court séjour, Maternité
La qualité des soins infirmiers	Peu/jamais de visite
La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur	Urgence, Homme, Peu/jamais de visite, Chambre commune
L'accueil et le soutien des bénévoles	Court et moyen séjours, Maternité

<sup>8</sup> Exception faite des caractéristiques « catégories d'âge » et « formation » pour lesquelles tous les attributs sont jugés inférieurs par les modalités '- de 35 ans' et 'supérieur'.

L'assistance (sociale, religieuse, laïque) si souhaitée	Peu/jamais de visite, Court et moyen séjours, Maternité
Le respect de l'intimité et de la pudeur	Peu/jamais de visite, Chambre commune, Court et moyen séjours
La disponibilité des infirmières	Femme, Long séjour,
L'écoute des patients par les médecins	Urgence, Pas SI, Peu/jamais de visite, Chambre commune
La courtoisie et la gentillesse du personnel hospitalier	Femme, Peu/jamais de visite
Le confort de la chambre	Maternité
L'entretien des locaux	Femme, Chambre individuelle
La sensibilité des infirmières aux besoins des patients	Maternité & Chirurgie
La disponibilité des médecins	Urgence, Peu/jamais de visite, Chambre commune, Court séjour
La prise en compte des remarques par le personnel hospitalier	Peu/jamais de visite, Chambres double et commune
La possibilité de discuter avec les médecins et infirmières en cas de questions	Peu/jamais de visite, Chambre commune, Court séjour, Médecine
La promptitude du personnel à réagir en cas de problème	Femme, Peu/jamais de visite, Chambres double et commune
L'occasion de rester en contact avec son médecin traitant durant l'hospitalisation	Peu/jamais de visite, Chambre commune
La facilité à se reposer	Femme, Peu/jamais de visite, Chambre commune, Moyen séjour, Maternité
La modernité de l'équipement médical	Femme, Pas SI, Chambre individuelle, Maternité
L'explication en cas d'attente	Pas SI
Le service des repas	Femme, Chambre individuelle, Maternité
Le soulagement des douleurs	Peu/jamais de visite, Médecine
La réalisation des services au moment prévu	Urgence, Femme, Pas SI, Peu/jamais de visite, Chambre commune, Maternité & Médecine
La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en œuvre pour bien soigner	Femme, Peu/jamais de visite
Les heures de visite	Femme, Peu/jamais de visite, Chambre double, Court séjour, Maternité
L'intérêt de l'hôpital pour la famille et les proches	Femme, Chambre individuelle, Maternité
L'aspect du personnel hospitalier	Femme, Pas SI, Peu/jamais de visite, Court séjour, Maternité
Le calme à l'hôpital	Femme, Pas SI, Chambre individuelle, Moyen séjour, Maternité
La qualité des soins médicaux	Urgence, Femme, Pas SI, Peu/jamais de visite, Maternité
La clarté des informations concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour	Urgence, Peu/jamais de visite, Chambre commune, Médecine
Le déroulement du séjour (comme prévu)	Urgence, Peu/jamais de visite, Chambre commune
Les informations pour la sortie de l'hôpital	Court et moyen séjours
L'aide concernant les suites de l'hospitalisation <sup>o</sup>	Peu/jamais de visite, Court et moyen séjours

**Tableau IX.36. : Récapitulatif ANOVA performance – Ensemble des caractéristiques**

Il ne s'agit plus de profils de patients mais bien d'un ensemble de caractéristiques pour lesquelles la perception de la performance sur ces attributs s'est avérée moins bonne. Même si la réponse apportée aux patients peut varier d'une institution à une autre, nous voyons que le niveau de performance de chaque indicateur peut-être remis en question pour au moins une catégorie de patients.

A cette question, souvent posée par des médecins et infirmières : « N'avons-nous pas des patients plus exigeants dans notre unité/hôpital qu'ailleurs ? ». La réponse peut être affirmative dans certains cas, mais la démarche d'orientation vers le patient correspond justement à la capacité de l'organisation à s'adapter à sa propre clientèle.



### 3. Influence des motivations dans le choix de la clinique sur les résultats globaux

#### 3.1. Explication de la démarche

Dans un premier temps, nous avons analysé les effets modérateurs liés au choix de la clinique sur les deux relations « qualité-satisfaction » et « satisfaction-fidélité » (les résultats mathématiques sont présentés en annexe).

Pour affiner les résultats, nous avons ensuite divisé notre échantillon en reprenant les trois principaux types d'unité de soins. La comparaison des moyennes se fait entre les patients qui ont choisi la clinique pour la raison suggérée, par rapport à l'absence de cette même raison. Il ne s'agit donc pas d'une comparaison des motivations entre elles mais bien d'une comparaison entre la présence et l'absence d'une motivation dans le choix de la clinique. Nous combinons donc un critère de fragmentation (le type d'unité de soins) et un critère de motivation.

#### 3.2. Les effets modérateurs liés aux motivations dans le choix de la clinique

Nous résumons les effets modérateurs liés au choix de la clinique par rapport aux deux relations étudiées.

Choix de la clinique	Relation Qualité – Satisfaction	Relation Satisfaction – Fidélité
Conseil du médecin traitant	Sur-satisfaction	Sur-fidélisation
Réputation de la clinique	Sur-satisfaction	Sur-fidélisation
Proximité de la clinique	Insatisfaction	Sur-fidélisation
Réputation d'un spécialiste	Sur-satisfaction	Sur-fidélisation
Satisfaction liée à une hospitalisation antérieure	Sur-satisfaction	Sur-fidélisation
Conseil d'un proche		Sur-fidélisation
Réputation d'un service		Sur-fidélisation
Conseil d'un spécialiste		Sur-fidélisation
Pas choisi		Infidélisation
Autre		Infidélisation

Tableau VIII.37. :Résumé des effets modérateurs concernant les motivations dans le choix de la clinique

La connaissance des motivations dans le choix de la clinique nous informe également sur l'existence de critères de différenciation de la demande hospitalière. Concernant la relation « Qualité – Satisfaction » :

- le choix de la clinique influencé par le conseil du médecin traitant, la réputation de la clinique ou d'un spécialiste, ainsi que la satisfaction liée

- à une hospitalisation antérieure a un effet de «sur-satisfaction» par rapport à l'absence de ces raisons dans le chef des patients ;
- le choix de la clinique pour raison de proximité avec le lieu d'habitation a un effet modérateur négatif. Il existe donc un effet « d'insatisfaction » pour tout niveau de qualité perçue du service. Les autres raisons ne jouent aucun effet significatif sur la relation.

Concernant la relation Satisfaction – Fidélité :

- le conseil du médecin traitant, la réputation de la clinique, d'un service ou d'un spécialiste, la proximité de la clinique, la satisfaction liée à une hospitalisation antérieure, le conseil d'un proche ou d'un spécialiste ont tous un effet modérateur positif sur la relation ;
- l'effet modérateur de la proximité a changé de signe entre les deux régressions étudiées. La proximité est un facteur important de fidélisation du patient : pour un niveau de satisfaction identique, le patient aura tendance à être « fidèle » à sa clinique. Il justifie d'une certaine façon son comportement de cette manière tout en restant très prudent quant à son niveau de satisfaction ;
- le fait de ne pas avoir choisi ou d'avoir choisi la clinique pour une autre raison a un effet modérateur négatif sur la fidélité, en toute logique pour les personnes qui n'ont pas choisi la clinique. Ce sera par exemple le cas de personnes hospitalisées d'urgence.

### 3.3. L'influence des motivations par type d'unité

#### **3.3.1. La maternité**

Le premier type d'unité que nous étudions rassemble les différentes patientes des unités de maternité des cliniques de notre échantillon.

Motivations – Patientes de Maternité	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à l'égard de la clinique
Conseil du médecin traitant			
Réputation de la clinique	+	+	+
Proximité de la clinique			
Réputation d'un spécialiste			
Satisfaction antérieure	+	+	+
Conseil d'un proche		+	
Réputation d'un service	+	+	+
Conseil d'un spécialiste			
Pas choisi		-	-
Autre	-	-	-

**Tableau IX.38.: ANOVA - Motivations- Maternité**

Quatre motivations ont un lien positif avec les résultats globaux : la réputation de la clinique ou du service, la satisfaction liée à une hospitalisation antérieure et le conseil d'un proche. Nous enregistrons des résultats moyens inférieurs pour les patientes qui n'ont pas choisi ou qui ont des motivations «autres ». A titre indicatif, ce sont les patientes qui ont choisi la clinique sur base de la réputation du service qui ont les résultats globaux les plus élevés. Par contre, la proximité qui est la première motivation dans le choix des patients de maternité (cfr « Le Profil des Patients »), n'enregistre aucune variation significative.

### 3.3.2. La médecine

Nous voyons que la proximité de la clinique de même que le fait de ne pas avoir choisi la clinique ont un lien négatif avec les résultats globaux des patients de médecine. Les autres motivations décrites ont un lien positif avec les résultats globaux, excepté les « autres » raisons.

Motivations – Patients de Médecine	Qualité perçue du service	Satisfaction à l'égard de la clinique	Fidélité à l'égard de la clinique
Conseil du médecin traitant	+	+	+
Réputation de la clinique	+	+	+
Proximité de la clinique	-	-	-
Réputation d'un spécialiste	+	+	+
Satisfaction antérieure	+	+	+
Conseil d'un proche			+
Réputation d'un service	+	+	+
Conseil d'un spécialiste	+	+	+
Pas choisi	-	-	-
Autre			

**Tableau IX.39.: ANOVA - Motivations- Médecine**

A titre indicatif, ce sont les patients qui ont choisi la clinique sur base de sa réputation qui ont les résultats globaux les plus élevés.

### 3.3.3. La chirurgie

Les résultats enregistrés pour les services de chirurgie sont assez similaires : la proximité et le fait de ne pas avoir choisi la clinique conduisent à des résultats globaux significativement inférieurs.

La réputation du service est synonyme de qualité perçue et de fidélité supérieures, alors que le niveau de satisfaction le plus élevé est identifié dans le chef des patients qui ont choisi la clinique sur base de sa réputation.

Motivations – Patients de Chirurgie	Qualité perçue du service	Satisfaction à l’égard de la clinique	Fidélité à l’égard de la clinique
Conseil du médecin traitant	+	+	+
Réputation de la clinique	+	+	+
Proximité de la clinique	-	-	-
Réputation d’un spécialiste	+	+	+
Satisfaction antérieure	+	+	+
Conseil d’un proche	+	+	+
Réputation d’un service	+	+	+
Conseil d’un spécialiste			
Pas choisi	-	-	-
Autre			-

**Tableau IX.40. : ANOVA - Motivations- Chirurgie**

### 3.4. Conclusion

L’analyse des motivations dans le choix de la clinique indique une influence concrète sur la perception de la qualité du service, sur la satisfaction du patient et sur sa fidélité à l’égard de l’hôpital.

#### **4. Conclusion générale**

A travers ce chapitre, nous avons abordé certaines différences qui peuvent exister entre les patients. Bon nombre de caractéristiques socio-démographiques ou psycho-sanitaires, comme nous les avons appelées, vont avoir une influence sur la qualité perçue du service, sur la satisfaction du patient, sur ses intentions de recommander le service à un proche ou de revenir dans le même hôpital si son état de santé l'obligeait à être de nouveau hospitalisé.

Les critères de segmentation retenus sont : la condition d'arrivée, le passage par les soins intensifs, la première hospitalisation dans la clinique, l'accompagnement du patient, la durée de séjour, l'âge, le sexe, le niveau d'études, le type de chambre et le type d'unité de soins même si ces deux derniers critères s'apparentent à des variables de fragmentation.

La combinaison de techniques statistiques nous a permis d'identifier certaines causes à l'origine de ces différences, en terme de composantes de la satisfaction comme nous les avons définies au chapitre précédent, et en terme d'attributs du service hospitaliers.

Nous avons pu dresser des profils de patients par rapport aux niveaux de satisfaction rencontrés et mettre en évidence le rôle des caractéristiques sur les perceptions et les attentes des catégories de patients identifiés.

La prochaine étape sera d'utiliser ces informations pour améliorer la qualité du service dans la clinique. Dans le chapitre suivant, nous suggérons quelques outils possibles pour pratiquer cette « gestion de la qualité », thème fort à la mode mais aussi très porteur dans la plupart des organisations.

## **CHAPITRE 10 :** **Analyse de la demande –** **Gestion de la qualité perçue**

Face à cette abondance de résultats, il est utile de fournir des outils de gestion afin de traduire la quantité d'informations recueillies en priorités pour l'organisation. Dans un premier temps, nous allons commenter et transformer un modèle de gestion de qualité perçue qui a servi de référence dans la littérature depuis les années quatre-vingts. Ensuite, nous illustrerons deux types de matrice importance-performance qui peuvent servir d'outils de gestion de la qualité perçue dans les institutions hospitalières.

### **1. Réflexion sur les trois pôles de qualité : technique, fonctionnel et relationnel**

Nous avons présenté un modèle révisé de gestion de la qualité perçue (cfr Chapitre 5), issu des recherches de Grönroos (1984), dont l'objectif est la gestion par l'organisation de la qualité perçue par ses clients. La simplicité du modèle initial qui s'articule autour de la qualité technique et de la qualité fonctionnelle en a fait sa richesse, tant il est utile de pouvoir schématiser clairement ces concepts de gestion. Sur base de ce modèle, nous avons développé un modèle théorique innovateur qui adjoint un troisième pôle de qualité : la qualité relationnelle. Nous présentons dans cette section les résultats de notre recherche.

#### **1.1. L'analyse factorielle**

A partir des 40 indicateurs théoriques de notre modèle de qualité perçue, nous procédons à une première analyse factorielle. Cette analyse a pour but d'éliminer les indicateurs dont la charge factorielle serait insuffisante ou dont l'écart de ces charges factorielles entre facteurs serait trop faible. Suite à cette première étape, il reste 28 indicateurs sur lesquels nous opérons une deuxième analyse factorielle. La première suit le modèle de Grönroos à 2 facteurs. Le second répond à notre schéma conceptuel à trois facteurs (modèle révisé).

##### **1.1.1. Modèle de Grönroos à 2 facteurs**

Dans ce tableau, nous présentons le résultat de l'analyse factorielle à deux facteurs en reprenant les charges factorielles des 28 indicateurs conservés.

	Composantes	
	Facteur 1	Facteur 2
Y4 : L'accueil dans le service	,673	
Y9 : La qualité des soins infirmiers	,716	
Y14 : La disponibilité des infirmières	,633	
Y15 : L'écoute des patients par les médecins	,655	
Y16 : La courtoisie et la gentillesse du personnel	,800	
Y19 : La sensibilité des infirmières aux besoins du patient	,786	
Y20 : La disponibilité des médecins	,612	
Y22 : La possibilité de dialoguer avec les médecins et les infirmières en cas de q	,714	
Y23 : La promptitude du personnel à réagir en cas de problème	,694	
Y29 : Le soulagement des douleurs	,742	
Y31 : La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en oeuvre pour	,766	
Y36 : la compétence des médecins	,708	
Y37 : La clarté de l'information concernant l'état de santé et le traitement du p	,654	
Y38 : Le déroulement du séjour comme prévu	,628	
Y39 : Les informations concernant la sortie du patient (départ, poursuite du tr	,542	
Y7 : L'aspect de l'hôpital (décor, apparence, agencement,...)		,726
Y10 : La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur (TV, tél, jour		,524
Y11 : L'accueil et le soutien des bénévoles		,584
Y12 : La disponibilité de l'assistance (sociale, religieuse, laïque,...)		,497
Y13 : Le respect de l'intimité et de la pudeur		,535
Y17 : Le confort de la chambre (lit, fauteuil, équipements sanitaires,...)		,695
Y18 : L'entretien des locaux (chambre, salle de séjour, couloirs,...)		,596
Y25 : La facilité à se reposer		,652
Y26 : La modernité de l'équipement médical		,633
Y28 : Le service des repas (qualité, horaire,...)		,480
Y32 : La convenance des heures de visite		,558
Y33 : L'intérêt de l'hôpital pour les proches (accès, accueil, cafétéria,...)		,650
Y35 : Le calme à l'hôpital		,671

**Tableau X.1. : Résultats de l'analyse factorielle à deux facteurs**

Ces deux facteurs expliquent 52,1 % de la variance totale, le premier 29,4% et le second 22,7%. Le premier facteur représente ce qu'on peut appeler de manière générique la qualité technique. Il comprend 15 indicateurs (Y4, Y9, Y14, Y15, Y16, Y19, Y20, Y22, Y23, Y29, Y31, Y36, Y37, Y38, Y39) dont la cohérence interne mesurée par l'Alpha de Cronbach est de 0,9441. Le second facteur représente la qualité fonctionnelle, il regroupe 13 indicateurs (Y7, Y10, Y11, Y12, Y13, Y17, Y18, Y25, Y26, Y28, Y32, Y33, Y35) et l'Alpha de Cronbach de ce facteur vaut 0,8873.

Ce résultat confirme la pertinence du modèle initial.

### **1.1.2. Modèle révisé à 3 facteurs**

Que se passe-t-il lorsque au lieu de proposer deux facteurs comme l'avait fait Grönroos, nous suggérons conceptuellement l'existence simultanée de trois facteurs ?

Les trois facteurs expliquent 56,3% de la variance totale, soit un résultat légèrement supérieur au modèle initial. Le premier facteur explique 20,7% de cette variance, le second 19,9% et le troisième 15,8%. L'Alpha de Cronbach du premier facteur vaut 0,9213 avec 9 indicateurs, le deuxième vaut 0,8873 avec 13 indicateurs et le troisième a une valeur de 0,8883 avec 7 indicateurs. Nous proposons dans le tableau de la page suivante les charges factorielles des indicateurs retenus en correspondance avec leur facteur.

La différence essentielle entre les deux modèles vient de la subdivision du premier facteur « qualité technique » du modèle de Grönroos en deux facteurs distincts dans le modèle révisé. Le facteur « qualité fonctionnelle » reste identique et comprend les mêmes indicateurs dans les deux modèles.

Lorsque nous analysons les indicateurs des deux nouveaux facteurs du modèle révisé, il apparaît clairement qu'une dimension « qualité technique » est toujours bien présente avec les indicateurs Y4, Y9, Y14, Y16, Y19, Y19, Y23, Y29, Y31, Y36. Ce facteur représente à la fois une dimension technique et une dimension « processus » comme le processus de l'accueil (Y4). Mais à cette dimension technique déjà présente chez Grönroos, vient s'ajouter une dimension nouvelle et distincte, que nous appelons « qualité relationnelle », reprenant les indicateurs Y15, Y20, Y22, Y37, Y38, Y39. Le modèle est donc enrichi empiriquement d'un nouveau facteur regroupant des indicateurs de manière cohérente.



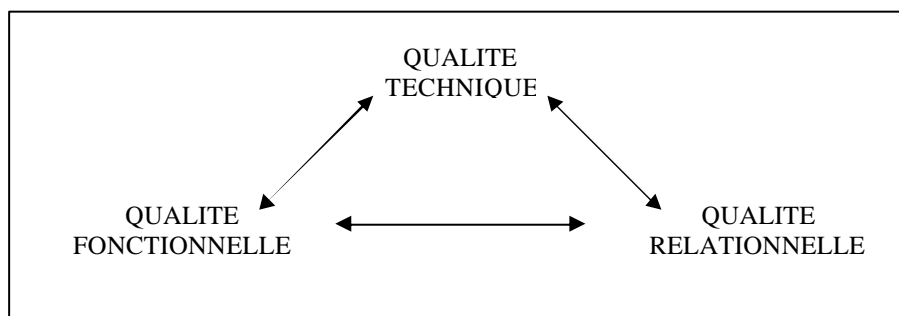
	Composantes		
	Facteur	Facteur	Facteur
	1	2	3
Y4 : L'accueil dans le service	,701		
Y9 : La qualité des soins infirmiers	,721		
Y14 : La disponibilité des infirmières	,542		
Y16 : La courtoisie et la gentillesse du personnel	,776		
Y19 : La sensibilité des infirmières aux besoins du patient	,786		
Y23 : La promptitude du personnel à réagir en cas de problème	,618		
Y29 : Le soulagement des douleurs	,692		
Y31 : La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en oeuvre pour soigner	,640		
Y36 : La compétence des médecins	,629		
Y15 : L'écoute des patients par les médecins			,753
Y20 : La disponibilité des médecins			,726
Y22 : La possibilité de dialoguer avec les médecins et les infirmières et			,636
Y37 : La clarté de l'information concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour			,689
Y38 : Le déroulement du séjour comme prévu			,584
Y39 : Les informations concernant la sortie du patient (départ, poursuite)			,602
Y7 : L'aspect de l'hôpital (décor, apparence, agencement,...)		,714	
Y10 : La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur (TV, radio,...)		,544	
Y11 : L'accueil et le soutien des bénévoles		,590	
Y12 : La disponibilité de l'assistance (sociale, religieuse, laïque,...)		,518	
Y13 : Le respect de l'intimité et de la pudeur		,532	
Y17 : Le confort de la chambre (lit, fauteuil, équipements sanitaires,...)		,662	
Y18 : L'entretien des locaux (chambre, salle de séjour, couloirs,...)		,589	
Y25 : La facilité à se reposer		,603	
Y26 : La modernité de l'équipement médical		,585	
Y28 : Le service des repas (qualité, horaire,...)		,462	
Y32 : La convenance des heures de visite		,532	
Y33 : L'intérêt de l'hôpital pour les proches (accès, accueil, cafétéria,...)		,598	
Y35 : Le calme à l'hôpital		,631	

**Tableau X.2. : Résultats de l'analyse factorielle à trois facteurs**

### 1.1.3. Comparaison avec le modèle de satisfaction

Si nous comparons ce modèle révisé de gestion de la qualité perçue avec notre modèle de satisfaction présentée au chapitre 8, il serait cohérent d'y trouver des similitudes puisque nous partons des mêmes indicateurs. La première composante, « qualité technique », est en réalité assez proche de notre facteur « prise en charge du patient » où se retrouvent tous les aspects techniques ou liés à un processus de réalisation des services médico-hospitaliers. La « qualité relationnelle » correspond pratiquement au facteur « communication ». Enfin, nous voyons que la « qualité fonctionnelle » regroupe principalement des éléments des facteurs « tangibilité » et « extériorité ».

C'est toutefois un autre regard sur une même réalité qui nous permet de découvrir certaines nuances entre les indicateurs, mais aussi d'étendre ce modèle révisé de gestion de la qualité perçue à d'autres secteurs des services. Là où nous avons adapté des modèles issus de secteurs commerciaux, nous pourrions proposer ce modèle plus générique issu du secteur hospitalier à d'autres secteurs des services, qu'ils soient commerciaux ou non.



**Figure X.1. : Les trois pôles de la gestion de la qualité perçue**

Parmi les nuances que la comparaison entre les deux modèles nous autorise à faire, il est intéressant de trouver l'indicateur « disponibilité des infirmières » (Y14) dans la qualité technique alors que l'indicateur « disponibilité des médecins » (Y20) fait partie de la qualité relationnelle. Notre interprétation est la suivante : la disponibilité des infirmières fait partie de la bonne exécution de leur travail (une infirmière peu présente ne peut apporter de bons soins aux patients) alors que la disponibilité des médecins est un élément supplémentaire à la bonne exécution de leur travail (un médecin peut apporter d'excellents soins en dehors de sa disponibilité au

chevet du patient comme c'est le cas d'un chirurgien en salle d'opération). Autre exemple : le fait que le séjour se déroule comme prévu (Y38) fait partie de la composante relationnelle dans la mesure où cet indicateur évoque la propre relation du patient à l'hôpital.

Nous proposons donc un nouveau modèle de représentation de la gestion de la qualité perçue. Il s'articule autour des trois dimensions technique, fonctionnelle et relationnelle comme nous l'avions suggéré dans notre modèle théorique.

Nous avons étudié la régression entre ces trois dimensions et une mesure construite de la qualité hospitalière, à savoir une moyenne des résultats globaux concernant l'hôpital dans sa globalité (par opposition à l'unité de soins). En plus d'être significative quelle que soit la méthode utilisée (linéaire ou itérative – stepwise), la régression comporte simultanément les trois dimensions de la qualité présentées. Les coefficients de cette régression sont présentés dans le tableau suivant.

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	105,041	3	35,014	185,788	,000 <sup>a</sup>
	Residual	182,429	968	,188		
	Total	287,470	971			

a. Predictors: (Constant), QFON, QREL, QTECH

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients		
1	(Constant)	1,840	,128		14,360	,000
	QTECH	,173	,023	,321	7,560	,000
	QREL	8,131E-02	,017	,201	4,779	,000
	QFON	6,453E-02	,018	,142	3,684	,000

**Tableau X.3. : Résultats de la régression entre la qualité hospitalière et les trois dimensions de la qualité**

Un simple calcul des moyennes des indicateurs par hôpital<sup>9</sup> montre que tous les hôpitaux de l'échantillon ont la qualité technique comme dimension la

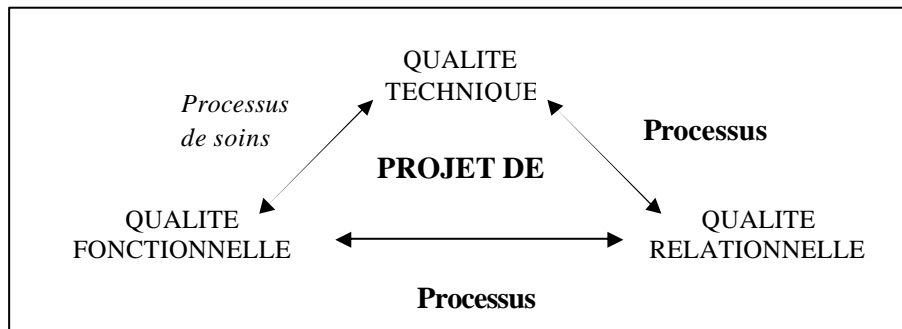
<sup>9</sup> Résultats que nous exprimons mais que nous ne publions pas par mesure de confidentialité

mieux cotée par les patients. Suivent la qualité relationnelle et la qualité fonctionnelle avec un écart plus ou moins important selon les cas. Le diagnostic est identique si nous examinons les trois catégories d'unités de soins (maternité, médecine et chirurgie).

#### 1.1.4. Les processus engendrés

Nous avons présenté ce que nous entendons par les trois pôles de la qualité hospitalière et les indicateurs qu'ils englobent. Nous soumettons à présent une réflexion sur l'utilité de ces pôles dans la perspective du patient, élaborée en concertation avec le Dr Th. Muller.

L'intérêt d'une définition des pôles de qualité réside dans les processus dynamiques qu'ils permettent d'engendrer. La qualité pour la qualité n'a pas de raison d'être. C'est ce qu'elle peut favoriser dans le respect de certaines conditions (notamment les contraintes économiques) qui en fait le moteur d'une organisation. En suggérant que chaque interrelation entre deux pôles favorise l'émergence d'un processus générique, nous en avons identifié trois : le processus de soins, le processus de reconnaissance et le processus de guérison. Au cœur de ces trois processus s'inscrivent le projet de santé, qui est la finalité ultime de l'hôpital, et la satisfaction de tous ses acteurs, les prestataires comme les bénéficiaires de ses services.



***Figure X.2. : Les trois pôles de la gestion de la qualité perçue et les processus engendrés***

***1) Le processus de soins***

Le processus de soins apportés aux patients est favorisé par la combinaison de la qualité technique et de la qualité fonctionnelle. L'un nécessite l'autre. Pour mieux prodiguer les soins, il ne suffit pas de disposer de bons médecins et de bons appareils. Il faut une bonne coordination des activités et des métiers, disposer d'installations propices, des possibilités d'hospitalisation adéquates à la pathologie traitée,... La notion de temps et de dynamique dans le processus des soins renforce l'interdépendance entre ces deux pôles de qualité.

Il est certain qu'une intervention ponctuelle (qu'il s'agisse d'une simple perfusion ou d'une intervention chirurgicale complexe) nécessite plus de qualité technique que de qualité fonctionnelle, mais trop souvent les soins sont décomposés en éléments séparables et indépendants les uns des autres, si bien qu'on ne met plus assez en valeur les concepts de synergie, de coordination des métiers à l'hôpital. On parle de qualité des soins médicaux, qualité des soins infirmiers, comme si, en dernier ressort, le patient distinguait précisément tous les soins qu'il a reçus. Certes, il distinguera la relation qu'il a eue avec le médecin de celle qu'il a eue avec les infirmières de l'étage, le psychologue, le kinésithérapeute,... mais les soins sont la responsabilité de l'hôpital et répondent de cette synergie entre les acteurs.

***2) Le processus de reconnaissance***

Le processus de reconnaissance entre l'hôpital et le patient est fondamental. Pour l'expliquer, nous prendrons un exemple bien réel. Des études (Deccache, 1994) ont montré qu'un patient aura plus confiance en son médecin traitant qu'à l'égard de l'hôpital, et qu'il suivra d'autant plus facilement les recommandations de son médecin que cette relation de confiance est forte. Le phénomène de la non compliance est en partie expliquée par le manque de confiance entre les personnes, le sentiment éprouvé par le patient d'être mal compris et donc de ne pas vouloir souscrire à un traitement qui ne lui sied probablement pas.

La personnalisation de la relation peut favoriser le processus de reconnaissance entre les personnes et donc favoriser l'hôpital à mener à bien son projet de santé par une meilleure adhésion du patient à ses activités. Il en va de même pour le personnel hospitalier qui doit pouvoir être partie prenante à la mission de l'organisation qui l'emploie. Ce processus de

reconnaissance doit donc être un élément de motivation pour tout le personnel hospitalier.

Une fois encore, nous pensons que ce processus de reconnaissance est favorisé par l'interrelation entre deux pôles : la qualité fonctionnelle et la qualité relationnelle dans ce cas-ci. L'attention portée aux personnes, la capacité d'écoute et de dialogue et l'atmosphère dépendent de la bonne organisation de l'hôpital, des services périphériques comme des locaux, de l'accessibilité et des voies de communication dans l'hôpital,... Un patient aura, par exemple, du mal à croire qu'on s'occupe avantagement de sa personne alors qu'on lui apporte un repas de mauvais goût. Dans ces conditions, de quelle reconnaissance jouit-il ?

Ce phénomène de reconnaissance a été quelque peu délaissé dans le passé en raison de l'omnipotence de l'organisation hospitalière sur ses sujets. Les difficultés économiques rencontrées et la concurrence hospitalière ont éveillé le personnel à le considérer autrement et à rééquilibrer la relation patient-hôpital. Nous pensons que cette tendance se renforcera de plus en plus à l'avenir. Les institutions qui ne l'auront pas compris devront disposer davantage de qualités médicales distinctives (par exemple être reconnu comme un centre de recherche hors pair) ou finiront délaissées par la patientèle.

### **3) *Le processus de guérison***

Le processus de guérison met en exergue le rôle du patient dans le projet de santé de l'hôpital. Une vision mécaniste de la santé stipulerait que le seul fait du processus de soins suffit à la guérison au même titre qu'une voiture qu'on a réparée est en état de marche. La qualité médicale n'est pas une qualité mécanique, l'être humain n'est pas une machine. Le processus de guérison se nourrit de la qualité technique, certes, mais également de la qualité relationnelle dont l'influence sur le bien-être mental et social du patient est importante.

Le modèle global de la santé fait ressortir que les gènes ne sont pas seuls à déterminer le fonctionnement du corps humain. Comme nous l'avons expliqué dans le premier chapitre, la médecine hippocratique a été réduite avec l'avènement de la science cartésienne. Ce n'est qu'actuellement que l'on revient à l'interrelation entre le corps, l'esprit et l'environnement dans le processus de guérison. La thérapie doit nécessairement s'appuyer sur des notions purement médicales et objectives, mais également sur un vécu et des variables plus subjectives.

Par exemple, la capacité de dialogue et d'écoute du médecin permet au patient de comprendre en un langage simple et accessible les recommandations médicales, et d'être plus facilement persuadé de leurs utilités. L'attention de l'infirmière peut influencer à tout moment le processus de guérison du patient. L'atmosphère régnant dans l'hôpital conditionnera en partie l'état mental du patient dont l'influence sur sa guérison est encore floue mais certainement pas négligeable.

#### 1.1.5. La valeur apportée au patient : le projet de santé et sa satisfaction

Pour avoir trop limité le rôle de l'hôpital à une action curative et mécaniste, la qualité hospitalière s'est légitimement focalisée pendant des décennies sur la qualité technique. La nécessité croissante de disposer de plus grandes structures a favorisé le développement de la qualité fonctionnelle. Pour développer une réelle politique de gestion de la qualité, l'hôpital devrait selon nous se focaliser plus sur sa finalité, le projet de santé de ses patients et de la population en général, plutôt que de se limiter à la qualité technique et au processus de soins. La gestion de la qualité hospitalière dépendra alors de la coordination des trois pôles de qualité décrits, de manière à favoriser tous les processus engendrés et à mieux rencontrer les attentes de tous ses acteurs.

En privilégiant le modèle global de la santé, l'hôpital sera peut-être capable de valoriser différemment le passage du patient dans ses murs. Actuellement, les recherches concernant le bien-être du patient se concentrent sur une minimisation des contraintes organisationnelles sur ce dernier. La réduction du temps d'hospitalisation en est la preuve la plus évidente, l'hospitalisation de jour en est l'étape suivante. Certes, réduire le temps d'hospitalisation est un progrès évident. Le patient se sent "dénaturé" à l'hôpital et limiter ce sentiment dans le temps est une façon appréciable de restreindre son "mal-être". En ces termes, la valeur apportée à l'usager est donc la réduction de sa « désutilité » liée à son passage à l'hôpital.

Nous pensons qu'il peut exister d'autres possibilités de valoriser ce passage à l'hôpital. Pour cela, il faudra dépasser la perspective biomédicale et mécaniste de la santé pour laquelle le patient n'a que peu d'intérêt particulier. Cela nécessite de repenser le statut du patient à l'hôpital.

Après avoir fait part de cette réflexion, expliquons certains outils de gestion qui pourraient contribuer à l'amélioration de la satisfaction du patient.

## 2. Les matrices importance - performance

Face à la quantité d'informations que peuvent représenter les études de satisfaction, il nous est apparu utile de présenter un outil de gestion à la fois simple et explicite dont le but est d'identifier et de hiérarchiser les attributs du service pour lesquels l'hôpital et l'unité de soins vont devoir entreprendre des actions pour améliorer leurs services aux patients.

### 2.1. Les deux types de matrice

Nous utiliserons deux matrices, la première appelée matrice importance – performance et la seconde que nous nommerons matrice de performance relative.

#### **2.1.1. La matrice importance - performance**

En confrontant la performance des attributs à leur niveau d'importance, nous pouvons construire une première matrice dans laquelle chaque attribut est positionné selon deux axes : l'axe horizontal qui mesure la performance de l'attribut et l'axe vertical qui indique son niveau d'importance (Lambin, 1998).

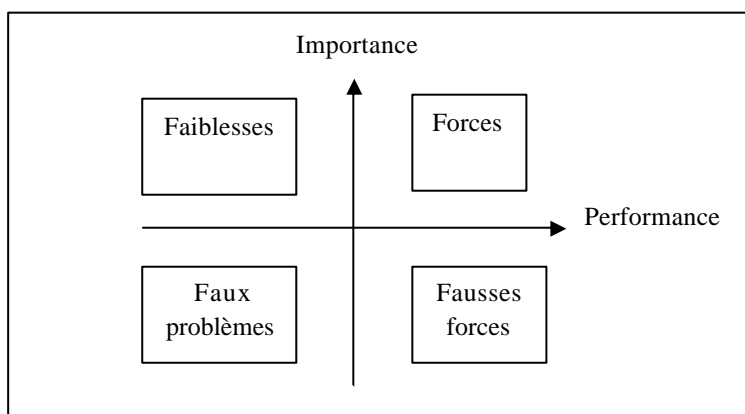


Figure X.3. : Matrice Importance – Performance (Martilla et James, 1977)

Cette matrice (Martilla et James, 1977) permet d'identifier quatre zones auxquelles correspondent des actions correctives différentes :



1 – **Forces** : le quadrant supérieur droit regroupe des attributs perçus par les patients à la fois importants et performants. Ils représentent donc des forces pour l'organisation.

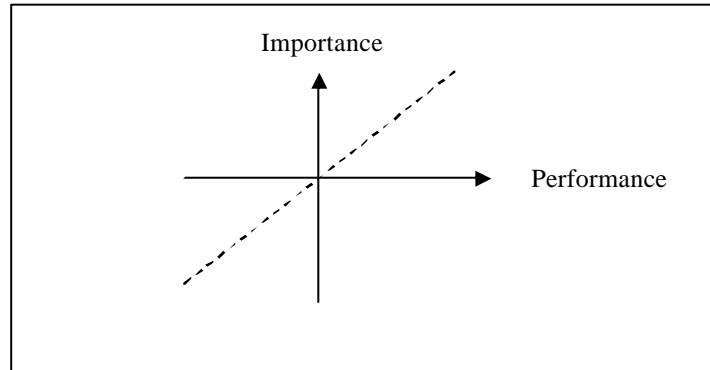
2 – **Faiblesses** : le quadrant supérieur gauche regroupe des attributs importants mais perçus comme insuffisamment performants. Il s'agit donc de faiblesses pour l'organisation.

3 – **Fausses forces** : le quadrant inférieur droit rassemble des attributs pour laquelle l'organisation est jugée performante mais qui sont peu importants aux yeux des patients. Ce sont donc de fausses forces pour l'organisation.

4 – **Faux problèmes** : le quadrant inférieur gauche regroupe des attributs pour laquelle l'organisation est jugée peu performante mais qui sont peu importants pour les patients. Il s'agit donc de faux problèmes pour l'organisation.

### 2.1.2. La matrice de performance relative

La matrice importance – performance présente l'inconvénient de cataloguer certains attributs sans toujours y apporter les nuances et les précisions requises à une interprétation exacte de sa position. Par exemple, nous pourrions trouver dans la zone des « forces » des attributs dont l'importance est encore supérieure au niveau de performance. Il ne s'agirait donc pas tout à fait de forces de l'organisation.



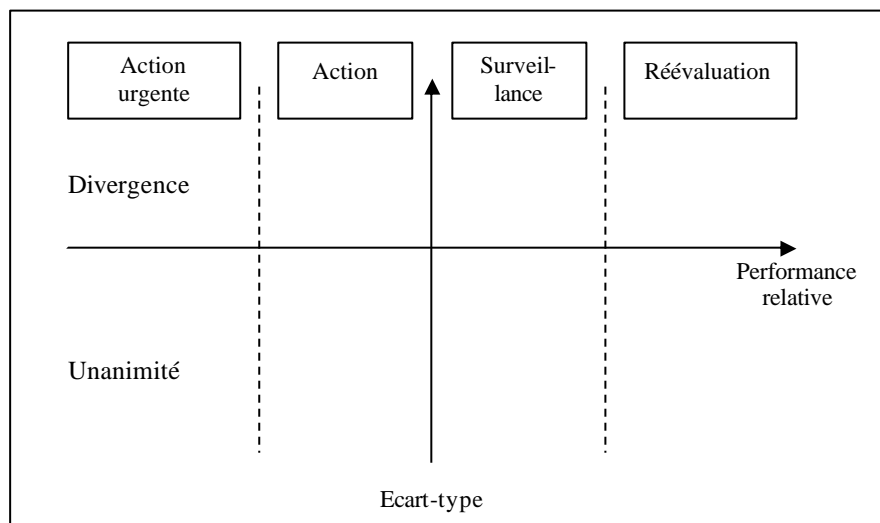
**Figure X.4. : Matrice importance – performance « révisée »**

Pour subvenir à cette imprécision, il faudrait idéalement tirer une diagonale de gauche en bas vers la droite en haut sur cette première matrice, pour

délimiter deux zones supplémentaires : la première, à gauche de cette diagonale, regrouperait l'ensemble des attributs pour lesquels le niveau d'importance moyen est supérieur au niveau de performance moyen et, la deuxième, à droite de cette diagonale, regrouperait les attributs inverses.

Une autre information qu'il serait intéressant de voir apparaître sur cette matrice est la variation de la performance de l'attribut considéré. En effet, une variation faible signifierait que les répondants ont une vision relativement semblable de l'attribut mesuré, tandis que une variation plus forte signifierait que les patients ont une vision assez divergente de cet attribut.

C'est ainsi que se construit la matrice de performance relative qui fait apparaître sur l'axe horizontal le ratio performance/importance et sur l'axe vertical l'écart-type de la performance (Goderis, 1998).



**Figure X.5. : Matrice de performance relative**

Nous empruntons à Goderis (1998) la subdivision de la matrice en quatre zones assorties de recommandations à suivre par l'organisation. La

subdivision provient de l'interprétation qu'il faut faire à propos de la performance relative. Certains attributs peuvent avoir un niveau d'importance tellement élevé que le niveau de performance ne peut que s'en approcher sans jamais l'atteindre. Prenons pour exemple la qualité des soins médicaux dont le niveau d'importance est théoriquement maximum pour le patient mais dont le niveau de performance ne peut pratiquement atteindre la perfection. A l'inverse, un attribut peut être jugé très performant alors qu'il est considéré comme peu important. Nous établissons donc des zones de tolérance de part et d'autre de l'axe vertical central et qui s'expriment en pourcentage du ratio performance/importance<sup>10</sup>.

Goderis (1998) considère qu'un écart-type inférieur ou égal à 1 signifie que tous les répondants ont la même opinion. Un écart-type compris entre 1 et 1,5 est acceptable car il est assez normal que des répondants puissent avoir des opinions légèrement différentes. Un écart-type supérieur à 1,5 indique qu'il y a divergence parmi les répondants.

Nous avons donc subdivisé la matrice en quatre colonnes et deux lignes. Les colonnes représentent les décisions à prendre en fonction de la performance relative, en considérant la tolérance à accorder au ratio performance/importance. La première colonne recommande une action urgente à mener. La seconde prévoit également de mener ou de poursuivre une action à propos de l'attribut en question. La troisième conseille de surveiller l'attribut. Enfin, la quatrième colonne suggère de réévaluer l'attribut et de voir si l'organisation n'y investit pas exagérément.

Le fait que l'attribut se situe au-dessus ou en dessous de l'axe horizontal informe sur l'unanimité des répondants à partager la même opinion. C'est le cas pour les attributs qui se situent dans la zone inférieure et ce qui doit renforcer plus encore la recommandation. Les attributs, situés au-dessus de l'axe horizontal signifiant qu'il y a divergence entre les patients, conduisent à des recommandations qui vont pouvoir varier en fonction des patients.

En conclusion, la matrice de performance relative présente l'avantage de ne pas séparer arbitrairement les zones du graphe selon les moyennes obtenues, puisqu'il s'agit en abscisse du rapport entre la performance et l'importance des attributs. Précisons cependant que dans notre cas, les échelles d'importance et de performance ne sont pas identiques, ce qui peut avoir une influence sur les résultats<sup>11</sup>. Les zones de démarquage résultent de l'expérience et non des résultats observés (Goderis, 1998). L'axe horizontal situé au niveau d'écart-type égal à 1,5 sépare les attributs pour lesquels les

---

<sup>10</sup> Dans notre cas, ce pourcentage est influencé par les échelles de mesure utilisées qui ne sont pas identiques entre elles, ni semblables aux échelles utilisées par Goderis (1998)

<sup>11</sup> Toutefois, c'est le cas pour l'ensemble des attributs., le biais éventuel sera donc le même pour tous.

patients ont une opinion relativement similaire (en dessous) des attributs pour lesquels il y a divergence parmi les répondants (au-dessus). L'axe vertical au niveau de performance égal à 1, sépare les attributs ayant un niveau de performance supérieur (à droite) ou inférieur (à gauche) au niveau d'importance observé.

## 2.2. Présentation des résultats

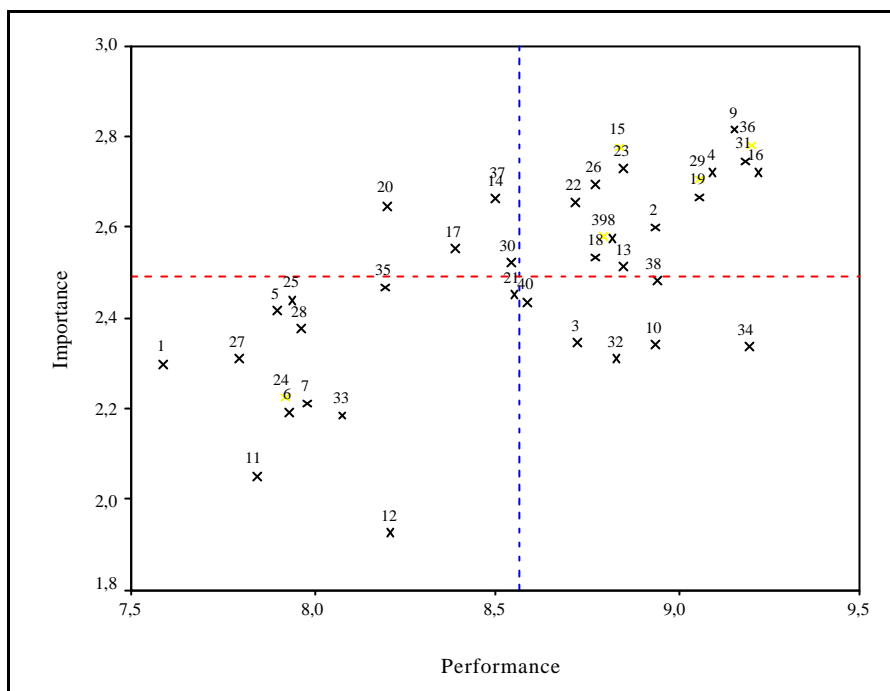
Ces matrices trouvent tout leur intérêt lorsqu'elles sont utilisées au sein d'une organisation particulière ou d'une unité de soins précise. A ce moment, le personnel dispose d'un outil qui est le reflet d'évaluations qui leur sont propres. Par mesure de confidentialité, nous ne pouvons choisir un hôpital ou une unité de soins en particulier et en analyser les résultats. L'objectif sera donc de présenter la démarche générale et de montrer comment les perspectives choisies apportent des regards complémentaires sur l'organisation. Pour ce faire, nous prendrons 4 niveaux d'analyse différents : l'hôpital en général, le type de clinique, l'unité de soins et le profil cible du patient.

### **2.2.1. L'hôpital**

Le premier niveau d'analyse étudié correspond à l'hôpital en général, c'est-à-dire l'ensemble des hôpitaux de notre échantillon en considérant tous les patients de l'étude. Nous présentons dans le graphe suivant la matrice importance-performance de l'hôpital en considérant les 40 attributs théoriques de la qualité de service. Chaque attribut, représenté par son numéro dont la correspondance est présentée dans le tableau de la page suivante, possède deux coordonnées sur le graphe représentant son niveau moyen d'importance<sup>12</sup> (axe vertical) et de performance (axe horizontal).

---

<sup>12</sup> Nous considérons la moyenne de l'importance comme si elle était mesurée sur une échelle d'intervalle.



**Figure X.6 : Matrice Importance/Performance – Hôpital**

De bas en haut, nous trouvons les attributs du moins important au plus important et, de gauche à droite, les attributs les moins bien évalués au mieux évalués en terme de performance. Pour diviser le graphe en quatre quadrants, nous avons choisi arbitrairement de tracer deux lignes pointillées correspondant aux moyennes respectives des 40 indicateurs.

<b>A1</b> - L'accès à l'hôpital (accès routier, parking,...)
<b>A2</b> - L'accueil du personnel de l'admission
<b>A3</b> - La facilité des formalités d'admission
<b>A4</b> - L'accueil au sein du service
<b>A5</b> - L'explication du personnel concernant le déroulement du séjour
<b>A6</b> - La facilité à trouver son chemin dans l'hôpital
<b>A7</b> - L'aspect de l'hôpital (décor, apparence, agencement,...)
<b>A8</b> - Le sentiment de sécurité à l'hôpital
<b>A9</b> - La qualité des soins infirmiers
<b>A10</b> - La possibilité de rester en contact avec le monde extérieur (TV, tél, journaux,...)
<b>A11</b> - L'accueil et le soutien des bénévoles
<b>A12</b> - L'assistance (sociale, religieuse, laïque) si souhaitée
<b>A13</b> - Le respect de l'intimité et de la pudeur

A14 - La disponibilité des infirmières
A15 - L'écoute des patients par les médecins
A16 - La courtoisie et la gentillesse du personnel hospitalier
A17 - Le confort de la chambre (lit, fauteuil, équipement, sanitaires,...)
A18 - L'entretien des locaux (chambre, salle de séjours, couloirs,...)
A19 - La sensibilité des infirmières aux besoins des patients
A20 - La disponibilité des médecins
A21 - La prise en compte des remarques par le personnel hospitalier
A22 - La possibilité de discuter avec les médecins et infirmières en cas de questions
A23 - La promptitude du personnel à réagir en cas de problème
A24 - L'occasion de rester en contact avec son médecin traitant durant l'hospitalisation
A25 - La facilité à se reposer
A26 - La modernité de l'équipement médical
A27 - L'explication en cas d'attente (médecin, examen, ...)
A28 - Le service des repas (qualité, horaire, ...)
A29 - Le soulagement des douleurs
A30 - La réalisation des services (examen, opération,...) au moment prévu
A31 - La volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en œuvre pour soigner
A32 - Les heures de visite
A33 - L'intérêt de l'hôpital pour la famille et les proches (accès, accueil, cafétéria,...)
A34 - L'aspect du personnel hospitalier (habillement, tenue,...)
A35 - Le calme à l'hôpital
A36 - La qualité des soins médicaux
A37 - La clarté des informations concernant l'état de santé et le traitement durant le séjour
A38 - Le déroulement du séjour (comme prévu)
A39 - Les informations pour la sortie de l'hôpital (départ, poursuite du traitement, ...)
A40 - L'aide concernant les suites de l'hospitalisation (soutien, suivi du traitement, démarches administratives,...)

**Tableau X.4. : Liste des 40 indicateurs théoriques de la qualité perçue**

Quels sont les premiers enseignements de ce graphe pour l'hôpital en général?

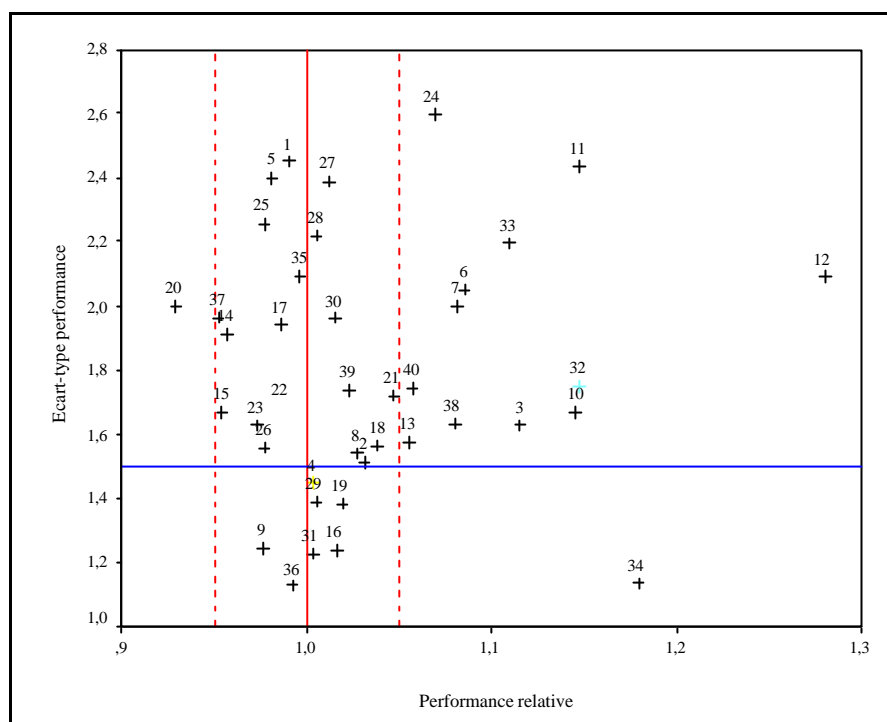
- Les forces (quadrant supérieur droit) sont représentées par les attributs : A2, A4, A8, A9, A13, A15, A18, A19, A22, A23, A26, A29, A31, A36, A38, A39.
- Les fausses forces (quadrant inférieur droit) sont représentées par les attributs : A3, A10, A32, A34, A38, A40.
- Les faiblesses (quadrant supérieur gauche) sont représentées par les attributs : A14, A17, A20, A30, A37.
- Les faux problèmes (quadrant inférieur gauche) sont représentés par les attributs : A1, A5, A6, A7, A11, A12, A21, A24, A25, A27, A28, A33, A35.

Cette matrice donne un premier aperçu des forces et faiblesses de l'organisation. Néanmoins, elle manque de nuances et le choix des axes qui délimitent les quadrants lui procure une certaine subjectivité dont les conséquences ne sont négligeables. En imaginant que l'axe horizontal pointillé soit abaissé à un score moyen de 2,4, nous verrions les attributs Y5, Y21, Y25, Y35 devenir des faiblesses alors qu'ils sont considérés actuellement comme des faux problèmes. Se pose donc la question de la plus juste position des axes. Retenons les faiblesses générales qui sont déjà mises en évidence à l'aide de cette matrice, à savoir :

- Le confort de la chambre
- La disponibilité des infirmières
- La disponibilité des médecins
- La réalisation des services au moment où ils étaient prévus
- La clarté de l'information concernant le traitement et l'état de santé du patient tout au long de son séjour.

Nous présentons à la page suivante la matrice de performance relative concernant l'hôpital. Les axes verticaux pointillés permettent de distinguer des « zones de tolérance » par rapport à la norme 1. Nous avons fixé cette zone à 5% de la norme d'un côté comme de l'autre.

Grâce à cette matrice, nous distinguons plus clairement les recommandations à fournir aux hôpitaux. Quatre des cinq faiblesses identifiées dans la matrice précédente se retrouvent à gauche de l'axe vertical central et font partie des actions à mener par l'hôpital mais comme nous le verrons, elles n'ont pas le même degré d'urgence. Nous distinguons dans cette zone d'actions, à gauche de l'axe vertical central, des attributs qui se situaient en tant que forces ou en tant que faux problèmes dans la première matrice. En réalité, cette deuxième matrice est plus précise que la première.



**Figure X.7 : Matrice Performance relative - Hôpital général**

Les attributs sont donc répertoriés dans quatre zones distinctes et nous permettent de faire les recommandations suivantes :

- Action urgente à mener : A20
- Actions à poursuivre : A1, A5, A9, A14, A15, A17, A22, A23, A25, A26, A35, A36, A37
- Attributs à surveiller : A2, A4, A8, A16, A18, A19, A21, A27, A28, A29, A30, A31, A39
- Attributs à réévaluer : A3, A6, A7, A10, A11, A12, A13, A24, A32, A33, A34, A38, A40

Il faut cependant faire deux commentaires à propos de ces résultats :

- 1) Nous voyons que 32 indicateurs sur 40 se situent au-dessus de l'axe horizontal et ont donc un écart-type supérieur à 1,5. Ceci signifie donc que les avis divergent parmi les répondants.
- 2) Le fait d'avoir considéré tous les hôpitaux ensemble ne donne qu'une vision très globale de la situation hospitalière. La réalité ne nous incite pas à généraliser les résultats de cette manière et il est préférable de favoriser une démarche beaucoup plus centrée sur une unité particulière



ou sur un groupe de patients pour lesquels un hôpital souhaiterait démarrer une démarche de qualité.

Les enseignements que nous pouvons en tirer concernant les actions sont :

- une action urgente à propos de la disponibilité des médecins ;
- des actions à entreprendre ou à poursuivre en ce qui concerne l'accès à l'hôpital, l'explication du déroulement du séjour à l'arrivée du patient, la disponibilité des infirmières, le calme et la facilité à se reposer, le confort de la chambre, la clarté de l'information concernant l'état de santé et le traitement du patient, l'écoute du patient, la possibilité de poser des questions au personnel, la promptitude du personnel à réagir en cas de problème, la modernité de l'équipement médical, la qualité des soins infirmiers et la qualité des soins médicaux.

Ces enseignements ne doivent pas être considérés comme des griefs à l'égard du personnel hospitalier. Prenons l'exemple de la qualité perçue des soins infirmiers et des soins médicaux qui font déjà l'objet d'innombrables programmes d'action au sein des institutions. Le message émanant des patients signifie qu'ils apprécient largement cette recherche de qualité.

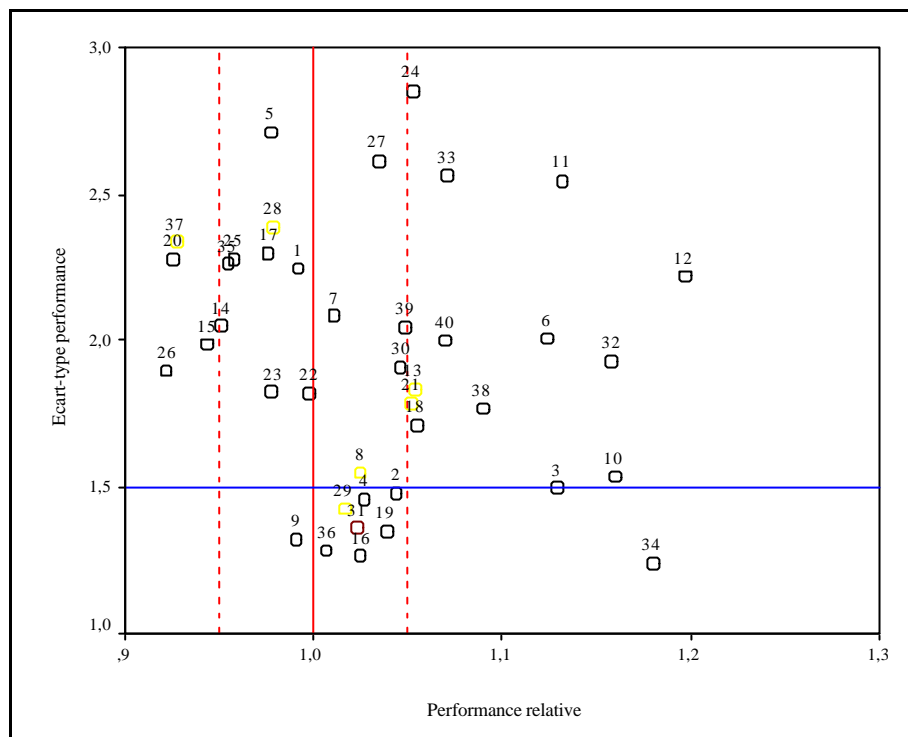
### **2.2.2. Type de clinique**

Trois types de clinique ont participé à l'étude : la clinique de « proximité », la clinique « moyenne » et la clinique « universitaire » (cfr chapitre 7). Sans prétendre à la représentativité des résultats car le nombre d'institutions est trop peu élevé, il nous a semblé intéressant de comparer les recommandations par type de clinique fréquentée.

#### **1) La clinique de « proximité »**

Les recommandations que nous pouvons émettre pour les hôpitaux de « proximité » sur base de la matrice de performance relative présentée à la page suivante sont :

- actions urgentes à mener : la modernité de l'équipement médical, la disponibilité des médecins, l'écoute du patient par le médecin, la clarté de l'information concernant le traitement et l'état de santé du patient tout au long de son séjour ;
- actions à poursuivre : la disponibilité des infirmières, le calme et la facilité à se reposer, le confort de la chambre, le service des repas, l'accès à l'hôpital, l'explication concernant le déroulement du séjour, la possibilité de poser des questions au personnel, la promptitude du personnel à réagir en cas de problème, la qualité des soins infirmiers ;



**Figure X.8. : Matrice Performance relative - Hôpital de « proximité »**

- attributs à surveiller : l'accueil par le personnel d'admission et au sein du service, l'aspect de l'hôpital, la qualité des soins médicaux, la volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner, le soulagement de la douleur, la sensibilité des infirmières aux besoins du patient, la courtoisie et la gentillesse du personnel, la réalisation des services au moment où ils étaient prévus, l'explication en cas d'attente, le sentiment de sécurité, l'information concernant la sortie de l'hôpital.

Les autres attributs sont à réévaluer tout en sachant que la plupart d'entre eux ont un écart-type supérieur à 1,5. Il faut donc prendre en considération les divergences dans les opinions des répondants avant de prendre les décisions les plus adéquates, remarque que nous ne ferons pour les autres résultats.

## 2) La clinique « moyenne »

Sans être radicalement modifiés, les résultats observés dans les cliniques « moyennes » sont quelque peu différents.

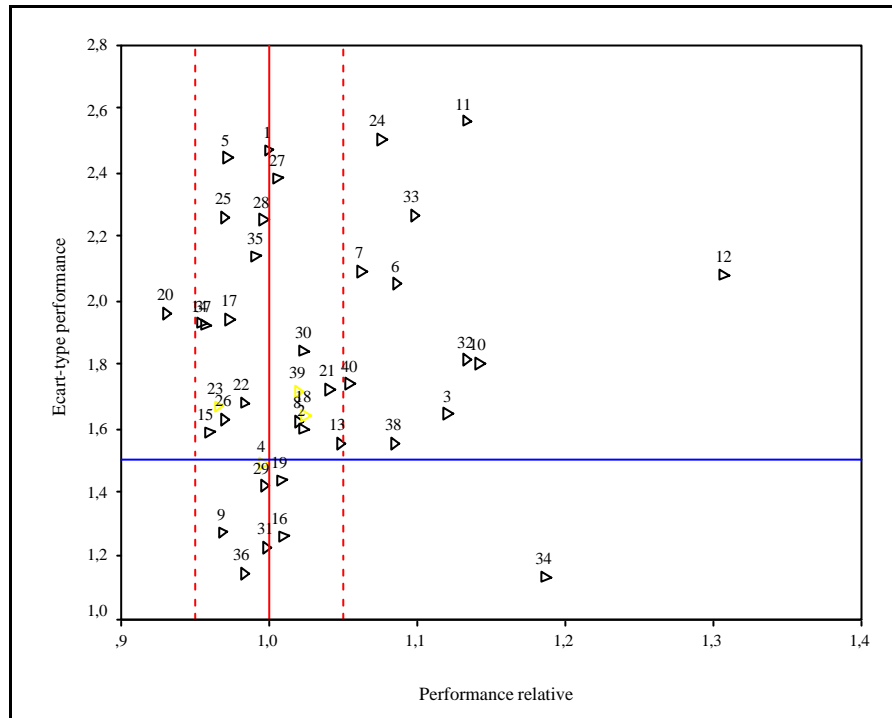


Figure X.9 : Matrice Performance relative - Hôpital « moyen »

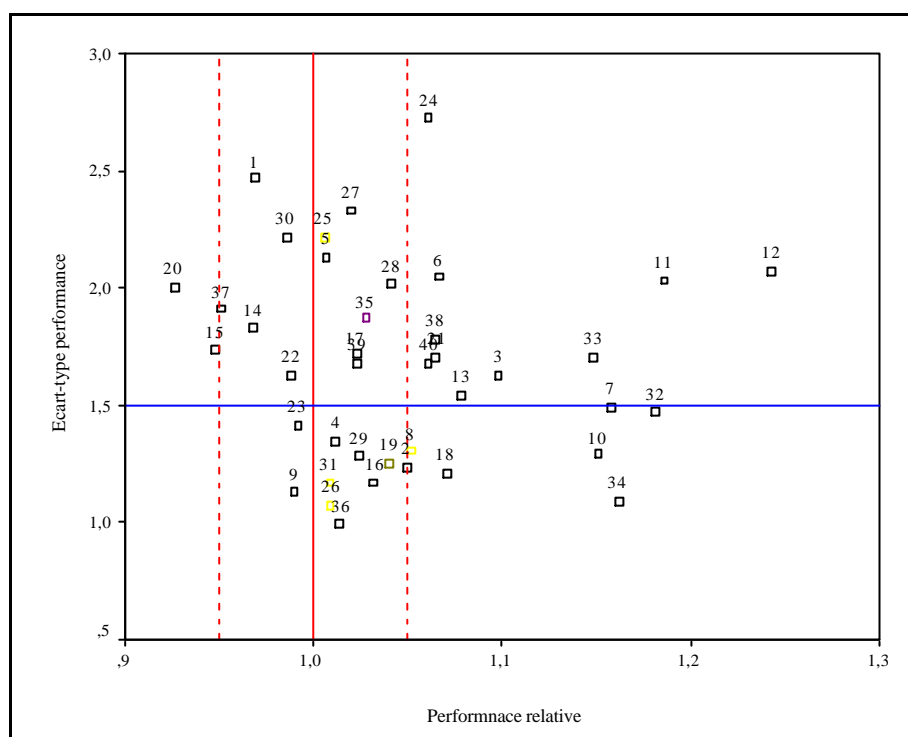
Les recommandations qui en découlent sont :

- action urgente à mener : la disponibilité des médecins ;
- actions à poursuivre : la disponibilité des infirmières, l'écoute du patient par le médecin, la clarté des informations concernant le traitement et l'état de santé du patient, le calme et la facilité à se reposer, l'accès à l'hôpital, l'accueil au sein du service, l'explication sur le déroulement du séjour, le confort de la chambre, le service des repas, la qualité des soins infirmiers et médicaux, la volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner, le soulagement de la douleur et la promptitude du personnel à réagir en cas de problème ;
- attributs à surveiller : l'accueil par le personnel d'admission, l'explication en cas d'attente, le sentiment de sécurité, le respect de l'intimité et de la pudeur, la courtoisie et la gentillesse du personnel, la

prise en compte des remarques du patient, la sensibilité des infirmières aux besoins du patient, la réalisation des services au moment où ils étaient prévus, l'entretien des locaux, l'information concernant la sortie du patient.

### 3) La clinique « universitaire »

La clinique « universitaire » a également ses particularités



**Figure X.10. : Matrice Performance relative- Hôpital « universitaire »**

Les recommandations issues de la lecture de cette matrice, sont :

- actions urgentes à mener : la disponibilité des médecins et l'écoute du patient par le médecin ;
- actions à poursuivre : la clarté de l'information concernant le traitement et l'état de santé du patient, la disponibilité des infirmières, la possibilité de poser des questions au personnel, la réalisation des services au moment où ils étaient prévus, la promptitude du personnel à réagir en cas de problème, la qualité des soins infirmiers, l'accès à l'hôpital ;
- attributs à surveiller : le calme et la facilité à se reposer, le confort de la chambre, le service des repas, la modernité de l'équipement médical,

l'accueil dans le service, l'explication concernant le déroulement du séjour, l'explication en cas d'attente, les informations concernant la sortie de l'hôpital, la courtoisie et la gentillesse du personnel, la sensibilité des infirmières aux besoins du patient, le soulagement de la douleur, la volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner, la qualité des soins médicaux.

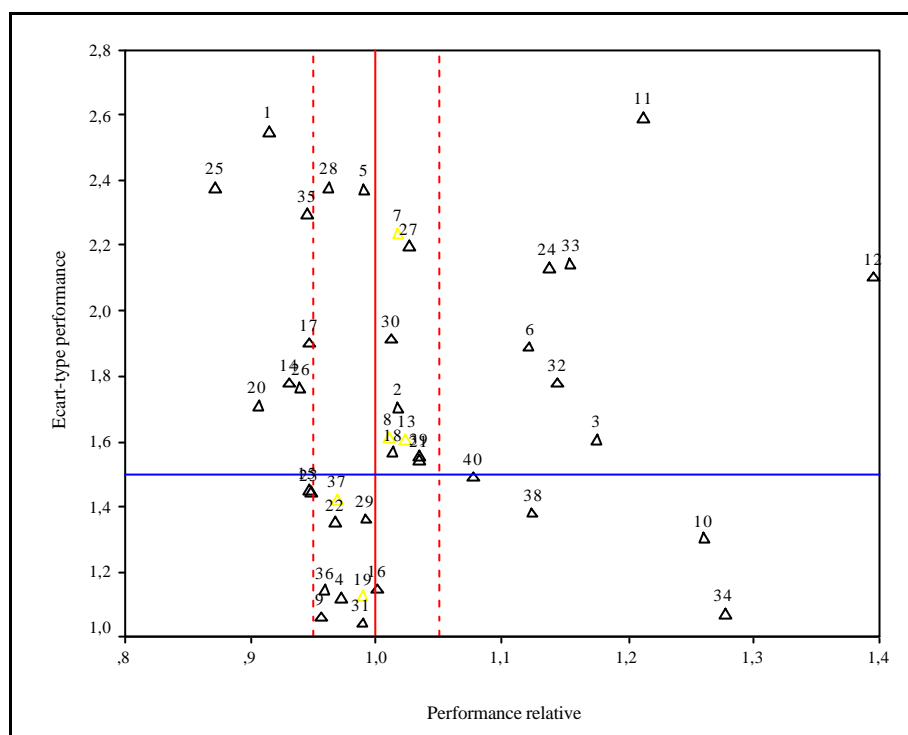
A travers ces trois analyses, les recommandations à fournir aux hôpitaux connaissent des différences essentiellement dans la priorité des actions à mener. Cependant, nous ne voudrions absolument pas généraliser ces résultats à l'ensemble des hôpitaux, quel que soit leur type.

### **2.2.3. Type d'unité de soins**

Nous avons détaillé les résultats par type d'unité de soins. De cette manière, nous regroupons des entités ayant certains points de comparaison, sans pour autant considérer le niveau d'analyse comme suffisant. Néanmoins, les recommandations que ces matrices suggèrent, sont déjà plus adaptées aux unités.

#### **1) *La maternité***

Dans le graphe suivant, nous présentons la matrice de performance relative émanant du regroupement de l'ensemble des patientes de maternité.



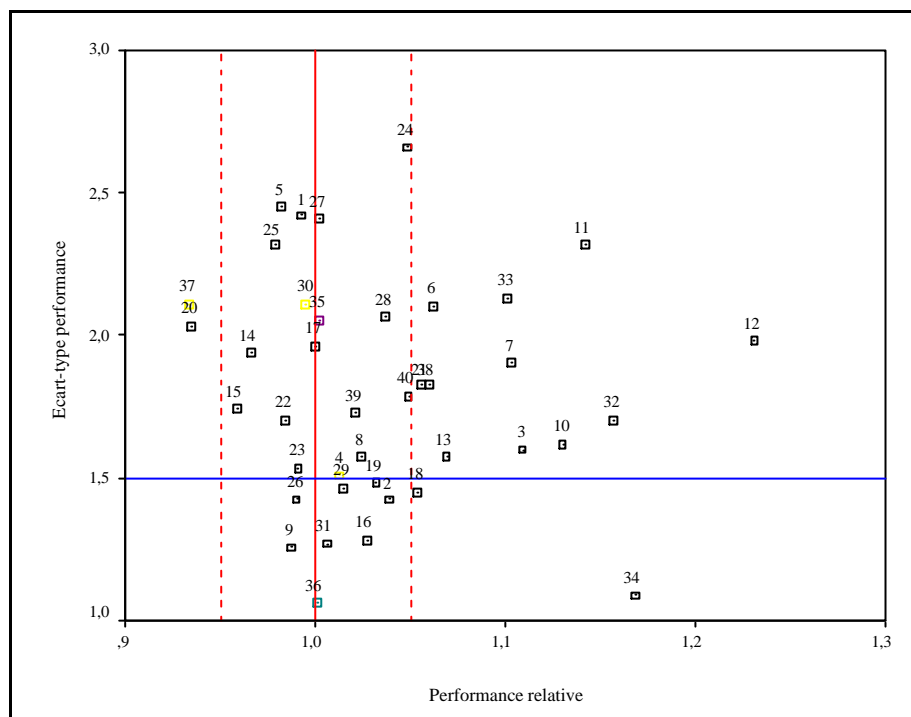
**Figure X.11. : Matrice Performance relative- Maternité**

Selon cette matrice, les recommandations pour l'ensemble des unités de maternité sont :

- actions urgentes à mener : l'accès à l'hôpital, le confort de la chambre, le calme et la facilité à se reposer, la modernité de l'équipement médical, la disponibilité des infirmières et des médecins, l'écoute du patient par le médecin, la promptitude à réagir en cas de problème ;
- actions à poursuivre : le service des repas, l'accueil au sein du service, l'explication du déroulement du séjour, la possibilité de questionner le personnel, la clarté de l'information tout au long du séjour, la sensibilité des infirmières au besoin de la patiente, la volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner, le soulagement de la douleur, la qualité des soins infirmiers et des soins médicaux.
- attributs à surveiller : l'accueil du personnel d'admission, l'aspect de l'hôpital et l'entretien des locaux, le sentiment de sécurité à l'hôpital, le respect de l'intimité et de la pudeur, la prise en compte des remarques et l'information concernant la sortie de l'hôpital.

**2) La médecine**

Les recommandations que nous pouvons formuler globalement pour les unités de médecine sont quelque peu différentes :



**Figure X.12. : Matrice Performance relative- Médecine**

- actions urgentes à mener : la clarté des informations concernant le traitement et l'état de santé du patient et la disponibilité des médecins ;
- actions à poursuivre : l'accès à l'hôpital, la modernité de l'équipement médical, le confort de la chambre, l'explication concernant le déroulement du séjour, la disponibilité des infirmières, la réalisation des services au moment où ils étaient prévus, la possibilité de poser des questions au personnel, l'écoute du patient par le médecin, la promptitude du personnel à réagir en cas de problème, la qualité des soins infirmiers ;
- attributs à surveiller : l'accueil du personnel d'admission, l'accueil au sein du service, l'explication en cas d'attente, le calme, la volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner, le soulagement de la douleur, le sentiment de sécurité, la sensibilité des infirmières aux besoins du patient, la courtoisie et la gentillesse du personnel, le service des repas, les informations pour la sortie de l'hôpital et l'aide concernant les suites de l'hospitalisation.

### 3) La chirurgie

Le dernier type d'unité de soins pour lesquels nous présentons la matrice de performance relative est la chirurgie.

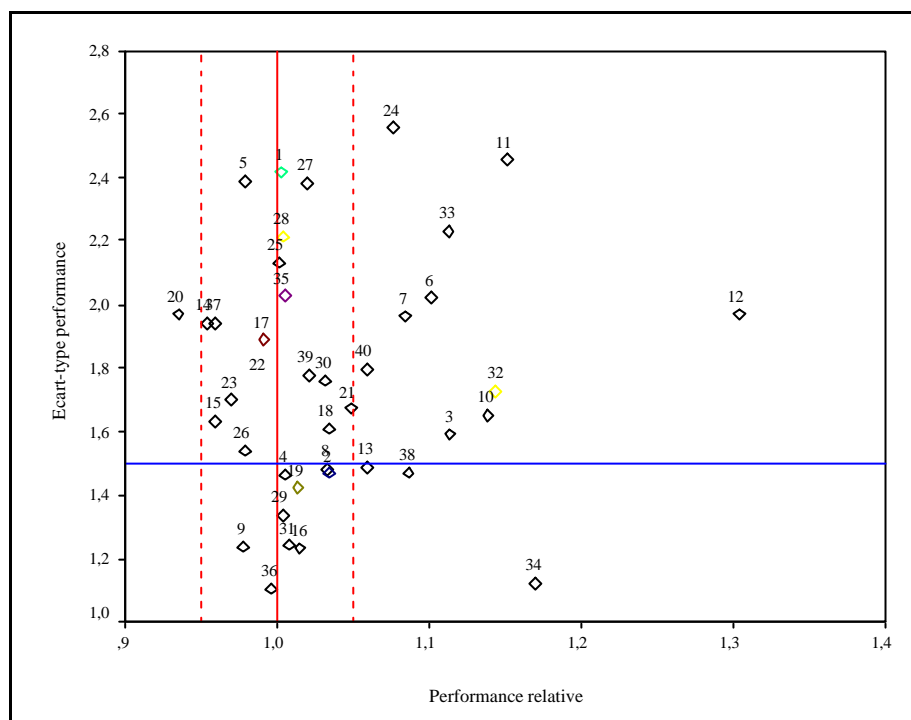


Figure X.13 : Matrice Performance relative- Chirurgie

Les recommandations qui s'en dégagent, sont :

- action urgente à mener : la disponibilité des médecins ;
- actions à poursuivre : l'explication concernant le déroulement du séjour, la clarté des informations concernant le traitement et l'état de santé du patient, l'écoute du patient par le médecin, la promptitude du personnel à réagir en cas de problème, le confort de la chambre, la modernité de l'équipement médical, la qualité des soins infirmiers et des soins médicaux ;
- attributs à surveiller : l'accès à l'hôpital, l'accueil du personnel d'admission et au sein du service, le sentiment de sécurité à l'hôpital, la réalisation des services au moment où ils étaient prévus, l'explication en cas d'attente, le soulagement de la douleur, la sensibilité des infirmières aux besoins du patient, la prise en compte des remarques par le personnel hospitalier, la courtoisie et la gentillesse du personnel, le calme et la facilité à se reposer, l'entretien des locaux, le service des

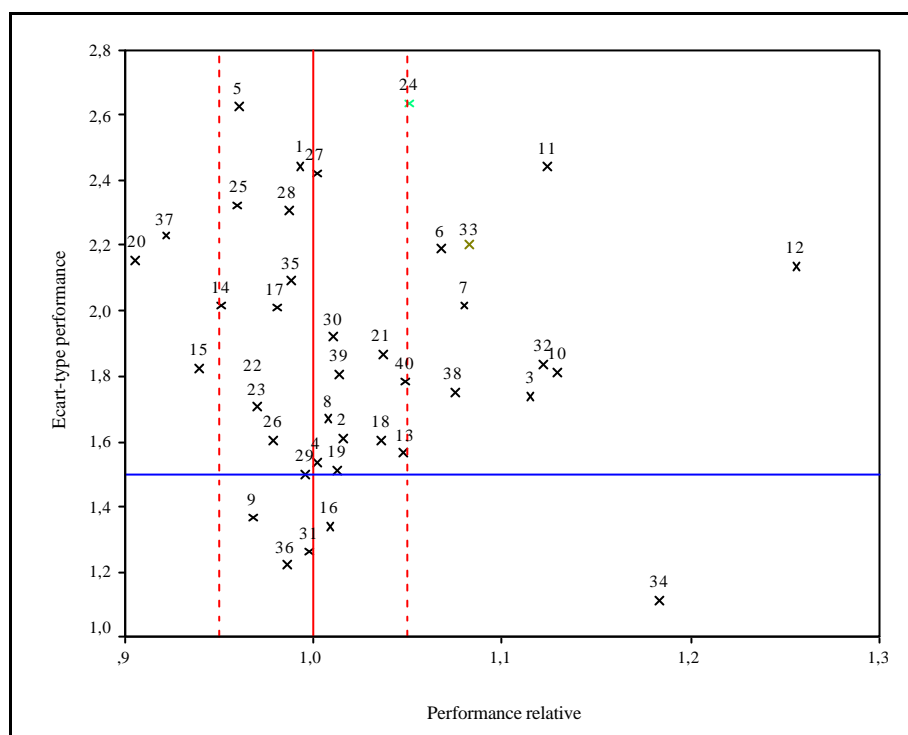


repas, la volonté des médecins et des infirmières de tout mettre en œuvre pour bien soigner, les informations concernant la sortie de l'hôpital.

L'utilité de cet outil se mesure également dans le détail des résultats. Prenons l'exemple du service des repas, sujet hautement controversé en milieu hospitalier, tant au niveau des patients que des gestionnaires hospitaliers qui ne savent pas toujours quelle voie privilégier. Concernant l'hôpital en général, l'attribut relatif au repas fait partie des attributs à surveiller, de même que dans les unités de médecine. En chirurgie, cet attribut conserve la même recommandation mais il est à la limite de figurer dans les actions à mener. L'écart-type élevé nous indique qu'il existe des différences entre les patients. En maternité, cet attribut fait partie des actions à poursuivre et est presque considéré comme une action urgente à mener. Nous pouvons imaginer que ce détail de l'analyse sera encore plus visible au sein d'une unité particulière.

#### **2.2.4. Type de patients**

Pour terminer, nous prenons l'exemple non plus d'une caractéristique propre à l'offre hospitalière (le type de clinique, le type d'unité de soins,...) mais à la demande : l'arrivée en urgence à l'hôpital. L'objectif est de montrer qu'il est tout à fait possible et intéressant de cibler un profil de patients pour lequel une clinique déciderait de mener un programme de gestion de la qualité.



**Figure X.14. : Matrice Performance relative- Urgence**

Les recommandations émanant de la matrice de performance relative propre aux patients arrivés en urgence, quel que soit l'hôpital ou l'unité dans laquelle ils ont séjourné, sont :

- actions urgentes à mener : la disponibilité des médecins, la clarté de l'information concernant le traitement et l'état de santé et l'écoute du patient par le médecin ;
- actions à poursuivre : l'explication du déroulement du séjour, la disponibilité des infirmières, la promptitude du personnel à réagir rapidement, la possibilité de poser des questions au personnel hospitalier, le calme et la facilité à se reposer, l'accès à l'hôpital, la modernité de l'équipement médical, le confort de la chambre, le service des repas, le soulagement de la douleur, la qualité des soins infirmiers et médicaux, la volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner ;
- attributs à surveiller : l'accueil par le personnel d'admission et au sein du service, l'explication en cas d'attente, le sentiment de sécurité, le respect de l'intimité et de la pudeur, la sensibilité des infirmières aux besoins du patient et la prise en compte de ses remarques, la gentillesse et la courtoisie du personnel, l'entretien des locaux, la réalisation des

services au moment où ils étaient prévus, les infirmations concernant la sortie, l'aide concernant les suites de l'hospitalisation.

Nous pouvons poursuivre les exemples et les perspectives choisies à l'infini. Tout dépend de la vision qui sera privilégiée. Soulignons que, quelle que soit la perspective choisie, la disponibilité des médecins devient une action urgente à mener aux yeux des patients.

### **3. Conclusion**

Au cours de ce chapitre, nous avons abordé la gestion de la qualité perçue sur base du modèle théorique de Grönroos, auquel nous proposons une évolution à l'aide des résultats observés : l'ajout d'une dimension supplémentaire (la qualité relationnelle) aux deux dimensions existantes (la qualité technique et la qualité fonctionnelle). Nous avons fait part d'une réflexion née de ce modèle révisé, concernant les processus engendrés par les dimensions de la qualité et leurs objectifs.

Les matrices importance-performance et de performance relative ont été présentées et utilisées pour servir d'outil à cette gestion de la qualité perçue de manière à formuler des priorités dans les recommandations formulées aux hôpitaux. Nous avons utilisé des critères de fragmentation comme le type de clinique (de « proximité », « moyenne » ou universitaire) et le type d'unité de soins (maternité, médecine, chirurgie) pour affiner les résultats. De même, nous avons pris l'exemple d'un critère de segmentation pour illustrer le potentiel de l'outil dans un objectif de cibler des patients pour lesquels l'hôpital souhaiterait améliorer spécifiquement ses services.

## **CHAPITRE 11 :** **Analyse de l'offre -** **comparaison service rendu et service perçu**

Dans ce chapitre, nous allons comparer le service rendu par le personnel hospitalier au service perçu par le patient. A l'aide d'une enquête réalisée auprès de médecins et infirmières, nous étudierons dans un premier temps leurs perceptions du service qu'ils délivrent aux patients. Nous comparerons ensuite les résultats par type d'unité de soins et de clinique, et par profession. Dans un deuxième temps, nous procéderons à une analyse comparative des perceptions de l'offre et de la demande sur base des indicateurs de qualité de service. Nous terminerons par l'étude des unités de soins les mieux et les moins appréciées par le patient dans chacun des trois types d'unité de soins étudiés : la maternité, la médecine et la chirurgie.

### **1. L'enquête dans les unités de soins**

L'étude du service rendu aux patients par le personnel hospitalier nous est apparue comme un objectif tout à fait complémentaire à notre analyse de la demande hospitalière : comment médecins et infirmières perçoivent-ils la façon de rendre le service aux patients et dans quelle mesure peuvent-ils apporter aux patients un service de qualité?

Pour tenter de répondre à ces questions très vastes, nous avons repris six des sept<sup>13</sup> composantes de la qualité perçue par les patients que nous avons définies théoriquement : la disponibilité, l'attention, la communication, l'assurance, la fiabilité et l'extériorité, que nous mesurons à l'aide de 23 indicateurs tout à fait semblables aux indicateurs utilisés dans l'enquête aux patients. Nous utiliserons des tests de statistiques descriptives et multivariées pour analyser l'ensemble des données observées.

#### **1.1. Description de l'échantillon**

L'étude auprès des médecins et infirmières s'est déroulée dans 24 unités de soins de huit hôpitaux différents, durant la dernière période de l'enquête aux patients et juste après celle-ci. Dans chaque hôpital, nous avons essayé d'obtenir le concours d'une unité de maternité, d'une unité de médecine (cardiologie, gastro-entérologie ou un service mixte de médecine interne) et d'une unité de chirurgie (orthopédie ou chirurgie générale). Dans les deux

---

<sup>13</sup> La septième composante « tangibilité » ne fait pas partie directement du service rendu par le personnel, ce qui a été confirmé dans le modèle global où la tangibilité est reliée à la satisfaction à l'égard de l'hôpital et non à la qualité perçue du service

hôpitaux qui ne comptent pas d'unité de maternité, nous l'avons remplacée par une unité de médecine.

Dans la mesure du possible, nous avons interrogé 2 médecins et 2 infirmières par unité, de manière individuelle et en face à face. Ils leur étaient remis un questionnaire écrit sur lequel ils devaient donner un score pour chaque indicateur allant de 0 à 10, ainsi qu'une cote globale de qualité de service offert. L'entretien se clôturait par une question ouverte que nous commenterons en fin de cette partie concernant l'analyse des résultats (Chapitre 12).

Sur les 24 unités de soins étudiées, nous avons obtenu le concours de 8 unités de chirurgie, 10 unités de médecine et 6 unités de maternité. 87 personnes ont été interrogées au total, 38 médecins et 49 infirmières répartis de la manière suivante :

Type d'unité	Médecins	Infirmières	Total
Chirurgie	11	17	28
Médecine	17	20	37
Maternité	10	12	22
Total	38	49	87

**Tableau XI.1. : Répartition des répondants par type d'unité et profession**

L'objectif de ce type d'enquête n'est assurément pas de compter sur la représentativité statistique de notre échantillon par rapport à la population globale des professionnels de la santé, mais bien d'obtenir une vision d'experts par rapport à leur travail et leur unité de soins, ce qui confère à notre analyse une certaine représentativité empirique.

## 1.2. Présentation des résultats par composante

Le questionnaire adressé au personnel hospitalier a suivi la logique du questionnaire au patient, reprenant les indicateurs adaptés de 6 composantes de la qualité perçue de notre modèle théorique et un indicateur global de qualité. Nous présentons les résultats, composante par composante.

### **1.2.1. Disponibilité**

Nous avons 4 indicateurs de disponibilité, présentés dans le tableau ci-dessous avec le nombre de répondants (N), la moyenne (Mean) et l'écart-type (Std. Deviation). Le nombre maximum de répondants est 87, la moyenne est sur 10 et l'analyse de l'écart-type peut se faire sur trois intervalles (Goderis, 1998) :

- Ecart-type < 1,0  $\Rightarrow$  quasi unanimité entre les répondants ;
- 1,0 < Ecart-type < 1,5  $\Rightarrow$  divergences raisonnables, les répondants ont sensiblement la même opinion ;
- 1,5 < Ecart-type  $\Rightarrow$  divergences réelles, les répondants n'ont pas la même opinion

	N	Mean	Std. Deviation
Nous offrons une assistance (sociale, religieuse, laïque,...) au patient s'il le désire	87	9,57	1,0302
Nous collaborons avec des bénévoles dans notre unité	85	5,91	4,0901
Nous avons le sentiment que les médecins sont suffisamment disponibles pour le patient	86	6,26	2,5214
Nous avons le sentiment que les infirmières sont suffisamment disponibles pour le patient	87	6,91	2,3656

**Tableau XI.2. : Indicateurs de disponibilité – Médecins et infirmières**

Autant le résultat est excellent en terme d'assistance (sociale, religieuse, laïque) avec un écart-type faible, autant le niveau de collaboration avec les bénévoles est médiocre et très variable entre les unités. Les scores moyens de disponibilité des médecins et infirmières sont quant à eux assez similaires et faibles, avec une variance importante entre les répondants.

### 1.2.2. Attention

3 indicateurs théoriques nous ont permis de mesurer l'attention envers le patient.

	N	Mean	Std. Deviation
Nous nous efforçons de réserver un accueil chaleureux à chaque patient	87	8,54	1,5980
La courtoisie est une valeur prioritaire et partagée par le personnel de notre unité	87	8,40	1,3764
Nous privilégions toutes et tous l'attention envers chaque personne dans notre unité	87	7,94	1,4171

**Tableau XI.3. : Indicateurs d'attention – Médecins et infirmières**

Les résultats concernant l'attention sont satisfaisants. L'accueil réservé au patient enregistre le score le plus élevé. La courtoisie du personnel a un niveau quasi similaire. Le troisième indicateur met l'accent sur la perception qu'a le répondant de l'attention que les différents acteurs hospitaliers portent au patient. Ce score moyen est légèrement inférieur.

### 1.2.3. Assurance

5 indicateurs ont servi à mesurer la dimension théorique de l'assurance.

	N	Mean	Std. Deviation
Dans la mesure du possible, nous essayons de rassurer le patient	87	8,94	1,0822
Nous veillons toutes et tous à respecter l'intimité et la pudeur de chaque patient dans notre unité	87	8,46	1,5760
Le personnel hospitalier tient compte des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement	86	8,44	1,1743
Nous nous préoccupons toujours prioritairement de soulager les douleurs du patient	87	8,66	1,2559
Le patient a l'assurance que nous mettons tout en oeuvre pour bien le soigner	87	8,29	1,3802

**Tableau XI.4. : Indicateurs d'assurance – Médecins et infirmières**

Les résultats présentés dans le tableau ci-dessus concernant ces indicateurs peuvent être jugés comme bons (tous supérieurs à 8/10) et très proches les uns des autres. Par ailleurs, les écart-types sont faibles, ce qui tend à prouver que tous les acteurs ont une opinion relativement similaire.

### 1.2.4. Fiabilité

4 indicateurs ont été retenus pour mesurer la composante théorique de fiabilité.



	N	Mean	Std. Deviation
Nous dispensons toutes et tous des soins médicaux d'excellente qualité dans notre unité	85	7,88	1,4509
Nous dispensons toutes et tous des soins infirmiers d'excellente qualité dans notre unité	86	8,26	1,1081
Les services (examen, visite, opération,...) sont prestés au moment précis où ils étaient prévus	87	5,62	2,3140
Nous programmons autant que possible le déroulement du séjour du patient	87	7,20	2,1665

**Tableau XI.5.: Indicateurs de fiabilité – Médecins et infirmières**

La prestation des services au moment précis où ils étaient prévus est assurément l'indicateur le plus faible de cette composante. Bien que la valeur de son écart-type soit suffisante pour nous permettre de dire qu'il y a des divergences entre répondants, ce résultat est médiocre dans l'ensemble. Le mot « salle d'attente » ne nous fait-il pas naturellement penser à médecin, hôpital ou autres prestataires sanitaires?

La programmation de déroulement du séjour a un écart-type assez élevé, ce qui s'explique assez bien par la variabilité des cas pathologiques rencontrés et des traitements préconisés dans les trois types d'unité. Le score moyen tend à montrer une volonté d'organiser l'hospitalisation du patient.

La qualité de soins infirmiers et celle des soins médicaux sont toutes deux considérées comme relativement bonnes avec un écart-type assez faible.

### **1.2.5. Communication**

4 indicateurs ont été retenus pour mesurer la composante théorique de communication.

	N	Mean	Std. Deviation
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	87	7,78	1,7349
Lorsque le patient doit attendre (le médecin, l'infirmière, un examen,...), le personnel hospitalier lui en donne les raisons	87	7,51	1,8418
Nous avons l'occasion et le temps de discuter avec chaque patient qui en a besoin, qu'il l'exprime ou non	86	6,00	2,1855
A sa sortie, chaque patient reçoit une information claire sur les suites de son hospitalisation	87	7,82	1,8013

**Tableau XI.6. : Indicateurs de communication – Médecins et infirmières**

L'indicateur le plus faible est relatif à la possibilité (occasion et temps) qu'a le personnel de discuter avec chaque patient. Les trois autres indicateurs sont d'un niveau moyen assez bon et relativement similaire. Remarquons cependant que les quatre indicateurs ont des écart-types supérieurs à 1,5, ce qui met en évidence des divergences entre les répondants.

### 1.2.6. Extériorité

Trois indicateurs ont servi de mesure de la composante d'extériorité.

	N	Mean	Std. Deviation
Nous organisons l'accueil des visiteurs selon leurs besoins (horaire, lieu,...)	86	5,45	3,1423
Nous privilégions la relation entre le patient et son médecin traitant	38	7,42	2,1514
Nous aidons le patient concernant les suites de son hospitalisation (soutien, suivi du traitement, démarches administratives,...)	86	7,88	2,0831

**Tableau XI.7. : Indicateurs d'extériorité – Médecins et infirmières**

Le score moyen de l'indicateur relatif à l'organisation de l'accueil des visiteurs selon leurs besoins (horaire, lieu,...) est médiocre et son écart-type est relativement élevé. Ce résultat moyen nous autorise à penser que

l'activité hospitalière ne s'organise pas assez en équipe autour du patient, indépendamment de l'équipe hospitalière. Comme nous l'avons expliqué précédemment, les visiteurs font partie de l'univers direct du patient et ils ont souvent un rôle important à remplir dans le rétablissement du patient. Visiblement ils ne sont pas privilégiés dans le secteur hospitalier.

La relation du patient avec son médecin traitant semble moyennement bien privilégiée. L'aide concernant les suites de l'hospitalisation paraît également assez bonne pour l'ensemble des répondants. Néanmoins, les écart-types restent assez élevés.

### 1.3. Récapitulatif des indicateurs et qualité offerte

Nous avons repris dans le tableau de la page suivante les 23 indicateurs relatifs aux 6 composantes étudiées, en les classant par ordre décroissant des moyennes observées pour l'ensemble des répondants.

Les résultats inférieurs à 7/10 peuvent être considérés comme insuffisants. Nous voyons que c'est le cas de la disponibilité des infirmières et des médecins, de la possibilité de discuter avec le patient, de la collaboration avec les bénévoles, de la réalisation des services au moment où ils étaient prévus et de l'accueil des visiteurs. D'après ces mêmes répondants, l'assistance (sociale, religieuse, laïque,...), la volonté de rassurer le patient, le soulagement de la douleur, l'accueil chaleureux de chaque patient et le respect de l'intimité et de la pudeur sont les 5 indicateurs les mieux évalués.

	Mean
Nous offrons une assistance (sociale, religieuse, laïque,...) au patient s'il le désire	9,57
Dans la mesure du possible, nous essayons de rassurer le patient	8,94
Nous nous préoccupons toujours prioritairement de soulager les douleurs du patient	8,66
Nous nous efforçons de réserver un accueil chaleureux à chaque patient	8,54
Nous veillons toutes et tous à respecter l'intimité et la pudeur de chaque patient dans notre unité	8,46
Le personnel hospitalier tient compte des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement	8,44
La courtoisie est une valeur prioritaire et partagée par le personnel de notre unité	8,40
Le patient a l'assurance que nous mettons tout en oeuvre pour bien le soigner	8,29
Nous dispensons toutes et tous des soins infirmiers d'excellente qualité dans notre unité	8,26
Nous privilégions toutes et tous l'attention envers chaque personne dans notre unité	7,94
Nous aidons le patient concernant les suites de son hospitalisation (soutien, suivi du traitement, démarches administratives,...)	7,88
Nous dispensons toutes et tous des soins médicaux d'excellente qualité dans notre unité	7,88
A sa sortie, chaque patient reçoit une information claire sur les suites de son hospitalisation	7,82
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	7,78
Lorsque le patient doit attendre (le médecin, l'infirmière, un examen,...), le personnel hospitalier lui en donne les raisons	7,51
Nous privilégions la relation entre le patient et son médecin traitant	7,42
Nous programmons autant que possible le déroulement du séjour du patient	7,20
Nous avons le sentiment que les infirmières sont suffisamment disponibles pour le patient	6,91
Nous avons le sentiment que les médecins sont suffisamment disponibles pour le patient	6,26
Nous avons l'occasion et le temps de discuter avec chaque patient qui en a besoin, qu'il l'exprime ou non	6,00
Nous collaborons avec des bénévoles dans notre unité	5,91
Les services (examen, visite, opération,...) sont prestés au moment précis où ils étaient prévus	5,62
Nous organisons l'accueil des visiteurs selon leurs besoins (horaire, lieu,...)	5,45

**Tableau XI.8. : Récapitulatif des 23 indicateurs – Médecins et infirmières**

Un indicateur global a permis aux médecins et infirmières d'exprimer leur perception de la qualité du service offert aux patients hospitalisés dans leur unité. Les résultats observés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Globalement, nous pensons offrir un service de qualité aux patients hospitalisés dans notre unité	86	5,00	10,00	8,00	1,0847

**Tableau XI.9. : Qualité de service offert – Médecins et infirmières**

Le score moyen de qualité de service offert est de 8 sur 10. Les réponses varient entre 5/10 et 10/10, avec un écart-type faible cependant.

#### 1.4. La régression multiple : la qualité de service offert et les indicateurs de mesure

La régression multiple permet d'étudier la relation entre une variable dépendante (la qualité de service offert) et un ensemble de variables indépendantes (les 23 indicateurs). Il s'agit de trouver quels indicateurs vont permettre d'estimer le plus précisément possible la variable dépendante ainsi que la valeur des paramètres des indicateurs retenus.

$$Y = a + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k + e$$

avec Y = la variable indépendante  
a = constante  
Xi = les variables dépendantes  
βi = les paramètres fixes des variables dépendantes  
k = nombre de variables dépendantes  
e = erreur résiduelle

**Tableau XI.10. : Equation d'une régression multiple**

##### **1.4.1. Résultats de la régression**

Vu le nombre élevé d'indicateurs, nous utilisons la méthode de régression pas à pas (stepwise regression). Nous avons choisi la régression pas à pas

ascendante. C'est une méthode itérative consistant à sélectionner à chaque étape la variable explicative maximisant le coefficient de détermination  $R^2$  de la variable avec toutes les variables sélectionnées aux étapes précédentes et la nouvelle variable choisie, tant que l'apport marginal de cette dernière est significatif (Tenenhaus, 1994).

Le résultat de la régression nous permet de conserver seulement 4 indicateurs sur les 23 présentés initialement, à savoir :

- le personnel hospitalier tient compte des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement (I1);
- nous nous efforçons de réserver un accueil chaleureux à chaque patient (I2) ;
- nous avons le sentiment que les infirmières sont suffisamment disponibles pour le patient (I3) ;
- le patient a l'assurance que nous mettons tout en œuvre pour bien le soigner (I4).

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression		1	24,545	27,37	,000
	Residual	74,443	83	,897		
	Total	98,988	84			
2	Regression	39,127	2	19,563	26,80	,000
	Residual	59,861	82	,730		
	Total	98,988	84			
3	Regression	45,717	3	15,239	23,17	,000
	Residual	53,271	81	,658		
	Total	98,988	84			
4	Regression	49,799	4	12,450	20,25	,000
	Residual	49,189	80	,615		
	Total	98,988	84			

**Tableau XI.11. : Résultats de la régression pas à pas – Qualité de service offert**

Le tableau ci-dessus montre l'évolution des résultats lorsque les quatre indicateurs sont intégrés un à un dans le modèle de régression. Le premier modèle comprend uniquement l'indicateur I1, le modèle 2 les indicateurs I1 et I2, et ainsi de suite jusqu'au modèle 4 pour lequel plus aucun indicateur ne peut venir améliorer le résultat de la régression. Le tableau ci-dessous

indique l'évolution des coefficients de corrélation et de détermination multiple R, R<sup>2</sup>, R<sup>2</sup> ajusté pour chacun des modèles.

Model	R	R Square	Adjusted R Square
1	,498	,248	,239
2	,629	,395	,381
3	,680	,462	,442
4	,709	,503	,478

**Tableau XI.12. : Coefficients de corrélation  
et de détermination de la régression**

L'estimation de la qualité du modèle (R<sup>2</sup> ajusté) est de 48% avec un test en F relatif d'une valeur de 20,25. Ceci souligne bien la pertinence du modèle présenté de qualité de service offert avec les 4 indicateurs retenus.

La régression liant la qualité de service offert aux indicateurs est donc représentée par l'équation suivante :

$$Q.S.O. = 1,601 + 0,307 I1 + 0,174 I2 + 0,123 I3 + 0,178 I4 \text{ (avec constante)}$$

ou

$$Q.S.O. = 0,334 I1 + 0,258 I2 + 0,272 I3 + 0,227 I4 \text{ (sans constante)}$$

avec Q.S.O. la qualité de service offert  
I1, I2, I3, I4 les 4 indicateurs retenus

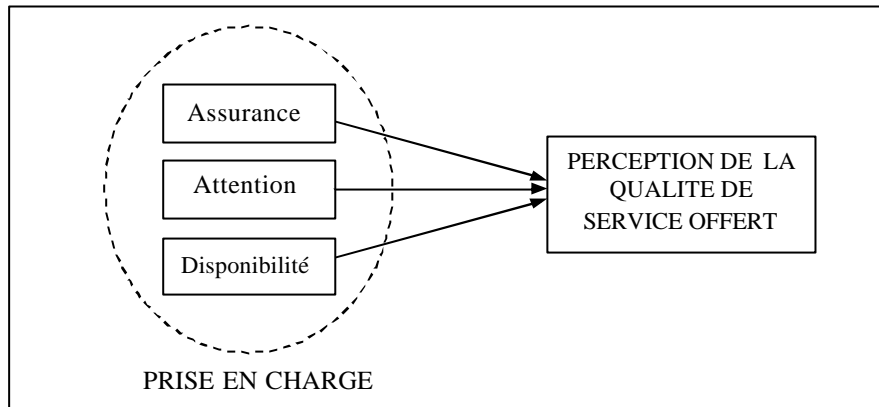
*Tableau XI.13. : Régression - Qualité de service offert*

Selon ces deux régressions significatives, I1 (« Le personnel hospitalier tient compte des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement ») est l'indicateur qui a le plus de poids dans la relation, suivi par I4 (« Le patient a l'assurance que nous mettons tout en œuvre pour bien le soigner ») ou I2 (« Nous nous efforçons de réserver un accueil chaleureux à chaque patient ») selon la régression privilégiée, et enfin I3 (« Nous avons le sentiment que les infirmières sont suffisamment disponibles »).

#### **1.4.2. Comparaison entre les modèles de qualité perçue et qualité offerte**

Bien que les techniques statistiques aient été différentes pour obtenir le modèle de qualité perçue par les patients (Chapitre 8) et le modèle de qualité offerte par le personnel hospitalier, il nous apparaît intéressant de comparer

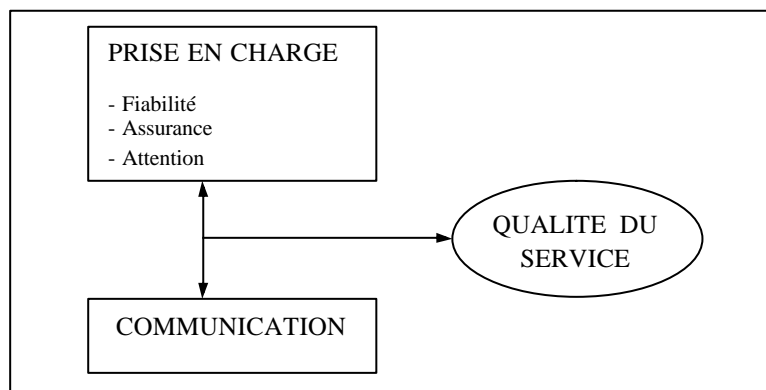
les composantes et indicateurs sur lesquels chaque groupe de répondants s'est appuyé pour évaluer la qualité du service. Nous pouvons modéliser la perception de la qualité de service offert de la façon suivante.



**Figure XI. 1. : Modélisation de la qualité de service offert –Personnel hospitalier**

La qualité de service offert exprimée par le personnel hospitalier et modélisée par la régression multiple, dépend de 4 indicateurs. Ces indicateurs font partie des composantes théoriques d'assurance (I1 et I4), d'attention (I2) et de disponibilité (I3).

La qualité perçue du service exprimée par les patients et modélisée par les équations structurelles et l'effet médiateur (cfr chapitre 8), dépend des composantes de prise en charge et de communication présentées dans le graphe suivant.



*Figure XI.2. : Qualité perçue du service - Patient*



Si nous intégrions les indicateurs retenus dans la régression multiple de qualité de service offert (I1, I2, I3, I4) dans le modèle de qualité perçue du service par les patients, les quatre indicateurs feraient partie de la composante « prise en charge » de ce modèle. En effet, les indicateurs d'assurance (I1 et I4) et d'attention (I2) en font directement partie alors que l'indicateur de disponibilité des infirmières (I3) a été répertorié empiriquement dans cette même composante (cfr Analyse en composantes principales, Chapitre 8), même s'il n'a pas été conservé *in fine*.

Par ailleurs, si nous intégrions ces quatre indicateurs dans notre modèle révisé de gestion de qualité perçue (Chapitre 10), ils feraient tous partie de la composante de qualité technique.

Sans exclure l'intérêt des autres dimensions de la qualité perçue du service, le personnel hospitalier n'intègre pas ou très peu les indicateurs de ces composantes dans l'évaluation de la qualité du service offert aux patients. Les prestataires et bénéficiaires des services hospitaliers n'utilisent pas les mêmes indicateurs pour évaluer la qualité du service. Cette divergence de vue entre le personnel hospitalier et les patients nous paraît fondamentale. Dans un souci d'orientation vers le patient et d'amélioration du service hospitalier, le personnel hospitalier va très probablement favoriser la composante qu'il pense être celle qui lui permet d'améliorer sa qualité de service offert, la prise en charge du patient (qualité technique). Cependant, dans l'esprit du patient, la qualité perçue du service est également conditionnée par la communication (qualité relationnelle). Si l'objectif de l'hôpital et de l'unité de soins est d'adopter un comportement centré sur le patient, il devra accepter la prise en compte de cette composante supplémentaire et, *a fortiori*, tenter d'en élever le niveau actuel.

#### 1.5. L'analyse de la variance : comparaison des indicateurs par type d'unité, par profession et par type de clinique

Tout au long de la présentation des résultats par composante, nous avons relevé des écart-types élevés pour un grand nombre d'indicateurs, signe de divergences d'opinion entre les répondants. Afin de mieux percevoir ces divergences, nous procédons dans cette section à des analyses de variance (ANOVA) avec comparaison des moyennes, sur base de trois critères distinctifs : le type d'unité de soins des répondants, leur profession et le type d'hôpital dans lequel ils travaillent. Nous reprenons par critère les indicateurs pour lesquels il existe une différence significative.

##### **1.5.1. Comparaison par type d'unité de soins**

Les indicateurs pour lesquels il existe une différence significative entre les trois types d'unité de soins répertoriés (maternité, médecine, chirurgie) sont présentés dans le tableau de la page suivante. Commentons ces résultats :

- la collaboration avec des bénévoles est très rare dans les unités de maternité, plus importantes en médecine et en chirurgie sans pour autant que cela ne soit une généralité dans ces deux types d'unité. L'écart-type élevé de cet indicateur par unité ne nous permet certainement pas de généraliser une pratique des unités ;

		N	Mean	Std. Deviation	ANOVA
Nous collaborons avec des bénévoles dans notre unité	Chirurgie	28	7,04	3,7563	Significatif
	Médecine	36	6,19	4,0343	
	Maternité	21	3,90	4,0731	
	Total	85	5,91	4,0901	
Nous avons le sentiment que les médecins sont suffisamment disponibles pour le patient	Chirurgie	28	4,86	2,8115	Significatif
	Médecine	36	6,47	2,1579	
	Maternité	22	7,68	1,7289	
	Total	86	6,26	2,5214	
Nous avons le sentiment que les infirmières sont suffisamment disponibles pour le patient	Chirurgie	28	7,04	2,4264	Significatif
	Médecine	37	6,11	2,5142	
	Maternité	22	8,09	1,3770	
	Total	87	6,91	2,3656	
Nous nous efforçons de réserver un accueil chaleureux à chaque patient	Chirurgie	28	9,07	1,0157	Significatif
	Médecine	37	8,00	1,4907	
	Maternité	22	8,77	2,0915	
	Total	87	8,54	1,5980	
Nous veillons toutes et tous à respecter l'intimité et la pudeur de chaque patient dans notre unité	Chirurgie	28	8,89	1,1001	Significatif
	Médecine	37	7,89	1,8676	
	Maternité	22	8,86	1,2834	
	Total	87	8,46	1,5760	
Le personnel hospitalier tient compte des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement	Chirurgie	28	8,86	1,0079	Significatif
	Médecine	37	8,08	1,1874	
	Maternité	21	8,52	1,2091	
	Total	86	8,44	1,1743	
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	Chirurgie	28	7,89	1,5949	Significatif
	Médecine	37	7,24	1,9207	
	Maternité	22	8,55	1,2622	
	Total	87	7,78	1,7349	
Lorsque le patient doit attendre (le médecin, l'infirmière, un examen,...), le personnel hospitalier lui en donne les raisons	Chirurgie	28	8,04	1,6212	Significatif
	Médecine	37	6,73	1,9529	
	Maternité	22	8,14	1,4572	
	Total	87	7,51	1,8418	

**Tableau XI.14. : Indicateurs par type d'unité - ANOVA**

- la disponibilité des médecins et infirmières semble plus grande dans les unités de maternité que dans les deux autres types d'unité. Une explication possible vient d'un taux d'occupation généralement inférieur

en maternité, ce qui peut laisser plus de temps au personnel pour s'occuper des patients présents. La disponibilité des médecins en chirurgie apparaît comme insuffisante. Celle des infirmières est la plus faible dans les unités de médecine ;

- l'accueil chaleureux du patient est dans l'ensemble bien évalué par les médecins et infirmières des trois types d'unité. Il est cependant supérieur en chirurgie et en maternité. La moindre disponibilité des infirmières en médecine peut être un élément d'explication ;
- le résultat concernant le respect de l'intimité et de la pudeur du patient ainsi que la prise en compte des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement sont assez similaires, avec toutefois un résultat inférieur en médecine;
- concernant les deux indicateurs de communication, les résultats sont supérieurs en maternité, ce qui confirme les résultats exprimés par les patientes de ces unités. Le personnel des unités de médecine reconnaît un niveau de communication inférieur aux deux autres types d'unité ;
- nous n'enregistrons aucune différence significative à propos des indicateurs liés à la composante théorique de fiabilité.

Malgré un résultat légèrement inférieur dans les unités de médecine, les scores moyens de qualité perçue du service offert par le personnel ne sont pas significativement différents entre les trois types d'unité. Ceci peut s'expliquer en partie par notre analyse de régression qui montre la seule prise en compte significative d'indicateurs de prise en charge du patient dans le calcul de ce score de qualité.

### **1.5.2. Comparaison par profession**

Nous avons souhaité savoir si médecins et infirmières ont une vision semblable ou non des services offerts aux patients. Nous reprenons dans le tableau suivant les indicateurs sur lesquels il existe une différence significative entre les deux professions.

		N	Mean	Std. Deviation	ANOVA
Nous avons le sentiment que les médecins sont suffisamment disponibles pour le patient	Médecin	38	6,87	2,4842	Significatif
	Infirmière	48	5,77	2,4689	
	Total	86	6,26	2,5214	
Nous veillons toutes et tous à respecter l'intimité et la pudeur de chaque patient dans notre unité	Médecin	38	8,05	1,8737	Significatif
	Infirmière	49	8,78	1,2292	
	Total	87	8,46	1,5760	
Nous dispensons toutes et tous des soins médicaux d'excellente qualité dans notre unité	Médecin	37	8,24	1,2781	Significatif
	Infirmière	48	7,60	1,5262	
	Total	85	7,88	1,4509	
Nous programmons autant que possible le déroulement du séjour du patient	Médecin	38	7,97	1,6683	Significatif
	Infirmière	49	6,59	2,3266	
	Total	87	7,20	2,1665	
Nous privilégions la relation entre le patient et son médecin traitant	Médecin	38	7,42	2,1514	Significatif
	Infirmière	41	1,83	2,7009	
	Total	79	4,52	3,7206	

**Tableau XI.15. Indicateurs par profession - ANOVA**

Détaillons quelque peu les résultats obtenus :

- les infirmières sont plus critiques à l'égard des médecins concernant leur disponibilité et la qualité des soins dispensés. Il est évident que la disponibilité des médecins en terme de présence dans l'unité des soins est inférieure à celle des infirmières. Il est possible que cette plus faible disponibilité ait une influence sur la qualité des soins médicaux aux yeux des infirmières. Selon les commentaires recueillis lors de ces enquêtes en face à face, cette critique la part des infirmières vient d'une vision globale de la notion de qualité, par opposition à l'aspect purement technique de la profession, qui n'est pas remise en cause. C'est le manque de disponibilité, de communication et d'esprit d'équipe de la part des médecins que les infirmières ont tendance à souligner;
- la programmation du déroulement du séjour du patient semble mieux réalisée par les médecins qui en ont d'ailleurs le pouvoir de décision ;
- la relation au médecin traitant est privilégiée par le médecin hospitalier qui s'adresse à un confrère, ce qui n'est pas repris dans les tâches des infirmières ;

- enfin, l'intimité et la pudeur du patient semblent mieux respectées par les infirmières que par les médecins. Dans l'étude auprès des patients, nous avons remarqué que les femmes étaient plus sensibles à cet indicateur. Nous pouvons supposer que le métier d'infirmier rempli essentiellement par des femmes fait qu'elles y soient également plus sensibles.

Même si le résultat des infirmières est légèrement inférieur à celui des médecins concernant le score moyen de qualité perçue de service offert, nous n'enregistrons pas de différence significative entre les deux professions.

### **1.5.3. Comparaison par type de clinique**

Nous avons étudié les différences parmi les indicateurs en choisissant le type de clinique comme critère de comparaison. Parmi les cliniques dans lesquelles nous avons réalisé notre enquête auprès des médecins et infirmières, nous avons identifié trois types de clinique : la clinique de « proximité », la clinique « moyenne » et la clinique « universitaire » (cfr chapitre 7). Rappelons toutefois le caractère non représentatif de notre échantillon d'un point de vue statistique. Nous présentons les indicateurs sur lesquels nous avons observé une différence significative dans le tableau de la page suivante.

Quels sont les différences observées ?

- La collaboration avec les bénévoles semble être une pratique moins courante dans les cliniques « de proximité » que dans les autres types de clinique.
- Médecins et infirmières semblent être moins disponibles dans les cliniques « universitaires » que dans les autres types de clinique.
- L'information au patient concernant les suites de l'hospitalisation et sa sortie semble moins bonne dans les cliniques « universitaires » qu'ailleurs, ce qui peut être mis en relation avec la disponibilité moindre du personnel hospitalier.
- L'aide concernant les suites de l'hospitalisation (soutien, suivi du traitement, démarches administratives,...) semble moins bonne dans les cliniques de « proximité ».

		N	Mean	Std. Deviation	ANOVA
Nous collaborons avec des bénévoles dans notre unité	Clinique de proximité	19	3,42	4,1408	Significatif
	Clinique moyenne	54	6,70	3,7899	
	Clinique universitaire	12	6,25	4,0704	
	Total	85	5,91	4,0901	
Nous avons le sentiment que les médecins sont suffisamment disponibles pour le patient	Clinique de proximité	19	6,00	3,0000	Significatif
	Clinique moyenne	55	6,85	2,0131	
	Clinique universitaire	12	3,92	2,5746	
	Total	86	6,26	2,5214	
Nous avons le sentiment que les infirmières sont suffisamment disponibles pour le patient	Clinique de proximité	20	7,30	1,8946	Significatif
	Clinique moyenne	55	7,15	2,3207	
	Clinique universitaire	12	5,17	2,6912	
	Total	87	6,91	2,3656	
A sa sortie, chaque patient reçoit une information claire sur les suites de son hospitalisation	Clinique de proximité	20	7,40	2,1374	Significatif
	Clinique moyenne	55	8,27	1,3396	
	Clinique universitaire	12	6,42	2,2747	
	Total	87	7,82	1,8013	
Nous aidons le patient concernant les suites de son hospitalisation (soutien, suivi du traitement, démarches administratives,...)	Clinique de proximité	20	6,70	2,8116	Significatif
	Clinique moyenne	54	8,19	1,7812	
	Clinique universitaire	12	8,50	1,0871	
	Total	86	7,88	2,0831	

**Tableau XI.16. Indicateurs par type de clinique**

Nous n'identifions pas de différence significative dans le score moyen de qualité de service offert parmi les trois types de clinique.

## **2. Comparaison service rendu/service perçu**

Un des intérêts de l'enquête auprès du personnel hospitalier est de pouvoir comparer la qualité de service offert (ou rendu) par le personnel à la qualité du service perçu par le patient.

### **2.1. Comparaison générale**

Dans un premier temps, nous allons comparer les indicateurs de qualité de service mesurés, d'une part, auprès des patients et, d'autre part, auprès du personnel. Cette première comparaison, très générale, a pour but de nous informer sur les tendances moyennes liées à l'analyse de la qualité de service :

- si l'écart est positif entre l'indicateur évalué par le patient et le même indicateur évalué par le personnel hospitalier, cela signifie que le service perçu par le patient est mieux apprécié que le service rendu dans l'esprit du personnel hospitalier. Il y a ce que nous appellerons une « sur-qualité » du service rendu par rapport au service perçu ;
- par contre, si l'écart est négatif, le service perçu est jugé inférieur au service rendu. Il y a ce que nous appellerons une « sous-qualité » du service rendu. Ce deuxième écart est plus inquiétant car il signifie que le personnel a l'impression d'offrir un service de qualité supérieure à ce qu'il n'est en réalité apprécié par le patient.

Nous présentons l'ensemble des résultats dans le tableau suivant par composante, en indiquant les moyennes observées auprès du personnel hospitalier, les moyennes observées auprès des patients ainsi que l'écart-type de l'indicateur mesuré chez les patients. Sont repris sur fond gris les indicateurs pour lesquels nous identifions une sous-qualité du service ou s'il la sur-qualité est faible et que le risque de sous-qualité existe, selon les variations autour de la moyenne des résultats observés.

Ainsi, si la moyenne mesurée auprès du personnel hospitalier n'est pas inférieure d'au moins une unité par rapport à la moyenne observée chez les patients, nous apprécions la valeur de l'écart-type en fonction de la différence entre les deux moyennes pour conclure au risque de « sous-qualité » selon la règle suivante :

- si l'écart entre les moyennes est compris entre 0 et 0,5, nous mentionnons un risque d'inflation si l'écart-type est supérieur à 1,35 ;
- si l'écart entre les moyennes est compris entre 0,5 et 1, nous mentionnons un risque d'inflation si l'écart-type est supérieur à 1,5.



	Moyenne - Personnel hospitalier	Moyenne – Patients	Ecart -type – Patients
<b>DISPONIBILITE</b>			
Nous offrons une assistance (sociale, religieuse, laïque,...) au patient s'il le désire	9,57	8,21	2,01
Nous collaborons avec des bénévoles dans notre unité	5,91	7,84	2,43
Nous avons le sentiment que les médecins sont suffisamment disponibles pour le patient	6,26	8,20	2,00
Nous avons le sentiment que les infirmières sont suffisamment disponibles pour le patient	6,91	8,50	1,91
<b>ATTENTION</b>			
Nous nous efforçons de réserver un accueil chaleureux à chaque patient	8,54	9,09	1,45
La courtoisie est une valeur prioritaire et partagée par le personnel de notre unité	8,40	9,22	1,24
Nous privilégions toutes et tous l'attention envers chaque personne dans notre unité	7,94	8,95	1,53
<b>ASSURANCE</b>			
Dans la mesure du possible, nous essayons de rassurer le patient	8,94	-	
Nous veillons toutes et tous à respecter l'intimité et la pudeur de chaque patient dans notre unité	8,46	8,85	1,58
Le personnel hospitalier tient compte des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement	8,44	8,55	1,72
Nous nous préoccupons toujours prioritairement de soulager les douleurs du patient	8,66	9,06	1,39
Le patient a l'assurance que nous mettons tout en œuvre pour bien le soigner	8,29	9,18	1,23
<b>FIABILITE</b>			
Nous dispensons toutes et tous des soins médicaux d'excellente qualité dans notre unité	7,88	9,20	1,13
Nous dispensons toutes et tous des soins infirmiers d'excellente qualité dans notre unité	8,26	9,15	1,24
Les services (examen, visite, opération,...) sont prestés au moment précis où ils étaient prévus	5,62	8,54	1,96
Nous programmons autant que possible le déroulement du séjour du patient	7,20	8,94	1,63
<b>COMMUNICATION</b>			
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	7,78	8,51	1,96
Lorsque le patient doit attendre (le médecin, l'infirmière, un examen,...), le personnel hospitalier lui en donne les raisons	7,51	7,79	2,39
Nous avons l'occasion et le temps de discuter avec chaque patient qui en a besoin, qu'il l'exprime ou non	6,00	-	
A sa sortie, chaque patient reçoit une information claire sur les suites de son hospitalisation	7,82	8,79	1,74

	Moyenne - Personnel hospitalier	Moyenne – Patients	Ecart -type – Patients
<b>EXTERIORITE</b>			
Nous organisons l'accueil des visiteurs selon leurs besoins (horaire, lieu,...)	5,45	8,46	1,97
Nous privilégions la relation entre le patient et son médecin traitant	7,42	7,92	2,60
Nous aidons le patient concernant les suites de son hospitalisation (soutien, suivi du traitement, démarches administratives,...)	7,88	8,59	1,74

**Tableau XI.19. : Comparaison service rendu – service perçu**

Tant la sur-qualité que la sous-qualité sont nuisibles pour l'institution. Cependant, le danger lié à la sous-qualité provient du risque pour l'institution et le personnel hospitalier de ne pas se rendre compte de l'écart qui existe entre la prestation du service et sa perception par les patients : le personnel a l'impression de bien réaliser le service en question mais les patients le perçoivent différemment. Le danger lié à la sur-qualité peut provenir des efforts et investissements excédentaires que l'institution peut effectuer par rapport aux besoins perçus par le patient. Toutefois, il peut s'agir d'une marge de sécurité pour l'hôpital, voire d'une réponse adéquate à un besoin mal identifié par le patient.

De manière générale, le personnel évalue le service de manière plus exigeante que les patients. Cependant, nous identifions plusieurs indicateurs où le risque de sous-qualité existe ou pourrait exister dans certains hôpitaux ou certaines unités de soins. Que pouvons-nous dire des indicateurs où ce risque existe ?

- **FIABILITE** : la seule composante théorique pour laquelle il n'y a pas de sous-qualité identifiée ou potentielle est la fiabilité. Ce résultat peut être considéré comme la base du service, la condition nécessaire mais non suffisante à une bonne appréciation des services hospitaliers par les patients.
- **DISPONIBILITE** : l'assistance (sociale, religieuse, laïque) est probablement bien présente dans les hôpitaux, étant donné la moyenne observée auprès du personnel hospitalier. La question se pose alors sur la communication de ce service aux patients.
- **ATTENTION** : l'accueil chaleureux réservé à chaque patient est un des indicateurs les plus importants exprimés par les patients (cfr chapitre 9) mais sa perception par les patients dans certaines unités peut être en dessous de ce que le personnel a l'impression d'offrir.

- ASSURANCE : le respect de l'intimité et de la pudeur est un indicateur très subjectif mais sur lequel il ne devrait pas y avoir le moindre risque de sous-qualité de la part du personnel hospitalier. Certains patients nous parlent du « viol en permanence » de cette intimité. Quel sentiment leur reste-t-il après une telle affirmation ? Il n'est pas difficile de comprendre que ces patients se sentent devenir des objets ou des numéros à l'hôpital.

La prise en compte des remarques du patient ne peut pas toujours être assurée par le personnel hospitalier mais cela devrait alors, dans la mesure du possible, être expliquée. Ne pas pouvoir répondre à toutes les attentes du patient est une chose, ne pas l'expliquer en est une autre. Cela peut en changer considérablement la perception : de la frustration à la compréhension, il n'y a parfois que quelques mots si importants.

Le soulagement de la douleur fait actuellement l'objet de nombreuses études afin de mieux en connaître les mécanismes et la prise en charge. A nouveau, la part de subjectivité dans la perception de la douleur est très importante mais elle doit être humainement respectée.

- COMMUNICATION : l'information concernant l'hospitalisation et le traitement présente également ce risque d'inflation très compréhensible : le personnel hospitalier qui a l'impression d'informer à longueur de journées des dizaines de patients, a une vision très différente du patient qui a reçu quelques informations de la part d'une ou deux personnes, et qu'il a essayé de décoder et de structurer par rapport à ses référents. L'information claire concernant les suites de l'hospitalisation connaît le même problème. Les disponibilités réduites du personnel en sont probablement des éléments d'explication.

Le manque d'information en cas d'attente est un autre problème de communication qui doit probablement être expliqué tout différemment. Ce genre d'information n'existe pas assez car elle est moins inscrite dans la culture hospitalière : on ne peut pas répondre facilement à la question du temps d'attente, ni à ses motivations. Pourtant, ce genre d'information procure au patient un sentiment radicalement différent concernant l'attente et l'anxiété que cela peut lui procurer. En dehors des problèmes de ponctualité et de mauvaise organisation, les effets des retards inhérents à la nature de l'activité hospitalière pourraient parfois être diminués par de simples avertissements aux patients.

- EXTERIORITE : la relation entre le patient et le médecin traitant semble fortement dépendre de la pathologie du patient et de la relation du médecin hospitalier avec ses confrères généralistes.

L'aide concernant les suites de l'hospitalisation du patient est une activité qui se développe de plus en plus au sein des services sociaux de l'hôpital. Nous avons vu que ces services ne sont pas développés dans tous les hôpitaux de la même façon.

Nous ne voudrions pas que seuls les indicateurs où le risque de sous-qualité existe, soient pris en considération. Nous avons voulu insister sur ces indicateurs car plus que les autres, ils présentent le danger d'être négligés par l'organisation hospitalière. Cependant, remarquons également le faible niveau des indicateurs de disponibilité et d'extériorité en général, de prestations des services au moment où ils étaient prévus,... à la différence près que le personnel hospitalier semble être averti de ces faiblesses.

## 2.2. Comparaison par type d'unité

Dans cette section, nous comparons les moyennes des indicateurs par type d'unité. Pour cela, nous prenons dans chaque type d'unité de soins retenu, l'unité la mieux appréciée et l'unité la moins bien appréciée par les patients en terme de qualité perçue du service (résultat global). Une fois ces deux unités repérées, nous comparons les moyennes observées par indicateur auprès du personnel et auprès des patients. L'unité la mieux appréciée par les patients est représentée par le sigle '☺', l'unité la moins appréciée par les patients est représentée par le sigle '☹'. Nous regroupons sous le même tableau les appréciations moyennes du personnel hospitalier et des patients à propos de ces services. Lorsque nous comparons les indicateurs, nous indiquons sur fond gris l'indicateur dont la moyenne est la plus élevée pour chaque catégorie de répondants.

### **2.2.1. Maternité**

Nous présentons dans le tableau suivant les indicateurs de qualité de service pour l'unité de maternité la mieux appréciée et la moins appréciée par les patients. Nous comparons les moyennes des indicateurs par type de répondants : le personnel hospitalier et les patients.

Concernant la maternité, la différence est sensible entre les deux unités retenues, tant du côté de la qualité perçue du service rendu par le personnel hospitalier que du côté de la qualité perçue du service par le patient. Nous apprécions les résultats en termes de disponibilité du personnel, de l'accueil, de la courtoisie du personnel, de l'attention personnalisée envers chaque patient, de la qualité des soins et de tous les indicateurs de communication.

Ces résultats conduisent cette unité à être en définitive l'unité la mieux appréciée de toutes les unités de notre enquête, alors que la clinique dans laquelle elle est située, n'est pas bien classée en terme de satisfaction des patients. Ceci tend à prouver que la qualité perçue d'une unité ne dépend pas nécessairement de l'hôpital dans laquelle elle est située.

	Personnel hospitalier		Patients	
	Maternité ☺	Maternité ☹	Maternité ☺	Maternité ☹
Assistance (sociale, religieuse, laïque,...)	10,00	10,00	8,33	7,39
Collaboration avec des bénévoles	1,67	6,00	7,57	6,56
Disponibilité des médecins	9,33	8,33	9,06	7,78
Disponibilité des infirmières	9,00	8,67	8,83	8,42
Accueil chaleureux à chaque patient	9,33	8,67	9,72	9,29
La courtoisie du personnel de notre unité	9,33	8,67	9,68	9,06
Attention personnalisée envers chaque patient	9,00	8,00	9,29	8,88
Prise en compte des remarques du patient	9,33	8,00	9,12	8,36
Respect de l'intimité et de la pudeur du patient	8,67	9,33	9,14	8,45
Soulagement des douleurs du patient	9,00	9,00	9,31	9,08
Assurance de mise en œuvre complète pour bien soigner le patient	10,00	8,33	9,52	9,03
Qualité des soins médicaux	9,33	8,33	9,12	9,04
Qualité des soins infirmiers	9,00	8,33	9,58	9,10
Prestation des services (examen, visite, opération,...) aux moments prévus	6,67	7,00	8,55	8,46
Programmation du déroulement du séjour	6,33	9,00	9,09	9,07
Information claire concernant l'hospitalisation et le traitement du patient	9,33	9,00	9,14	8,62
Explication en cas d'attente	9,67	7,00	8,16	7,27
Temps et occasion de discuter avec le patient	8,00	7,00	9,53	8,78
Information claire concernant les suites de l'hospitalisation (sortie du patient)	9,00	8,33	9,42	8,57
Préoccupations des visiteurs	4,33	6,67	8,04	7,97
Relation patient – médecin traitant	2,67	2,33	8,96	7,74
Aide à la sortie (soutien, suivi du traitement, démarches, administratives,...)	5,67	8,33	8,85	8,22

**Tableau XI.20. : Comparaison des moyennes des indicateurs de qualité de service - Maternité**

Les résultats de cette unité nous incitent à développer la technique de « benchmarking », peu utilisée en milieu hospitalier, pour améliorer la qualité de service des autres unités de maternité.

### 2.2.2. Médecine

Les résultats observés pour les deux unités de médecine retenues sont présentés dans le tableau de la page suivante.

Concernant les indicateurs cotés par le personnel hospitalier, la plupart d'entre eux sont mieux évalués dans le chef du personnel de l'unité la mieux appréciée. Seuls les indicateurs de programmation du déroulement du séjour, de possibilité de discuter avec le patient et de volonté de tout mettre en œuvre pour bien soigner le patient, sont très légèrement inférieurs dans le chef de cette unité.

	Personnel Hospitalier		Patients	
	Médecine ☺	Médecine ☹	Médecine ☺	Médecine ☹
Assistance (sociale, religieuse, laïque,...)	10,00	10,00	8,79	8,70
Collaboration avec des bénévoles	3,75	2,67	7,21	9,30
Disponibilité des médecins	8,75	4,67	8,65	8,36
Disponibilité des infirmières	6,00	6,00	8,54	8,70
Accueil chaleureux à chaque patient	8,75	6,00	8,85	8,81
La courtoisie du personnel de notre unité	9,00	6,33	9,39	9,54
Attention personnalisée envers chaque patient	8,25	6,67	9,26	8,79
Prise en compte des remarques du patient	8,50	7,67	8,74	9,33
Respect de l'intimité et de la pudeur du patient	7,75	7,00	8,20	8,58
Soulagement des douleurs du patient	7,50	7,33	9,06	9,66
Assurance de mise en œuvre complète pour bien soigner le patient	7,50	7,67	9,17	9,18
Qualité des soins médicaux	8,50	7,00	9,40	9,31
Qualité des soins infirmiers	8,50	8,00	9,31	9,00
Prestation des services (examen, visite, opération,...) aux moments prévus	5,50	4,33	8,67	8,61
Programmation du déroulement du séjour	4,50	6,00	9,00	8,74
Information claire concernant l'hospitalisation et le traitement du patient	7,75	4,33	8,53	7,61
Explication en cas d'attente	6,75	6,33	7,90	7,94
Temps et occasion de discuter avec le patient	6,00	6,50	9,08	9,16
Information claire concernant les suites de l'hospitalisation (sortie du patient)	7,50	4,67	8,55	8,42
Préoccupation des visiteurs	7,00	3,50	8,48	8,38
Relation patient – médecin traitant	6,00	3,33	8,71	9,40
Aide à la sortie (soutien, suivi du traitement, démarches, administratives,...)	8,00	3,67	8,12	9,14

**Tableau XI.21. : Comparaison des moyennes des indicateurs de qualité de service - Médecine**

Du côté des patients, les indicateurs les mieux cotés sont davantage répartis entre les deux unités, avec malgré tout un avantage du côté de l'unité la mieux appréciée, principalement concernant les indicateurs purement médicaux et de communication.

### 2.2.3. Chirurgie

Les résultats observés en chirurgie et présentés dans le tableau de la page suivante, sont radicalement différents. Concernant la perception du service rendu, la grande majorité des indicateurs sont mieux évalués par le personnel de l'unité de soins la moins bien appréciée par les patients. A l'inverse concernant le service perçu, la totalité des indicateurs sont mieux cotés dans le chef des patients de l'unité la mieux appréciée. Nous assistons typiquement à un cas de «myopie » de la part de l'unité de chirurgie la moins appréciée de notre échantillon puisque, excepté deux indicateurs, les moyennes des indicateurs de cette unité sont tous supérieurs ou égaux aux indicateurs de l'unité la mieux appréciée par les patients ; sans que l'on ne puisse prétendre que ce soit l'unité la mieux appréciée qui dévalorise ses prestations.

	Personnel Hospitalier		Patients	
	Chirurgie ☺	Chirurgie ☹	Chirurgie ☺	Chirurgie ☹
Assistance (sociale, religieuse, laïque,...)	9,75	10,00	8,86	7,88
Collaboration avec des bénévoles	9,00	6,75	9,14	6,94
Disponibilité des médecins	6,50	7,00	8,75	7,95
Disponibilité des infirmières	7,00	8,50	8,64	7,82
Accueil chaleureux à chaque patient	8,25	9,75	9,30	8,98
La courtoisie du personnel de notre unité	8,00	9,50	9,26	9,05
Attention personnalisée envers chaque patient	8,50	8,75	9,11	8,66
Prise en compte des remarques du patient	8,25	9,75	8,84	8,33
Respect de l'intimité et de la pudeur du patient	8,75	9,75	9,36	8,69
Soulagement des douleurs du patient	8,25	9,50	9,32	9,11
Assurance de mise en œuvre complète pour bien soigner le patient	8,00	8,00	9,24	8,97
Qualité des soins médicaux	8,25	8,50	9,21	9,07
Qualité des soins infirmiers	8,25	8,50	9,29	9,00
Prestation des services (examen, visite, opération,...) aux moments prévus	4,25	6,25	9,13	8,25
Programmation du déroulement du séjour	8,00	9,00	9,33	8,79
Information claire concernant l'hospitalisation et le traitement du patient	7,50	9,25	8,97	8,24
Explication en cas d'attente	7,50	10,00	8,59	7,43
Temps et occasion de discuter avec le patient	6,50	7,75	8,72	8,38
Information claire concernant les suites de l'hospitalisation (sortie du patient)	8,75	9,75	9,27	8,63
Préoccupation des visiteurs	6,00	5,50	8,91	7,58
Relation patient – médecin traitant	3,25	7,50	8,62	7,72
Aide à la sortie (soutien, suivi du traitement, démarches, administratives,...)	7,00	9,75	8,71	8,46

**Tableau XI.22. : Comparaison des moyennes des indicateurs de qualité de service - Chirurgie**

Cette situation est probablement la plus dangereuse car le personnel hospitalier de l'unité la moins appréciée a une image de ses services tout à

fait en décalage avec la perception des patients. Il y a une «inflation» manifeste du service rendu dans le chef du personnel de cette unité (sous-qualité), ce qui n'est absolument pas le cas de l'unité de chirurgie la mieux appréciée. Assurément, il y a un travail de fond conséquent à réaliser pour changer tout d'abord l'opinion du personnel à l'égard de l'appréciation du service qu'il rend et, ensuite, pour analyser les indicateurs sur lesquels il faudrait travailler en priorité pour améliorer le service aux patients.



### **3. Conclusion**

Dans ce chapitre, nous avons étudié les indicateurs de qualité de service du point de vue des médecins et infirmières interrogés dans 24 unités de soins différentes. Nous avons mis en évidence les indicateurs sur lesquels le personnel hospitalier s'appuie pour évaluer la qualité du service offert aux patients. La concentration de ces indicateurs sur la composante de prise en charge (modèle de satisfaction, chapitre 8) ou de qualité technique (modèle de gestion de la qualité perçue, chapitre 10) apparaît comme une divergence importante entre les perceptions du personnel et des patients.

Dans un second temps, nous avons comparé les indicateurs de mesure de qualité de service rendu par le personnel et perçu par les patients. Le risque de sous-qualité liés à certains attributs semble bien réel, ce qui signifie que le personnel a une image perçue de certaines de ses pratiques, supérieure à celle évaluée par les patients qu'elle désert. Enfin, nous avons étudié le cas d'unités de soins les mieux et les moins appréciées par les patients, tant du point de vue de l'offre que de la demande.

Nous profitons encore de cette conclusion pour mentionner que les résultats observés ont une validité scientifique réduite vu la taille restreinte de l'échantillon de nos répondants médecins et infirmières. Cette considération nous incite à proposer nos conclusions comme de nouvelles hypothèses à valider auprès d'un échantillon plus vaste. Nous défendons cependant la valeur empirique des résultats vu la vision d'experts des répondants.

## **CHAPITRE 12:**

### **Analyse de l'offre -**

### **Orientation-marché des hôpitaux et question ouverte aux acteurs**

Dans ce chapitre, nous allons étudier le degré d'orientation-marché des hôpitaux dans lesquels nous avons interrogé les patients, le personnel et les directeurs. Dans un premier temps, nous allons décomposer ce concept d'orientation-marché en ses diverses composantes et commenter les résultats obtenus pour chacune d'entre elles. Dans un second temps, nous agrégerons ces résultats pour les comparer avec la qualité perçue du service par les patients.

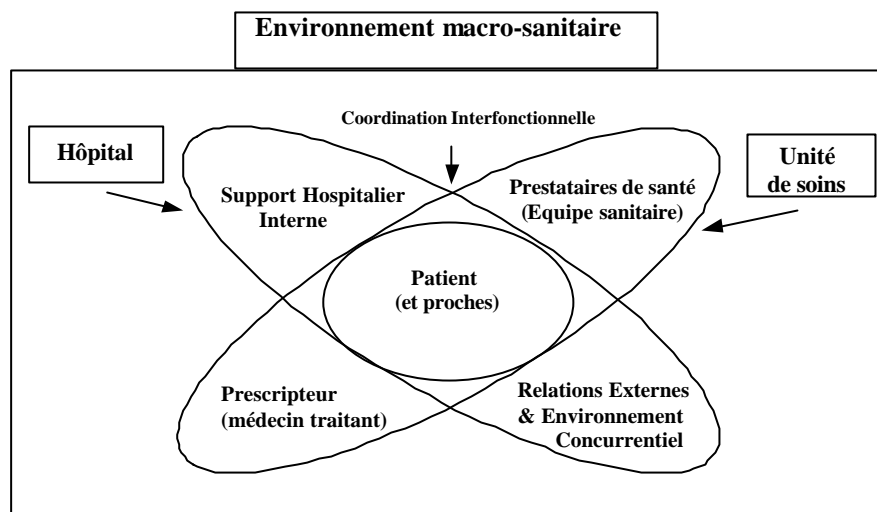
Pour clôturer cette partie d'analyse des résultats, nous présenterons en fin de ce chapitre la question ouverte sur les recommandations que les acteurs hospitaliers nous ont suggérées pour améliorer la qualité du service. Nous commenterons les thèmes propres à chaque catégorie de répondants en renvoyant à une lecture plus approfondie des suggestions retranscrites en annexe.

#### **1. L'orientation-marché dans les hôpitaux**

Le concept d'orientation-marché est apparu assez récemment dans la littérature et dans l'univers de l'entreprise (cfr Chapitre 4). Il est encore peu appliqué dans le secteur hospitalier, seules certaines études pour la plupart américaines en ont fait part. L'objectif de cette section sera dès lors de montrer comment nous adaptons ce concept à la réalité hospitalière, dans le contexte qui nous occupe.

Le modèle conceptuel que nous défendons, basé sur les travaux de Lambin (1994, 1996) et Lambin et Chumpitaz (2000), est représenté par le schéma de la page suivante. Il fait référence aux deux niveaux d'analyse que nous suggérons : l'hôpital et l'unité de soins.

Certaines composantes vont pouvoir se mesurer au niveau général de l'organisation (l'hôpital – « corporate level»), d'autres vont se concentrer sur un niveau plus proche du « terrain » (l'unité de soins – « unit level»). Cette particularité est pour nous applicable dans toute organisation de services qui connaîtrait pareille décentralisation de ses activités.



**Figure XII.1. : Modèle d'orientation-marché adapté aux hôpitaux, inspiré de Lambin (1996)**

Pour mesurer l'orientation-marché, nous avons donc besoin de deux sources d'information :

- les unités de soins : l'enquête auprès des médecins et infirmières nous a permis de mesurer une série d'indicateurs relatifs aux trois composantes liées aux unités de soins, à savoir « l'orientation-prescripteur », « l'orientation-patient (unité) » et « l'équipe sanitaire »;
- l'hôpital: une troisième enquête nous a permis de collecter des informations auprès des directeurs des hôpitaux de l'étude, relatives aux indicateurs des quatre autres composantes de l'orientation-marché, à savoir « l'environnement externe », « l'orientation-patient (clinique) », « le support hospitalier interne » et « la coordination interfonctionnelle ».

### 1.1. L'enquête auprès des directeurs hospitaliers

Après avoir interrogé patients et personnel hospitalier, nous nous sommes intéressés à la vision globale de l'hôpital auprès des trois directeurs qui sont supposés la représenter le mieux : le directeur administratif, le directeur médical et le directeur nursing. L'enquête a porté sur l'analyse et l'action concernant les environnements externe et interne de l'hôpital, la coordination inter-fonctionnelle et intra-hospitalière ainsi que l'évaluation générale des services hospitaliers. Ces informations ont été mesurées à l'aide de 33 propositions pour lesquelles le répondant a donné, individuellement et par écrit, son degré d'accord entre 0 et 10. La note devait refléter le

comportement réel et la pratique quotidienne (par opposition au comportement espéré ou à la pratique idéale) de l'organisation ou de ses membres.

A nouveau, nous n'avons pas cherché à obtenir la représentativité statistique de l'échantillon, mais bien l'information la plus pertinente émanant des personnes les mieux renseignées sur certains concepts d'ouverture au « marché » hospitalier. Pour élaborer notre modèle, nous avons privilégié l'analyse en profondeur à la validation quantitative qui pourra faire l'objet de recherches futures.

Pratiquement, nous avons obtenu le concours de huit hôpitaux pour la partie concernant l'étude de l'offre hospitalière. Un hôpital a fait défaut en cours de recherches en raison de sérieux problèmes internes. Nous avons donc un échantillon de 24 directeurs hospitaliers

## 1.2. Les composantes propres à l'hôpital

### **1.2.1. Environnement externe**

Une des clés du développement de l'hôpital, à l'image de toute organisation qu'elle soit commerciale ou non, dépend selon nous de son ouverture à l'environnement externe. Nous avons tenté d'appréhender cette ouverture à l'aide de 11 indicateurs dont la fiabilité mesurée à l'aide de l'Alpha de Cronbach vaut 0,82. Dans le tableau suivant, nous présentons les moyennes et écart-types concernant l'appréciation de ces 11 indicateurs. Nous les avons classés selon l'ordre décroissant des moyennes enregistrées.

Les résultats montrent que la défense des intérêts de chaque institution par l'intermédiaire de réseaux professionnels, est ce qui se pratique le mieux en milieu hospitalier. Le développement des relations avec les médecins traitants et le partenariat et la collaboration avec d'autres hôpitaux sont également des actions qui semblent assez bien privilégiées.

L'analyse des changements de l'environnement de même que l'analyse de la concurrence sont les points faibles propres à cette composante. En effet, la concurrence semble bien délimitée mais peu analysée dans ses détails. L'évolution de la société et des retombées qu'elle pourrait entraîner sur l'activité hospitalière, apparaît comme le sujet qui préoccupe le moins les hôpitaux, preuve l'hôpital n'est pas une organisation qui s'adapte rapidement à son environnement. Nous remarquons également que le « benchmarking » est une méthode peu utilisée par les hôpitaux, ce qui avait été confirmé par l'étude des unités de soins.

Les variations (écart-types) enregistrées sont pour la plupart assez élevées (supérieures à 2 pour la plupart). Même si la taille de l'échantillon est assez réduite, cela suggère des différences par clinique, que nous étudierons par après.

	N	Mean	Std. Deviation
A.6. Nous défendons le plus possible les intérêts de notre institution par l'intermédiaire de réseaux professionnels	24	7,50	2,0851
A.10. Nous développons le plus possible les relations avec les médecins traitants de la région	24	7,17	1,7856
A.9. Nous développons des accords de partenariat et de collaboration avec d'autres hôpitaux	24	7,04	2,5105
A.2. 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	24	6,96	1,7315
A.1. Nous connaissons bien l'ensemble des hôpitaux de notre région : leur rôle stratégique et politique, leurs objectifs et leur fonctionnement	24	6,88	2,2901
A.7. Le développement de nos activités intègre le contrôle de toutes leurs retombées (écologiques, sociales, légales, médicales, financières,...)	24	6,63	1,7399
A.8. Nous tentons d'anticiper les actions des hôpitaux de la région	24	6,46	2,4134
A.3. Nous sommes en mesure de détecter tous les services de substitution existants ou nouveaux qui pourraient nuire au développement de nos activités	24	6,46	2,3402
B.12. Nous nous efforçons de nous améliorer en nous référant de manière systématique à la clinique et aux unités de soins les plus performantes du pays ou de la région	24	5,58	2,8880
A.4. Nous connaissons bien les caractéristiques des services des unités de soins des autres hôpitaux de la région	24	5,17	2,7767
A.5. 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,...)	24	3,88	2,7077

**Tableau XII.1. : Indicateurs d'environnement externe**

De manière générale, nous pouvons dire que l'analyse de la concurrence est un point faible pour l'ensemble des cliniques dont les stratégies semblent s'appuyer sur le développement de réseaux externes.

### 1.2.2. Support hospitalier interne

Pour mesurer cette composante relative au support hospitalier interne, nous utilisons des indicateurs relatifs à la capacité de l'hôpital à développer de nouveaux produits ou services destinés à répondre aux besoins de son personnel, de ses patients actuels et futurs, des médecins traitants et des visiteurs.

Nous présentons dans le tableau suivant les moyennes observées auprès des directeurs par ordre décroissant. La fiabilité de cette composante est mesurée par l'Alpha de Cronbach dont la valeur est 0,69, faible mais acceptable (De Vellis, 1997). Le fait de regrouper des indicateurs concernant des acteurs différents doit affaiblir le niveau de cohérence interne de la composante.

	N	Mean	Std. Deviation
B.15. Nous développons le plus possible des nouveaux services/produits destinés à répondre aux besoins de nos patients actuels et futurs	24	7,54	1,4440
B.14. Nous développons le plus possible des nouveaux services/produits destinés à répondre aux besoins de notre personnel	23	6,83	1,8501
B.16. Nous développons le plus possible des nouveaux services/produits destinés à répondre aux besoins des médecins traitants en relation avec la clinique	24	6,75	1,4818
B.17. Nous développons le plus possible des nouveaux services/produits destinés à répondre aux besoins des visiteurs en relation avec la clinique	24	6,25	1,9616
B.11. Nous disposons de suffisamment de moyens pour développer les activités dans le respect de nos objectifs stratégiques	24	5,37	2,5335

**Tableau XII.2. : Indicateurs de support hospitalier interne - Directeurs**

D'après ces résultats, les efforts sont consentis en priorité pour les patients, suivis par le personnel, les médecins traitants et enfin, les visiteurs. Les résultats sont cependant assez moyens dans l'ensemble, de faible à suffisant en moyenne.

Remarquons la faiblesse de moyens disponibles pour développer des activités. Ce résultat est significatif dans le sens où les directeurs signalent leur impuissance partielle à répondre aux objectifs stratégiques de l'organisation.

### 1.2.3. Orientation-patient (Clinique)

Cette composante a un double niveau de lecture, le premier propre à l'hôpital et le second à l'unité de soins. En quelque sorte, la politique de l'hôpital à l'égard du patient et de ses proches devrait « donner le ton » aux unités de soins. Nous présentons les indicateurs relatifs à cette composante dans le tableau suivant. L'Alpha de Cronbach a une valeur de 0,73.

	N	Mean	Std. Deviation
B.20. Nous analysons toutes les remarques et les plaintes adressées aux unités par les patients	24	8,83	1,0495
B.18. Nous mesurons de manière régulière le degré de satisfaction/insatisfaction de nos patients	24	8,21	1,8411
B.19. Nous intégrons les mesures de satisfaction/insatisfaction dans l'évaluation de nos activités	23	7,26	2,2405
B.13. L'objectif de satisfaction complète de nos patients est connu et partagé par l'ensemble du personnel de nos unités de soins	24	7,17	2,0572

Tableau XII.3.: Indicateurs d'orientation-patient (clinique)

Le traitement des plaintes semble être une technique répandue dans les hôpitaux. La mesure du degré de satisfaction des patients également mais cette constatation s'inscrit dans la période suivant notre enquête aux patients, qui a entraîné la poursuite des études de satisfaction dans la plupart des hôpitaux (que certains pratiquaient déjà). Cette mesure est significativement différente entre hôpitaux. L'intégration de la mesure de satisfaction dans l'évaluation des activités est d'un niveau correct pour l'ensemble des cliniques mais avec un écart-type non négligeable. L'objectif de satisfaction complète des patients semble moyennement bien partagé par l'ensemble du personnel dans les unités.

Cependant, cette situation indique qu'actuellement, les hôpitaux fonctionnent d'une manière plus réactive que pro-active en matière de satisfaction des patients.

### 1.2.4. Coordination interfonctionnelle et intra-hospitalière

La coordination interfonctionnelle et intra-hospitalière vise à mesurer les processus de transmission de l'information, de concertation et le degré de

collaboration à l'intérieur de l'hôpital. D'après la littérature sur le sujet, la coordination interfonctionnelle est une variable modératrice de l'orientation-marché par rapport aux autres composantes. Conceptuellement, nous pouvons penser que cette composante remplit d'autant mieux son rôle modérateur dans une organisation comme un hôpital où nous distinguons deux niveaux très distincts : l'organisation dans son ensemble et les unités de soins. Nous présentons dans le tableau suivant les indicateurs qui constituent cette composante. L'Alpha de Cronbach pour ces indicateurs a une valeur de 0,81.

La diffusion des informations importantes vers l'ensemble des unités de soins, la collaboration entre ces unités et l'esprit d'équipe du personnel hospitalier sont les indicateurs les mieux évalués par les directeurs.

	N	Mean	Std. Deviation
C.21. Nous diffusons les informations importantes de nos activités à l'ensemble des unités de soins de l'hôpital	24	7,83	1,7110
C.28. nous favorisons le plus possible les collaborations entre les unités de soins de la clinique	23	7,83	1,6693
C.30. L'esprit d'équipe est une valeur partagée par le personnel hospitalier dans nos unités	24	7,63	1,6632
C.29. Nous favorisons la mobilité du personnel entre les unités de soins (surcharge de travail, formation,...)	24	7,08	2,7013
C.23. L'organisation de la clinique et ses objectifs sont élaborés en concertation avec ses unités de soins	24	7,08	2,3759
C.25. Nous organisons régulièrement des réunions inter-fonctionnelles dans la clinique pour analyser les informations importantes portant sur l'évolution des autres unités et du secteur hospitalier	24	6,92	2,5007
C.22. Ces informations sont elles-mêmes relayées et véhiculées au personnel de chaque unité	23	6,48	2,0420
C.24. L'organisation de chaque unité est élaborée en concertation avec les autres unités de l'hôpital	24	6,33	1,9262
C.27. Chaque unité reçoit un retour d'information sur sa contribution à la performance de la clinique	23	6,17	1,7749
C.26. Chaque unité reçoit un retour d'information sur sa contribution à la satisfaction des patients	23	6,13	3,1523

**Tableau XII.4. : Indicateurs de coordination interfonctionnelle**



L'ensemble des indicateurs se situe en moyenne dans un intervalle assez restreint. Les indicateurs dont les moyennes sont les plus faibles correspondent aux items relatifs aux relations entre la hiérarchie et les unités de soins, marquant la distance existant entre l'administration et les équipes sanitaires. Soulignons que le retour d'information concernant les contributions de l'unité à la satisfaction du patient et à la performance de la clinique sont les indicateurs les moins bien évalués, ce dont se plaignaient d'ailleurs les médecins et les infirmières interrogés. Apparaît également la faible concertation entre les unités de soins dans l'organisation, ce qui corrobore l'idée que l'hôpital est fait de petites entités relativement indépendantes les unes par rapport aux autres. La collaboration entre les unités et l'esprit d'équipe semblent pourtant être des valeurs prônées par les directions hospitalières.

Les écart-types de plusieurs indicateurs de cette composante sont élevés et témoignent de pratiques variables entre institution, à savoir : la diffusion des informations importantes liées aux activités de l'hôpital au sein même de l'unité, l'organisation et l'élaboration des objectifs de la clinique établis en concertation avec les unités de soins, l'organisation de réunions interfonctionnelles au sein de la clinique, la mobilité du personnel entre les unités pour cause de surcharge de travail ou de formation ainsi que le retour de l'information aux unités sur leur contribution à la satisfaction des patients.

#### **1.2.5. Remarque : Evaluation générale des services hospitaliers**

Lors de notre enquête auprès des directeurs, nous leur avons demandé d'évaluer globalement la perception qu'ils ont de la qualité de leurs services. Les indicateurs relatifs à cette évaluation reprennent la structure tridimensionnelle que nous avons suggérée dans la gestion de la qualité perçue, à savoir : la qualité technique, la qualité relationnelle et la qualité fonctionnelle.

	N	Mean	Std. Deviation
D.31. Du point de vue de la qualité des soins (médicaux, infirmiers,...), nous pensons offrir un service d'excellente facture aux patients de notre clinique	24	8,00	1,0215
D.33. Du point de vue de la qualité relationnelle (accueil, attention, personnalisation,...), nous pensons offrir un service d'excellente facture aux patients de notre clinique	24	7,50	,9780
D.32. Du point de vue de la qualité fonctionnelle (hôtellerie, organisation,...), nous pensons offrir un service d'excellente facture aux patients de notre clinique	24	7,04	1,0826

**Tableau XII.5. : Indicateurs d'évaluation générale des services hospitaliers**

Les résultats observés sont repris dans le tableau suivant. Les directeurs classent dans l'ordre la qualité technique (qualité des soins dans le questionnaire) en première position, suivie par la qualité relationnelle et enfin, par la qualité fonctionnelle.

Les scores sont relativement proches et moyennement satisfaisants avec des écart-types faibles si bien que le classement est identique pour tous. L'ordre dans lequel sont évaluées ces trois dimensions par les directeurs correspond parfaitement aux classements enregistrés auprès des patients (Chapitre 10).

### 1.3. Les composantes propres aux unités de soins

Selon notre modèle théorique, certaines composantes (« orientation-patient », « orientation-prescripteur » et « équipe sanitaire ») sont susceptibles d'être assimilées différemment entre unités de soins d'un même établissement. Comme expliquée précédemment, la raison principale en est la relative autonomie des unités de soins. Nous avons donc profité de l'enquête auprès du personnel hospitalier (cfr Chapitre 11) pour poser certaines questions relatives à ces trois composantes aux médecins et infirmières. Nous présentons dans cette section les résultats observés concernant ces trois composantes.

#### **1.3.1. « Orientation-prescripteur »**

Dans une perspective d'ouverture à l'environnement, la relation de l'unité de soins avec les prescripteurs de soins (médecins traitants) est essentielle. Ils agissent comme des « distributeurs » vis-à-vis de l'unité de soins.

Les 6 indicateurs relatifs à cette composante sont mesurés uniquement auprès des médecins qui sont actuellement les correspondants attitrés de leurs confrères, comme nous l'a suggéré l'enquête. Les infirmières ne jouent pas ce rôle. L'Alpha de Cronbach de cette composante est de 0,81.

Nous remarquons le faible niveau moyen de la plupart des indicateurs : la mesure de l'image de l'unité de soins auprès des médecins traitants, l'organisation de rencontres régulières avec eux, la réponse adaptée à leurs besoins spécifiques, la connaissance de leurs processus de décision d'hospitalisation. Les remarques et des plaintes adressées à l'unité par les médecins traitants sont un peu mieux prises en considération. Tous ces indicateurs ont un écart-type élevé si bien que nous pouvons conclure à des pratiques très différentes selon les unités. Seule la communication systématique des informations relatives au patient à son médecin traitant semble avoir un niveau suffisant et moins variable entre unités.

	N	Mean	Std. Deviation
Nous communiquons systématiquement toutes les informations relatives au patient à son médecin traitant	38	8,42	1,8835
Nous analysons toutes les remarques et les plaintes adressées à l'unité par les médecins traitants	38	6,97	3,3165
Nous connaissons bien les processus de décision d'hospitalisation émanant des médecins traitants	38	6,29	2,8843
Nous offrons aux médecins traitants des solutions spécifiques, bien adaptées à leurs besoins (analyse + action)	37	6,27	2,4905
Nous organisons régulièrement des rencontres avec les médecins traitants	38	5,42	3,4923
Nous mesurons l'image de notre unité de soins auprès des médecins traitants	38	5,32	3,1115

**Tableau XII.6. : Indicateurs « Orientation-prescripteur » des unités par catégorie d'unité**

### 1.3.2.« Orientation-patient » (unité)

L'orientation-patient doit également être mesurée au niveau des unités de soins car il se peut que cette composante soit intégrée au niveau global de l'institution sans l'être au cœur de l'activité hospitalière. Les résultats observés par indicateur sont présentés dans le tableau suivant. La mesure de fiabilité d'une valeur de 0,56 est cependant insatisfaisante. Nous remarquons

que cette valeur s'améliore lorsque nous considérons uniquement une catégorie professionnelle ou un type d'unité de soins. Une des explications que nous pouvons donner est le regroupement dans la même composante d'acteurs hospitaliers différents (patients et visiteurs), qui sont considérés de manière tout à fait différente. Le concept du patient considéré au sens large, dans sa globalité et en relation avec les siens, ne peut pas encore être considéré comme une réalité.

Contrairement aux résultats enregistrés au niveau global, la mesure régulière du degré de satisfaction des patients est en moyenne très faible dans les unités de soins. Ceci peut être mis en rapport avec le manque de retour d'information aux unités sur leur contribution à la satisfaction du patient, soulevé dans la composante de coordination interfonctionnelle. Il existe donc un écart entre la volonté exprimée au niveau de la direction de mesurer la satisfaction des patients et sa mise en pratique sur le terrain. L'accueil des visiteurs, quant à lui, n'est visiblement pas mieux pris en charge dans l'unité qu'au sein de l'hôpital. Remarquons une fois encore les écart-types élevés attachés à ces deux indicateurs qui suggèrent des pratiques différentes selon les unités.

Le développement de nouveaux services semblent restreints dans les unités où le problème de moyens financiers est l'explication la plus souvent formulée. Les motivations du patient dans le choix de la clinique semblent plus ou moins identifiées par le personnel.

	N	Mean	Std. Deviation
Nous suivons de très près l'évolution des besoins de nos patients actuels et potentiels	86	7,83	1,6747
Nous organisons systématiquement l'accueil et l'hospitalisation de chaque patient	86	7,65	2,3352
Nous analysons toutes les remarques et les plaintes adressées par les patients à l'unité	86	7,19	3,0467
Nous connaissons bien les processus de décision d'hospitalisation de nos patients (pathologie + choix de la clinique)	85	6,86	2,6509
Nous développons en permanence de nouveaux concepts ou de nouvelles actions ou services destinés à répondre aux besoins de nos patients actuels et potentiels	86	6,47	2,1839
Nous organisons l'accueil des visiteurs selon leurs besoins (horaire, lieu,...)	86	5,45	3,1423
Dans l'unité, nous mesurons de manière régulière le degré de satisfaction/insatisfaction de nos patients	86	4,72	3,6450

Tableau XII.7. : Indicateurs de « Orientation-patient » (unité)

L'analyse des remarques et des plaintes adressées par les patients aux unités, l'organisation de l'accueil du patient et le suivi de l'évolution des besoins des patients sont des pratiques plus courantes dans les unités sans être devenus des éléments de service standardisés.

### 1.3.3. « Equipe Sanitaire »

La composante «équipe sanitaire» dont les résultats sont présentés dans le tableau suivant, concernent tous les prestataires de santé au chevet du patient. Nous mesurons comment cette équipe fonctionne autour du patient et des proches en privilégiant l'esprit d'équipe et de concertation, de même que la collaboration avec les unités de soins partenaires et la circulation des informations liées aux activités de l'équipe sanitaire. L'Alpha de Cronbach pour ces 6 indicateurs vaut 0,73.

	N	Mean	Std. Deviation
Dans l'unité, nous discutons tous ensemble et de manière systématique des informations importantes liées à nos activités	87	7,22	2,3448
L'organisation de notre unité est élaborée en concertation avec le personnel de l'unité	87	6,87	2,8481
Nous discutons systématiquement en staff de chaque patient hospitalisé	87	6,70	3,6572
Nous développons le plus possible les collaborations avec les autres unités de soins de la clinique	87	5,48	2,8031
Nous discutons systématiquement en staff de l'entourage de chaque patient hospitalisé	87	4,83	3,2429
Nous diffusons les informations importantes de nos activités à l'ensemble des unités de soins de l'hôpital	87	4,34	3,2772

Tableau XII.8. : Indicateurs « Orientation Equipe sanitaire » des unités par catégorie d'unité

Les résultats enregistrés pour cette composante sont globalement très faibles avec des écart-types élevés. En effet, les informations importantes liées aux activités de l'unité ne sont pas ou peu diffusées aux autres unités et les collaborations entre unités sont faibles. Les discussions du patient en staff sont encore loin d'être des pratiques généralisées et les discussions concernant l'entourage du patient le sont encore moins. L'organisation de l'unité en concertation avec son personnel et la discussion commune

concernant les informations importantes de son activité, ont des résultats à peine satisfaisants.

Nul doute que l'esprit d'équipe ne semble pas le meilleur qualificatif pour décrire l'équipe sanitaire. Nous verrons cependant que de grandes différences peuvent être observées entre unités de soins.

### 1.3.4. Remarque : Variations par profession et par unité

Vu les variations importantes rencontrées à propos des indicateurs de ces trois composantes, nous avons étudié les modifications qui pouvaient apparaître par type de profession et par unité de soins.

#### 1) La profession

Nous présentons les indicateurs dont les différences mesurées entre médecins et infirmières peuvent être considérées comme significatives.

		N	Mean	Std. Deviation	ANOVA
Dans l'unité, nous mesurons de manière régulière le degré de satisfaction/insatisfaction de nos patients	Médecin	37	3,78	3,5601	Significatif
	Infirmière	49	5,43	3,5824	
	Total	86	4,72	3,6450	
Nous diffusons les informations importantes de nos activités à l'ensemble des unités de soins de l'hôpital	Médecin	38	5,29	3,4399	Significatif
	Infirmière	49	3,61	2,9778	
	Total	87	4,34	3,2772	

**Tableau XII.9. : Indicateurs significativement différents entre professions**

La mesure de la satisfaction des patients semble un peu mieux suivie chez les infirmières que chez les médecins, ce qui est assez compréhensible si nous songeons au suivi hospitalier (et non médical) du patient. Cependant, les deux moyennes sont très faibles. La diffusion des informations importantes à l'ensemble des unités de l'hôpital est meilleure dans le chef des médecins, ce qui tend à montrer l'existence de relations professionnelles plus fréquentes entre médecins qu'entre infirmières de différentes unités de soins. Toutefois, les moyennes observées sont également très faibles.

Nous n'avons pas repris dans ce tableau les 6 indicateurs de la composante « orientation-prescripteur » qui pourraient pourtant tous y figurer. En réalité, les moyennes enregistrées proviennent uniquement du corps médical tant les scores attribués par les infirmières à ces questions étaient faibles, souvent nulles même pour la plupart. La pratique hospitalière veut que ce soit le médecin qui s'adresse à son collègue prescripteur et non l'infirmière. Ne serait-il cependant pas bon d'étendre cette relation aux autres professions hospitalières, en la personne de l'infirmière chef par exemple, voire à d'autres personnes ? Les moyens technologiques de la communication (internet, intranet,...) ne pourraient-ils améliorer la circulation de l'information.

## **2) Les unités de soins**

La pratique hospitalière varie au sein même des unités de soins, à l'intérieur d'une même clinique. Nous reprenons l'ensemble des items pour lesquels nous observons des différences significatives par composante dans l'évaluation du score moyen par unité étudiée, quel que soit son type dans ce cas-ci.

### *Composante « orientation-patient »*

- 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 par les patients à l'unité.
- Nous développons en permanence de nouveaux concepts ou de nouvelles actions ou services destinés à répondre aux besoins de nos patients.
- Nous organisons systématiquement l'accueil et l'hospitalisation de chaque patient.

### *Composante « orientation-prescripteur »*

- Nous organisons régulièrement des rencontres avec les médecins traitants
- Nous communiquons systématiquement toutes les informations relatives au patient à son médecin traitant.

### *Composante « Equipe sanitaire »*

- Nous discutons systématiquement en staff de chaque patient hospitalisé.
- Nous développons le plus possible les collaborations avec les autres unités de soins de la clinique.

Il est très intéressant de constater l'existence de variations entre unités de soins qui n'étaient pas reprises dans les variations par profession. Nous

pouvons en conclure que l'analyse du fonctionnement et de l'organisation des unités doit être considérée de manière individuelle, même au sein d'une clinique. Notre étude de l'orientation-marché sur deux niveaux de lecture a donc bien tout son sens.

Les indicateurs sur lesquels portent ces variations représentent des enjeux fondamentaux dans chaque composante :

- l'analyse de la satisfaction et des plaintes des patients, le développement de nouveaux services aux patients ainsi que l'accueil et l'hospitalisation du patient façonnent le travail des équipes autour du patient ;
- la communication des informations relatives au patient à son médecin traitant ainsi que la rencontre de ces médecins par le corps médical sont des enjeux clés de l'orientation-prescripteur ;
- la collaboration inter-unités dans un hôpital et peut-être le plus essentiel, la discussion en staff de chaque patient hospitalisé représentent à nos yeux des différences majeures dans la composante « équipe sanitaire ».

#### 1.4. Evaluation des composantes par clinique

7 composantes constituent l'orientation-marché des hôpitaux. Nous définissons le score de chacune d'entre elles sur base des moyennes des indicateurs les formant pour chaque clinique. Dans le tableau suivant sont repris par ligne les moyennes observées par composante dans les 8 cliniques étudiées, en regroupant les scores moyens des unités étudiées par clinique pour les trois composantes propres aux unités de soins. Sur la dernière ligne est affiché le niveau moyen des 7 composantes. Les deux meilleurs résultats par composante sont repris sur fond gris.

Clinique	Composantes - Clinique				Composantes – Unité de soins		
	Support hospitalier interne	Environnement Externe	Orientat° patient - Clinique	Coordination Interfonctionnelle	Orientat° Prescripteur	Orientat° Equipe sanitaire	Orientat° patient Unité de soins
1	7,03	7,76	9,83	8,5	5,49	5,94	7,43
2	6,67	6,15	6,83	5,47	4,96	5,2	6,84
3	6,33	5,39	7,84	7,83	4,64	5,15	7,15
4	7,4	7,39	9,17	7,9	5,17	5,43	6,67
5	7,2	6	7	6,9	6,09	6,3	7,78
6	6,53	6,79	7,92	6,93	6,45	6,47	7,48
7	5,07	4,64	6,58	5,37	5,86	6,17	5,91
8	6,2	6,58	8,08	7,3	6,2	6,38	6,7
Moyenne	6,55	6,34	7,91	7,03	5,61	5,88	7,0



Ecart-type	0,73	1,02	1,14	1,12	0,65	0,54	0,59
------------	------	------	------	------	------	------	------

**Tableau XII.10. : Moyennes des composantes par clinique**

Plusieurs commentaires doivent être apportés sur base de ces résultats.

- Les composantes n'ont pas un niveau moyen équivalent : d'un niveau faible pour l'orientation-prescripteur à un niveau relativement bon pour le support hospitalier interne.
- Le niveau moyen des 4 composantes propres à l'hôpital dans son ensemble (« corporate level») est supérieur (6,96) au niveau moyen 3 composantes des unités (« unit level») de soins (6,16). Bien qu'abordant des thèmes différents, n'est-ce pas le reflet d'une vision bilatérale de l'univers hospitalier ?
- La composante « orientation-prescripteur » connaît les moyennes individuelles les plus faibles, avec des scores inférieurs à la moitié pour deux cliniques ! C'est la composante « orientation-patient» (clinique) qui rencontre les moyennes individuelles les plus élevées mais avec l'écart-type le plus élevé également.
- Concernant la vision globale, le point le plus faible concerne sans trop de surprise la composante « environnement externe » tant l'analyse concurrentielle est peu développée. Concernant la vision des unités de soins, les composantes les plus faibles sont « l'orientation-prescripteur » où les relations avec les médecins traitants sont encore peu développées, mais aussi la composante « équipe sanitaire » pour laquelle nous avons identifié un esprit d'équipe interprofessionnel peu présent dans les unités de soins.
- Le classement des cliniques diffère par composante. Même si nous observons des tendances générales, le fait d'être bon dans une composante n'implique pas nécessairement qu'on le soit pour toutes les autres composantes. 5 cliniques sur 8 ont au moins une de leurs composantes classées dans les deux premières positions. 7 des 8 cliniques ont au moins une de leurs composantes classées parmi les trois dernières. Par contre, les positions sont plus stables si nous isolons d'un côté les composantes propres à la clinique et de l'autre les composantes propres aux unités de soins. Ainsi, les hôpitaux n°1 et n°4 ont des meilleurs résultats concernant les composantes propres à la clinique alors que les hôpitaux n°6 et n°8 ont les meilleurs résultats concernant les composantes propres aux unités de soins.

1.5. Classements comparatifs entre l'orientation-marché et les indicateurs de mesure de performance sociale (qualité perçue/satisfaction/fidélité)

A l'aide des scores obtenus par composante, nous avons calculé des scores d'orientation-marché (perçue) par clinique qui sont les moyennes des 7 composantes étudiées. Nous les avons classés et comparés au niveau moyen de la qualité perçue du service, de la satisfaction et de la fidélité des patients, représentant nos indicateurs de performance sociale au sens large.

### 1.5.1. Orientation-marché et qualité perçue du service

Nous avons calculé la moyenne du score de qualité de service perçue par les patients des 3 unités de soins étudiées dans chaque clinique de manière à éliminer l'influence des autres unités qui n'ont pas été étudiées. Sur base de ces scores, nous avons établi un classement des nos cliniques. Nous présentons ces résultats en comparant dans l'ordre le classement de l'orientation-marché et de la qualité perçue du service.

Bien que non représentatifs en termes statistiques, les résultats trouvés sont très intéressants à plusieurs égards.

- Les scores d'orientation-marché peuvent être qualifiés de faibles à moyens selon les institutions.
- Les deux premières institutions en terme d'orientation-marché ont les deux niveaux de qualité perçue des services les plus élevés.

Clinique	Score moyen Orientation-marché	Classement Orientation-marché	Classement Qualité perçue du service
1	7,43	1	2
4	7,02	2	1
6	6,94	3	8
8	6,78	4	3
5	6,75	5	4
3	6,33	6	5
2	6,02	7	7
7	5,66	8	6

Tableau XII.11. : Comparaison Orientation-marché et qualité perçue

- La position de la clinique dans le classement d'orientation-marché correspond au classement de la qualité perçue des services par les patients à une place près au maximum, à l'exception des cliniques n°6 et n°7.
- Le cas de la clinique n°6 correspond très probablement au risque de « myopie » dont nous avons parlé concernant une des unités des soins (cfr chapitre 11) : l'offre hospitalière a une image d'elle-même

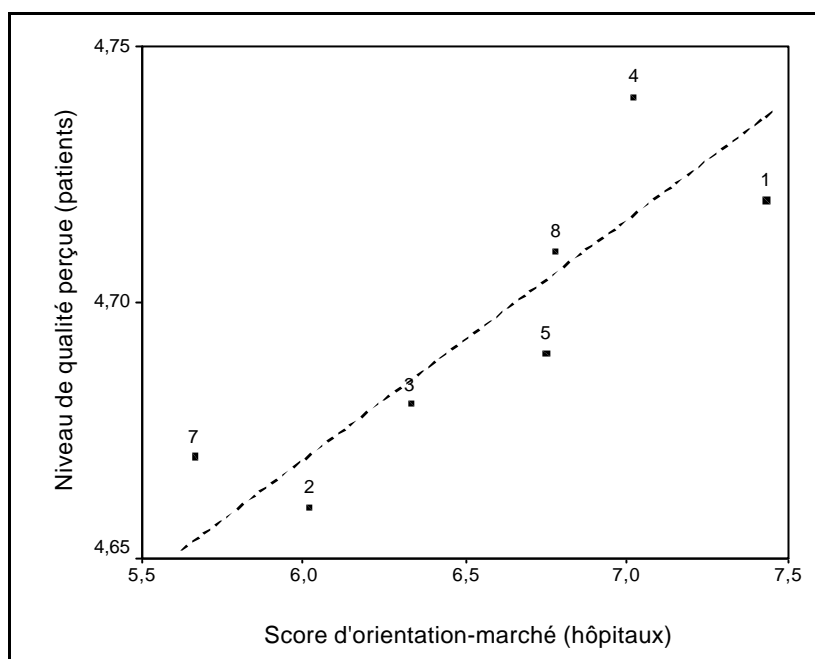
supérieure à celle de la demande et l'écart devient à ce moment très important entre les deux publics. Classée dernière dans le classement de la qualité perçue, cette clinique se situe en troisième position dans le classement d'orientation-marché. C'est dans cette clinique que s'était déjà produit le cas de «myopie » d'une unité de soins relaté dans le chapitre précédent.

Si nous excluons cette clinique des résultats (en la considérant comme un « outlier »), le classement entre l'orientation-marché et la qualité perçue devient encore plus révélateur de la relation étudiée entre l'offre et la demande.

Clinique	Classement Orientation-marché	Classement Qualité perçue du service
1	1	2
4	2	1
8	3	3
5	4	4
3	5	5
2	6	7
7	7	6

*Tableau XII.12. : Comparaison Orientation-marché et qualité perçue (clinique n°6 exclue)*

Chaque clinique occupe une position en terme de qualité perçue du service en relation avec sa position en terme d'orientation-marché, à une place près au maximum. Graphiquement, nous pouvons représenter cette relation à l'aide des scores respectifs obtenus par clinique dont les numéros sont repris dans la figure suivante.



**Figure XII.2. : Relation hypothétique Orientation-marché – Qualité perçue du service**

La droite en traits pointillés représente la tendance hypothétique existant entre les deux scores d'orientation-marché et de qualité perçue du service. A la lecture de ces résultats, nous voyons l'influence positive entre l'orientation-marché et la qualité perçue du service.

### 1.5.2. Orientation-marché et satisfaction

Nous avons établi le même classement concernant la satisfaction du patient en ne prenant en considération que les unités de soins étudiées au niveau de l'offre hospitalière. Nous présentons dans le tableau suivant les classements d'orientation-marché et de satisfaction du patient des 8 cliniques de notre étude.

Si nous considérons la clinique n°6 de nouveau comme un outlier, les trois premières cliniques en terme de satisfaction ont un classement identique au classement de l'orientation-marché. Les variations concernent les cliniques ayant des résultats inférieurs. La clinique n°7 se situe en dernière place de l'orientation-marché mais en 4<sup>ème</sup> place concernant la satisfaction à l'égard de l'hôpital, alors qu'elle n'occupait que l'avant- dernière place en terme de qualité perçue des unités de soins.

Clinique	Classement Orientation-marché	Classement Satisfaction du patient
1	1	1
4	2	2
6	3	8
8	4	3
5	5	6
3	6	5
2	7	7
7	8	4

Tableau XII.13. : Comparaison Orientation-marché et Satisfaction

L'explication que nous pouvons donner, n'est pas liée à une quelconque mauvaise perception de la part du personnel ou des directeurs de cette clinique à l'égard de ce qu'ils font, mais bien à la différence qui existe entre qualité perçue et satisfaction du patient, notamment par l'intermédiaire des composantes de tangibilité et d'extériorité (cfr Chapitre 8).

L'étroite correspondance entre les deux concepts pour les trois premières cliniques (à l'exception de la clinique n°6) est certainement encourageante pour les hôpitaux qui investissent dans les indicateurs de cette orientation-marché.

### 1.5.3. Orientation-marché et fidélité

Nous faisons le même exercice concernant l'orientation-marché et la fidélité des patients, mesurées par les deux indicateurs d'intention de revenir dans cet hôpital si nécessaire et de recommander l'unité de soins dans laquelle ils ont séjourné.

Outre le problème récurrent de la clinique n°6, nous constatons essentiellement une différence dans la comparaison de ces deux classements. Cette différence s'explique selon nous par l'importance déjà soulignée du facteur de proximité de la clinique par rapport à la fidélité du patient. Il faut parler de l'influence négative liée à l'éloignement dans le cas de la clinique n°4.

Clinique	Classement Orientation-marché	Classement Fidélité à l'hôpital
1	1	2
4	2	3

6	3	7
8	4	1
5	5	4
3	6	5
2	7	8
7	8	6

Tableau XII.14. : Comparaison Orientation-marché et Fidélité

Retenons que les trois premières cliniques en terme d'orientation-marché restent les trois premières cliniques en terme de fidélité du patient (en considérant la clinique n°6 comme « outlier ») même si le facteur de proximité vient, selon nous, modifier les positions respectives.

#### 1.5.4. Orientation-marché et résultats globaux : recommandations

Le tableau suivant reprend les classements respectifs de l'orientation-marché, la qualité perçue du service, la satisfaction du patient et sa fidélité à l'hôpital Si nous ne considérons pas la clinique n°6, deux groupes de cliniques se distinguent.

Clinique	Classement Orientation-marché	Classement Qualité perçue du service	Classement Satisfaction du patient	Classement Fidélité à l'hôpital
1	1	2	1	2
4	2	1	2	3
8	3	3	3	1
5	4	4	6	4
3	5	5	5	5
2	6	7	7	7
7	7	6	4	6

Tableau XII.15. : Comparaison Orientation-marché et résultats globaux des patients

Les trois premières cliniques en terme d'orientation-marché occupent les trois premières places concernant les trois scores évalués chez les patients. Les quatre autres occupent les quatre dernières places en termes de qualité perçue, de satisfaction et de fidélité des patients. En conclusion de cette analyse, nous apportons quelques commentaires tant sur le de la recherche que sur celui des recommandations managériales qui peuvent s'en dégager.

En ce qui concerne la recherche :

- les résultats concluants que nous avons trouvés méritent une confirmation à plus grande échelle. Il faudrait pour cela qu'un grand

nombre d'hôpitaux ouvrent leurs portes et acceptent de participer à ce genre d'études, ce qui est loin d'être le cas dans ce secteur. Nous pourrions pourtant valider les résultats observés et mieux préciser les termes de la relation et de ses composantes ;

- l'application de l'orientation-marché dans le secteur des services (qu'il soit marchand ou non) doit, selon nous, conserver ce double niveau de lecture de l'organisation : une vision globale (« corporate level ») et une vision de terrain au cœur même du service (« unit level »). Conceptuellement, cette différence est essentielle en comparaison des organisations de productions de biens;

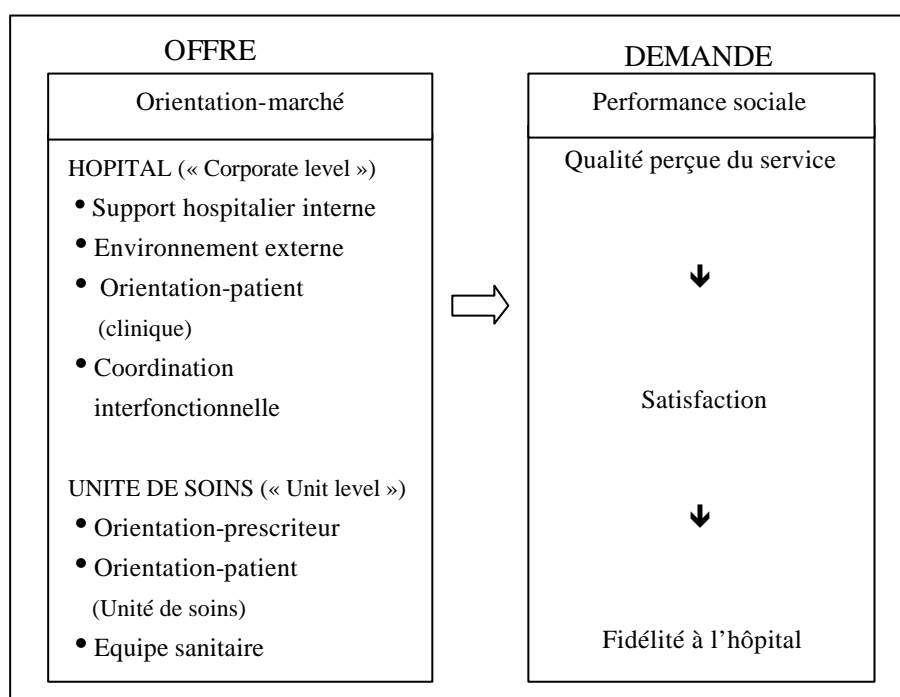


Figure XII.3. : Modélisation du lien hypothétique entre l'orientation-marché et la performance sociale des hôpitaux

- les relations entre l'orientation-marché, la qualité perçue du service, la satisfaction et la fidélité du patient ont été quelque peu délaissées dans les premières études sur l'orientation-marché. Cette satisfaction était supposée s'observer au travers des bonnes performances économiques de l'entreprise. Actuellement, cette hypothèse est remise partiellement en question. Dans le cadre des services hospitaliers, cette hypothèse n'est pas valable puisqu'il y a séparation partielle entre payeur et bénéficiaire des soins et que la logique économique de l'organisation hospitalière diffère de celle de l'entreprise. Nous proposons donc le modèle présenté dans la figure ci-dessus, reliant l'offre à la demande hospitalière, l'orientation-marché des hôpitaux, calculée à l'aide de ses

composantes, à la performance sociale, évaluée en termes de qualité perçue du service, de satisfaction et de fidélité du patient à l'hôpital (les relations causales entre ces trois concepts ayant déjà été démontrées dans le chapitre 8). Nous insistons sur le caractère volontariste de l'orientation-marché, qui repose sur des dimensions d'analyse, d'action et de culture d'organisation ;

- cependant, les composantes actuellement proposées dans notre schéma conceptuel doivent être améliorées dans la définition de leurs indicateurs respectifs. La fiabilité des composantes n'étant pas d'égale valeur, certains indicateurs devront être reformulés ;
- la relation étudiée peut être étendue à d'autres indicateurs de performance, qu'ils soient sanitaires, économiques ou autres.

En ce qui concerne les apports managériaux :

- l'analyse de l'orientation-marché correspond à un audit de l'organisation. Nous pouvons identifier les points forts et les points faibles de chacun des hôpitaux de notre échantillon. La relation observée nous indique dans quel sens l'organisation doit aller si son objectif est de favoriser sa performance sociale;
- en lecture des résultats des indicateurs, nous pouvons recommander aux institutions un ensemble d'actions et de suggestions qui feront partie des recommandations générales présentées dans la quatrième partie de ce travail.



## **2. Question ouverte aux acteurs hospitaliers**

Un des objectifs de notre travail a été de trouver de nouvelles pistes de réflexion sur le développement des services hospitaliers, dans le but de mieux répondre aux attentes des patients. Au-delà de toute l'analyse quantitative présentée dans cette troisième partie, nous avons souhaité garder un espace où les répondants ont pu s'exprimer librement à cette fin. La richesse des études qualitatives et de l'analyse de questions ouvertes réside dans le potentiel d'innovations qu'elles suggèrent même si leur caractère non représentatif et plus subjectif nécessite toujours une confirmation des idées qu'elles suscitent. En annexe sont repris l'ensemble des suggestions formulées par tous les répondants.

### **2.1. Présentations des thèmes rencontrés et commentaires**

Nous avons repris les questions et thèmes rencontrés lors de nos enquêtes par catégorie d'acteurs hospitaliers.

#### **2.1.1. Les patients**

L'enquête auprès des patients s'est portée également sur l'analyse d'une question ouverte soumise aux 5.511 patients de notre échantillon. Nous avons pensé que l'avis du patient pouvait certainement amener l'organisation hospitalière à s'ouvrir à d'autres façons de penser et de réaliser le service hospitalier. A la fin du questionnaire, nous avons offert au patient la possibilité de s'exprimer par écrit à propos de la question suivante :

*« Avez-vous des remarques, des observations (positives ou négatives) concernant votre séjour en clinique, ou des suggestions sur ce qui pourrait être fait pour améliorer le séjour des patients? »*

Les patients ont largement utilisé cette question pour faire part de leurs remarques, tant positives que négatives, à propos de leur expérience. Sans prétendre à l'analyse qualitative comme nous pouvons l'entendre en méthodologie marketing, nous avons classé l'ensemble des commentaires exprimés par les patients. Nous avons fait le choix de présenter les remarques négatives ou les suggestions plutôt que les remerciements et autres aspects plus positifs et souvent plus personnels. Nous avons classé ces données sous différents thèmes que voici, par ailleurs souvent divisés eux-mêmes en sous-thèmes :

- l'accès à la clinique ;
- l'accueil du patient ;
- la chambre et l'infrastructure hospitalière ;

- le service des repas et l'alimentation ;
- le personnel hospitalier ;
- l'ambiance à l'hôpital ;
- les dysfonctionnements ;
- les nouveaux services suggérés.

En annexe figurent l'ensemble de ces remarques, qu'elles aient été formulées une seule fois ou à de multiples reprises; l'intérêt n'étant nullement lié à la représentation quantitative. Dans certains cas, nous avons essayé de garder les termes utilisés par les patients eux-mêmes car ils sont à certains égards très significatifs de leur état d'esprit. Nous espérons que cette longue liste présentée en annexe sera parcourue par les responsables hospitaliers afin qu'ils puissent positionner leur hôpital parmi l'ensemble des critiques formulées, et que ces suggestions leur procurent l'une ou l'autre idée de développement de nouveaux services en réponse aux attentes des patients.

### **2.1.2. Les médecins et infirmières**

Nous avons également laissé au personnel hospitalier l'occasion de s'exprimer oralement sur les suggestions qu'il aimerait faire pour améliorer la qualité du service offert au patient, que ce soit dans l'unité ou la clinique dans laquelle il travaille ou de manière générale.

Nous avons répertorié ces conseils par thème (bien que souvent ils se rejoignent) qui sont :

- le patient et les proches ;
- le staff hospitalier ;
- l'organisation de l'hôpital ;
- l'équipement et l'infrastructure ;
- la communication ;
- les services à développer.

Face à toutes ces remarques ou suggestions de la part des médecins et infirmières, nous ne pouvons ignorer les problèmes d'organisation soulevés, outre les questions matérielles et de disponibilité du personnel. C'est comme si la « noblesse » et l'histoire du travail hospitalier avaient fait oublier tout un temps la part de gestion et d'organisation systématique, plus importantes encore aujourd'hui qu'à l'époque de l'hôtel-Dieu.

Il est certain que l'organisation de l'hôpital repose sur un amoncellement de micro-organisations gérées par des personnes qui n'en ont actuellement ni le temps, ni les compétences a priori. Face à l'évolution et la complexité

croissante du milieu, cette constatation est vécue comme une aberration dont le personnel comme les patients en sont quelque part des victimes.

### **2.1.3. Les directeurs hospitaliers**

Les directeurs hospitaliers, qu'ils soient médicaux, infirmiers ou administratifs, ont également fait part de leurs suggestions relatives à l'amélioration de la qualité de service au patient. La question précise qui leur était soumise par écrit était :

**« Que faudrait-il faire pour améliorer la qualité du service offert aux patients de votre clinique ou de manière générale ? »**

Les thèmes que nous avons retrouvés sont :

- l'organisation ;
- les acteurs hospitaliers ;
- l'infrastructure et l'équipement ;
- la communication.

Ces propositions sont très pertinentes et montrent une volonté de faire progresser le secteur hospitalier. Elles se situent à un niveau plus stratégique avec une vision globale de l'organisation, quelle que soit la formation du directeur interrogé.

### **2.2. Différents niveaux de préoccupation**

Nous observons que les suggestions de nos répondants sont directement liées à leur propre vision des choses. Sans trop risquer de généraliser, chaque acteur fait son analyse en fonction de ses repères dans l'organisation :

- l'aspect stratégique et la vision globale pour les directeurs,
- l'aspect de prestation du service pour les médecins et infirmières,
- le résultat pratique pour le patient.

Même si ces réalités finissent par se rejoindre, elles symbolisent aussi toutes les difficultés qu'ont les acteurs hospitaliers à communiquer.

### **3. Conclusion**

*Sans ignorer les rôles des comités de gestion, du pouvoir d'organisation, des représentations syndicales, des mutualités et des pouvoirs politiques,... les points de vue paraissent tellement multiples que la vision commune et transversale semble difficilement réalisable à l'hôpital. Nous avons cependant montré à travers l'analyse de l'orientation-marché, l'intérêt que pouvait revêtir ce concept pour le personnel hospitalier dans son ensemble. Sous cette appellation se dessine simplement une culture et un climat organisationnel qui facilitent l'adoption de pensées et de comportements nécessaires pour une mise en application efficace de cette philosophie de gestion (Lambin, 1998), tournés vers l'ensemble des acteurs et des déterminants hospitaliers. Nous avons exploré et commenté les résultats de la relation entre l'orientation-marché et la qualité perçue du service par le patient, sa satisfaction et sa fidélité à l'hôpital, à l'image d'une politique organisationnelle centrée sur le patient.*

*Dans une seconde partie, nous avons résumé l'apport des questions ouvertes posées aux patients, personnel et directeurs hospitaliers grâce à laquelle chaque personne interrogée a pu nous faire part de ses suggestions pour améliorer la qualité des services hospitaliers. Cette courte analyse met bien en évidence les points de vue privilégiés de chaque catégorie d'acteurs sur l'organisation hospitalière.*

