

La gestion de la qualité du service client dans les centres de santé AIBEF en Côte d'Ivoire : cas du département de Korhogo

Customer service quality management of AIBEF health facilities in Cote d'Ivoire: case of Korhogo district

ASSAMOI Valérie Christian
Docteur en sciences de Gestion
Assistante
Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo,
Côte D'Ivoire
assamoivale@yahoo.fr

Date de soumission : 28/09/2023

Date d'acceptation : 19/01/2024

Pour citer cet article :

ASSAMOI V. (2024) «La gestion de la qualité du service client dans les centres de santé AIBEF en Côte d'Ivoire : cas du département de Korhogo», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 7 : Numéro 1 » pp : 179 - 202

Résumé

L'accueil, l'approche, la façon de gérer les demandes et satisfaire les besoins, la qualité de l'information et la manière de la présenter et le traitement des plaintes sont autant de facteurs qui contribuent à accentuer la dégradation de la qualité des soins dans les établissements de santé.

L'objectif de cet article est d'apporter une contribution à une gestion plus efficace en vue d'améliorer la satisfaction des usagers de la clinique de l'AIBEF du département de Korhogo-Côte D'ivoire. Pour y parvenir, nous avons utilisé un guide d'entretien direct (pour les usagers de la clinique) à partir du questionnaire de mesure de satisfaction SPHINX V5. En effet deux cent vingt-huit (228) usagers de la Clinique AIBEF de Korhogo ont été interrogés sur 250 patients attendus pour la période ce qui représente un taux de réponse de 92%.

Les résultats de l'analyse ont montré que la qualité des soins et les services reçus influent positivement sur la satisfaction des usagers de la clinique AIBEF. Il en est de même pour le confort perçu et l'accueil. A contrario, le comportement du personnel soignant semble ne pas avoir d'impact sur la satisfaction des usagers. En témoigne la valeur de la significativité ($p > 5\%$).

Mots clés : Gestion des établissements de santé ; Qualité des soins et Service ; Mesure Satisfaction SPHINX V5 ; les Usagers de la Clinique ; AIBEF Korhogo-Cote D'ivoire.

Abstract

Reception, interaction, way of processing requests and meeting needs, information quality and its conveyance manner, and complaints handling, are all factors that abet the deterioration of the care quality in healthcare facilities.

This paper aims to contribute to more effective management in order to improve the satisfaction of AIBEF clinic users in the department of Korhogo in Cote d'Ivoire.

To achieve that goal, we used a direct interview guide (for clinic users) from the SPHINX V5 satisfaction measurement questionnaire. In fact, 228 patients out of the expected 250 of the AIBEF Korhogo Clinic were interviewed for the period. This represents a response rate of 92%. The analysis results showed that the quality of received care and services positively impacts the satisfaction of AIBEF clinic patients. The same outcome is observed for the perceived comfort and the reception. However, the behavior of the nursing staff seems to have no impact on user satisfaction. This is evidenced by the significance value ($p > 5\%$).

Keywords: « Healthcare Facilities Management; Quality of Care and Service; SPHINX V5 Satisfaction Measurement; Clinic Users; AIBEF Korhogo-Cote d'Ivoire».

Introduction

La révolution industrielle en Europe a attisé l'intérêt des entreprises pour la gestion qualitative, à l'origine orientée vers la régularité du produit fini, avant d'évoluer vers la satisfaction des clients, (ANAES, 2002). Il s'agit d'un facteur clé de commercialisation et de différenciation. Elle présente également de nombreux autres avantages comme une amélioration de l'image de la marque et une augmentation de la satisfaction du client (Isaac & Volle, 2008). Dès lors, le secteur public singulièrement se voit forcé d'en développer des expertises s'il veut être capable de relever les défis des temps modernes.

Pour le cas spécifique de la santé, les enjeux sont gigantesques car les systèmes doivent, d'une part, faire face à des contraintes budgétaires les obliger à minimiser les dépenses, tout en s'adaptant aux exigences contextuelles, et d'autre part, répondre avec efficacité et efficacité aux attentes toujours croissantes des populations en termes de qualité des soins et services.

La question d'une gestion hospitalière qualitative traverse différents domaines de la société en ce sens que les établissements de santé doivent non seulement s'évertuer à toujours répondre efficacement aux attentes des acteurs, mais aussi à assurer leur propre performance.

(Salhi, 2014) ; (Wadiâ Chahouati, 2021). Cependant, des voix s'élèvent pour mettre en doute la productivité de la démarche qualité dans les services de santé.

En Côte d'Ivoire, les statistiques de la DIPE (Direction de l'information, de la planification et de l'évaluation) montrent qu'entre 2001 et 2006, le taux de fréquentation des hôpitaux du secteur public était faible et tournait autour de 17%. La faible couverture en infrastructures sur le territoire national, le mauvais état et le sous équipement des établissements, l'insuffisance et l'inégale répartition spatiale du personnel de santé, le mauvais accueil des patients surtout en zone rurale, la faible couverture vaccinale, l'accès limité aux médicaments, (DSRP, Document De Stratégie Pour La Réduction De La Pauvreté 2009; Revue Sectorielle Santé 2010) sont autant de facteurs qui contribuent à accentuer la dégradation de la qualité des soins dans les établissements de santé . Force est de remarquer que « l'application de la mesure de gratuité ciblée sur le terrain n'a pas donné entière satisfaction », (Conférence de presse animée par la ministre de la santé Raymonde Goudou jeudi 19 Septembre 2013). Ainsi, nos hôpitaux sont et resteront malheureusement de gros centre de santé, tant que leurs gestions et financements ne seront pas orientés voire centrés sur une démarche qualité appropriée visant la satisfaction du Patient .

La qualité est donc devenue un sujet qui suscite de vives discussions dans les établissements de santé. C'est pour trouver des solutions adéquates à cette situation que l'AIBEF (Association Ivoirienne pour le Bien Être -Familiale) s'est engagée dans un vaste programme de réforme de services offerts aux patients. Le principal objectif fixé à cette réforme est l'amélioration de la gestion de la qualité des services pour une meilleure performance de ses cliniques (Plan Stratégique AIBEF, 2016-2020). L'AIBEF va mettre en place une politique en vue d'améliorer la qualité de l'offre de services dans toutes ses cliniques, d'accroître l'offre de services de la SDSR (la Santé et les Droits Sexuels et Reproductifs) à travers la franchise sociale, de garantir la sécurité et la disponibilité des produits de la SR (santé et la reproduction), d'organiser l'offres des services SR dans la communauté et par ricochet la satisfaction des usagers de ses zones d'interventions.

Nous sommes donc amenés à nous demander : Dans quelles mesure la gestion de la qualité conduit à la satisfaction des usagers des cliniques AIBF ? Quels sont les facteurs déterminants de la satisfaction des usagers des cliniques de l'AIBEF ? Quel est l'impact de ces facteurs sur la satisfaction des usagers de ces dites cliniques ?

L'objectif de cet article est d'apporter une contribution à une gestion plus efficace en vue d'améliorer la satisfaction des usagers de la clinique de l'AIBEF du département de Korhogo-Côte D'ivoire.

Sur le plan méthodologique, l'étude est quantitative et elle utilise un guide d'entretien direct (pour les usagers de la clinique) à partir du questionnaire de mesure de satisfaction SPHINX V5.

Cette étude est organisée comme suit : La section suivante passe en revue la littérature existante sur La gestion de la qualité du service et la satisfaction. La section 2 présente la démarche méthodologique de l'étude et les données. La section 3 discute les résultats et enfin la section 4 propose la conclusion.

1. La gestion de la qualité du service et la satisfaction.

1.1. Le concept de la qualité de service.

La notion de la qualité remonte loin dans l'histoire de l'humanité. Les Égyptiens, les Grecs ou les romains, par exemple, en avaient le souci et essayaient de la mettre en application dans leurs grands travaux.

Cependant, la plupart des études diligentées ont simplement mis l'action sur la qualité des produits plutôt que sur celle des services. Cette étude va donc nous servir de prétexte pour

traiter en profondeur de la notion de qualité de service. A ce stade de notre travail, il est primordial de savoir ce que cette notion renferme et la littérature à ce sujet nous offre des approches définitionnelles abondantes. D'après certaines recherches, la qualité du service est un aspect essentiel qui influence la satisfaction du client, sa confiance, sa fidélité et son comportement vis-à-vis une organisation (Sultan & Wong, 2019).

(Oudmine.S, et al. ; 2023) montrent comment la qualité de service affecte la rétention, la satisfaction et la réussite professionnelle dans le domaine de l'enseignement.

(Guebailia ; 2014) relèvent le caractère subjectif de la qualité de service car elle n'est pas aisément évaluable. Les auteurs s'appuient sur le point de vue de (Parasurman, et al. ;1985) qui la conçoivent comme une valeur ajoutée, en termes de satisfaction, découlant de l'écart entre l'offre de service proposée et le service attendu par le client A partir de là, ils en dégagent trois types. Ils la qualifient d'abord de générale quand l'offre de service correspond aux attentes du demandeur, puis de meilleure lorsque cette dernière dépasse largement les attentes du client, et enfin de mauvaise lorsque l'offre de service est de niveau inférieur.

(Kathiarayan, et al.,2023) quant à eux mettent en exergue la relation de cause à effet entre la qualité des prestataires et celle du service fourni. Car pour eux, des agents inexpérimentés ne peuvent que produire des rendements ordinaires.

En s'inspirant de la vision systémique, (Barouch, 2013) affirme aussi que le management par la qualité peut être considéré comme une théorie de changement. Il précise que la vision systémique portée par la qualité à travers plusieurs référentiels (ISO 9001, ...) a des implications importantes en termes du changement. Les démarches Qualité constituent ainsi un facteur de changement très important surtout qu'elles permettent d'induire et de gérer des changements décisionnels, organisationnels, managériaux, culturels et techniques dans les organisations (Mispelblom, 1999) ; (Slimani & Boukrif, 2016) ; (Barouch, 2017).

1.2. Le concept de la qualité de service dans les centres de santé.

Dans le monde de la santé, la question de la qualité est au centre des débats et des politiques managériales dans les établissements de santé. Un consensus semble avoir été trouvé autour de sa définition car son management, certifié par la norme ISO 9001, (Chesnais, et al. ;2018) est universellement reconnu. Cette norme est une référence et une procédure internationalement acceptées qui encadrent à la fois le management des processus, des services et des produits. Elle définit ainsi la qualité d'un service ou d'un produit comme les indices qui rendent apte ledit produit ou service à répondre favorablement aux exigences d'un demandeur.

Selon (Fabien, 2010), les éléments distinctifs de la qualité au titre des services touchent le relationnel, c'est-à-dire la réception du client, la communication, l'atmosphère générale, la discipline liée aux horaires, et la fluidité des formalités administratives. Malheureusement, ce point de vue est partiel car ne prenant pas en compte l'écart entre la qualité attendue par le client et celle réellement perçue, alors que la distinction est incontournable.

En effet, il est évident qu'une prestation de service est toujours évaluée aussi bien en interne qu'en externe à travers le prisme du bénéficiaire dont le jugement peut ne pas forcément être objectif. (Hayo-Villeneuve, 2017).

Cependant, toutes ces différentes approches définitionnelles ouvrent la voie à la présentation de ce qu'est la qualité hospitalière. L'évocation de ce concept met en action divers éléments tels le contrôle, l'évaluation, l'efficacité, l'appropriation, les référentiels, l'efficacité, les critères, la conformité, les mesures correctives et amélioratives. C'est d'ailleurs ce mouvement qui a engendré dans le secteur de la santé une multiplicité des définitions. Toutefois, l'OMS a fait de la sienne la norme. Celle-ci peut se résumer comme la prodigation à un patient d'un traitement qui lui accorde une satisfaction absolue du processus complet et des résultats des soins après que les différentes étapes et procédures qu'impose la médecine moderne ont été rigoureusement observées et avec un degré de risque extrêmement minimisé (Housseman, 2011)

(Kervasdoué, 2021) fait partie de ceux qui ont vite relevé le caractère complexe de l'institution hôpital. Cette complexité est suscitée par la séparation des prestations et des départements, la diversité des sollicitations, la fragmentation des activités, le nombre important des intervenants et la non prise en compte du malade en tant qu'acteur (Hayo-Villeneuve, 2017). En conséquence, l'inclusion de la notion de la qualité n'est pas aisée du fait des innombrables bouleversements essentiels qu'elle requiert pour être en phase avec les exigences contextuelles de l'hôpital.

Au titre de leur historicité, (Martineau, 2009) estime que le concept de qualité dans les hôpitaux est proche de la notion de qualité. Dans la suite de son propos, il indique que le milieu hospitalier a commencé à explorer pour la première fois le terme qualité au cours de la décennie 80 où la question de l'assurance qualité dominait les débats.

(Amzil & Nafzaoui, 2020) quant à eux La performance au sein des Centres hospitalo-universitaires est mesurée au travers de la qualité des services rendus aux citoyens et par l'utilisation optimale des ressources.

Pour ce qui est de (Contandriopoulos, 2000), il soutient que, sur les trois principales étapes ayant empreint le voyage des démarches qualité dans le secteur de la santé, la démarche assurance qualité n'est que la seconde : Ces trois étapes sont :

- L'évaluation de la qualité, caractérisée par la rationalisation des comportements en face des maladies ;
- L'Assurance Qualité, qui répertorie les erreurs et trouve des solutions rectificatives adéquates ;
- Le perfectionnement perpétuel, phase qui permet d'apporter les ajustements indispensables à l'activité hospitalière.

1.3. La satisfaction

La littérature sur le concept de satisfaction présente une multitude de définition de différents auteurs ayant travaillé dans ce domaine. Cette diversité montre que ce concept est difficile à cerner et à définir. Cela est confirmé par (Llisa et al. ;2015) « Une revue de la littérature sur les recherches en matière de satisfaction montre la difficulté à appréhender cette notion ».

(Kotler & Dubois, 2000) montrent que « la satisfaction est le jugement d'un client vis-à-vis d'une expérience de consommation ou d'utilisation résultant d'une comparaison entre ses attentes à l'égard du produit et e ses performances perçues ». Cette définition semble rejoindre celle de (Benoit & Thierry, 2016) publiée dans sa thèse et reprise dans certains de ses travaux « la satisfaction est fondée sur une comparaison de la performance perçue du service avec un standard préétablie ».

(Tony V. & Herbert, 2016) définit la satisfaction comme la situation psychologique découlant d'une habitude de consommation. Cette position est également partagée par (Vanhanme, 2002) qui y ajoute les expériences d'achat tout en mettant en évidence la nature relative de la satisfaction qui, en fin de compte, n'est que le fruit d'une appréciation personnelle non observable immédiatement, construite à partir d'une comparaison tout aussi subjective.

(France qualité publique, 2006) quant à lui atteste que la satisfaction est un jugement de valeur qui réalise de la confrontation entre le service perçu et le service attendu. Cette définition vient en appuis à celle de (Olivier, 1980) qui dans sa théorie de confirmation des attentes définit la satisfaction comme étant la différence entre la qualité perçue et la qualité attendue.

Dans sa conception, le client ne donne une appréciation positive (satisfaction) ou négative (insatisfaction) qu'après utilisation effective du produit, en prenant soin de comparer la valeur réelle de celui-ci avec ses attentes.

Lorsque la performance perçue est inférieure aux attentes, il en résulte une insatisfaction. Enfin, lorsque la performance perçue est égale aux attentes, il découle de l'indifférence.

Plusieurs études ont examiné cette relation entre la dis-confirmation des attentes et la satisfaction. Les études montrent une relation linéaire positive entre les deux variables (Bearden & Teel, 1983) ; (Olivier & Linda, 1981). Le niveau de satisfaction (d'insatisfaction) s'accroît avec la magnitude de la confirmation (de l'infirmité) des attentes.

Un auteur comme le théoricien (Patrice T., 2006) aborde la question de la satisfaction en termes de comportement. Il dégage, à cet effet, trois (3) étapes capitales dans le cours de son développement qui se présente comme suit :

- une performance spéculative supérieure à la valeur réelle envoie des signaux négatifs et contradictoires au subconscient qui à son tour les transforme en dénégation déclenchant une contrariété qui peut se muer en griefs.
- Une différence entre la performance obtenue et la valeur théorique égale à zéro crée une situation d'apathie susceptible d'installer une insensibilité.
- Une performance supposée largement au-dessus de la prestation effective engendre la confirmation qui évolue vers une approbation pour se matérialiser par des encensements et félicitations.

Il ressort essentiellement de ces définitions que la satisfaction est un sentiment subjectif qui apparaît qu'après une expérience de consommation d'un bien ou d'un service. Elle est basée sur des attentes, des perceptions et des comparaisons (Gauthier, 2003).

1.4 la notion de la satisfaction hospitalière

Tel qu'exprimé par l'OMS, (OMS, 2017), la satisfaction du patient fait partie intégrante du processus de normalisation de la qualité des soins. Elle est présentée comme une conséquence des soins voire une composante de l'état de santé. Concept hautement qualitatif car non objectif, elle reste commandée par des préjugés, abondamment discutée mais très peu définie.

L'auteur (Ndangwa, 2020) certifie que la satisfaction joue un rôle médiateur. En effet, par le modèle SERVQUAL, il montre la relation entre la qualité perçue des soins de santé dans les formations sanitaires par les patients, leur satisfaction et leur intention comportementale.

(Pascoe, 1983) quant à lui la perçoit comme un feedback analytique et émotionnel de son cycle de formation. Le volet analytique s'appuie sur la collecte et la classification des savoirs et connaissances. Quant à l'aspect émotionnel, il met l'accent sur les préférences et n'est pas moins importante dans la délivrance des soins.

Dans une autre posture, (Moukhafi, 2023) regroupe la myriade des exigences et attentes des patients en trois entités :

- En premier lieu, le patient souhaite recevoir un avis médical et scientifique exhaustif et précis de son état de santé ;
- Ensuite, il recherche la paix du cœur et de l'esprit dans ce lieu qui n'est pas son habitat naturel et donc attend de la courtoisie et de la chaleur communicationnelle ;
- Enfin, il veut être respecté, traité avec humanisme et se sentir existé en dépit de son état de malade.

1.5 Hypothèses de la recherche

Pour répondre aux préoccupations de cet article, à savoir apporter une contribution à une gestion plus efficace en vue d'améliorer la satisfaction des usagers des cliniques de l'AIBEF, Nous avons émis quatre hypothèses en nous fondant aussi bien sur les recherches antérieures que sur les observations empiriques.

H1 : la qualité des soins/services aurait des effets positifs sur la satisfaction des usagers de la clinique AIBEF de Korhogo.

H2 : Le confort perçu impacterait positivement la satisfaction des usagers de la clinique AIBEF de Korhogo

H3 : L'accueil aurait une influence positive sur la satisfaction des usagers de la clinique AIBEF de Korhogo

H4 : Le contact avec le personnel soignant influencerait la satisfaction des usagers de la clinique AIBEF de Korhogo.

2. Méthodologie de la recherche

L'objectif de cet article est d'apporter une contribution à une gestion plus efficace en vue d'améliorer la satisfaction des usagers de la clinique de l'AIBEF du département de Korhogo en Côte D'ivoire. Ainsi pour atteindre cet objectif, nous avons procédé par un questionnaire administré à partir du logiciel SPHINX. La population de notre enquête est l'ensemble de tous les usagers de la clinique. Compte tenu de l'impossibilité de travailler avec toute cette population suite aux contraintes financières et temporaires, nous avons jugé bon de limiter notre population-mère (population d'enquête). En effet deux cent vingt-huit (228) usagers de la Clinique AIBEF de Korhogo ont été interrogés sur 250 patients attendus pour la période ce qui représente un taux de réponse de 92%.

Ensuite nous avons appliqué une régression logistique à partir du logiciel SPSS 26 avant de présenter les résultats des hypothèses. Le choix de cette régression car la variable dépendante qui est ici la satisfaction des usagers est une variable binaire (0 ;1). 1= quand il n'est pas satisfait et 0= quand il est satisfait. La description des variables sociodémographiques a été faite via les tris à plats et tableaux à une variable grâce au logiciel Sphinx V5. Les relations entre les variables s'expliquent de 02 manières. Dans un 1^{er} temps, nous expliquons l'analyse des corrélations qui pouvaient exister entre les variables indépendantes et dépendantes et ensuite nous procédons à la présentation de la méthode de régression logistique.

2.1. Explication de l'analyse de corrélation

Cette analyse permet de savoir s'il existe une relation entre les variables du modèle. Le test est réalisé sur les variables métriques et l'intensité entre variables est donnée par un indicateur appelé coefficient de corrélation de Pearson (Evrard & Roux, 2009). Ce coefficient « *r* » varie entre -1 et +1.

Selon (Carricano & Poujol, 2009), le coefficient de corrélation de Pearson est une mesure d'association qui permet d'établir si deux variables mesurées sur le même ensemble d'observations varient de façon analogue ou non. La corrélation « *r* » est égale à la covariance divisée par le produit des écarts types de *x* et *y* : $r = \text{covXY}/S_x S_y$.

Une valeur négative insinue que les 02 variables analysées évoluent dans des sens contraires : lorsque le niveau de l'une des 02 variables augmente, l'on assiste à une baisse du niveau de la 2nde variable. En outre, une valeur de « *r* » supérieure à 0,5 en « valeur absolue » indique que les deux variables sont fortement corrélées. La limite de ce test est qu'il ne statue pas sur les relations de cause à effet.

2.2. Présentation de la méthode de la régression logistique.

➤ Les conditions d'application de la régression logistique.

Nous appréhendons en premier lieu les conditions d'application de la régression logistique. Certaines conditions ont été observées comme l'on a recommandé (Gavard-Perret, et al.2012). Il s'agit d'abord de la vérification de la condition de linéarité, de la multi-colinéarité entre variables explicatives. En second lieu, trois autres conditions que sont l'homoscédasticité (test de Levene), l'indépendance des résidus (test de Durbin-Watson) et la distribution normale des résidus (coefficients d'asymétrie et d'aplatissement). Pour la condition de linéarité, il importe que les valeurs « minimum » et « maximum » soient comprises entre -3 et +3.

La multi-colinéarité est appréhendée à travers « la tolérance » et « le facteur d’inflation de la variance » Traduction de Variance Inflation Factor (VIF) donné par (Gavard-Perret, et alii. 2012). Ces deux indices doivent être respectivement « supérieur à 0,3 » et « inférieur à 3,3 » (Carricano & Poujol, 2009).

Par ailleurs, le test de Levene permet d’appréhender l’homoscédasticité. S’il est significatif, c’est-à-dire si la significativité de la statistique de Levene s’avère supérieure à 5%, alors l’hypothèse de l’homogénéité des échantillons est acceptée. Ensuite, nous sommes passés au test de Durbin-Watson. Pour Gavard-Perret et ses collègues (2012), une valeur proche de 2 est jugée satisfaisante. Enfin, la dernière condition est celle de la distribution des résidus. Les coefficients de symétrie (skewness) et d’aplatissement (kurtosis) sont les indicateurs les plus couramment utilisés pour vérifier la normalité de la distribution. L’idéal serait que ces deux coefficients prennent chacun la valeur « zéro (0) » pour conclure à une normalité de la distribution.

Cependant, (Carricano & Poujol, 2009 : 34) soulignent que le skewness doit être inférieur à 1 et le kurtosis inférieur à 1,5 en valeur absolue pour aboutir à cette même conclusion. Le tableau N°1 ci-dessous nous présente les conditions d’application de la régression logistique.

Tableau N° 1 : les conditions d’application de la régression logistique.

	Indicateurs	Seuils de référence
Linéarité	Erreur/écart-type des erreurs (« Studentisation »)	Compris entre -3 et 3
Multicolinéarité	Tolérance	Supérieur à 0,3
	FIV	Inférieur à 3,3
Homoscédasticité	Significativité de la statistique de Levene	Supérieure à 5%
Indépendance des résidus	Indice de Durbin-Watson	Valeur proche de 2
Distribution des résidus	Skewness (symétrie)	Inférieur à 1 en valeur absolue
	Kurtosis (aplatissement)	Inférieur à 1,5 en valeur absolue

Source : Nos analyses sous SPSS 26

➤ **L’analyse de la régression logistique**

Selon (Desjardins, 2005), la régression logistique se définit comme étant une technique permettant d’ajuster une surface de régression à des données lorsque la variable dépendante est dichotomique. Cette technique est utilisée pour des études ayant pour but de vérifier si des variables indépendantes peuvent prédire une variable dépendante dichotomique.

Pour vérifier la force d’association du modèle, il faut recourir au « R² de Nagelkerke ». Il représente la variance expliquée par le modèle. Plus les variables indépendantes expliquent bien

la variable dépendante, plus le coefficient « R^2 de Nagelkerke » tend vers 100%. Par ailleurs, il importe de connaître la signification des prédicteurs et interprétations des rapports de cote. Il faut identifier les variables qui influencent de manière significative à partir de la colonne « *Sig.* ». Si les significativités sont effectives, les coefficients de Wald sont par conséquent significatifs ; on procède à l'interprétation des rapports de cote ou « odds ratio » qui se situent dans la case Exp(B). Le rapport de cote correspond au nombre de fois d'appartenance à un groupe lorsque la valeur du prédicteur augmente de 1 (Desjardins, 2005).

3. Résultats

Les résultats de la recherche se présentent en deux parties. La 1^{ère} est consacrée à la description de l'échantillon retenu et des variables ; et la 2^{nde} se concentre sur l'analyse explicative, en l'occurrence, sur le test des hypothèses de la recherche.

3.1 Analyses Descriptives Des données.

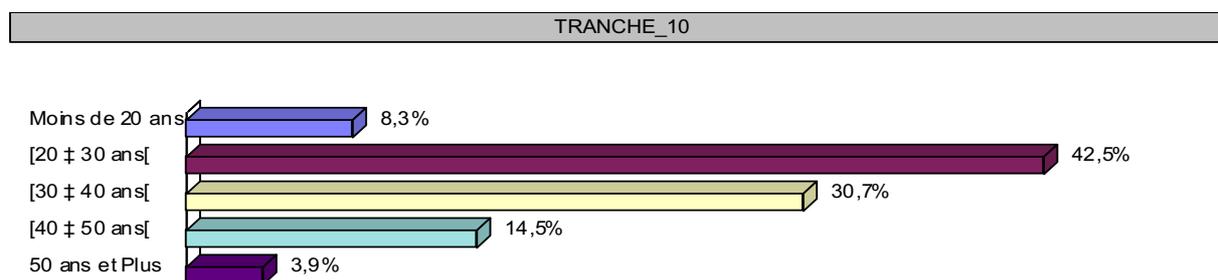
Les enquêtes réalisées ont permis de retenir 228 questionnaires valides. Nous décomptons 218 femmes et 10 hommes ; ce qui permet de dire que le centre est majoritairement fréquenté par des femmes, soient 95,60% de l'échantillon ; vu que les femmes semblent plus directement concernées par les questions de planning familial, de contraception et directement par les consultations prénatales.

Au niveau de la religion, nous avons pu constater que les personnes interrogées sont soit des musulmans (134), soit des chrétiens (85) ou des personnes issues d'autres religions (09), soit respectivement (en termes de pourcentage) 58,80%, 37,30% et 03,90%.

L'âge des répondants a aussi été appréhendé. Il en ressort que le mode de cette variable est la fourchette des personnes ayant au moins 20 ans et moins de 30 ans. En effet, les patientes les plus nombreuses sont au nombre de 97, soient 42,50% de l'échantillon. En 2^{ème} lieu viennent les 70 patientes âgées d'au moins 30 ans et simultanément moins de 40 ans, soient 30,70%. Et en 3^{ème} et 4^{ème} placent viennent les 33 personnes (14,50%) âgées de 40 ans au moins et de moins de 50 ans et 19 patientes (08,30%) qui ont moins de 20 ans. Enfin, les 09 personnes âgées de 50 années et plus terminent la marche représentant ainsi 03,90% de l'échantillon total. La Figure N°1 ci-dessous nous présente la répartition graphique des enquêtés selon les tranches d'âge.

- La répartition graphique des enquêtés selon les tranches d'âge

Figure N°1 : Répartition des enquêtés selon les tranches d'Âge

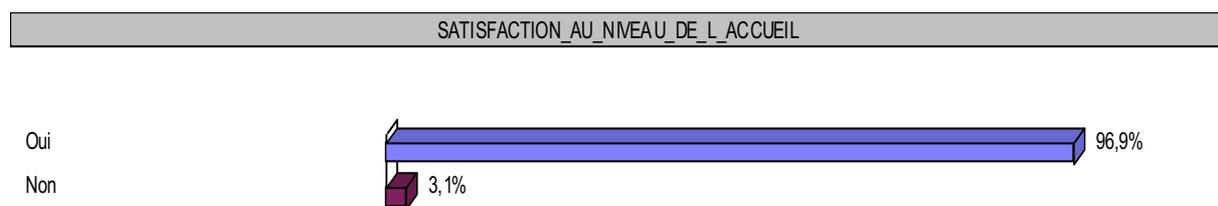


Source : Nos analyses sous SPHINX V5

➤ **Analyses univariées des variables de la recherche**

En termes de satisfaction, nous voyons que le service accueil est apprécié par la quasi-totalité des usagers. A cet effet, 221 personnes sur 228 affirment en être satisfaites, soient 96,90%. Les résultats de la répartition des enquêtés selon la satisfaction relative à l'accueil sont représentés par la figure N°2 :

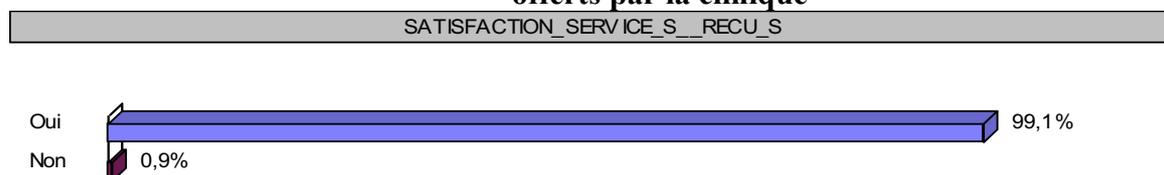
Figure N°2 : Répartition des enquêtés selon la Satisfaction relative à l'Accueil



Source : Nos analyses sous SPHINX V5

Par ailleurs, la satisfaction vis-à-vis des services reçus enregistre un pourcentage important : nous observons que 226 personnes apprécient les services offerts par l'AIBEF. La Figure N°3 ci-dessous nous présente les résultats de la Structure de l'échantillon relative à la Satisfaction inhérente aux services offerts par la clinique.

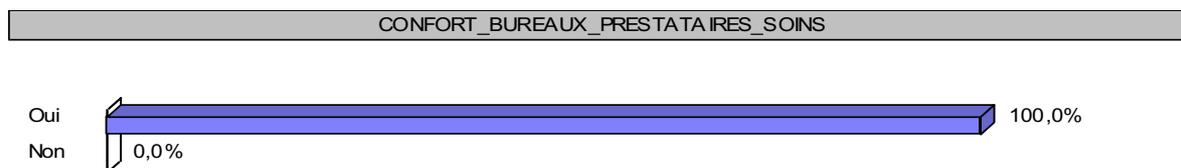
Figure N°3 : Structure de l'échantillon relative à la Satisfaction inhérente aux services offerts par la clinique



Source : Nos analyses sous SPHINX V5

Concernant la satisfaction vis-à-vis du confort des bureaux de consultations ou de soins est totale : les résultats sont représentés par la Figure N°4. Toutes les 228 personnes interrogées ont affirmé en être satisfaites.

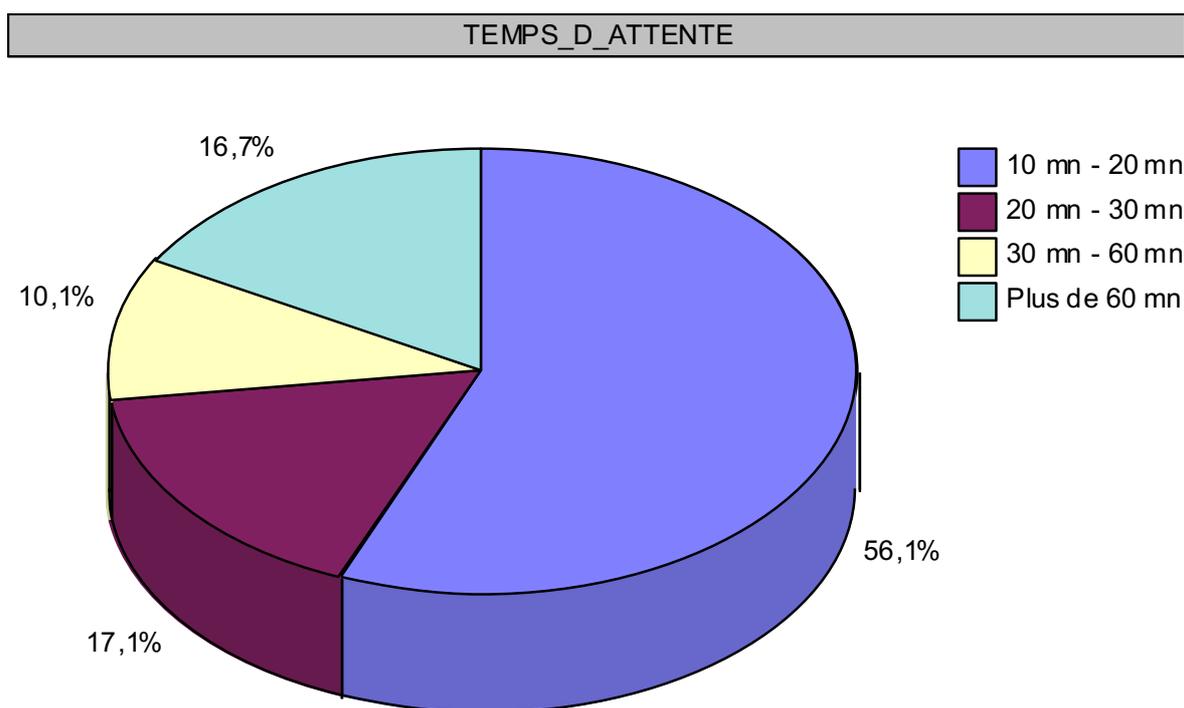
Figure N°4 : Répartition des enquêtés selon la Perception du confort des bureaux



Source : Nos analyses sous SPHINX V5

Au niveau des attentes avant d’être reçu pour examinations, 56,10% des femmes (128) affirment patienter pendant 10 à 20 minutes pendant que 17,10% autres (39) attendent pendant 20 à 30 minutes. Juste après, ce sont 38 personnes (16,70%) qui déclarent attendre plus d’une heure avant d’être reçu ; et enfin, 23 usagers (10,10%) ont attesté avoir passé 30 à 60 minutes en salle d’attente. La Figure N°5 nous présente la Répartition des enquêtés selon le Temps d'attente passé avant consultation.

Figure N°5 : Répartition des enquêtés selon le Temps d'attente passé avant consultation



Source : Nos analyses sous SPHINX V5

3.2. Les conditions de linéarité

Nous développons dans cette partie, les conditions d’application de la régression logistique avant de présenter les résultats des hypothèses.

Il s’agit d’abord de la vérification de la condition de linéarité, de la Multi-colinéarité entre les variables explicatives. Ensuite nous présenterons en second lieu, les trois autres conditions que sont l’homoscédasticité (test de Levene), l’indépendance des résidus (test de Durbin-Watson) et la distribution normale des résidus (coefficients d’asymétrie et d’aplatissement).

Pour la condition de « linéarité », on voit que les valeurs sont comprises entre -3 et +3 : les relations entre MIC et les facteurs explicatifs sont linéaires. L’essentiel des conditions de linéarité peut s’observer dans le tableau N°2 ci-dessous :

Tableau N°2 : Les conditions de linéarité

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Valeur prédite	-1,15164	1,11352	,00000	,396018	228
Résidu	-2,218949	1,421363	,000000	,918243	228
Valeur prédite standardisée	-2,908	2,812	,000	1,000	228
Prévision standardisé	-2,360	1,512	,000	,977	228

a. Variable dépendante : SAT_USAGERS

Source : Nos analyses sous SPSS 26

La « Multicolinéarité » est appréhendée à travers « la tolérance » et « le facteur d’inflation de la variance » (FIV). Ces deux indices doivent être respectivement « supérieur à 0,3 » et « inférieur à 3,3 » (Carricano et Poujol, 2009). Dans notre cas, les valeurs de tolérance et de FIV sont satisfaisantes comme l’indique le tableau N°3 ci-dessous :

Tableau N°3 : les valeurs de tolérance et FIV

	Indicateurs	Seuils de référence	Valeurs
Linéarité	Erreur/écart-type des erreurs (« Studentisation »)	Compris entre -3 et 3	1,007
Multicolinéarité	Tolérance	Supérieur à 0,3	Tous supérieurs à 0,3
	FIV	Inférieur à 3,3	Tous inférieurs à 3,3
Homoscédasticité	Significativité de la statistique de Levene	Supérieure à 5%	,594
Indépendance des résidus	Indice de Durbin-Watson	Valeur proche de 2	1,924
Distribution des résidus	Skewness (symétrie)	Inférieur à 1 en valeur absolue	-,365
	Kurtosis (aplatissement)	Inférieur à 1,5 en valeur absolue	-,928

Source : Nos analyses sous SPSS 26

Par ailleurs, le test de Levene a permis d'appréhender l'homoscédasticité. S'il est significatif, c'est-à-dire si la significativité de la statistique de Levene s'avère supérieure à 5%, alors l'hypothèse de l'homogénéité des échantillons est acceptée.

Ensuite, nous sommes passés au test de Durbin-Watson. Pour (Gavard-Perret, et al. ; 2012), une valeur proche de 2 est jugée satisfaisante. Nous avons exactement obtenu une valeur de 2,054, ce qui permet de conclure que les résidus sont indépendants.

Enfin, la dernière condition est celle de la distribution des résidus. Rappelons que les coefficients de symétrie (skewness) et d'aplatissement (kurtosis) sont les indicateurs les plus couramment utilisés pour vérifier la normalité de la distribution. L'idéal serait que ces deux coefficients prennent chacun la valeur « zéro (0) » pour conclure à une normalité de la distribution. Cependant, (Carricano & Poujol, 2009 : 34) soulignent que le skewness doit être inférieur à 1 et le kurtosis inférieur à 1,5 en valeur absolue pour aboutir à cette même conclusion. Dans notre cas, le skewness vaut -0,464 et le kurtosis est de -1,061. Nous pouvons donc conclure que la distribution de la variable « Qualité des soins » est approximativement normale.

3.3. Analyse des hypothèses de la recherche.

Nous avons enfin procédé à l'analyse des quatre hypothèses de la recherche. Elles sont relatives à l'influence positive des prestations (H1), du confort perçu (H2), de l'accueil (H3) et des relations avec le personnel soignant (H4) sur la satisfaction des usagers de la clinique AIBEF de Korhogo.

Les résultats des analyses indiquent que la qualité des soins, le confort, l'accueil et le contact avec le personnel soignant sont les 03 variables qui influent sur la satisfaction des usagers de la clinique. Ces effets sont significatifs au seuil de 5%. Le tableau N°4 ci-dessous illustre ce à quoi devrait ressembler les résultats synthétisés des analyses.

Tableau N°4 : Les résultats synthétisés des analyses

HYPOTHESES		B	E. S	Wald	Ddl	Sig.	Exp (B)	Intervalle de confiance 95% pour EXP(B)	
								Inférieur	Supérieur
Pas 1 ^a	Quelle note sur 10 pouvez-vous attribuer à la qualité des soins/services reçus au sein de la clinique ?	,411	,751	,301	1	,034	1,509	,347	6,569
	Êtes-vous satisfait(e) du confort perçu ?	,728	1,633	5,216	1	,022	41,617	1,697	1020,808
	Quelle note sur 10 pouvez-vous attribuer à l'accueil au sein de la clinique ?	,569	,325	3,076	1	,049	,566	,300	1,069
	Quelle note sur 10 pouvez-vous attribuer au comportement du personnel soignant de la clinique ?	-,064	1,055	,004	1	,951	,938	,119	7,418
	Constante	-8,052	9,311	,748	1	,387	,000		
a. Introduction des variables au pas 1 : Quelle note sur 10 pouvez-vous attribuer à la qualité des soins/services reçus au sein de la clinique ? Êtes-vous satisfait(e) du confort de la salle d'attente ? Quelle note sur 10 pouvez-vous attribuer à l'accueil au sein de la clinique ? Quelle note sur 10 pouvez-vous attribuer au comportement du personnel soignant de la clinique ?									

Source : Nos analyses sous SPSS 26

Il apparaît que la qualité des soins et services reçus influe positivement sur la satisfaction des usagers de la clinique AIBEF. Il en est de même pour le confort perçu et l'accueil. Selon les usagers, il y a plus de chance d'être satisfait de la clinique à partir de la qualité des soins et services, du confort perçu et de l'accueil observé au sein de la clinique. Par conséquent, les hypothèses H1, H2 et H3 sont confirmées. En outre, la statistique de Wald associée à la relation Confort perçu-Satisfaction est la plus élevée (5,216), indiquant ainsi le plus fort impact du confort perçu.

A contrario, L'hypothèse H4 est de ce fait réfutée. La valeur de la significativité ($p > 5\%$).

Enfin, le coefficient R^2 de Nagelkerke vaut 0,313, ce qui implique que les variables indépendantes expliquent 31,30% des variations de la variable indépendante qu'est la Satisfaction des usagers relativement à la clinique.

3.4 Comparaisons de nos résultats aux travaux antérieurs

Les résultats de notre recherche montrent que les usagers sont globalement satisfaits de la qualité des soins et services à un taux de satisfaction élevé soit (99,1%). Nos résultats rejoignent ceux de (Ndangwa L. 2020) qui a mené une étude de satisfaction sur la qualité des soins et services dans les formations hospitalières au Cameroun. Pour valider ces hypothèses, l'auteur

a utilisé sept modèles de régression. Ainsi le troisième modèle de régression montre que le coefficient bêta standardisé est de 0,690, ce qui signifie qu'il existe une relation positive et forte entre l'intention comportementale des patients et la qualité perçue de soins et services.

Il est de même avec les auteurs (Yameogo, et al., 2017) qui dans une recherche portant sur L'évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo ont montré qu'environ (84.7%) des patients se déclarent satisfaits par la qualité des soins et services. Le taux d'insatisfaction est donc (15%). Ainsi notre hypothèse (1) ne peut donc être rejetée.

Dans la même étude citée précédemment montre également que le score de satisfaction du confort des patients est de (65%). Par contre, ce résultat contraste d'avec nos résultats où toutes les 228 personnes interrogées ont affirmé en être satisfaites (99,99%).

Cependant, (Kamelia Amazian et al., 2013), ont mené une enquête de satisfaction sur 251 patients atteints de cancer dans un hôpital universitaire au Maroc, montrent que l'ensemble des items portant sur le confort a été jugée très satisfaisants. Les résultats montrent que 90,3 % des patients sont satisfaits du confort de la clinique. Ces résultats confirment notre hypothèse (2)

Dans la clinique AIBEF La propreté et le confort des salles étaient satisfaisants. Tous les matins, le service de nettoyage a pour obligation de rendre propre les locaux avant même l'arrivée des médecins. (Romain Tchoua, Tome 23 n°2-2018), dans sa recherche intitulée « Le confort du patient à l'hôpital », relève qu'il est important d'accorder plus d'attention et faire beaucoup d'effort pour satisfaire les patients. Le confort du patient est au centre des préoccupations car c'est le premier soin que reçoit un patient lorsqu'il est admis dans un centre de santé.

En outre, les résultats de notre étude ont montré encore que le service accueil influe positivement sur la satisfaction des usagers de la clinique AIBEF à un taux de (96%), Confirmant ainsi notre hypothèse (3), cet résultat concorde d'avec celui de (Ajavon, et al. ; 2021) dans leur recherche portant sur l'évaluation de la satisfaction des patientes hospitalisées en suites de couches à la maternité de l'hôpital de Bè (Togo), ou ils révèlent que selon leur échantillon (n=284), (94,7%) des patientes sont satisfaites de l'accueil.

D'autres travaux similaires de recherche sur la gestion de la qualité du service ont été aussi effectué par (Dhekra, et al. ; 2018). L'objectif de la recherche était d'évaluer la satisfaction des patients hospitalisés à l'hôpital universitaire Ibn Al Jazzar de Kairouan (Tunisie) en 2018. L'enquête était portée sur 7 dimensions de la satisfaction. Il ressort qu'avec un total de 640 patients, le taux de satisfaction des patients avec le personnel soignant est de (23%). Ce taux est vraiment très faible. Ils mentionnent que le personnel soignant n'a pas de culture

relationnelle orientée vers les patients. Ces résultats concordent avec nos résultats, ou le comportement du personnel soignant semble ne pas avoir d'impact sur la satisfaction des usagers. En témoigne la valeur de la significativité ($p > 5\%$). L'hypothèse H4 est de ce fait réfutée. L'insatisfaction des usagers à ce niveau est aussi liée à l'insuffisance de communication, a mentionné des usagers de la clinique AIBEF.

Par contre, il contraste d'avec les résultats de (Kamelia Amazian ; et al 2013), dans la même étude sur les patients atteints du cancer, qui montrent que Les patients cancéreux questionnés étaient très satisfaits du comportement des médecins (100 %) et des infirmiers (97 %). Ils ont rapporté que le personnel soignant était disponible et très satisfaisant du respect de de la confidentialité de leur état de santé.

Par conséquent, les hypothèses H1, H2 et H3 sont confirmées. Et H4 est rejetée

4. Conclusion

L'Association Ivoirienne pour le Bien-Être Familial (AIBEF) a été créée le 11 septembre 1979 par un groupe de personnes de différentes professions (Économistes, Démographes, Diplomates, Médecins, etc.) sensibilisés aux problèmes de mortalité maternelle et de grossesses précoces. Elle a été reconnue d'utilité publique depuis le 7 mars 2012 par l'État de Côte d'Ivoire. Les cliniques (AIBEF) sont aujourd'hui représentées presque dans toutes les villes du pays.

Ainsi dans le cadre de notre recherche c'est le département de Korhogo qui a fait l'objet d'étude. Elle offrait les services de Médecine générale, Gynécologie, Consultations pré natales, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, Ophtalmologie, d'analyses médicales, d'Échographie, l'ECG et de Planification Familiale.

Cette recherche s'inscrit dans le champ d'action du management de la qualité et plus précisément de la satisfaction client. Il était question de montrer si la cliniques (AIBEF) fournit à ses usagers un service de qualité et comment les éléments du service contribuent à la satisfaction de ces usagers.

Nous avons élaboré quatre hypothèses de la recherche à savoir l'impact de la qualité des soins ou services (H1), du confort perçu (H2), de l'accueil (H3) et des relations avec la personnel soignant (H4) sur la satisfaction des usagers de la clinique AIBEF de Korhogo.

Les résultats des analyses indiquent que la qualité des soins ou services, le confort perçu, l'accueil sont les 03 variables qui influent positivement sur la satisfaction des usagers de la clinique. Ces effets sont significatifs au seuil de 5%.

Nous pouvons dire que la gestion de qualité semble être une approche prometteuse pour résoudre la problématique actuelle de la satisfaction au sein des organisations.

➤ **Implications managériales et scientifiques de la recherche**

Nous trouvons cette étude passionnante car Elle a ouvert notre esprit critique sur un certain nombre d'éléments que nous ignorions sur la gestion de la qualité du service.

Les systèmes de gestion de la qualité permettent de maintenir et d'améliorer de manière continue la qualité dans la prestation des services de santé. Ces systèmes de gestion de la qualité portent des stratégies et des mécanismes permettant d'améliorer la sécurité des patients et la qualité. Aussi, nous savons maintenant comment procéder à la satisfaction des usagers des centres de santé.

Vu les résultats, nous pouvons conclure que ce travail implique des retombés managériaux susceptibles d'intéresser les centres de santé désireux améliorer la satisfaction de leurs usagers. En outre, ces résultats vont aider les gestionnaires de la clinique AIBEF de Korhogo et d'autres cliniques en Cote D'ivoire à bénéficier des avantages que rapporte la gestion de la qualité du service au sein des centres de santé.

Sur le plan scientifique, elle viendra s'ajouter aux travaux déjà opérés dans le domaine du marketing et comme un soutien pour la Direction et les Prestataires cliniques en matière de la gestion de la qualité du service et comprendre comment présenter des solutions pratiques face à des problèmes similaires à ceux-ci. Il s'agit de mettre à la disposition des chercheurs et praticiens un référentiel présentant les facteurs clés de la réussite de la gestion de la qualité du service.

➤ **Limites et recommandations**

Nous sommes loin de prétendre à un travail parfait. Comme tout travail scientifique, des limites et insuffisances sont observables. Notre travail comporte certaines limites qu'il convient de préciser.

Tout d'abord, notre échantillon par rapport à la population mère qui est ici tous les patients de la clinique est très faible et pas représentatif de celle-ci. En effet, il ne comporte que deux cent cinquante personnes dont deux cent vingt-huit (228) répondants. Ce nombre est suffisant pour approuver notre travail, il aurait été souhaitable d'avoir une taille plus grande au niveau de l'échantillon. Ainsi d'autres études futures pourront s'inscrire dans le même thème mais en augmentant la taille de l'échantillon.

Ensuite, sur plusieurs cliniques AIBEF de la Cote d'Ivoire, nous avons axé notre étude de cas sur une seule clinique. Cependant les résultats obtenus ne seront pas les mêmes si l'étude

s'applique sur les autres cliniques. Nous proposons donc d'autres études futures sur les autres cliniques AIBEF sous le même thème enfin de trouver des points de différences entre elles.

De plus, les attentes des usagers évoluent avec le temps, il serait intéressant de répliquer cette étude à intervalles réguliers, si nécessaire apporter de nouveaux critères en analysant l'évolution de la satisfaction au niveau des usagers.

Enfin, l'une des limites de cette étude est que certains des répondants sont analphabètes et il était difficile de prendre leur avis.

A l'issue de cette étude, nous avons des recommandations à faire aux prestataires cliniques.

Tout d'abord, il faudrait expliquer à la population que les services offerts à la Clinique AIBEF de Korhogo ne sont pas exclusivement réservés aux femmes. Pour atteindre cet objectif, la Direction doit faire des communications sur ses services offerts et sa population cible, au travers des médias et réseaux sociaux.

En ce qui concerne la qualité de service, il serait souhaitable que les prestataires cliniques aient des notions de connaissance sur la satisfaction. Ces notions leurs donnerons un regard global sur le niveau d'insatisfaction et satisfaction enfin de procéder à une amélioration formellement reformulée.

Ensuite, les prestataires cliniques et la direction doivent être tout le temps courtois et polis envers les usagers des cliniques ou centres de santé, être compétents dans la résolution de leurs préoccupations et doivent continuer de rehausser la qualité des soins et services offerts, le confort perçu et l'accueil.

Enfin, les Prestataires cliniques doivent améliorer voire réduire le temps d'attente, trop long, dans l'offre de certains services.

RÉFÉRENCES

Agence Nationale D'accréditation Et D'évaluation En Santé. « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé » ; Paris ; 2002 ; 77 p.

Ajavon D.R.D., Kakpovi K., Daketse Y.M.S., Ketevi A.A., Douaguibe B., Logbo-Akey K.E., Bassowa A. & Aboubakari A.S. (2021). Evaluation De La Satisfaction Des Patientes Hospitalisées En Suites De Couches À La Maternité De L'hôpital De Bè (Togo). Européen Scientific Journal, ESJ, 17(29), 210.

AMZIL E. & NAFZAOUI M.A (2020) « Valoriser le contrôle de gestion par la digitalisation : quelles performances attendues pour les CHU au Maroc ? », Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Volume 4 : numéro 3 », pp : 373-386.

Aristide Relwendé Yameogo et al. (2017) Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo, Pan African Medical Journal. 2017 ; 28 :267.

Barouch, G. (2013), « Révolution des pratiques managériales : Le changement par la qualité », Edition AFNOR, Paris –France.

Barouch, G. (2017), « Le management de la qualité à l'usage des dirigeants : Un état de l'art académique et professionnel », Edition AFNOR, Paris – France.

Bearden, W., et Teel, J.E. (1983). Selected determinants of consumer satisfaction and complaint reports. Journal of Marketing Research. 20.21-28.

Benoît Meyronin, Thierry Spencer. (2016) Dans Management de la relation client , pages 25 à 64.

Carricano, M. and Poujol, F. (2009) Analyse de données avec SPSS. Pearson Education, London.

Chesnaïs, J. et al. (2018), « Certification ISO 9001 d'un système de management qualité dans un centre d'investigation clinique », Revue Thérapie, Vol. 73, N°06, Ed. Elsevier, France.

Conférence de presse animée par la ministre Raymonde Goudou jeudi 19 septembre 2013.

Contandriopoulos, A. P. et al. (2000), « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », Revue Epistémologie et Santé Publique, N°48, Ed. Elsevier, Paris –France.

Dhekra Chebil, Maha Belhadj, Mokhtar Aidi, Hajer Hannachi, Tarek Barhoumi, et Latifa Merzougui (2022), Perception des patients vis-à-vis de la qualité des soins à l'hôpital universitaire Ibn Al Jazzar de Kairouan, Tunisie.

Fabien Bonnet, (2010) Relation client ou relation au client ? Interactions, dispositifs et qualité de service p. 153-161.

France Qualité Publique (2006). Évaluer la qualité et la performance publiques, Paris, La Documentation française.

Gavard-Perret, D. Gotteland, C. Haon et A. Jolibert (2012), *Méthodologie de la recherche en sciences de la gestion*, 2e édition, Paris, Pearson France, 415 p.

Hayo-Villeneuve, S. (2017), « Vers un modèle intégrateur des démarches qualité à l'hôpital : L'apport des outils de gestion », Thèse doctorale en sciences de gestion, Ecole Doctorale Sciences Juridiques, Politiques, Economiques et Gestion, Université de Lorraine, Nancy – France.

<http://infosnews.net/2018/02/01/a-la-decouverte-de-lassociation-ivoirienne-pour-le-bien-etre-familial-aibef/> consulté le 03 février 2023.

Jean De Kervasdoué. Quelques suggestions pour améliorer la pratique de la comptabilité hospitalière des établissements publics de santé. Dans *Revue d'économie financière* 2021/3 (N° 143), p.197 à 211.

Kirmi, B. et Chahouati, W. (2019), « Le changement dans le milieu hospitalier : Revue de la littérature et proposition d'un modèle de changement par une démarche Qualité », *Revue CCA*, N° 10, Vol. 04, Maroc.

Martineau, R. (2009), « La mise en usage des outils de gestion par la qualité par les professionnels de santé à l'hôpital : Une approche par la théorie instrumentale », Thèse doctorale en sciences de gestion, Ecole Doctorale Sciences de l'Homme et de la Société, Université François – Rabelais de Tour, France.

Mispelblom, F. B. (1999), « Au-delà de la qualité. Démarche qualité : conditions de travail et politique de bonheur », Edition Syros, 2ième Edition, Paris – France.

MOUKHAFI.S. (2023) « Conceptualisation de la satisfaction des patients dans les établissements de santé : et identification de ses déterminants », *Revue Française d'Economie et de Gestion* « Volume 4 : Numéro 5 » pp :444- 462.

NDANGWA L. (2020) « L'influence de la qualité perçue des soins de santé dans les formations hospitalières camerounaises sur l'intention comportementale des patients : Le rôle médiateur de la satisfaction », *Revue Internationale du Chercheur* « Volume 1 : Numéro 2 » pp : 252 – 273

Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of marketing research*, 17(4), 460-469.

Oliver, R.L., et Linda, G. (1981). Effect of satisfaction and its antecedents on consumer preference and intention. In Monroe, K.B. (dir.). *Advances in Consumer Research*. Ann Arbor MI: Association for Consumer Research. 8.88-93.

Organisation Internationale de Normalisation – ISO (2015), « La norme ISO 9000 V 2015 : Système de management de la qualité – Principes essentiels et vocabulaire », 4ième Ed., Suisse.

Organisation Mondiale de la Santé – OMS (2017), « Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé », Pub. OMS, Suisse.

OUDMINE.S & AL. (2023) « Comment la qualité du service dans l'enseignement supérieur influe-t-elle sur la performance académique et les perspectives professionnelles ? », Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 4 : Numéro 9 » pp : 409 – 432.

P. Kotler et B. Dubois : « satisfaire la clientèle à travers la qualité, le service et la valeur » RFM n°144 -145. (2000).

Parasuraman, A., Zeithaml V, et Berry, L (1988), « Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality ». Volume 64, spring 1988.

Pascoe G.C. (1983) patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Evaluation and program planning-6.185-210.

Patrice Tremblay, Mesurer La Satisfaction Et Les Attentes Des Clients, Ed. Centre D'Expertise Des Grands Organismes, Septembre 2006, P. 12.

Romain Tchoua Rev. Afr. Anesthésiol. Med. Urgence. Tome 23 n°2-2018, Le confort du patient à l'hôpital.

Salhi, L. N. (2014), « Les facteurs qui entravent la pérennisation d'une démarche Qualité à l'hôpital des spécialités de Rabat », Ecole Nationale de Santé Publique, TFE, Maitrise en Management des Organisation de Santé, Rabat –Maroc.

Slimani, R. et Boukrif, M. (2016), « Le Système de Management de la Qualité et e changement organisationnel : Cas de l'entreprise ALCOST – Bejaia », Revue Al-Bahith Review, Vol. 16, N°16, Ouargla – Algérie.

Sultan, P., & Wong, H. Y. (2019). Service quality in a higher education context: an integrated model. Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics.

Sylvie Llosa, Christèle Camelis, Cécile Maunier, Gestion de la satisfaction et de l'insatisfaction des touristes : les apports du modèle Tétraclasse, Dans Management & Avenir 2015/3 (N° 77), pages 137 à 162.

Tony Valentini, Herbert Castéran. Satisfaction des visiteurs et comportement du personnel de contact Dans Management & Avenir 2016/2 (N° 84), pages 141 à 157.

Vanhamme, J. (2002). La satisfaction des consommateurs spécifique à une transaction : définition, antécédents, mesures et modes. Recherche et Applications en Marketing. 17 :2.55-80.

Volle, Pierre ; Isaac, Henri (2008), E-commerce : de la stratégie à la mise en œuvre opérationnelle, Pearson Education : Paris, p. 342.

Yves Evrad, Bernard Pras, Elyette Roux, (2009). Market- Fondement et méthodes des recherches en marketing, Dunod.

Zeithaml, V., Parasuraman, A. et Malhotra, S. (2002), « prestation de qualité de service sur les sites web : un examen critique des connaissances existantes » Journal of Académie des sciences du marketing, 30(4), 362-375.