

Figure 0.1. Plan de la thèse

CHAPITRE 13 : **Synthèse et recommandations**

« Vivre la santé »

L'élaboration de recommandations nécessite un certain recul par rapport aux résultats obtenus, un esprit de synthèse et une attitude critique. Trois qualités qu'il n'est pas toujours évident de réunir. Cependant, nous tenterons de faire part dans ce chapitre de l'ensemble des recommandations que cette recherche et cette étude transversale nous amènent à formuler et les implications qu'elles suggèrent sur le plan de la gestion hospitalière.

1. L'analyse de la demande hospitalière

Pour synthétiser les résultats observés, nous prenons comme fil conducteur les hypothèses formulées dans le chapitre 5 consacré à la structure et à la modélisation de la recherche. Nous montrons notamment comment la dynamique de la modélisation et de la recherche nous a conduit à la validation d'un nouveau modèle de satisfaction des patients.

1.1. La qualité perçue du service (unités de soins) par les patients

Les résultats observés diffèrent de notre modèle théorique de départ. Nous retenons de ces 7 premières hypothèses que la qualité perçue du service par le patient est mesurée à l'aide de deux composantes distinctes, que nous avons appelées « Prise en charge » et « Communication ».

La prise en charge est une composante globale qui regroupe des indicateurs de trois composantes théoriques : la fiabilité, l'assurance et l'attention. Ces trois dimensions de la qualité semblent tellement proches dans l'esprit du patient qu'il est actuellement impossible de les dissocier. Ce constat illustre les divergences qui peuvent exister entre les perceptions de groupes d'individus différents et par-là même, les difficultés rencontrées dans la mesure en sciences sociales. L'objectivité pousse à reconnaître le principe de subjectivité multiple auquel le chercheur est à tout moment confronté.

La communication est une également composante directe de la qualité perçue du service. L'étude des équations structurelles et des effets médiateurs nous a montré l'influence réciproque d'une composante sur

l'autre. Il faut donc comprendre la dynamique du schéma suivant où les déterminants de la qualité perçue s'influencent mutuellement.

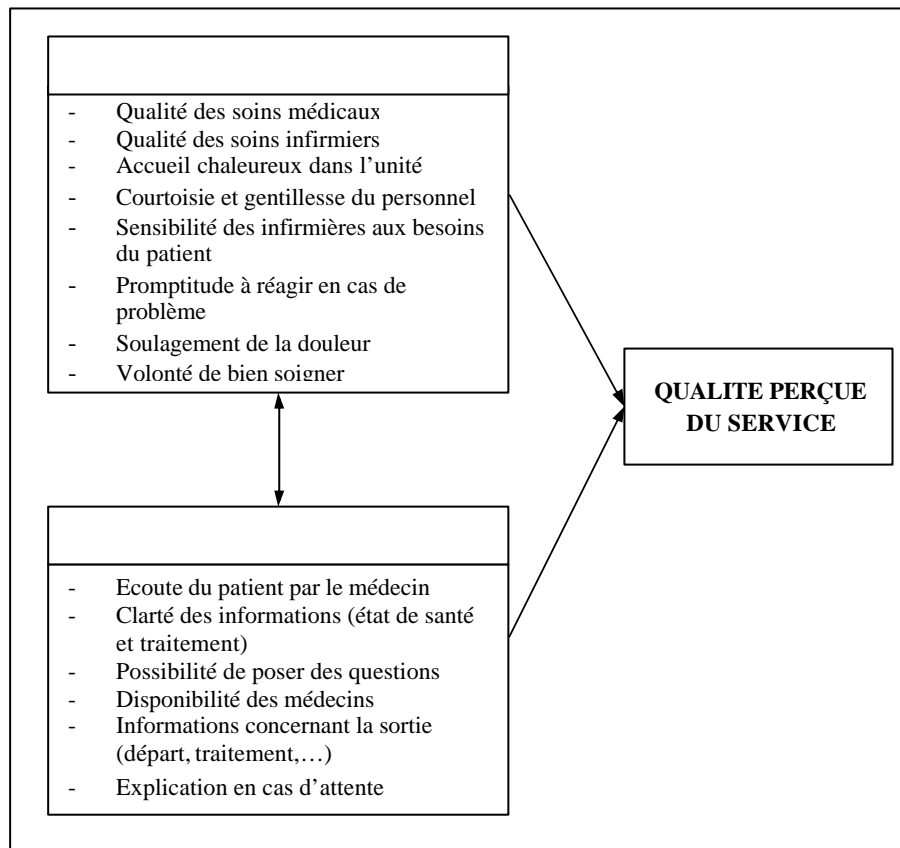


Figure XIII. 1. :Modélisation de la Qualité perçue du service

Certains indicateurs théoriques n'ont pas été retenus lors de la validation de notre modèle. Nous avons regroupé par composante les indicateurs utilisés lors de la validation des modèles pondéré et non pondéré par l'importance mesurée, vu leur similitude (chapitre 8).

1.2. La satisfaction du patient à l'égard de l'hôpital

Sans surprise, l'hypothèse selon laquelle la satisfaction du patient à l'égard de l'hôpital est influencée positivement par la qualité perçue du service a été validée. Cette composante a une contribution tout à fait déterminante dans la relation causale.

Plus surprenant a été la présence de deux autres déterminants de la satisfaction du patient à l'égard de l'hôpital, à savoir la tangibilité et

l'extériorité, qui n'étaient pas considérés comme déterminants de la qualité perçue du service (service pris au sens de l'unité de soins).

Nous schématisons graphiquement la satisfaction du patient à l'égard de l'hôpital, en reprenant par thème les indicateurs retenus pour évaluer les composantes «tangibilité» et «extériorité». De la même manière, nous avons pu montrer l'influence mutuelle de ces deux composantes.

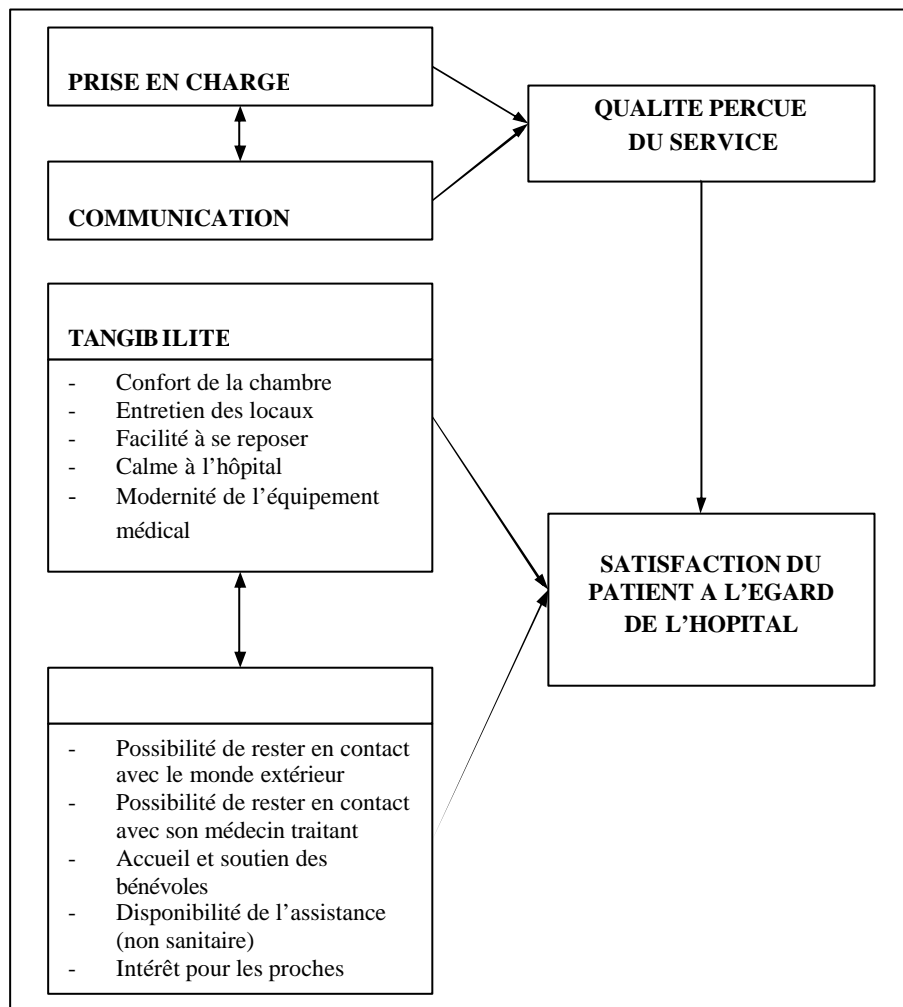


Figure XIII. 2. :Modélisation de la Satisfaction du patient à l'égard de l'hôpital

La qualité du service se présente comme le déterminant principal de la satisfaction du patient à l'égard de l'hôpital (cfr chapitre 8). Mais à ce premier déterminant s'ajoutent deux autres déterminants significatifs. Autrement dit, ces composantes plus matérielles et fonctionnelles sont attachées à l'image de l'hôpital dans son ensemble plutôt qu'à celle de

l'unité de soins dans laquelle le patient a séjourné. Ce résultat nous amène à formuler deux commentaires :

- sur le plan théorique, la définition de la satisfaction en tant que concept unidimensionnel est-il pertinent en milieu hospitalier ? Certes, nous identifions trois déterminants de la satisfaction, ce qui ne signifie pas que le concept n'est pas unidimensionnel au sens d'Oliver (1980 & 1993). Cependant, la « consommation » des services de soins de santé est d'un tel niveau d'implication, d'incertitude et d'asymétrie d'information dans le chef du patient que nous soulevons la question en regard des résultats obtenus ;
- sur le plan pratique, ce résultat met en évidence la différence perçue entre les aspects physiques du service des autres composantes du service. Bitner (1990) soutient cette différence importante tout en inversant la séquence entre qualité perçue et satisfaction. Ne serait-ce donc pas le concept de fidélité qui serait le seul concept réellement unidimensionnel ?

Ajoutons que, bien souvent, ces deux composantes jouent un rôle négatif dans la relation et altèrent la satisfaction du patient, dont le niveau moyen est significativement inférieur à celui de la qualité perçue du service.

1.3. Fidélité du patient à l'hôpital

Sans surprise non plus, l'hypothèse reliant positivement la fidélité à la satisfaction est confirmée. Remarquons cependant qu'il s'agit d'intention et non d'un comportement mesuré chez le patient. C'est tout le débat relatif au concept de fidélité qui est soulevé ici. Il s'agit de la fidélité « conative », par distinction de la fidélité « cognitive », « affective » ou « active » (Oliver, 1999).

Schématiquement, la relation est présentée dans la figure suivante :

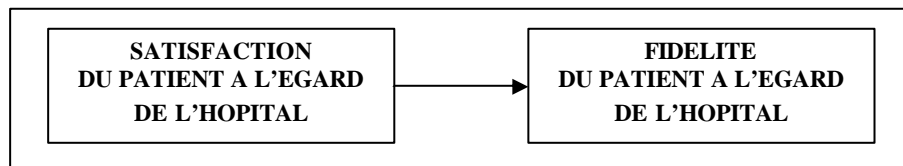


Figure XIII. 3.: Fidélité du patient

Même si scientifiques et praticiens s'accordent depuis longtemps à reconnaître le lien entre fidélité et satisfaction, cette validation manquait dans le secteur hospitalier selon certaines conclusions de recherche. De plus, cette relation n'est pas sans susciter de plus en plus de commentaires visant à distinguer la nature de cette relation asymétrique : bien qu'un client fidèle

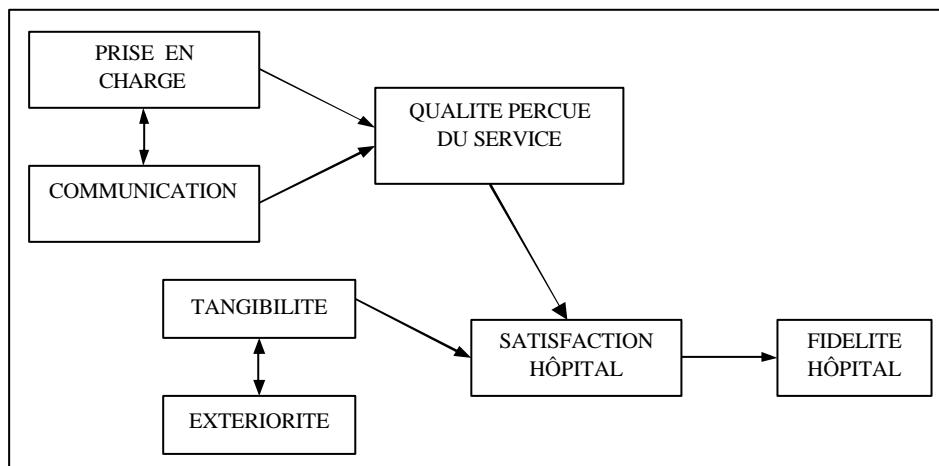
soit le plus souvent satisfait, la satisfaction ne se transforme pas nécessairement en fidélité. Qu'en est-il dans le secteur hospitalier ?

Nous avons soulevé l'importance de la satisfaction liée à une hospitalisation antérieure dans le choix d'une clinique. 63% des patients sont revenus dans la clinique en raison de leur satisfaction liée à une hospitalisation antérieure (Chapitre 7). C'est d'ailleurs la raison la plus importante chez les patients qui reviennent dans la clinique. Parmi les patients tout à fait satisfaits de leur séjour à la clinique, 87% ont l'intention de revenir avec certitude à la clinique si nécessaire et 11% probablement ; soit 98% d'intentions favorables. Il faut encore distinguer le type d'unité de soins fréquentée et prendre en considération l'éloignement de la clinique par rapport à l'habitation du patient.

Selon nous, la nature et la complexité du service hospitalier pour lequel l'asymétrie d'information entre prestataires et bénéficiaires des soins est grande, ainsi que la très faible visibilité commerciale des cliniques, font qu'il existe peu d'encouragement au changement (« switching incentives ») pour un patient satisfait. Au contraire d'autres services à implication faible ou modérée, le patient va privilégier les situations de confiance visant à minimiser l'incertitude entourant la prestation de services, raison pour laquelle les conseils du médecin traitant ou d'un proche peuvent devenir déterminants lors d'une première hospitalisation.

1.4. Validation des modèles globaux

Au cours de nos analyses, nous avons validé deux modèles globaux de qualité perçue du service - satisfaction - fidélité du patient hospitalisé (cfr Chapitre 8). Le premier modèle tient compte, pour chaque niveau de performance des indicateurs présentés ci-dessus, d'une pondération qui est fonction de l'importance mesurée de chaque indicateur ; le second tient uniquement compte de l'évaluation de la performance des indicateurs. Ces modèles, identiques sur le plan des composantes retenues et de la structure causale, sont schématisés en un seul graphe dans la figure ci-dessous.



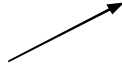


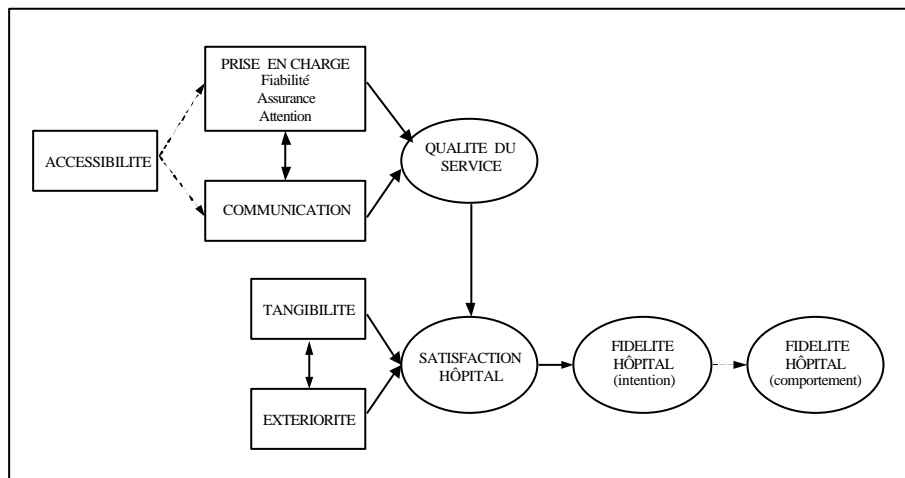
Figure XIII. 4. : Modèle global *Qualité perçue - Satisfaction - Fidélité du patient*

Notre objectif n'a pas été de comparer les deux modèles en fonction de leurs indicateurs de qualité d'ajustement pour classer une méthodologie par rapport à une autre. Ces deux modèles ont tous deux été validés et connaissent des mesures d'ajustement tout à fait correctes et semblables. Cependant, ces deux modèles présentent une différence mineure, liée aux choix des indicateurs retenus pour mesurer les composantes de prise en charge, de communication et d'extériorité. Chacune de ces composantes diffère d'un indicateur sans que cela n'en change les définitions, ce sont des indicateurs apparentés dans les trois cas.

Le modèle Servperf (importance – performance) sur lequel nous nous sommes appuyés pour développer notre questionnaire dans la lignée des travaux de Cronin et Taylor (1992 ; 1994), nous semble particulièrement bien adapté au cadre hospitalier au vu de ces résultats.

1.5. Un nouveau modèle général conceptuel

Vu la différence entre notre modèle conceptuel de départ et le modèle empirique global, nous avons proposé un nouveau modèle général conceptuel, fruit des résultats empiriques et de notre réflexion *a posteriori*. Ce modèle réintègre la dimension «accessibilité» (géographique, économique, culturelle, linguistique,...) qui, dans un contexte général et non particulier comme ce fut le cas de nos hôpitaux belges, reste une condition de base à l'hospitalisation du patient. De surcroît, les patients de notre échantillon étaient déjà tous hospitalisés, ce qui a empêché considérablement de valider la pertinence de cette composante.



1.6. La segmentation

Nous avons formulé une hypothèse générale relative au potentiel de segmentation de la demande hospitalière. Cette hypothèse s'est avérée pertinente tant lors de l'analyse des motivations dans le choix de l'hôpital que dans les attentes des patients, dans leurs évaluations des critères de performance et dans l'étude des résultats globaux. Nous avons postulé pour une combinaison de critères de segmentation (liés à l'analyse de la demande – caractéristiques propres aux patients) et de critères de fragmentation (liés à l'analyse de l'offre – caractéristiques propres aux hôpitaux).

1.6.1. Le choix de l'hôpital

Plusieurs critères permettent de différencier les motivations dans le choix de l'hôpital. Nous avons analysé les résultats obtenus en différenciant la première hospitalisation d'un retour à la clinique, le type d'unité de soins et le type de clinique (chapitre 7).

De manière générale, le premier élément déterminant lors d'une première hospitalisation est le conseil du médecin traitant, suivi de la réputation d'un spécialiste et de celle de la clinique. Lors d'un retour à la clinique, le premier élément déterminant dans le choix de l'hôpital est la satisfaction liée à une hospitalisation antérieure qui devance la réputation de la clinique ou d'un spécialiste.

Dans les unités de maternité, c'est la proximité de l'hôpital qui a été en moyenne la raison la plus citée. Dans les unités de médecine, c'est le conseil du médecin traitant qui est l'élément le plus déterminant dans le choix de la clinique alors que dans les unités de chirurgie, c'est la réputation du spécialiste qui est la raison principale. Cependant et dans tous les cas, la satisfaction liée à une hospitalisation antérieure devient l'élément suggéré le plus souvent cité lors d'un retour à la clinique.

Les petites cliniques dites de proximité portent bien leur nom puisque la raison principale de leur choix est la proximité par rapport au lieu d'habitation du patient. Les cliniques que nous avons appelées moyenne connaissent des éléments de choix plus diffus : réputation d'un spécialiste, réputation de la clinique, conseil du médecin traitant et proximité sont les raisons les plus souvent citées. Enfin, concernant les cliniques universitaires, c'est la réputation de la clinique qui vient en première position devant le conseil du médecin traitant. Précisons une fois encore que la satisfaction liée

à une hospitalisation antérieure est l'élément le plus cité lors du retour dans n'importe quel type de clinique.

Notons encore l'influence du conseil d'un proche, ce qu'on appelle en définitive le bouche-à-oreille, est appréciable lors d'une première hospitalisation dans une clinique.

1.6.2. Les résultats globaux et les composantes de la satisfaction

Nous reprenons dans le tableau suivant les indicateurs appelés socio-démographiques et psycho-sanitaires, en indiquant sur quel(s) résultat(s) global (aux) ou sur quelles composantes la présence de ce critère a une influence (marquée par un 4). La discussion concernant le sens de l'influence de ces critères de segmentation est développée dans le chapitre 9 sur la segmentation hospitalière, de même que leurs implications et l'identification des indicateurs sur lesquels ces variations portent et nous renseignent sur les attentes des catégories de patients identifiées.

<i>CRITERES</i>	RESULTATS GLOBAUX			<i>COMPOSANTES</i>			
	Qualité perçue	Satisfaction	Fidélité/ Recom.	Prise en charge	Communication	Extériorité	Tangibilité
Age	4	4	4	4	4	4	4
Sexe			4	4	4	4	4
Niveau d'études	4	4	4	4	4	4	4
Condition d'arrivée	4	4	4		4		
Passage par les Soins intensifs	4				4		
Type de séjour (durée d'hospit.)		4	4		4	4	4
Visite - Niveau accompagnement		4		4	4		4
Transfert (hors S.I.) d'unités							
Régime alimentaire							
Type d'unités de soins		4				4	4
Type de chambre			4		4	4	4
1 ^{ère} hospitalisat° dans la clinique		4		4			

Tableau XIII. 1. : Hypothèses relatives à la segmentation - critères socio-démographiques, éducatifs et psycho-sanitaires

L'influence des motivations du patient dans le choix de la clinique sur les résultats globaux (qualité perçue, satisfaction et fidélité du patient) est

également considérable puisque les dix motivations étudiées entraînent des variations soit positives, soit négatives selon le critère.

Les effets modérateurs de toutes ces caractéristiques sur les relations entre la qualité perçue du service par le patient et sa satisfaction, ainsi que sur la relation entre la satisfaction du patient et sa fidélité à l'hôpital sont également étudiées et présentées dans le chapitre 9.

1.6.3. Les profils identifiés

Plusieurs profils de patients ont été identifiés par rapport à leur niveau de satisfaction à l'égard de l'hôpital. A titre informatif, les quatre premiers profils sont multi-critères et les quatre suivants sont mono-critères. Nous les avons appelés :

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1 – « les plus âgés » | 5 – « les urgences » |
| 2 – « les programmés » | 6 – « les soins intensifs » |
| 3 – « les jeunes femmes » | 7 – « les hommes » |
| 4 – « les courts séjours » | 8 – « les chambres communes » |

Bien que caricaturaux, ces profils nous permettent d'identifier et d'étudier des groupes de patients dont les attentes, les motivations et/ou les niveaux de satisfaction risquent de varier entre eux.

A l'inverse, nous avons également étudié tous les attributs du service et identifiés les catégories de patients pour lesquels ils sont moins bien perçus.

L'intérêt pour l'hôpital est d'identifier a priori ces critères de segmentation afin de pouvoir modifier et améliorer le service en conséquence. Retenons en guise de conclusion la validité de l'hypothèse générale de segmentation de la demande hospitalière en fonction de la qualité perçue du service, de la satisfaction et de la fidélité du patient, ainsi que de leurs déterminants parmi la population pour la plupart des critères socio-démographiques et psycho-sanitaires étudiés et pour l'ensemble des motivations dans le choix de la clinique.

1.9. Gestion de la qualité perçue

Nous avons mis en évidence un modèle de gestion de la qualité perçue, initié par les travaux de Grönroos (1984), auquel nous avons adjoint une dimension nouvelle : la qualité relationnelle. Cette dimension vient compléter un modèle à deux dimensions principales, la qualité fonctionnelle et la qualité technique. Au travers de cette dimension nouvelle et distincte,

nous retrouvons ce que Berry appelle « la générosité » propres aux entreprises de services à capital humain élevé les plus performantes¹ :

« *Humane values define all great service companies for they are the only one values that sustain high levels of employee discretionary effort in serving customers. Generosity embodies and strengthens human values. Generosity inspires employees and customers. It truly is a service company's 'secret weapon'.* ».

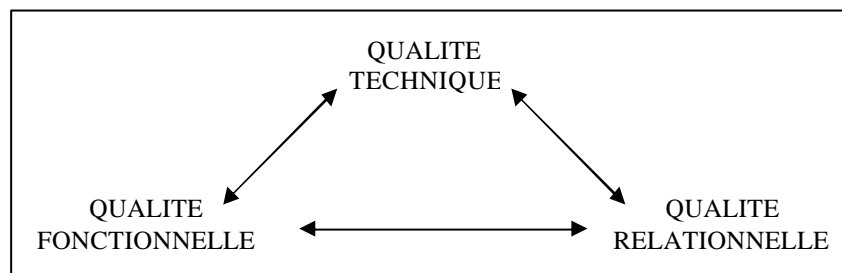


Figure XIII.6. : Modèle gestion de la qualité perçue

Dans le chapitre 10, nous avons montré la pertinence de ces trois dimensions déterminantes de la qualité hospitalière et le lien entre ce modèle et le modèle global de satisfaction. L'intérêt de ce modèle est également proportionnel à son pouvoir de généralisation à d'autres types de service. Là où nous avons adapté des modèles issus de recherche dans des secteurs commerciaux essentiellement, nous proposons ce modèle générique issu du secteur hospitalier à d'autres secteurs des services, qu'ils soient commerciaux ou non.

1.10. Discussion

Pour conclure cette première section consacrée à l'analyse de la demande, nous souhaitons émettre quelques commentaires.

1.6.1. Echelles de mesure

L'instrument de mesure relève d'un choix fondamental dans une recherche. Le thème abordé ici fait référence à notre choix d'échelles de mesure et à ce débat cyclique dans les études quantitatives. Nous avons relaté les raisons qui nous ont poussés à opter pour une échelle d'intervalles en 11 points relative aux mesures de performance des indicateurs de qualité et une échelle

¹ L. L. Berry (1999) : « Discovering the soul of service – The nine drivers of sustainable business success », The Free Press, New York, 269 pp.

ordinaire en trois points pour les mesures d'importance de ces mêmes indicateurs.

Nous souscrivons au choix des deux échelles distinctes pour les deux types de mesures afin de ne pas entraîner de confusion dans l'esprit du répondant. Néanmoins, le recours à une échelle d'intervalles en matière d'importance des attributs aurait permis d'autres analyses statistiques plus fines.

Nous soutenons également que les attentes semblent systématiquement élevées (Soliman, 1992 ; Vandamme et Leunis, 1993 ; Mc Alexander, Kaldenberg et Koenig, 1994), de même que le degré d'appréciations des services. Le recours à une échelle de mesure doit dès lors favoriser d'autant plus l'expression des nuances.

1.6.2. Indicateurs

Des 40 indicateurs théoriques, nous en conservons actuellement 24 sur base des deux modèles globaux présentés. Il est intéressant de constater que certains indicateurs aient été exclus de notre modèle final, comme celui lié à l'appréciation du service des repas. Ce fut une surprise pour nous également. Cet attribut ne permettait pas de discriminer les hôpitaux entre eux vis-à-vis de la satisfaction du patient. Pour autant, cela ne signifie pas que l'attribut ne soit pas important aux yeux du patient. Nous avons vu qu'il peut apprécier que des efforts soient menés dans l'amélioration de cette qualité alimentaire, par exemple dans le chef des patientes des unités de maternité (cfr Chapitre 10 sur la gestion de la qualité perçue). Il aurait été possible que cet attribut soit entré en ligne de compte dans notre modèle global si nous avions tenu compte uniquement de cette catégorie de patientes.

Notre modèle global de qualité perçue – satisfaction – fidélité a donc été validé sur un échantillon considérable (5511 patients interrogés, plus de 1500 patients retenus pour les modèles). Il n'en demeure pas moins que les résultats obtenus à l'aide des techniques de segmentation incitent à la poursuite du développement d'indicateurs les mieux adaptés aux groupes de patients hospitaliers distinctifs. Ce sera un des objectifs futurs de nos recherches que de formuler des questionnaires comprenant des indicateurs propres à des profils de patients.

1.6.3. Composantes

Sur le plan des composantes, notre recherche revêt un caractère tout à fait original grâce à la découverte de deux composantes encore inexistante dans la littérature :

- la composante « prise en charge » qui est l'agglomération d'indicateurs de composante de fiabilité, d'assurance et d'attention. Là où la littérature et nous-mêmes pensions que les 5 dimensions préconisées étaient trop restrictives, nous nous apercevons que les patients regroupent des composantes théoriquement indépendantes pour n'en former plus qu'une seule. A posteriori, ce résultat est tout à fait compréhensible et s'explique notamment par l'asymétrie d'information entre l'offre et la demande hospitalière sur la nature du service. Puisque le patient ne peut évaluer entièrement et individuellement certains attributs du service, il peut avoir tendance à agglomérer certains indicateurs autour d'une même dimension. Ainsi, nous retrouvons sous le même concept des indicateurs de perception de la qualité des soins, de promptitude à réagir en cas de problème, d'accueil, de soulagement de la douleur, de courtoisie et de gentillesse,...
- la composante « extériorité » est tout à fait nouvelle. La raison principale est son degré de pertinence dans le contexte de l'hospitalisation. Nous pourrions cependant imaginer l'appliquer à d'autres services qui engendrent des situations d'éloignement du domicile, de la famille, des racines, des habitudes, ... Pensons par exemple aux cas de voyages d'affaires avec des déplacements longs et lointains.

Les résultats de l'analyse en composantes principales suggèrent l'existence d'un cinquième facteur que nous avons appelé « accessibilité » que nous avons réintégré dans notre nouveau modèle conceptuel. Cette composante est probablement très pertinente dans le cas de certains hôpitaux. En effet, l'accessibilité aux soins de santé et à l'hôpital dépasse le simple plan géographique, de transport ou de facilité pour les personnes à mobilité réduite. Il regroupe des aspects économiques, culturels, linguistiques, religieux, ... dont la pertinence pourrait se révéler dans certains hôpitaux proches d'une frontière linguistique, proches de quartiers à caractères ethniques, de populations plus défavorisées, ...

2. L'analyse de l'offre hospitalière

En gardant comme fil conducteur les hypothèses formulées dans le chapitre 5, nous synthétisons les résultats obtenus à propos de l'offre hospitalière.

2.1. La perception de la qualité de service offert

En interrogeant des médecins et des infirmières, nous avons voulu identifier les indicateurs et les dimensions sur lesquels ils s'appuient pour évaluer la qualité du service offert au patient. Nos résultats confirment que les composantes utilisées par le personnel hospitalier pour évaluer la qualité de service offert aux patients diffèrent des composantes retenues par les patients pour évaluer la qualité perçue du service (chapitre 11).

A partir d'une mesure globale de la qualité du service offert au patient et de 24 indicateurs théoriques similaires à ceux posés aux patients, nous avons pu établir une régression multiple qui a mis en évidence 4 indicateurs relatifs à la modélisation de la qualité de service offert :

- la prise en compte par le personnel hospitalier des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement ;
- un accueil chaleureux réservé à chaque patient ;
- la disponibilité des infirmières pour le patient ;
- l'assurance que le patient peut avoir sur la mise en œuvre de tout ce qui est possible pour bien le soigner.

En théorie, ces indicateurs font partie des composantes d'assurance, d'attention et de disponibilité. Comparés aux résultats observés chez les patients, ils se regroupent en une seule dimension qui est la prise en charge.

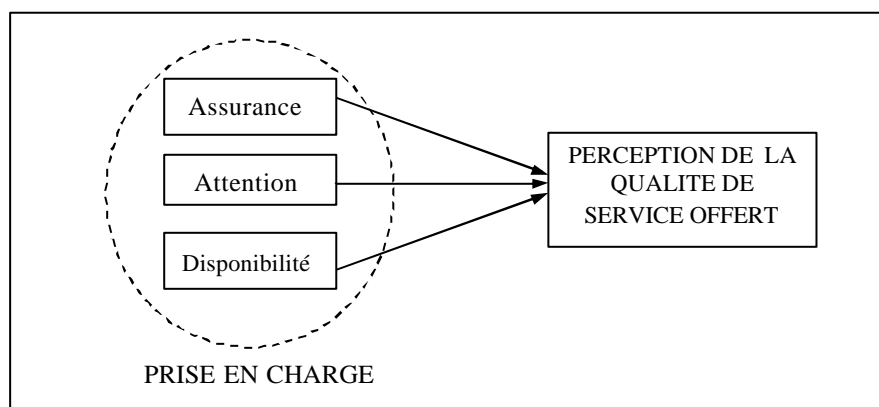


Figure XIII.7. : Modélisation de la qualité de service offert

L'indicateur d'assurance est très proche dans notre cas du concept de fiabilité du service. En réalité, si nous décomposons l'indicateur, nous pouvons parler de l'assurance témoignée aux patients à propos de la fiabilité du service. Nous avons également remarqué que la disponibilité des infirmières et la disponibilité des médecins ne faisaient pas partie de la même composante pour les patients. En effet, la disponibilité des infirmières s'inscrivait dans le facteur de prise en charge même s'il n'a pas été conservé dans le modèle final. La disponibilité des médecins, elle, a été classée parmi les indicateurs de communication. C'est cependant l'indicateur de disponibilité des infirmières qui est retenu dans la régression. Tous les indicateurs font donc bien partie de cette composante globale de prise en charge.

L'enseignement principal que nous en tirons, est que médecins et infirmières n'incluent aucun indicateur appartenant aux composantes de communication, comme le font les patients pour apprécier la qualité perçue du service. Même si cela ne signifie pas pour autant que les médecins et les infirmières n'évaluent pas ces indicateurs, ils ne les incorporent pas dans leur évaluation globale.

2.2. La comparaison service rendu/ service perçu

Les perceptions du personnel concernant les indicateurs de qualité de service rendu aux patients diffèrent des perceptions des patients concernant ces mêmes indicateurs. Pour parvenir à valider rigoureusement cette hypothèse, il aurait fallu questionner patients et personnel au même moment et à propos d'événements parfaitement isolés. Nous n'étions pas en mesure de répondre à de telles conditions d'enquête. Cependant, nous avons identifié une série d'indicateurs sur lesquels se profilaient des écarts de perceptions importants entre les deux groupes de répondants et qui nous permettent de soutenir très fortement cette hypothèse (cfr Chapitre 11 sur la comparaison service rendu/service perçu).

Nous avons mis en évidence les indicateurs pour lesquels un risque de sous-qualité du service existe, ce qui signifie que le personnel hospitalier a ou pourrait avoir une perception supérieure à celle du patient, concernant le service qu'il délivre. Par composante, les indicateurs pour lesquels ce risque est identifié, sont :

- La disponibilité :
 - ▶ Assistance non sanitaire (sociale, religieuse, laïque,...)
- L'attention :
 - ▶ Accueil chaleureux réservé à chaque patient

- L'assurance :
 - ▶ Respect de l'intimité et de la pudeur de chaque patient
 - ▶ Prise en compte des remarques du patient pour son hospitalisation et son traitement
 - ▶ Soulagement de la douleur

- La communication
 - ▶ Information complète concernant l'hospitalisation et le traitement dès l'arrivée du patient et tout au long de son séjour
 - ▶ Explication en cas d'attente
 - ▶ Information claire sur les suites de l'hospitalisation

- L'extériorité
 - ▶ Relation entre le patient et son médecin traitant
 - ▶ Aide aux patients concernant les suites de l'hospitalisation

Seule la composante de fiabilité du service ne présente aucun risque de sous-qualité. Concernant la complexité de l'acte médico-hospitalier, ce résultat est fondamental en regard du danger lié aux conséquences imaginables de ce type de risque. D'autres écarts de perception entre le personnel et les patients ont été observés mais pour lesquels ce risque n'a pas été identifié ; au contraire, le personnel hospitalier a tendance à sous-évaluer ces autres indicateurs par rapport aux patients (cfr Chapitre 11).

2.3. Orientation-marché et performance sociale

A l'image des travaux de Dussault (1994), nous avons choisi de parler de la performance sociale relativement à la satisfaction du patient, et par extension à la qualité perçue du service et à la fidélité du patient à l'égard de l'hôpital. Dans le tableau suivant, nous présentons les résultats relatifs aux hypothèses concernant l'orientation-marché et ces indicateurs de performance sociale. Sans pouvoir valider les hypothèses relatives à l'influence positive de l'orientation-marché des hôpitaux sur les indicateurs de performance sociale choisis - en raison du manque de représentativité statistique de notre échantillon d'hôpitaux - les résultats observés autorisent à soutenir fortement ces hypothèses.

Sous la partie offre et orientation-marché, nous reprenons les 7 composantes utilisées pour mesurer le score d'orientation-marché de l'hôpital. Nous avons schématisé cette orientation-marché dans la figure suivante, en distinguant le niveau global de l'organisation (« corporate level») du niveau de localisation du service et de l'unité de soins en particulier (« unit level »).

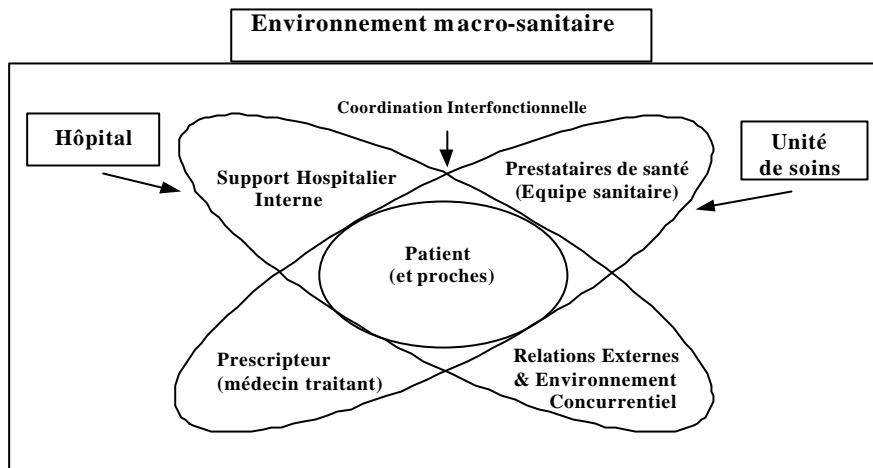


Figure XIII.8. : Modèle d'orientation-marché adapté aux hôpitaux, inspiré de Lambin (1996)

Les quatre composantes globales ont été mesurées auprès des directeurs alors que les trois dernières composantes ont été étudiées dans les unités de soins auprès des médecins et infirmières. Dans la figure suivante, nous avons représenté les relations hypothétiques entre l'orientation-marché et les indicateurs de performance sociale, entre l'offre et la demande hospitalière.

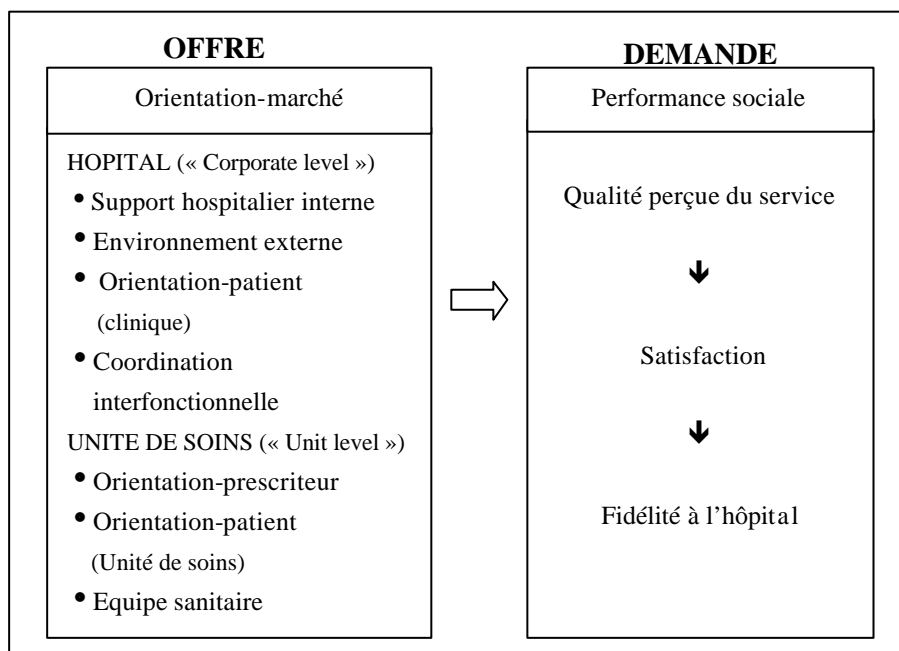


Figure XIII. 5.: Relations hypothétiques entre l'orientation-marché et la performance sociale des hôpitaux

2.4. Discussion

Les conclusions concernant l'offre hospitalière n'ont pas atteint le même degré de représentativité statistique que les conclusions liées à la demande, en raison des conditions d'enquête. En conséquence, nous avons opté pour un travail en profondeur en interrogeant personnellement médecins et infirmières, ainsi qu'en privilégiant la vision d'expert que tous nos répondants pouvaient nous offrir. Cette limite s'est avérée finalement positive car elle nous a permis de construire un modèle, certes hypothétique, mais dont les fondements nous paraissent solides.

Nous sommes conscients cependant que certains aspects pourraient être améliorés en vue d'une validation et d'une généralisation ultérieure:

- concernant la perception de la qualité de service offert, nous nous sommes limités aux indicateurs utilisés dans l'étude auprès des patients en vue de comparer les points de vue respectifs de l'offre et de la demande. D'autres composantes propres à l'offre pourraient être intégrées pour modéliser complètement cette perception de la qualité de service offert. De même, il serait intéressant de séparer les points de vue des professions en interrogeant plus de répondants et en élargissant l'enquête à d'autres professions hospitalières ;
- concernant la comparaison entre service rendu et service perçu, il serait nécessaire d'utiliser une autre méthodologie d'enquête pour isoler parfaitement les événements sur lesquels les répondants donnent leurs perceptions (cfr ci-dessus);
- concernant l'orientation-marché des hôpitaux, nous soutenons notre double niveau de lecture de l'organisation avec un niveau stratégique (« corporate level») et un niveau plus opérationnel (« unit level»), spécifique à une organisation de services comme l'hôpital. Ce double niveau de lecture pourrait être généralisé à d'autres types d'organisation de service, *a fortiori* à capital humain élevé.
- Concernant les indicateurs de mesure de l'orientation-marché, certains pourraient être améliorés, notamment ceux relatifs aux composantes « support hospitalier interne » et « orientation-patient (unité) » qui ont toutes deux des faibles niveaux de cohérence interne ;
- concernant les critères de performance, d'autres critères pourraient être identifiés afin d'étudier la relation entre l'orientation-marché des hôpitaux et ces critères.

3. Perspectives de recherches futures

Nous avons évoqué au travers des points de discussion les différentes suggestions que nous faisons à propos de la poursuite des recherches sur les thèmes abordés.

L'opportunité s'est présentée de poursuivre notre collaboration pendant plusieurs années avec les hôpitaux qui ont participé au projet ainsi qu'avec de nouvelles cliniques qui se sont montrées intéressées par cette recherche. C'est donc sur base d'un échantillon plus important que nous allons formuler de nouveaux objectifs de recherche que nous ou d'autres équipes pourraient poursuivre. Quels sont-ils ?

1) Développer de nouveaux critères de segmentation

Nous avons précisé une méthodologie d'analyse de la segmentation des patients à propos de certains critères identifiables a priori par l'hôpital. Il en existe certainement d'autres qui peuvent permettre à l'hôpital de mieux connaître ses patients et mieux les servir.

2) Combiner les critères pour identifier des profils de patients

Après avoir mis en évidence de nombreux critères opérationnels de segmentation, il pourrait être très utile de combiner ces critères à l'image des profils de patients que nous avons présentés, afin d'analyser leurs attentes de manière la plus précise possible.

3) Développer des modèles de satisfaction par type de patients

Selon notre hypothèse de segmentation, il serait intéressant de valider le modèle de satisfaction par typologie de patients et, si nécessaire, développer de nouvelles composantes et indicateurs.

4) Etudier la satisfaction relativement à d'autres critères de fragmentation de l'offre hospitalière

Prenons par exemple l'hospitalisation de jour qui se développe fortement ou certaines unités de soins spécifiques que nous avons peu étudiées comme la pédiatrie.

5) Développer des études de fidélité

Nous avons travaillé sur les intentions que peuvent exprimer les patients concernant leur fidélité à la clinique. Nous pourrions envisager d'étudier les comportements de fidélité plutôt que les intentions. Les entreprises commerciales perçoivent de plus en plus d'importance du concept de fidélité. Il serait tout aussi opportun d'en mesurer les causes et conséquences précises dans le secteur de la santé.

6) *Etudier les composantes relatives à la perception de la qualité de service offert*

Nous avons exprimé le souhait d'étendre le champ des composantes liées à la perception du personnel concernant la qualité de service offert aux patients, ainsi que de l'étendre aux différentes professions hospitalières.

7) *Valider notre modèle hypothétique entre l'orientation-marché et la performance sociale des hôpitaux*

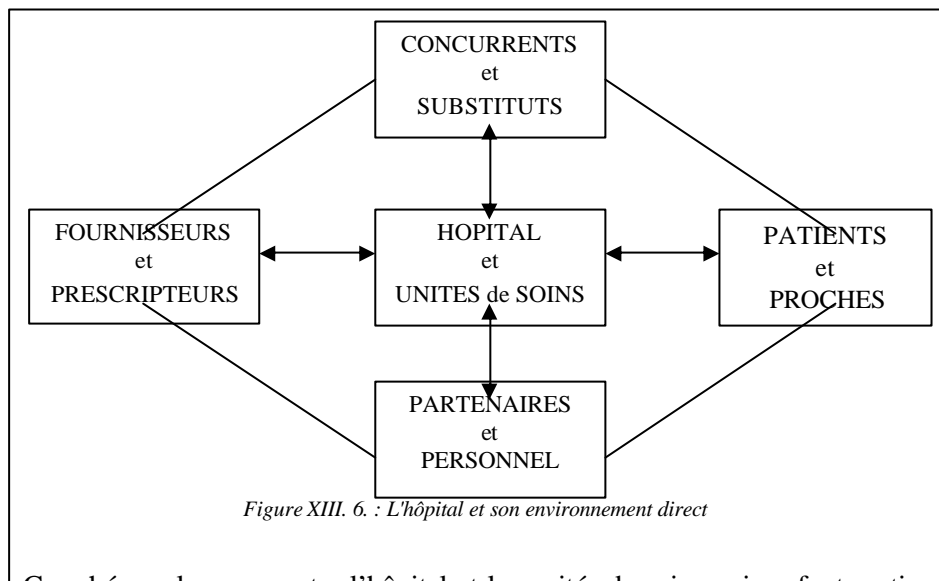
Après avoir développé les fondements de ce modèle, nous souhaiterions le valider sur un plus grand nombre d'organisations hospitalières.

8) *Etudier la relation entre l'orientation-marché et d'autres indicateurs de performance*

Nous nous sommes volontairement limités à une catégorie d'indicateurs de performance, il serait possible d'étendre l'analyse à d'autres types d'indicateurs de performance (sanitaires, économiques,...) pour autant qu'ils soient identifiables et comparables.

4. Implications sur le plan de la gestion hospitalière

Pour structurer les implications sur le plan de la gestion hospitalière, nous faisons référence au schéma de Porter (1982) sur la notion de rivalité élargie, que nous avons adapté au secteur non marchand et hospitalier en particulier.



Ce schéma place au centre l'hôpital et les unités de soins qui en font partie, en amont les fournisseurs et prescripteurs de soins de santé, en aval les patients accompagnés de leurs proches. Les concurrents et les éventuels substituts de l'hôpital sont regroupés ensemble de même que les partenaires et le personnel hospitalier.

Au départ de cette figure représentant l'hôpital et certains déterminants de son environnement direct, nous proposons une série de recommandations concernant la gestion de l'hôpital et de ses différentes relations avec les déterminants de cet environnement.

4.1. Les fournisseurs et les prescripteurs

Au travers des relations avec **les fournisseurs** se pose la question de la sous-traitance. De plus en plus, les tendances en matière de gestion incitent à sous-traiter toutes les opérations pour lesquelles l'organisation n'est pas suffisamment compétente, ainsi que pour certaines activités qui ne rentrent pas dans la définition de ses activités propres (« core business »). Les activités liées à l'hôtellerie, la restauration, le nettoyage par exemple sont des activités pour lesquelles la question de **la sous-traitance** doit être envisagée. De plus en plus d'hôpitaux français y ont recours, on parle aujourd'hui d'agent hôtelier de contact qui fait partie intégrante de l'équipe hospitalière.

Une autre implication liée à la relation de l'hôpital avec ses fournisseurs est la notion de valeur ajoutée. La recherche de **la valeur ajoutée** se déplacera probablement de plus en plus de l'acheteur ou du prescripteur vers l'utilisateur, en l'occurrence le patient. Prenons le cas d'une société de fabrication de prothèses orthopédiques avec qui nous avons eu certaines discussions, et qui se posent la question de la délivrance d'un meilleur service à l'utilisateur de son produit. Cela concerne bien entendu la qualité du produit, son prix,... mais également d'autres bénéfices dont pourraient profiter le patient, plutôt que le chirurgien qui va la lui placer. Imaginons le développement de l'information adaptée aux patients liée à ce type de produit, à la rééducation nécessaire, ... tous des avantages qui pourraient être favorisés à la demande de l'hôpital en faveur de ses patients.

La question **des prescripteurs** a été abordée à plusieurs reprises dans nos enquêtes. Il apparaît que les relations entre les unités de soins et les prescripteurs sont généralement d'un niveau faible mais variable selon les unités. Nous avons identifié le rôle du conseil du médecin traitant dans le choix de l'hôpital, qui, quel que soit le type d'unité de soins, est loin d'être négligeable. De plus, dans le traitement du patient comme dans les suites de son hospitalisation, le rôle de ce médecin traitant peut acquérir une importance considérable. Sans préjuger de la compliance du patient, une bonne relation entre l'hôpital et le médecin traitant intégré dans l'équipe sanitaire devrait favoriser le bon déroulement du traitement, une meilleure connaissance du patient par les membres de l'unité de soins, voire une plus grande confiance et une moindre anxiété du patient à l'égard de l'hôpital. Économiquement, les calculs sont a priori difficilement chiffrables. Mais ne gagnerait-on pas sur tous les points en améliorant la relation triangulaire entre l'hôpital, le médecin traitant et le patient ?

Le développement **des outils de communication** doit profiter à la relation entre l'hôpital et les médecins traitants (de même que les autres partenaires

hospitaliers). Alors qu'il est possible aujourd'hui de faire une partie de cartes avec un brésilien, un chinois, un australien et un portugais au même moment via Internet, il serait aberrant de ne pas tenter d'améliorer la communication relative à la santé d'êtres humains. Les gains pourraient se chiffrer en matière de communication, de partage et de suivi de l'information, mais aussi en matière de temps, de réduction de paperasserie tellement décriée dans les unités de soins par le personnel,...

4.2. Les concurrents et les substituts

La notion de concurrence est assez mal acceptée dans le jargon hospitalier. Que ce soit au niveau de la profession où l'on parlera plus aisément de confrère ou au niveau des institutions, **la concurrence** fait de plus en plus partie du secteur hospitalier et du secteur non marchand en général. Ce qui nous intéresse dans cette notion de concurrence, ce sont **la stimulation et l'émulation** qu'elle entraîne.

Nous avons observé que les indicateurs relatifs à l'analyse de la concurrence étaient en général très faibles. Notre constatation veut que ce sont les hôpitaux qui se trouvent en situations de concurrence les plus fortes qui semblent recueillir les meilleures évaluations de la part des patients. A l'inverse, certaines cliniques ne sentant pas le souffle de la concurrence montrent moins d'empressements à développer de nouvelles actions en faveur du patient ou de ses proches. Cette constatation naît évidemment de notre appréciation mais qui est le résultat d'une observation longue de plusieurs années.

Cette notion de concurrence peut même s'inverser pour donner naissance à **des alliances** au futur prometteur. Ne parlons pas ici des fusions qui sont légions depuis les vingt dernières années mais des partenariats qui se développent entre hôpitaux à l'origine concurrents. Par exemple, ce réseau anti-cancer appelé « réseau Jacques Brel », entre trois institutions d'une même ville, à l'origine concurrentes les unes des autres et réparties sur cinq sites différents. La spécificité de notre système de soins de santé, reposant sur des valeurs sociales, doit favoriser ce genre d'initiatives plus que dans n'importe quel autre secteur, en replaçant le patient au centre des préoccupations.

Le développement des techniques de segmentation doit permettre à l'hôpital d'offrir un service plus adapté à la demande. L'analyse de la demande en termes de comportement des usagers permet de découvrir des opportunités qui donnent l'occasion à l'hôpital de **se différencier** de ses concurrents directs en proposant des services ayant une valeur supérieure aux yeux des patients et des prescripteurs (Lambin, 1998).

Les substituts à l'hôpital et à l'hospitalisation « classique » sont certainement de trois ordres :

- le premier concerne le développement des **médecines parallèles** qui, sans juger de leur capacité thérapeutique, mettent en avant les faiblesses de la médecine hospitalière essentiellement basée sur les approches curatives et techniques. Le débat dépasse l'objet de notre travail mais il remet en question la place du patient au centre de l'organisation hospitalière, que ce soit de manière objective ou, principalement, subjective ;
- le deuxième concerne le développement de **l'hospitalisation de jour**. L'énorme avantage de cette nouvelle forme de prise en charge du patient est qu'elle réduit l'activité hospitalière à ses services de base auxquelles elle peut ajouter plus facilement des services périphériques, puisqu'elles se désresponsabilisent de l'hébergement du patient. Cela suppose des investissements colossaux, de nouvelles façons de structurer et d'organiser l'activité hospitalière avec des enjeux considérables. Au vu des premiers résultats exploratoires, l'hospitalisation de jour rencontre une satisfaction élevée auprès des patients, heureux de pouvoir aborder l'hôpital sans en subir une dépendance de plusieurs jours ;
- le troisième fait référence au développement de **centres de santé**, de nature médico-hospitalière, mais dont les activités peuvent se dérouler en dehors de l'institution. Ces cabinets privés sont en général plus attentifs à la notion de service au client et veulent se différencier sur ce point des hôpitaux. Représentent-ils un manque à gagner pour l'hôpital ?

4.3. Les partenaires et le personnel

Nous avons regroupé les partenaires et le personnel car ils peuvent tous deux être perçus comme des « **clients** » de l'organisation. Dans une organisation de service, le personnel est considéré comme le client interne. Par extension, nous pouvons dire que les partenaires sont des clients internes s'ils sont amenés à travailler au sein de l'organisation ou des clients externes s'ils collaborent en dehors de l'organisation.

Reprenons le cas du réseau anti-cancer que nous avons cité comme exemple d'un changement d'une relation concurrentielle en une relation de partenariat. Selon les initiateurs de ce projet, le principe de fonctionnement de ce **réseau** veut que : « *Ce n'est pas parce qu'un patient entre dans une clinique qu'il doit y être traité si un spécialiste peut lui être plus utile sur un autre site ou si une machine plus performante se trouve ailleurs* » (cité par *Claeys, 2000*). Ils parlent de staffs professionnels à la fois multidisciplinaires et «transdisciplinaires» pour ne plus se consacrer à la

seule prise en charge d'une pathologie mais bien d'un patient dans toute sa complexité, à différents endroits et à différents moments de son traitement.

Ce type de réseau où la collaboration inter-hospitalière et staffs interdisciplinaires priment, n'est pas sans rappeler les **programmes-clientèles** développés particulièrement au Canada. Dans une perspective régionale, ce pays se démarque par la configuration croissante de programmes de santé à l'échelle d'un territoire, qui se basent sur une analyse des besoins de la population et des priorités de santé et de bien-être, et qui rallient différents partenaires et institutions à l'échelle de la région définie. Par exemple, des programmes sont définis en fonction de groupes de populations fondés sur l'âge, le sexe, l'ethnicité,... et on voit se développer des programmes pour l'enfance, les jeunes, les mères,... mais également en fonction de particularités de la population d'un secteur géographique qui en montrerait le besoin. Les services incluent la prévention, la promotion, le traitement, la réadaptation, l'accompagnement,... dans des champs d'activités aussi différents que la santé mentale, l'intégration sociale, la santé publique, la santé physique, la naissance,... mais couvrant également des problèmes spécifiques de santé comme le sida, le cancer, certaines maladies cardio-vasculaires,... (Association des Hôpitaux du Québec, 1996). Des niveaux de soins médicaux sont mis sur pied afin de rendre accessible localement les services médicaux de base, les services spécialisés disponibles dans la région et les services ultra-spécialisés sur certains sites bien déterminés, en fonction des besoins des populations et non des moyens disponibles. C'est toute une philosophie de gestion du système sanitaire qui doit être repensé en conséquence. Elle n'est pas sans effet sur l'activité hospitalière, ni sur la redéfinition du rôle des cliniques. De plus, elle nécessite la collaboration de tous les partenaires. Pensons à la collaboration avec les centres de prévention et de réadaptation, à l'action du médecin traitant, aux soins à domicile, à l'éducation à la santé dans les écoles,...

Nous avons vu par ailleurs que les hôpitaux appuient considérablement leur stratégie de développement sur base de partenariat au niveau de fédérations, qui font office de **pourvoyeur de services et de centrales d'achats groupés**. L'avantage économique est indéniable.

Nous souhaitons développer à l'intérieur de ce type de réseau les techniques du « **benchmarking** » dont l'objectif est l'amélioration des performances fondée sur l'identification et la mise en œuvre des meilleures pratiques observées (Vandercammen et Gauthy-Sinéchal, 1999). La technique veut que les hôpitaux, et plus particulièrement les unités de soins, comparent leurs performances, par exemple en termes de satisfaction des patients ou de qualité perçue, entre elles (ex : les unités de maternité de plusieurs cliniques) et qu'elles entreprennent la démarche d'amélioration de la qualité

par l'apprentissage des meilleurs mais également des moins bons cas identifiés. C'est à cet instant que les niveaux de qualité perçue du service et de satisfaction deviennent comparables, et que les risques de « myopie » de l'organisation par rapport à l'évaluation de ses activités diminuent

Concernant le personnel hospitalier, trois thèmes majeurs ont été identifiés au cours de ce travail : la disponibilité, la formation et la coordination du personnel.

1) Les problèmes de manque de **disponibilité** du personnel médical et infirmier ont été soulevés tant dans l'analyse de l'offre que de la demande.

- Pour les patients, nous avons vu que la disponibilité du personnel n'était **pas perçue de la même façon selon les professions**. La disponibilité des infirmières fait partie de la composante « prise en charge », la disponibilité des médecins fait partie de la composante « communication – relation au médecin », la disponibilité du personnel non sanitaire fait partie de la composante « extériorité » et influence également la satisfaction du patient. Ces problèmes et leurs conséquences ont été abondamment évoqués dans notre travail.

- Pour le personnel, ce manque de disponibilité est également vécu comme un problème dans **l'organisation du travail** et a des conséquences sur la nature des tâches. Le personnel se plaint de ne plus avoir de temps que pour réaliser des actes essentiellement techniques et de ne pas pouvoir privilégier d'autres aspects de leur profession, comme la relation au patient. Les explications sont certainement nombreuses. Nous avons vu dans le chapitre 1 que la répartition des normes hospitalières avait pour effet de ne pas nécessairement diminuer le nombre de professionnels par lit hospitalier. Par contre, avec l'accroissement du nombre de patients et la réduction des temps de séjour, il faut se rendre compte de la diminution du nombre de personnel par patient. De plus, les normes établies s'accommodent assez mal de la variabilité des besoins socio-médicaux des patients dans les différentes unités. Ce manque de disponibilité n'est pas sans conséquence sur le plan de la motivation du personnel et de l'image de la profession. A l'heure où le recrutement infirmier devient précaire, c'est toute la conception des métiers hospitaliers qui est interpellée.

2) Concernant **la formation** du personnel, nous avons évoqué les problèmes liés au numerus clausus établi à l'égard des étudiants en médecine. Outre le droit à la liberté de choisir ses études ainsi que les conséquences évoquées sur le plan du nombre de stagiaires dans les années à venir, cette règle peut favoriser un esprit individualiste dès les premières années de formation des

futurs médecins, contraire à **l'esprit d'équipe** nécessaire dans tout le secteur sanitaire.

Concernant les études proprement dites, les formations données dans nos universités et écoles assurent aux futurs professionnels, des connaissances scientifiques reconnues dans le monde entier. Par contre, on remarque un manque de formation à **la communication** et à certains aspects de psychologie dans les programmes, qui, comme nous l'ont montré les patients, font intégralement partie de l'activité sanitaire. Les formations permanentes données au personnel déjà confirmé, semblent être qualitativement appréciées par celui-ci et représentent un investissement précieux pour les institutions.

Rappelons l'importance du choix de la clinique pour la réputation d'un spécialiste, d'un service ou de la clinique. C'est toute la question du **recrutement** et d'une **prise en charge de qualité** du patient, qui est soulevée ici en terme de gestion de l'organisation hospitalière.

Enfin, nous avons évoqué l'idée d'un **nouveau diplôme sanitaire** qui combinerait des aspects médicaux, sociaux, psychologiques, d'éducation à la santé,... mais qui ne nécessiterait pas une formation de 9 ans ou plus. Il ne s'agirait pas de remplacer le médecin, mais bien d'adjoindre aux équipes sanitaires des professionnels au profil pluridisciplinaire dont le travail pourrait être fort apprécié dans la relation entre l'hôpital et le patient. Pensons aux services d'urgence par exemple, souvent démunis en terme de personnel et pas toujours formés à la gestion de situations de crise et de rencontre du patient.

3) Le problème de **coordination** à l'hôpital est réel tant entre les professions, qu'au sein d'une même profession et des équipes de soins. Nous nous sommes aperçus de grandes différences entre les unités de soins en terme de coordination. La notion de staff et d'équipe sanitaire n'est pas partagée de la même façon dans toutes les unités. Nous ne pouvons cependant qu'encourager cette approche multidisciplinaire et coordonnée à l'hôpital.

La question du **leadership** a souvent été évoquée, même indirectement, par une grande partie du personnel. La gestion des hommes est d'une telle complexité dans un hôpital que le rôle du chef de service, de l'infirmière-chef, des différents directeurs hospitaliers apparaît capital dans ce type d'organisation.

4.4. Les patients et les proches

Les implications sur le plan de la gestion hospitalière de l'échange entre l'hôpital et le patient ont été diffusées tout au long de ce travail et il est difficile de résumer toutes ces informations (de l'accueil du patient à sa sortie de l'hôpital,...) en quelques lignes.

Nous avons insisté sur la combinaison **des techniques de segmentation** de la demande et de fragmentation de l'offre, pour mieux connaître les besoins des patients et la capacité de l'offre à y répondre. Le chapitre 9 fait état de ces techniques et nous renvoyons à la lecture des implications que nous avons pu en tirer.

Nous avons expliqué et illustré **les matrices de performance relative**, utiles aux organisations et applicables à toute fragmentation de l'offre (par hôpital, par unité de soins,...) et à toute segmentation de la demande (par profil de patients, par caractéristique particulière,...), comme outil de gestion de la qualité perçue. Cette matrice, que nous avons développée dans les cliniques du projet, a contribué à l'initiation de programmes d'actions très précises au sein des organisations. Elle a épinglé très fortement le manque de **communication** entre l'hôpital - son personnel - et le patient, le problème lié aux **urgences** et à la condition d'arrivée du patient,...

Nous insistons une fois encore sur **la vision multidimensionnelle** du patient comme usager de l'organisation hospitalière (cfr chapitre 2). La considération pour **sa relation avec ses proches** semble encore trop négligée à l'hôpital. L'information communiquée aux proches, l'accueil et l'attitude vis-à-vis des visiteurs, par exemple d'une maman qui va s'occuper de son enfant hospitalisé, devraient être reconsidérés à l'hôpital. A cet égard, l'hôpital n'est pas assez géré comme une organisation de services. N'est-il pas aberrant pour un parent de devoir manger seul à la cafétéria loin de son enfant alors que les conditions médicales l'autoriseraient à partager le repas de son enfant? Qu'en est-il de l'impact sur le moral du patient de cette faible considération pour ses proches?

Les aspects tangibles du service ont été abondamment commentés dans notre travail : le confort des chambres (la question des chambres privées notamment), la propreté des locaux, les équipements médicaux, les services de repas, le développement d'activités pour les personnes non alitées,... Nous avons vu que cette composante est déterminante de la satisfaction du patient.

Nous pensons également aux aspects liés à **la composante d'extériorité** qui vise à mettre en rapport le patient avec « le monde extérieur » et les services non sanitaires à l'hôpital pendant son séjour. Que ce soit de la gestion des bénévoles dont l'importance est considérable pour le bien-être de certaines catégories de patients au développement d'outils de communication au

chevet du patient (à quand l'arrivée d'Internet dans les chambres ?) en passant par le rôle croissant des assistants sociaux, cette composante va, selon nous, se développer rapidement dans les hôpitaux les plus centrés vers les besoins de leurs patients.

Enfin, ajoutons qu'il faut poursuivre **les études de satisfaction** dans le temps et mesurer les améliorations et les détériorations concernant la qualité de service perçue par le patient. L'outil est d'autant plus utile et stimulant qu'il donne une vision **dynamique** de la demande hospitalière. Il doit sans cesse être remis en question et être amélioré pour suivre, voire anticiper, les évolutions des attentes des patients. C'est également la meilleure façon de convaincre de son utilité auprès des plus sceptiques.

4.5. L'hôpital et les unités de soins

Nous ne pouvons conclure ce chapitre sans évoquer la perspective organisationnelle de l'hôpital.

Nous avons montré l'intérêt de **l'orientation-marché** des hôpitaux en terme de performance sociale. Nous soutenons l'hypothèse que cette orientation-marché est synonyme d'autres indicateurs positifs de performance pour l'hôpital, comme l'ont prouvé de nombreuses études dans le secteur des entreprises (voir références, chapitre 4). Cette ouverture vers l'environnement est un atout compétitif majeur pour l'hôpital, qui se conduit à tous les niveaux de l'organisation, comme expliqué par ailleurs.

Le manque de culture « **organisation de services** » est probablement le point faible de bon nombre d'hôpitaux, plus habitués à fonctionner sur le mode de la production de soins que sur le mode de l'excellence de la qualité de service dans une approche marché (Fabien et Des Marchais, 1998). Mais n'était-ce pas la conséquence logique d'une médecine payée à l'acte qui a engendré cette « optique de production » toujours présente dans les institutions? Quelles sont en réalité les reconnaissances apportées au personnel pour développer une authentique culture de service ?

Pour clôturer cette liste d'implications et de réflexions, nous souhaitons évoquer l'approche par programme (Patient-Focused Care), choisie comme modèle pour répondre aux préoccupations de qualité face à des contraintes financières importantes. Nous avons parlé des programmes-clientèles en terme de réseau inter-hospitalier, l'approche par programme s'inscrit également au niveau organisationnel. Les regroupements intra-hospitaliers sont faits en fonction des besoins requis en soins et en services autant que par type de spécialité médicale ou de services offerts. La philosophie qui sous-tend cette approche énonce clairement la place centrale réservée au

patient et vers qui converge l'organisation de services (Lathrop, 1993 et Linden, 1994). Les principes généraux de ce type d'organisation (Association des Hôpitaux du Québec, 1996) sont basés sur :

- l'organisation en fonction des besoins des patients plutôt qu'en fonction des producteurs, et qui correspond particulièrement bien à la démarche que nous avons développée au cours de cette recherche ;
- la prise de décision décentralisée au cœur des programmes, avec une plus grande disponibilité et une plus grande rapidité de l'information.

Au niveau des unités de soins, cela suppose des équipes multidisciplinaires, réparties entre les équipes de soins et les équipes de support (hébergement, restauration,...) qui desservent un nombre réduit de patients. Ces patients sont regroupés selon des besoins socio-médicaux relativement homogènes (ce qui est loin d'être le cas actuellement), pour lesquels les équipes remplissent un grand nombre de tâches, tout en préservant leurs compétences.

D'après les premières études, cette réorganisation hospitalière qui engendre également des aménagements physiques des unités de soins, a des effets positifs sur la satisfaction des patients, du personnel (qui se sent plus efficient et qui a un meilleur contact avec le patient) et sur le temps en soins directs au patient (Lathrop, 1993, Miller, 1995 et Association des hôpitaux du Québec, 1996).

Même si nous ne faisons qu'une simple référence à ce type de réorganisation des hôpitaux, c'est pour montrer qu'il s'accompagne directement des principes de gestion que nous avons parcourus et développés tout au long de notre recherche. Cette complémentarité est à souligner et ouvre, espérons-le, de nouvelles perspectives de gestion aux institutions hospitalières.

5. Conclusion générale

Le développement de recommandations sur base d'une recherche et d'expériences passées au sein des organisations, est un processus itératif que nous n'avons pas fini d'explorer. Les résultats observés donnent eux-mêmes naissance à de nouvelles pistes de recherche, dont les implications dépassent souvent le champ étudié mais dont il faut aussi garder les limites à l'esprit.

Dans une perspective holistique de la santé, nous avons étudié l'offre et de la demande hospitalière par rapport à la qualité perçue des services, à la satisfaction du patient ainsi qu'à la culture et aux actions d'organisations centrées sur le patient.

Notre contribution confirme les relations causales entre la qualité perçue du service par les patients, leur satisfaction et leur fidélité à l'hôpital. Nous avons développé les déterminants de ces concepts. La démarche de segmentation nous a permis de mesurer les différences entre catégories de patients a priori identifiables par l'hôpital. Cette technique doit permettre à l'organisation d'améliorer ses services en fonction des attentes et des profils de patients identifiés.

Nous avons comparé les perceptions de la qualité des services entre patients et personnel hospitalier (médecins et infirmières) et nous avons mis en évidence des différences sensibles entre les populations, de même qu'entre certaines caractéristiques de fragmentation de l'offre (type d'unité, type d'hôpital, type de profession).

Enfin, notre attention s'est portée sur l'orientation-marché des hôpitaux et ses différentes composantes. Une relation entre ce concept et la performance sociale de l'hôpital a été étudiée en profondeur.

Comme toute recherche en sciences humaines, notre travail a ses limites en termes conceptuels, méthodologiques, statistiques,... Cependant, nous espérons avoir participé à la réflexion et à la démarche de gestion concernant la place du patient à l'hôpital, à l'aide de techniques, de modèles et de pensées issus d'une science encore peu développée dans le secteur hospitalier.