

L'influence de la qualité des soins sur la satisfaction des patients : Application de la méthode des équations structurelles

Benachenhou Sidi Mohammed, Maitre de conférence "B", Université de Tlemcen

Email : benach_med@yahoo.fr

Benhabib Abderrezak, Professeur, Directeur de l'école préparatoire économie, Tlemcen

Et Directeur du laboratoire Mécas, Université de Tlemcen

Email : abenhabib1@yahoo.fr

Kessas Zakia, Magister en Marketing International, Université de Tlemcen

Email : z.kessas@yahoo.fr

Résumé

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur intéressant pour mettre en évidence et corriger certains dysfonctionnements des établissements de soins. Pour apprécier le degré de satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins dans les cliniques privées, nous sommes amenés à identifier les principaux facteurs qui contribuent à cette satisfaction dans un cadre empirique. Nous avons alors choisi un échantillon de 150 patients de trois cliniques privées (les castors, les dhalias, et tabet) auquel nous avons administré un questionnaire qui nous a permis à travers l'application d'un système d'équations structurelles de tirer un certain nombre de résultats, notamment que les facteurs non-techniques ont une influence très importante sur la qualité des soins et exhibent un même niveau d'importance que les facteurs techniques ; En outre, la satisfaction des patients est influencée positivement par la qualité des soins qu'ils perçoivent.

Mots clés : *qualité perçue des soins, satisfaction des patients, facteurs techniques, facteurs non-techniques, équations structurelles.*

The influence of the quality of care on patient satisfaction : the use of the structural equation method

Abstract

patient satisfaction is an important dimension of quality care and an interesting indicator to highlight and correct certain malfunctions care facilities.

To assess the degree of patient satisfaction regarding the quality of hospital care in private clinics and identify key factors that influence this satisfaction, we applied a structural equation method upon a sample of 150 patients taken from three private clinics (Beavers, Dhalia, and Tabet). This study shows that non-technical factors have an important influence on the quality of care provided and could be set on the same level of importance than technical factors, and that patient satisfaction is positively influenced by the quality of care perceived by the patients.

Keywords: *perceived quality of care, patient satisfaction, technical factors, non-technical factors, structural equation.*

Introduction :

Vers les années 1960, le concept de qualité a pris sa place dans le domaine hospitalier en raison de la forte exigence liée au contrôle de la qualité des soins aussi bien dans les établissements sanitaires en général, et les établissements hospitaliers en particulier qui font l'objet de fortes critiques en ce qui concerne les coûts et la qualité des soins prodigués¹.

En fait, la plupart des établissements de santé s'intéressent davantage à leur part de marché qu'à la satisfaction de leurs clients. Alors que la satisfaction des patients est un élément important de la qualité des soins, elle est considérée comme un résultat clinique ponctuel ne contribuant nullement à apprécier le niveau de performance des établissements de soins.

L'évaluation de la satisfaction des patients est une dimension majeure de la qualité des soins, et « *s'il est indispensable de suivre et d'améliorer le niveau de satisfaction des patients, c'est qu'il est directement proportionnel à leur rétention* »².

La mauvaise prise en charge des malades au niveau des hôpitaux publics Algériens a toujours été décriée par le citoyen. Les différents ministres qui se sont succédés à la tête du ministère de la Santé ont, à chaque fois, évoqué la priorité d'améliorer les conditions d'accueil, de prestations, d'hospitalisation et d'accès aux soins des malades, mais sans y parvenir réellement. Dans notre pays, être admis dans un hôpital public est souvent vécu comme une épreuve par le citoyen qui redoute les conditions inconfortables d'hospitalisation notamment la prise en charge médicale défaillante et le manque d'hygiène.

¹ M hubinon (2004), *Management des unités de soins*, édition De boeck, Bruxelles, 2^e tirage, P. 51.

² P Kotler, (2005), *les clés du marketing*, Pearson édition, Paris, P. 164

Outre les défaillances dans les prises en charge, nous enregistrons souvent des pannes répétitives des équipements médicaux (scanner, imagerie médicale...). Vu le nombre, les rendez-vous sont de plus en plus éloignés et bien souvent, les malades sont contraints de se diriger vers le privé pour un scanner ou une IRM ou même pour une prise en charge médicale.

A cet effet, les établissements hospitaliers privés profitent de cette opportunité en cherchant à capter les patients en leur offrant de meilleures conditions d'hospitalisation.

Ainsi l'objet de cet article consiste à savoir si les établissements hospitaliers privés adoptent une approche-qualité des soins et comment ils peuvent réaliser un niveau acceptable de satisfaction de leurs patients ?

Avant de présenter dans une deuxième section le modèle théorique ainsi que les hypothèses de recherche, qui sera suivie d'une troisième section relative à la méthodologie adoptée, nous brosserons dans un première section un cadre conceptuel autour de la qualité des soins.

1 Cadre conceptuel :

1- 1 La qualité des soins :

1-1-1 Essai de définition :

La qualité des soins est une démarche fondamentale qui selon **Donabedian** est définie comme « un soin qui assure le mieux possible le bien-être du patient, après que celui-ci a pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même »³.

D'après le **Centre de coordination** de la lutte contre les infections nosocomiales, la qualité des soins « est le niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité de résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles »⁴.

L'organisation mondiale de la santé **OMS** a défini la qualité des soins comme étant une « capacité de "garantie " à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...], lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la santé, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains.. »⁵. En outre, l'OMS considère que « La qualité des soins signifie légitimation sociale des soins, justification des soins fournis, accès aux soins et justice sociale, continuité des soins, mais aussi gestion du personnel de soins »

La définition la plus largement employée vient de l'institut de médecine des Etats-Unis (**IOM**) qui considère que la qualité des soins est « la capacité des services de santé à atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment »⁶.

1-1-2 les dimensions de la qualité des soins :

Parasuraman, Zeithaml et Berry (1992) ont élaboré une liste des déterminants de la qualité des services classés par ordre d'importance⁷, qui semble relativement indépendante du domaine d'activité. Dans le domaine de santé, cette liste est représentée par les éléments suivants : l'efficacité, la sécurité, l'accessibilité et la réactivité et l'efficience.

L'efficacité : Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin.

La sécurité : c'est l'absence de danger, de risque et de doute. Elle est basée sur le principe de ne pas nuire aux patients. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes.

Ce que l'on mesure : on peut regrouper les indicateurs relatifs à la sécurité des soins en quatre grandes catégories :

- Infections nosocomiales (des plaies, celles liées aux soins médicaux, aux escarres).
- Evénements sentinelles (accidents liées à la transfusion, erreurs de groupages sanguins, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire).
- Complications opératoires et préopératoires (embolies pulmonaires ou accidents d'anesthésie).
- D'autres événements indésirables (fracture de la hanche ou chute à l'hôpital).

³ C Gaba-Leroy ; A-M Bonnekry ; D Marande ; et P Michet ; (2003), *Prévention des risques dans l'unité de soins* ; Moisson édition ; Paris ; PDF ; P, 115

⁴ Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (interrégional ouest) ; (1999) ; « Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière » ; Rennes ; P.05.

⁵ Zaynep OR ; Laure Com-Ruelle (2008) ; « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer » ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris ; P.03.

⁶ Conférence des hôpitaux académiques de Belgique ; read van universitaire ; « Soins de qualité et accréditation » ; (2007) ; « point de vue de la CHAB-RUZB » ; price waterhouse coopers health research institute ; keeping score ; Belgique ; P.2.

⁷ P Kotler ; K -L Keller ; B Dubois ; et D Manceau, (2006), *Marketing Management*, pearson édition, France ,12° édition, PP. 478-479.

L'accessibilité : c'est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. Donc, les services de soins de santé ne sont pas limités par des obstacles géographiques, économiques, sociaux, organisationnels ou linguistiques.

La ponctualité est un concept liée à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent rapidement les soins nécessaires ; elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire de soins).

Ce que l'on mesure : on évalue la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durées d'attente. Les indicateurs les plus souvent employés sont : les délais d'attente pour la chirurgie programmée et les délais d'attente aux urgences, les sorties retardées, le temps d'accès aux médecins généralistes et spécialistes, les problèmes d'accès liés au coût des soins.

La réactivité : la réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation au choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins et d'autres notions comme l'écoute, l'empathie, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part.

L'efficacité : elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables⁸.

1-2 La satisfaction des patients : un enjeu pour les établissements hospitaliers

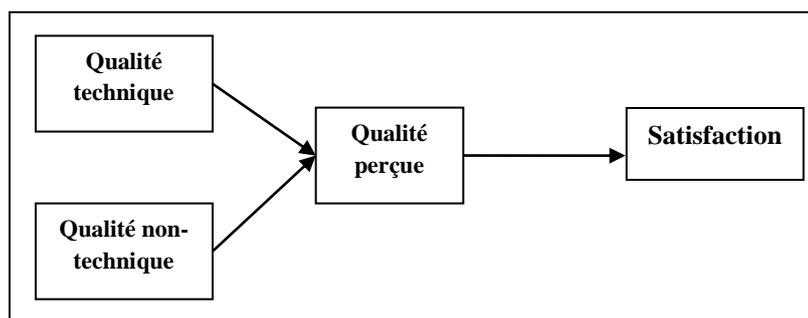
L'origine du terme satisfaction est latine: satis (assez) et facere (faire); ce qui signifie "fournir ce qui est recherché jusqu'au point où c'est assez", le petit Larousse définit le terme satisfaction comme étant un "état qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on demandait ou désirait"⁹, Pichon (1998) de son côté définit la satisfaction comme "un état psychologique est un état affectif provenant d'un processus d'évaluation affectif et cognitif qui survient lors d'une transaction spécifique"¹⁰. Donc on peut dire qu'il y aura satisfaction des patients en terme de qualité des soins si et seulement si le service de soins a exactement fourni au patient ce que ce dernier souhaitait¹¹. Cela ne prendrait donc pas en compte le fait de "faire plus" ou "faire moins", l'essentiel qu'il confirme les attentes des clients.

Depuis un peu plus d'un quart de siècle, la satisfaction des patients malades est devenue l'un des thèmes majeurs de l'étude du comportement du consommateur que les entreprises hospitalières se sont rendues compte qu'il s'agissait d'une variable-clé des comportements des patients malades¹². Stamps (1984) a confirmé cette dernière lorsqu'il a dit que, «La satisfaction des patients est considérée comme une perception subjective qui reflète ses préférences et ses attentes personnelles»¹³.

2 Modèle théorique et hypothèses de recherche :

Notre cadre conceptuel intègre les récentes contributions sur la part centrale que joue la qualité des soins techniques et non-techniques sur la qualité perçue des soins, et sa contribution à la formation de la satisfaction des patients. Nous proposons de tester les liens qui existent entre ces différents concepts dans le modèle théorique suivant (voir figure (01)).

Figure 01 : le Modèle théorique



⁸ - Zaynep OR ; Laure Com-Ruelle (2008), « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; Irdes édition ; DT N° 18 ; Paris.

⁹ - Le petit Larousse. (2006).

¹⁰ - Pichon (1998), dans J Vanhamme, (2004), « La satisfaction des consommateurs spécifique à une transaction : définition, antécédents, mesures, et modes », Aspirante du fonds National de la recherche scientifique, Laboratoire d'analyse du comportement du consommateur, Dans la revue de l'Association Française de Marketing

¹¹ - Evrard Yver (1993); « la satisfaction des consommateurs : état de recherche » ; Revue Française du Marketing ;

¹² J Vanhamme; (2004) ; « La surprise et son influence sur la satisfaction des consommateurs » ; revue française du marketing ; revue française du Marketing ; Adetem édition -France ;n° 197-215 ; P, 47

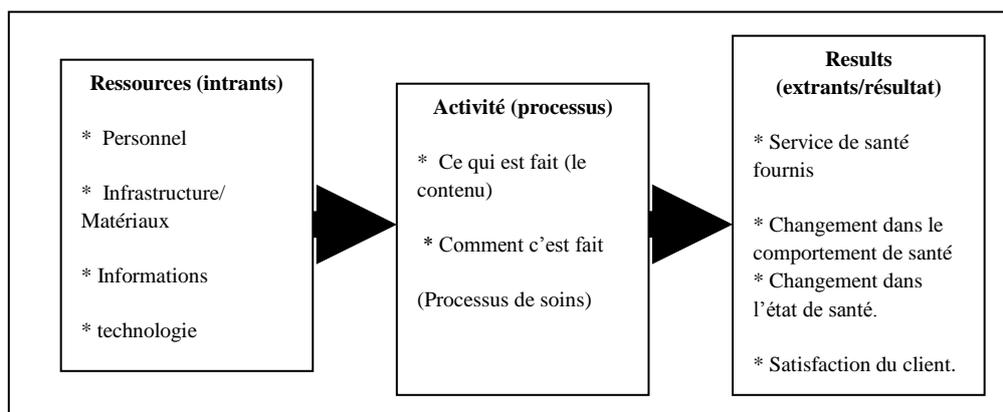
¹³ Raymond Grebier ; (2004), « La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients » ; université de Montréal ; Canada ;;P, 04-05

Une partie des travaux sur la satisfaction des soins comme celle de *Denabedian*, est née d'une critique du pouvoir explicatif de la qualité perçue des soins par les patients. Il importait d'intégrer dans les modèles l'ensemble des qualités techniques et non-techniques qui influencent la qualité perçue des soins par les patients. Pour cette raison il est important d'étudier les relations qui existent entre ces facteurs.

2-1 Le lien entre la qualité perçue des soins et la qualité technique et non-technique :

L'évaluation de la qualité des soins reste encore largement influencée par les recherches d'Avedis DENABEDIAN, dont les premières datent pourtant des années 1960. A travers la figure 02 DENABEDIAN part du principe que la probabilité d'obtenir le meilleur résultat est garantie par la délivrance de soins de la meilleure qualité technique et non technique possible ; cette dernière exige un environnement structurel et organisationnel correct. En plus, les explorations et les soins doivent être réalisés par des professionnels qualifiés dans une structure adéquate¹⁴.

Figure 02 : entrants, processus et extrants/résultats selon le modèle d' Denabedian



Source :Rashad Massoud, (2002), « Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité » ; center for humain services ; USA ; P,04

2-1-1 les structures et les ressources :

Ce sont les différents moyens et ressources qui permettent à un établissement de santé de remplir sa mission et de délivrer les soins : locaux, installations, équipements, ressources matérielles, ressources humaines (qualifications, effectifs et organisation), systèmes d'information, encadrement, mode de fonctionnement, qualité et quantité des ressources financières, lois et réglementations, contextes politiques, géographiques, socio-économiques, etc.

2-1-2 les processus :

Un processus est défini comme étant « une succession d'étapes à travers lesquelles les entrants provenant de fournisseurs sont convertis en extrants pour les consommateurs ».

algorithmes cliniques : sont les processus par lesquels les décisions cliniques sont prises.

processus de circulation de l'information : sont les processus par lesquels l'information est partagée entre les différentes personnes qui interviennent dans les soins de santé.

processus de circulation des fournitures : sont les processus par lesquels les matériels (médicaments, fournitures, produits alimentaires) circulent à l'intérieur du système¹⁵.

processus de circulation des patients : sont les processus par lesquels les patients circulent à l'intérieur de l'établissement médical où ils demandent et reçoivent des soins.

Processus de circulation multiple : la plupart des processus sont en fait multiples étant donné que des patients, des fournitures, des informations et autres éléments sont impliqués simultanément dans le même processus de soins.

¹⁴ C Vilcot ; H Lecler , (2006), « Indicateur qualité en santé », édition Afnor, Franc, 2° , P.02-03

¹⁵ R Massoud (2002) ; « Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé : projet d'assurance de la qualité » ; Center for humain services ; USA ; op cit ; P.9.

2-1-3 les résultats :

Les résultats représentent les conséquences des soins sur l'état de santé d'un patient ou d'une population (taux de mortalité, taux de guérison), sur sa qualité de vie, le survenue de complication leur satisfaction, leur bien-être et leur qualité de vie. Ce sont aussi les résultats financiers et comptables de l'établissement de santé¹⁶.

2-2 Lien entre qualité perçue des soins et satisfaction des patients :

D'après Olshavsky (1985) le consommateur devrait inférer la qualité d'un service (de soins) à partir de ses attributs spécifiques tels que les facteurs techniques et non-techniques. Dans ce cadre, la qualité est donc considérée comme un antécédent de la satisfaction des patients, cette dernière ayant un caractère relatif car elle est fonction des qualités techniques reçues par les patients comme la qualité de diagnostic, la qualité de l'intervention chirurgicale, les soins des infirmiers, la prise en charge des douleurs et des complications, mais aussi des bénéfices non-techniques tels que la propreté, le comportement du personnel médical et non-médical, l'information médicale, le confort de la chambre, la propreté et le calme et la qualité des repas. La qualité est en outre généralement conceptualisée par plusieurs chercheurs comme une variable déclencheuse de la satisfaction des patients envers la qualité des soins.

3- Méthodologie de la recherche :

Le test de la validation ou non des hypothèses de recherche, nous conduit à adopter une méthode de recherche qui permet de mieux exploiter les données collectées.

3-1 Collecte des données

La construction de l'échantillon a été une des étapes clés de la recherche. En fonction de la familiarité de notre cible avec la clinique choisie, il a été décidé que l'instrument de collecte de données soit un questionnaire à remplir par le client de cette clinique. 150 clients des cliniques ont répondu à notre questionnaire, 45 homme (30%), et 105 femme (70%), voir le tableau (01). Notons que la majorité des patients n'ont pas la capacité de choisir leur établissement ; ils sont orientés vers la clinique soit par leur médecin ou bien par l'hôpital (64%).

Notre échantillon reflète en partie la répartition telle qu'elle ressort de nos entretiens qualitatifs, à savoir un milieu à grande majorité assez jeune (80.66% ont entre 20 et 40 ans),

L'objectif recherché par cette étude est de tester empiriquement ces échelles et de comparer leurs qualités psychométriques afin de déceler celles qui garderaient leurs structures factorielles postulée dans la théorie.

3-2 Le questionnaire:

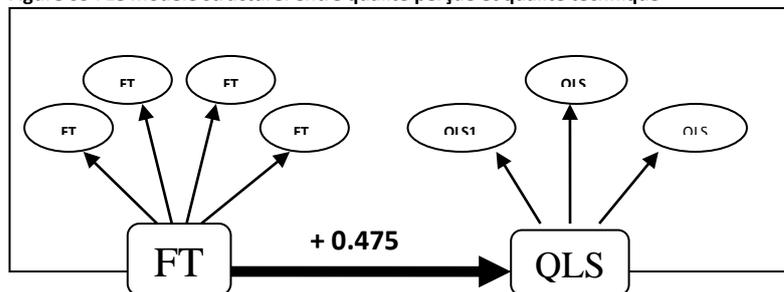
Le questionnaire qui avait principalement pour but de mesurer les composantes de la satisfaction des patients a été soumis, dans un premier temps à 5 patients pour s'assurer de sa bonne compréhension. Par ailleurs, ces personnes nous ont fait remarquer qu'il faut éliminer quelques questions (ex : disponibilité d'un espace de parking, l'éclairage dans l'établissement, etc) mais aussi de préciser les mots techniques (ex : infection nosocomiale, etc)..Notre questionnaire est composé de 15 questions portant sur les différentes variables de l'étude. Il a été ajouté au questionnaire les critères sociodémographiques les plus courants (le genre, l'âge, etc) et d'autres critères (service d'hospitalisation, nombre de séjour, etc.). Des mesures plus classiques des construits de qualité technique (04 items), de qualité non technique (06 items), de qualité des soins (03 items), de satisfaction (02 items) ont été pris en compte.

3-2-1 les facteurs techniques :

ils sont composés de quatre items, l'indicateur **FT1** qui représente la qualité de diagnostic des praticiens dans la clinique privée, l'indicateur **FT2** ; la qualité de l'intervention chirurgicale ; l'indicateur **FT3** , les soins des infirmiers offerts dans la clinique privée ; et l'indicateur **FT4** , la prise en charge des douleurs et des complications dans la clinique privée.

¹⁶ ANDRES, « Méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins » Laboratoire de la qualité des soins ; Université de Constantine Algérie ; P.03

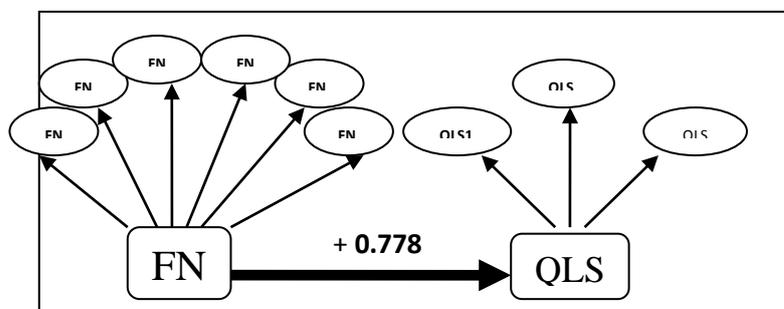
Figure 03 : Le modèle structurel entre qualité perçue et qualité technique



3-2-2 les facteurs non- techniques :

ils sont composés de six items, l'indicateur **FN1** qui représente la propreté de l'endroit et des personnels dans la clinique privée ; l'indicateur **FN2** , le comportement du personnel médical et non-médical dans la clinique privée ; l'indicateur **FN3** , l'information médicale ; l'indicateur **FN4** , le confort de la chambre dans la clinique privée ; l'indicateur **FN5** , la propreté et le calme dans la clinique privée ; l'indicateur **FN6** , la qualité des repas dans la clinique privée.

Figure 04 : Le modèle structurel entre la qualité perçue et la qualité non-technique



3-2-3 La qualité des soins :

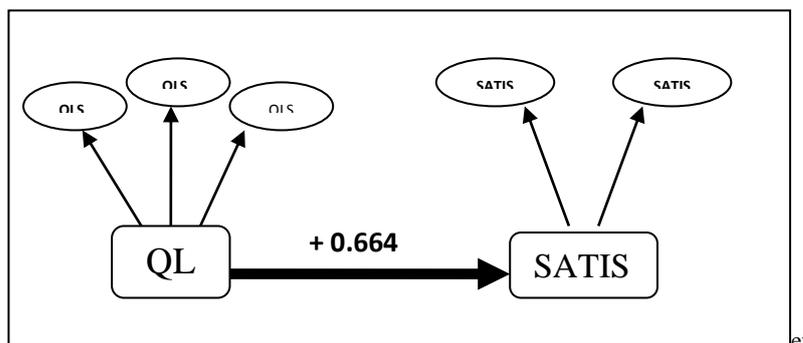
ils sont composés de trois items, l'indicateur **QLS1** qui représente la prestation complète de l'établissement par rapport à d'autre établissement (hôpital) ; l'indicateur **QLS2**, la compétence et le contact humain des personnels médicaux et non-médicaux dans la clinique privée ; l'indicateur **QLS3** , les frais engagés par rapport à l'ensemble de séjour, Voir figure 3.

3-2-4 la satisfaction :

Les critères de satisfaction se composent de deux items, l'indicateur **satis1** qui représente le résultat médical et l'indicateur **satis5** qui représente l'adéquation entre les attentes et les services fournis.

A travers ces composantes nous avons demandé aux répondants de donner leurs avis sur la qualité des soins des cliniques privées et de préciser leur degré d'accord ou désaccord sur une échelle de Likert comportant 5 repères. Pour partie les items étaient empruntés à la littérature, d'autres spécialement construits pour l'analyse.

Figure 05 : Le modèle structurel entre La satisfaction et la qualité perçue



3-3 Analyse et résultat de la modélisation des équations structurelles :

Pour tester notre modèle théorique, nous avons utilisé une analyse d'équations structurelles. Nous avons suivi la démarche de « développement de modèle » utilisé par (Hair et alii, 1998 ; Raykov et Marcoulides, 2000) : élaboration des modèles structurels et de mesures (en intégrant les variables observables de chacun des construits de la figure 01), sélection de la matrice d'entrée de données (matrice de covariance), sélection de la méthode de l'évaluation (maximum de vraisemblance), sélection des indices d'ajustement (Chi-deux sur degrés de liberté, RMSEA, GFI), validation individuelle des construits (modèle de mesure) et validation du modèle structurel. Tous les traitements ont été effectués avec le logiciel Statistica 8.

Pour la validation du modèle global (modèle de mesure et modèle structurel), nous avons utilisé la démarche en deux étapes d'Anderson et Gerbing (1988) : (1) validation du modèle de mesure par d'analyse factorielle confirmatoire (Hair et alii, 1998) ; les résultats sont donnés dans le tableau 02 , et (2) évaluation des liens structurels théoriques entre les variables latentes par l'évaluation des mesures d'ajustement du modèle intégré (Hair et alii, 1998) voir le tableau 03.

Notons que des tests séquentiels de différence de chi-deux ont été réalisés afin de vérifier la validité discriminante de chaque construit (variable), ainsi que le degré de liberté. Les données de l'échantillon n'étant pas multinormales et l'analyse portant sur des corrélations doivent être considérées plus comme une mesure de l'ajustement que comme le résultat d'une épreuve de signification. Les rapports χ^2/dl sont toujours acceptables bien qu'ils soient parfois très limites (4.609, et 4.97). Les indices d'ajustement sont globalement bons, qu'il s'agisse des statistiques classiques calculées sur les valeurs de l'échantillon (GFI, AGFI, CFI, NFI, RMR) ou encore des indices d'ajustement du modèle estimés sur la population (Population Gamma Index (PGI), Ajustement Population Gamma Index (APGI), et RMSEA). Ainsi nous pouvons affirmer que les construits étudiés du modèle de mesure présentent des résultats acceptables et nous encouragent à poursuivre l'analyse du modèle structurel.

Le test T de student doit être supérieur à 1,96 au niveau de signification de 5% pour chaque contribution factorielle des indicateurs attachés à un construit afin de vérifier le rapport positif entre eux. Le tableau 02 et 03 indique que chaque test de T est nettement supérieur à 1,96 vérifiant ainsi la signification du lien de chaque indicateur à son construit.

Les contributions factorielles des variables manifestes sur les variables latentes sont exposées dans le tableau 04, les résultats présentés dans ce tableau apparaissent satisfaisantes du fait que la valeur du coefficient λ qui indique le degré de la contribution factorielle est comprise entre (0.11 et 0.96).

Un dernier critère de qualité d'ajustement est examiné, celui des corrélations entre les variables latentes. Les résultats présentés dans le tableau 05 montrent que toutes les corrélations entre les variables latentes sont positives et significatives. Elles s'établissent à des niveaux élevés de (0.470 à 0.7) pour toutes les variables.

Le tableau 06 présente les équations qui existent entre les variables dites dépendantes et indépendantes. Par exemple la première montre que le variable indépendant FT influe sur le variable QLS par une force de 0.475 et ainsi des suite pour les autres variables.

3-4 Test des hypothèses :

La dernière étape de cette étude est d'étudier l'intensité des relations liées entre les variables du modèle de qualité des soins, on utilise à cet effet la covariance β .

3-4-1 L'effet des facteurs techniques sur la qualité des soins :

Pour confirmer cette liaison, nous recourons aux modèles des équations structurelles afin d'extraire la forme structurelle. Cette dernière reflète la relation entre les facteurs non-techniques (tout ce qui est lié aux relations entre le patient et les personnels médicaux et non-médicaux, et à l'environnement au sein de la clinique privée) et la qualité des soins. Voir Figure 03.

Comme la première hypothèse suppose que les facteurs techniques influencent positivement la qualité des soins délivrés par une clinique privée, il ressort de l'analyse que l'apport des facteurs techniques à la qualité des soins est significatif (**H1** : $\beta_1=0.475$, $t>1.96$, $p<0.05$).

Nous pouvons dire alors que *les facteurs techniques jouent un rôle important dans la délivrance d'une bonne qualité des soins*, ce qui confirme cette première hypothèse.

3-4-2 L'effet des facteurs non- techniques sur la qualité des soins :

Dans la deuxième hypothèse, nous considérons que les facteurs non-techniques influencent positivement la qualité des soins délivrés par une clinique privée. Il ressort de l'analyse que l'apport de la qualité technique sur la qualité des soins est significatif (**H2**: $\beta_2=0.778$, $t>1.96$, $p<0.05$).

Nous observons également que β est proche de 0.5, ce qui montre que la qualité technique des services rendus par les cliniques pour leurs patients, joue un rôle important dans la formation de la qualité des soins, ce qui confirme cette deuxième hypothèse. Voir figure 04.

La qualité non-technique des soins rendus par les cliniques privées explique ainsi 77.8% de la qualité de soins. On peut constater que ce résultat constitue une validation empirique de l'influence de la qualité des soins non-techniques sur la qualité des soins par les patients.

Nous pouvons dire alors que les facteurs non-techniques jouent un rôle important dans la délivrance d'une bonne qualité des soins, ce qui confirme cette deuxième hypothèse.

3-4-3 effet de la qualité des soins sur la satisfaction des patients.

La dernière hypothèse à tester suppose que la satisfaction des patients vis-à-vis de la qualité des soins des cliniques privées est influencée positivement par la qualité des soins. Nous constatons également que la variance moyenne expliquée de la satisfaction du patient est de 66.4%, ce qui montre que la qualité des soins joue un rôle principal dans la formation de la satisfaction du patient envers les cliniques privées. On peut donc dire que cette troisième hypothèse est validée. (**H3**: $\beta_3=0.664$, $T>1.96$, $p<0.05$). Voir figure 05.

Conclusion :

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur intéressant pour mettre en évidence et corriger certains dysfonctionnements des établissements de soins. Les spécialistes du marketing des services reconnaissent aujourd'hui l'importance de conserver les clients sur le long terme¹⁷.

Notre recherche comporte un certain nombre d'implications théoriques, méthodologiques, et managériales. Tous d'abord du point de vue théorique, elle permet de mieux comprendre la satisfaction du client à propos de la qualité des soins d'une clinique. Elle montre en effet que la satisfaction des patients dépend de trois variables : (1) la qualité technique des soins, (2) la qualité non technique des soins, et (3) la qualité perçue des soins. Plus précisément, plus la qualité technique et non technique des soins est bonne plus la qualité perçue des soins est bonne, plus le patient est satisfait de la prestation des soins.

Ainsi, étendant les résultats précédemment trouvés par *Denabedian*, nous pouvons dire que la satisfaction du client envers la qualité des soins repose sur la qualité perçue de ce soin. Elle confirme également les liens pouvant exister entre les deux composantes de la qualité (technique et non technique) pour déterminer la satisfaction des patients.

Ensuite, du point de vue méthodologique, notre recherche permet de valider de nouveau trois échelles de mesure. Globalement, les résultats confirment nos hypothèses qui sont ainsi toutes validées, sous réserve des limites de généralisation liées à la nature de notre échantillon.

¹⁷- Berry C (1983), dans George L, et Decock Good, (2004), op cit.

Enfin, du point de vue managérial, notre recherche met à la disposition des cliniques un outil pour les guider dans leurs décisions de fidélisation de leur clientèle.

Comme pour toute recherche empirique, les résultats de notre étude ne sauraient être interprétés sans prise en compte des limites de notre travail qui tiennent à la taille de l'échantillon, ce qui donne à cette recherche un caractère plutôt exploratoire.

Bibliographie :

Ouvrage :

- Gaba C, Eroy L, Bonnery A-M, Larande D, Michet P, (2003), *Prévention des risques dans l'unité de soins*, édition Masson, Paris
- Hubinon Myriam, (2004), *Management des unités de soins « de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité »*, édition De Boeck, Bruxelles, 2^e tirage
- Kotler Philip, Keller Kevin lane, Dubois Bernard, Manceau Delphine, (2006), *Marketing management*, pearson 12^e édition, France.
- Kotler Philip, (2005), *Les clés du marketing*, Pearson édition, Paris

Revue et articles :

- 1- Gaba-Leroy C; Bonnekry A-M; Marande D; Michet P, (2003), « Prévention des risques dans l'unité de soins », Paris.
- 2- Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (interrégional ouest) ; (1999); « Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière », 14 juillet Rennes cedex 9.
- 3- Conférence des hôpitaux académiques de Belgique ; read van universitaire ; Soins de qualité et accréditation ; (2007) ; « Point de vue de la Chab-Ruzb » ; Price waterhouse coopers health research institute ; keeping score ; Belgique.
- 4- Evrard Yver (1993); « la satisfaction des consommateurs : état de recherche » ; Revue Française du Marketing ; n°144-145
- 5- Laboratoire de la qualité des soins ; « méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins » ; Andres ; université de Constantine ; Algérie
- 6- Le petit Larousse, (2006), CD.
- 7- Grebier Raymond, (2004), « La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients » ; université de Montréal ; Canada ; PDF
- 8- Georges.L; et Eggert.A, (2004), « Elaboration et test d'un modèle explicatif de l'impact du manager de comptes clés sur la création de la valeur perçue par les clients clés », Recherche et application en marketing, L'AFM, pp.64-68.
- 9- Rashad Massoud ; (2002) ; « Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for humain services ; Décembre USA.
- 10- Vanhamme Joëlle; (2004) ; « La surprise et son influence sur la satisfaction des consommateurs » ; Revue Française du Marketing, n° 197-215.
- 11- Zaynep OR ; Laure Com-Ruelle (2008), « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris

Sites internet :

- 12- www.rees-france.com/article.php3?id...398.
- 13- www.afm.fr.