

Qualité perçue et satisfaction des usagers : proposition d'une classification des usagers en fonction de leur expérience vécue dans les services de l'Hôtel Médical des Impôts d'Abidjan

Perceived quality and user satisfaction: a proposed classification of users based on their lived experience of the services of the Abidjan Tax “Medical Hotel” (Hôtel Médical des Impôts)

N'DRI YACHINE Paulin

Université Alassane Ouattara, Bouaké – Laboratoire de Recherche en Gestion des Entreprises (LARGE), Côte d'Ivoire

KONAN Kouakou Clément

Enseignant-chercheur, Université Félix Houphouët-Boigny – Laboratoire des Sciences des Organisations (LSO), Côte d'Ivoire

KONE Gningninri Augustin

Enseignant-Chercheur, Université Alassane Ouattara Bouaké-Laboratoire de recherche en gestion des entreprises (LARGE), Côte d'Ivoire

Date de soumission : 17/07/2026

Date d'acceptation : 14/10/2026

Pour citer cet article :

N'DRI YACHINE P. & al. (2026) «Qualité perçue et satisfaction des usagers : proposition d'une classification des usagers en fonction de leur expérience vécue dans les services de l'Hôtel Médical des Impôts d'Abidjan», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 9 : Numéro 4 » pp : 108 - 145

Résumé

Objectif – Si l'influence de la qualité perçue sur la satisfaction des usagers a été largement démontrée dans la littérature sur le management des services de santé, les approches mobilisées demeurent très hétérogènes et le construit d'expérience vécue reste peu exploité comme critère de segmentation des usagers. Cet article se donne pour objectif de proposer une classification des usagers des services de santé semi-publique en Côte d'Ivoire, construite à partir de leur expérience vécue, et articulée à la qualité perçue et à la satisfaction.

Méthode – Une enquête quantitative a été conduite auprès de 100 usagers de l'Hôtel Médical des Impôts d'Abidjan, sélectionnés par convenance. Les données, recueillies à l'aide d'échelles de mesure validées dans la littérature (Parasuraman, Zeithaml et Berry, 1985 ; Stauss, 1993 ; Garg et al., 2010 ; Bitner et Hubert, 1994 ; Aurier et Evrard, 1998), ont fait l'objet d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) puis de régressions logistiques destinées à identifier les déterminants sociodémographiques de l'appartenance aux classes.

Résultats – Quatre profils d'usagers ont été mis en évidence : les usagers satisfaits, les usagers indifférents, les usagers prudents et les usagers très satisfaits. L'ancienneté et la régularité de fréquentation de l'établissement, l'âge, le sexe et la situation matrimoniale constituent des déterminants significatifs de l'appartenance à ces classes.

Recommandations – Les gestionnaires hospitaliers gagneraient à différencier leurs actions de gestion de la qualité selon ces profils, en portant une attention particulière aux nouveaux usagers et aux usagers occasionnels, dont l'expérience et le jugement de satisfaction demeurent plus instables.

Mots clés : qualité perçue ; satisfaction ; expérience vécue ; typologie ; usagers.

Abstract

Purpose – While the influence of perceived quality on user satisfaction has been widely documented in the healthcare services literature, the approaches used remain highly heterogeneous, and the construct of lived experience has been insufficiently mobilised as a segmentation criterion. This article proposes a classification of public health service users in Côte d'Ivoire based on their lived experience, linked to perceived quality and satisfaction.

Design/methodology – A quantitative survey was conducted among 100 users of the Abidjan Tax “Medical Hotel”, selected through convenience sampling. Data, collected using scales validated in the literature (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985; Stauss, 1993; Garg et al., 2010; Bitner & Hubert, 1994; Aurier & Evrard, 1998), were submitted to a hierarchical cluster analysis followed by logistic regressions.

Findings – Four user profiles emerged: satisfied users, indifferent users, cautious users, and highly satisfied users. Seniority and regularity of attendance, age, gender and marital status are significant determinants of cluster membership.

Practical implications – Hospital managers should differentiate their quality management actions according to these profiles, paying particular attention to new and occasional users, whose experience and satisfaction judgment remain more unstable.

Keywords: perceived quality; satisfaction; lived experience; typology; users.

Introduction

L'amélioration de la qualité des systèmes de santé constitue aujourd'hui une priorité majeure des politiques publiques, notamment dans les pays africains confrontés à une demande croissante de soins, à des contraintes budgétaires importantes et à des exigences accrues des populations. Au-delà des indicateurs traditionnels de performance tels que l'efficacité clinique ou l'efficience organisationnelle, l'expérience vécue par les usagers est désormais reconnue comme une dimension essentielle de l'évaluation de la qualité des soins. Entendue ici comme la résultante des perceptions, des émotions et des connaissances qu'un usager mobilise et mémorise au fil de ses interactions avec les services de santé (une définition détaillée en section 1.3.5), elle permet de saisir la manière dont les patients perçoivent l'ensemble de leur parcours de soins, depuis l'accueil jusqu'au suivi thérapeutique, en intégrant les interactions avec le personnel de santé, les délais d'attente, la communication, le respect de la dignité ainsi que l'environnement de prise en charge.

Cette évolution traduit un changement de paradigme vers des systèmes de santé davantage centrés sur les usagers. En Afrique subsaharienne, les recherches consacrées à l'expérience des patients demeurent toutefois relativement limitées, la majorité des études continuant à privilégier la mesure de la satisfaction plutôt que l'analyse approfondie de l'expérience de soins. Kumar et al. (2020) soulignent ainsi que la littérature africaine accuse un retard important dans le développement d'outils permettant d'évaluer systématiquement l'expérience des patients et de guider les réformes des systèmes de santé.

Parallèlement, plusieurs travaux africains mettent en évidence que les usagers ne constituent pas une population homogène. Leurs perceptions des soins diffèrent selon leurs caractéristiques socio-économiques, leur niveau d'instruction, leurs attentes, leurs expériences antérieures et le contexte organisationnel des établissements de santé. En Côte d'Ivoire, les études de Samba et al. (2020) montrent que les comportements de recours aux services de santé varient sensiblement selon les profils des patients, tandis que Sangaré et al. (2022) identifient plusieurs déterminants de la satisfaction, notamment l'accueil, la communication avec les professionnels de santé et l'organisation des soins. Plus récemment, Asamoah et al. (2025) soulignent que la qualité perçue des services, le confort et l'accueil influencent fortement l'appréciation globale des usagers dans les établissements sanitaires africains.

Au-delà de la simple mesure de la satisfaction, plusieurs chercheurs recommandent désormais de segmenter les usagers selon leurs expériences afin de mieux comprendre leurs attentes et de mettre en œuvre des stratégies différenciées d'amélioration de la qualité. Cette approche rejoint

les principes du marketing des services et de la gestion de l'expérience client, selon lesquels des individus exposés à une même prestation réagissent différemment en fonction de leurs perceptions, de leurs émotions et de leurs interactions avec le prestataire. Dans le secteur hospitalier, une telle segmentation permettrait d'identifier des groupes d'utilisateurs partageant des expériences similaires, facilitant ainsi la mise en œuvre d'actions ciblées visant à renforcer la qualité des soins et la confiance envers les établissements publics.

En Côte d'Ivoire, cette problématique revêt une importance particulière dans un contexte marqué par les réformes du système national de santé, l'introduction progressive de la Couverture Maladie Universelle (CMU), la digitalisation croissante des services sanitaires et la volonté des autorités d'améliorer la qualité des prestations offertes aux populations. Les travaux récents de Kourouma et al. (2026) montrent notamment que les utilisateurs des innovations sanitaires présentent des niveaux d'acceptation et d'expérience différents selon leurs profils, confirmant l'intérêt d'une approche fondée sur l'hétérogénéité des usagers.

Malgré ces avancées, la littérature demeure largement centrée sur l'identification des déterminants de la satisfaction ou de la qualité perçue, tandis que peu de recherches proposent une typologie empirique des usagers fondée sur leur expérience vécue dans les services publics de santé, en particulier dans le contexte ivoirien. Cette lacune limite la capacité des décideurs à concevoir des politiques de qualité adaptées à la diversité des attentes et des comportements des patients. C'est précisément sur cette absence de classification empirique, articulant qualité perçue, satisfaction et expérience vécue, que se positionne le présent article. Cette absence, telle que nous la constatons à partir des travaux recensés dans la présente revue plutôt que d'une revue systématique de la littérature – dont la conduite constituerait un prolongement utile de ce travail – invite à formuler la question de recherche suivante : comment l'expérience vécue par les usagers permet-elle de distinguer différents profils susceptibles d'expliquer les variations observées dans leur jugement de satisfaction à l'égard des services de santé ?

L'objectif de cette recherche est ainsi de proposer une classification des usagers des services de santé publique en Côte d'Ivoire à partir de leur expérience vécue. En mobilisant une démarche de segmentation par classification ascendante hiérarchique, cette étude vise à identifier des profils homogènes d'utilisateurs afin de mieux comprendre leurs perceptions, leurs attentes et leurs niveaux d'expérience. Les résultats attendus contribueront à enrichir les connaissances sur l'expérience des patients en Afrique subsaharienne, tout en fournissant aux gestionnaires hospitaliers et aux décideurs publics un outil d'aide à la décision pour concevoir des stratégies

de gestion de la qualité davantage centrées sur les besoins spécifiques des différentes catégories d'utilisateurs.

Cet article s'organise en quatre temps. La première partie propose une revue de la littérature portant sur les concepts de satisfaction, de qualité perçue et d'expérience vécue, dont découlent les hypothèses de recherche et le modèle conceptuel mobilisé. La deuxième partie expose la méthodologie de la recherche, relative au terrain d'étude, à l'échantillon, aux instruments de mesure et aux procédures d'analyse des données. La troisième partie présente les résultats de la classification des utilisateurs et leur discussion au regard de la littérature existante. La dernière partie conclut sur les apports théoriques et managériaux de la recherche, ses limites et les voies de recherche future.

1. Revue de littérature

1.1. Le concept de satisfaction : définitions et distinctions

Cette recherche s'intéresse à la satisfaction relative à une expérience ou à une transaction particulière, définie comme un état psychologique résultant d'une expérience d'achat et/ou de consommation, et dont le caractère est relatif (Vanhamme, 2002). Le caractère relatif de la satisfaction renvoie au fait que le jugement de satisfaction résulte de la comparaison entre l'expérience subjective vécue par le consommateur et un standard de comparaison (Evrard, 1993 ; Vanhamme, 2002). Son caractère psychologique traduit le fait que la satisfaction n'est pas directement observable (Vanhamme, 2002). Enfin, l'évaluation porte sur une transaction particulière – une expérience d'achat, une expérience de consommation, ou les deux à la fois – ce qui la distingue de la satisfaction cumulée relative à plusieurs transactions, laquelle s'apparente davantage à une forme d'attitude.

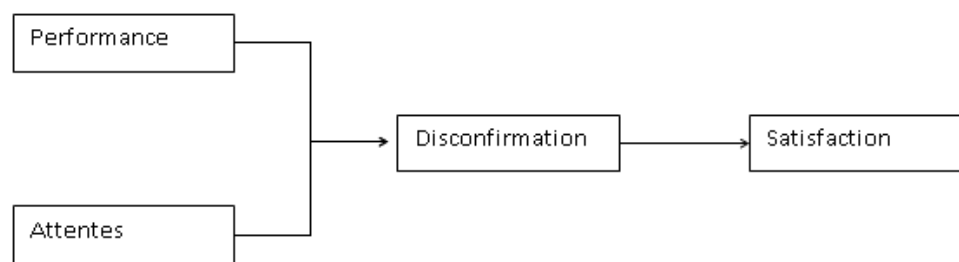
Dans la littérature récente, la satisfaction du consommateur est définie comme une évaluation globale, à la fois cognitive et affective, de l'expérience de consommation, résultant de la comparaison entre les attentes préalables et la performance perçue d'un produit, d'un service ou d'une marque (Schiebler, Lee & Brodbeck, 2026). Selon ces travaux, la satisfaction se définit comme un jugement post-consommation reflétant le degré auquel une expérience, un produit ou un service répond, égale ou dépasse les attentes et besoins des consommateurs. Elle ne se réduit donc pas à une évaluation rationnelle de la performance, mais constitue également une réponse émotionnelle liée à l'expérience vécue. Yu et Davis (2024) en distinguent deux dimensions complémentaires : une dimension cognitive, relative à l'évaluation de la qualité, de la valeur perçue et de la performance du produit ou du service, et une dimension affective,

correspondant aux émotions, aux sentiments de plaisir, de contentement ou de déception ressentis lors de l'expérience de consommation. La théorie de la disconfirmation des attentes (Oliver, 1980) demeure aujourd'hui le cadre le plus mobilisé pour expliquer la formation de la satisfaction, même si elle se trouve enrichie par les travaux récents intégrant les variables de valeur perçue et d'expérience de consommation.

1.2. La théorie de la disconfirmation des attentes (Oliver, 1980)

Selon Oliver (1980), dans son modèle de disconfirmation des attentes, la satisfaction est fonction des attentes préalables du consommateur (Olshavsky et Miller, 1972) et de l'écart entre ces attentes et la performance perçue du produit ou du service (Cardozo, 1965). La satisfaction se forme ainsi conformément à la théorie du niveau d'adaptation d'Helson (1959), selon laquelle l'individu ne perçoit un stimulus qu'en le comparant à un standard préexistant. Le modèle de disconfirmation postule que la satisfaction résulte de la comparaison entre les attentes préalables et la performance perçue du produit ou du service.

Ce modèle repose sur trois construits principaux : les attentes préalables du consommateur à l'égard du produit ou du service ; le jugement porté sur la performance du produit ou du service au cours de l'expérience de consommation ; et la disconfirmation – positive, négative ou neutre – qui résulte de la comparaison entre performance et attentes. Ainsi, un jugement favorable (satisfaction) ou défavorable (insatisfaction) résulte d'un processus évaluatif par lequel le consommateur compare la performance réelle du produit, après consommation, aux attentes qu'il avait avant consommation. Lorsque la performance perçue est inférieure aux attentes, il en résulte une insatisfaction ; lorsqu'elle leur est supérieure, il en résulte une satisfaction ; lorsqu'elle leur est égale, il en découle un sentiment d'indifférence. Plusieurs études ont examiné cette relation entre la disconfirmation des attentes et la satisfaction, mettant en évidence une relation linéaire positive entre les deux variables (Bearden et Teel, 1983 ; Oliver, 1980 ; Oliver et Linda, 1981) : le niveau de satisfaction, ou d'insatisfaction, s'accroît avec l'ampleur de la confirmation, ou de l'infirmité, des attentes, comme l'illustre la figure 1.

Figure 1. Le modèle original de disconfirmation (Oliver, 1980)

Source : Oliver (1980)

Le paradigme de la disconfirmation ne constitue toutefois pas l'unique grille de lecture disponible pour expliquer la formation de la satisfaction des usagers. D'autres cadres auraient pu enrichir la modélisation retenue ici, notamment l'Expectation Confirmation Theory, qui en prolonge la logique en contexte post-adoption, la Service-Dominant Logic, qui insiste sur la coproduction de la valeur par l'utilisateur, la Patient Experience Theory propre au champ de la santé, la Relationship Marketing Theory, plus attentive aux effets de la relation dans la durée, ou encore le Service Quality Theory et le Customer Experience Management, qui articulent qualité, expérience et fidélisation. Le choix de retenir la disconfirmation des attentes comme cadre principal se justifie par sa capacité à rendre compte, de façon parcimonieuse, du mécanisme comparatif attentes–performance au cœur de la relation entre qualité perçue et satisfaction ; il n'exclut cependant pas la pertinence de ces approches alternatives, en particulier de la Relationship Marketing Theory et de la Patient Experience Theory, pour interpréter l'effet de l'ancienneté et de la régularité de fréquentation mis en évidence par les résultats de la classification (section 4).

1.3. Définition des hypothèses de recherche

La satisfaction des usagers est postulée ici comme étant déterminée par la qualité perçue des services proposés à l'hôpital (H1). Cette qualité perçue globale est elle-même influencée directement par la qualité des soins reçus (H2), l'accueil (H3) et le contact avec le personnel soignant (H4) ; le confort perçu, quatrième composante classiquement associée à la qualité de service, est quant à lui appréhendé comme une dimension intégrée à l'échelle globale de qualité perçue (Parasuraman et al., 1985) plutôt que comme un déterminant testé séparément, faute d'instrument de mesure distinct dans le questionnaire. L'expérience vécue par l'utilisateur vient enfin modérer la relation entre la qualité perçue et la satisfaction (H5). Les concepts mobilisés et les hypothèses de recherche qui en découlent sont exposés dans ce qui suit.

1.3.1. Qualité perçue des services et satisfaction des usagers

La plupart des modèles de la qualité perçue et de la satisfaction font référence au paradigme de la confirmation des attentes (« disconfirmation paradigm »), qui considère la satisfaction comme une évaluation postérieure à l'achat et à la consommation d'un produit ou d'un service. Ce modèle a servi de base à de nombreux modèles de mesure de la qualité de service (Sasser, Olsen et Wyckoff, 1978 ; Grönroos, 1984 ; Parasuraman, Zeithaml et Berry, 1985, 1988). Le processus de formation de la satisfaction commence par la formation des attentes, lesquelles influencent la perception de la performance du produit ou du service. Une fois le produit ou le service consommé, le consommateur procède à une évaluation comparative de cette performance au regard de ce qu'il attendait ; il en résulte une insatisfaction, une satisfaction ou un sentiment de neutralité.

La qualité de service perçue et la satisfaction sont définies à la fois en termes d'état final et de processus conduisant à cet état. Zeithaml (1988) définit la qualité perçue comme le jugement du consommateur concernant le degré d'excellence ou de supériorité attribué à une entité. D'autres définitions s'appuient sur le processus de formation de la qualité perçue : pour Grönroos (1984), elle résulte d'une comparaison entre les attentes du client et ses expériences réelles du service ; pour Parasuraman, Zeithaml et Berry (1988), elle procède d'une comparaison entre ce que le client considère devoir être le service offert et sa perception de la performance de l'organisation. Les définitions d'Oliver (1981), de Westbrook et Oliver (1991) et de Bolton et Drew (1991) envisagent quant à elles la satisfaction comme un état final distinct du processus conduisant à sa formation : pour Oliver (1981), la satisfaction peut ainsi être comprise comme une évaluation de la surprise inhérente à l'acquisition d'un produit et/ou à une expérience de consommation.

Dans cette perspective, la satisfaction constitue un état cognitif et émotionnel plaisant et transitoire, pouvant résulter d'une expérience de service, de consommation ou d'utilisation d'un bien (Llosa, 1996). D'autres définitions intègrent tout ou partie du processus de formation (Howard et Sheth, 1969 ; Hunt, 1977 ; Churchill et Surprenant, 1982 ; Tse et Wilton, 1988 ; Aurier et Evrard, 1998). Pour Aurier et Evrard (1998), la satisfaction est un état psychologique résultant du processus d'achat et de consommation ; pour Tse et Wilton (1988), elle constitue la réponse du consommateur à l'évaluation de l'écart perçu entre ses attentes antérieures – ou toute autre norme de performance – et la performance effective du produit telle que perçue après consommation.

Ces définitions ne permettent pas d'établir une distinction nette entre qualité perçue et satisfaction. De nombreux auteurs se contentent d'affirmer que les deux concepts sont voisins mais non équivalents (Parasuraman et al., 1985 ; Bitner, 1990 ; Bolton et Drew, 1991a, 1991b ; Carman, 1990 ; Cronin et Taylor, 1992 ; Boulding et al., 1993 ; Evrard, 1993 ; Dabholkar, 1995 ; Iacobucci et al., 1996). C'est notamment le point de vue de Parasuraman et al. (1985), qui décrivent la qualité de service perçue comme une forme d'attitude, relative mais non équivalente à la satisfaction, résultant de la comparaison entre attentes et performances – une conception à l'origine du débat sur la différence entre qualité perçue et satisfaction des consommateurs (Ngobo, 2000).

H1 : la qualité perçue des services proposés influence positivement la satisfaction des usagers.

1.3.2. La qualité des soins

Dans la littérature sur les services, un débat oppose satisfaction et qualité du service depuis la définition proposée par Parasuraman, Zeithaml et Berry (1985), qui définissent la qualité du service telle qu'elle est perçue par les consommateurs comme l'écart entre leurs attentes – ce qu'ils considèrent devoir être le service offert par la firme – et leur perception de la performance des prestataires. La confusion entre les deux construits tient surtout au fait que les chercheurs mobilisent le même modèle de disconfirmation pour les opérationnaliser. Conscients de cette ambiguïté, Parasuraman, Zeithaml et Berry (1988) précisent trois ans plus tard que la distinction entre qualité du service et satisfaction est cohérente avec celle qui existe entre attitude et satisfaction : la qualité du service représente un jugement global, ou une attitude, relatif à la supériorité du service, tandis que la satisfaction est associée à une transaction spécifique. Dans une étude ultérieure, Sureshchandar et al. (2002) confirment que les deux concepts, bien que distincts, demeurent fortement corrélés.

Concernant le lien de causalité entre les deux construits, Bitner (1990) ainsi que Bolton et Drew (1991) montrent que la satisfaction est un antécédent de la qualité du service, tandis que Cronin et Taylor (1992) aboutissent à la conclusion inverse. Pour Bolton et Drew (1994), les deux concepts s'influencent mutuellement. Teas (1993) considère que ces résultats ne sont pas nécessairement contradictoires et propose que la séquence causale dépende du cadre d'analyse retenu, transactionnel ou relationnel : lorsque l'analyse porte sur une transaction spécifique, la qualité perçue est un antécédent de la satisfaction ; lorsqu'elle porte sur plusieurs transactions à la fois, la qualité perçue devient fonction de la satisfaction cumulée. C'est cette dernière perspective, cohérente avec la fréquentation répétée de l'Hôtel Médical des Impôts par une

partie des usagers interrogés, qui justifie ici le positionnement de la qualité perçue globale comme antécédent de la satisfaction (H1).

La qualité des soins renvoie ici à la dimension technique de la prise en charge – compétence perçue des professionnels, pertinence du diagnostic et du traitement, explications fournies au patient (tableau 1) – qui constitue l'une des composantes classiques des échelles de qualité de service perçue (Parasuraman et al., 1985, 1988). Conformément à l'architecture du modèle conceptuel retenu (section 2), elle est mobilisée ici comme un antécédent de la qualité perçue globale plutôt que comme un déterminant direct et isolé de la satisfaction.

***H2 :** la qualité des soins influence positivement la qualité perçue globale des services par les usagers des hôpitaux ivoiriens.*

1.3.3. L'accueil

L'accueil représente la première interaction entre l'établissement de santé et l'utilisateur. De Kumar et al. (2020) à Andriamifidison et al. (2025), en passant par Moukhafi (2023), les auteurs s'accordent à reconnaître que la qualité de l'accueil influence fortement la perception globale des soins, la confiance envers le personnel soignant et le niveau de satisfaction des patients. Plusieurs travaux récents montrent en effet que l'accueil constitue un déterminant majeur de la satisfaction des usagers dans les établissements hospitaliers : la qualité des interactions avec le personnel, la communication, l'empathie et la réactivité influencent positivement l'expérience des patients et leur satisfaction globale (Gavurova et al., 2021 ; Ferreira et al., 2023 ; Alemu et al., 2024 ; Singh et al., 2026). Selon Wenxin et al. (2020), la qualité du service lors des premiers contacts avec les patients contribue significativement à leur niveau de satisfaction. Dans le contexte africain, Singh et al. (2026) soulignent que la communication et l'empathie du personnel constituent des facteurs déterminants de la satisfaction des patients dans les hôpitaux publics. L'accueil constituant l'une des dimensions relationnelles classiquement intégrées aux échelles de qualité de service perçue (Parasuraman et al., 1988), il est retenu ici comme un antécédent de la qualité perçue globale plutôt que comme un déterminant isolé de la satisfaction.

***H3 :** l'accueil a une influence positive sur la qualité perçue globale des services par les usagers des hôpitaux ivoiriens.*

1.3.4. Le contact avec le personnel soignant

La littérature récente considère le contact entre le patient et le personnel soignant comme l'un des déterminants majeurs de la satisfaction hospitalière. Ce contact englobe la communication, l'empathie, l'écoute, la disponibilité, le respect, la réactivité et, plus largement, la qualité des

interactions entre patients et professionnels de santé (Singh et al., 2026). Ces travaux montrent que plus les interactions sont personnalisées et centrées sur le patient, plus le niveau de satisfaction s'élève. D'autres auteurs, comme Kwame et Petrucka (2021) ou Moslehpour et al. (2022), confirment cette tendance en montrant que la communication efficace, l'empathie, le respect, la disponibilité et la réactivité des soignants influencent positivement l'expérience vécue par les patients. L'amélioration de la qualité relationnelle entre soignants et usagers apparaît ainsi comme un levier essentiel de la performance hospitalière et de la qualité des soins. Ce contact relationnel constitue ainsi une composante de la qualité perçue du service, cohérente avec les dimensions d'empathie et d'assurance du modèle SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988), plutôt qu'un déterminant indépendant de la satisfaction.

H4 : le contact avec le personnel soignant a une influence positive sur la qualité perçue globale des services par les usagers des hôpitaux ivoiriens.

1.3.5. L'expérience vécue

L'expérience vécue se définit comme la résultante de l'ensemble des perceptions et des émotions ressenties, ainsi que des connaissances mobilisées par une personne dans une situation donnée. Burch (2002) souligne les fondements philosophiques d'une approche phénoménologique de l'expérience vécue, en référence à Hegel, Heidegger et Husserl. Dans le champ du management, les travaux sur la construction de sens (Weick, 1979, 2005) et ceux portant sur la réflexivité (Schön, 1983) permettent d'éclairer les mécanismes par lesquels l'utilisateur donne sens à l'expérience qu'il vit. Plus spécifiquement, de nombreuses publications consacrées au comportement du consommateur ont souligné la pertinence d'une perspective phénoménologique (Merleau-Ponty, 1945) pour rendre compte de la manière dont le client interprète et construit sa propre réalité (Goulding, 1999 ; Schembri et Sandberg, 2002 ; Thompson et al., 1989). Cette expérience vécue est ensuite mémorisée par l'utilisateur, ce qui correspond à une démarche individuelle de sensemaking (Weick, 1979). En fonction de l'expérience mémorisée, l'utilisateur adoptera une posture de détracteur, une position neutre, ou se comportera en prescripteur du service (Reichheld, 2006).

H5 : l'expérience vécue par l'utilisateur modère la relation entre la qualité perçue et la satisfaction des usagers.

Le choix de traiter l'expérience vécue comme une variable modératrice, plutôt que comme une variable médiatrice, découle de la distinction conceptuelle établie par Baron et Kenny (1986) entre les deux rôles : une variable médiatrice explique le mécanisme par lequel une cause

produit un effet et s'insère dans la chaîne causale reliant qualité perçue et satisfaction, tandis qu'une variable modératrice en conditionne l'intensité sans s'y substituer. Dans la perspective retenue ici, l'expérience vécue – mémorisée par l'utilisateur au fil de ses visites successives (Weick, 1979) – ne se substitue pas à la qualité perçue comme antécédent de la satisfaction, mais en module la force selon l'ancienneté et la régularité de la relation à l'établissement, ce que confirment les profils contrastés des usagers récents et des usagers anciens mis en évidence par la classification (section 4). Cette hypothèse de modération demeure toutefois posée sur une base conceptuelle : comme indiqué en conclusion, sa vérification formelle nécessiterait une modélisation confirmatoire de type équations structurelles, incluant un test explicite d'interaction, que le caractère exploratoire de la présente étude ne permet pas de conduire.

Tableau 1. Récapitulatif des dimensions usitées dans la satisfaction du patient

Dimensions	Définitions	Aspects explorés : les items
Relations humaines	Caractéristiques du séjour pour lesquelles les professionnels interagissent avec les patients	Gentillesse, politesse, patience, sincérité, manque de respect, brutalité
Qualité technique des soins	Compétence des professionnels de santé	Niveau de diagnostic et de traitement, pertinence, risque d'erreur, expérience, formation, explications données aux patients et aux proches
Accessibilité et commodités	Facteurs liés à l'accès aux soins	Délai et effort nécessaires pour obtenir un rendez-vous, durée en salle d'attente, facilité d'accès géographique aux soins
Aspect économique	Facteurs impliqués dans l'accès aux soins	Coût, possibilité de tiers payant, couverture complémentaire
Efficacité des soins	Utilité de l'aide apportée par les professionnels de santé et des traitements	Perception d'une amélioration de l'état de santé liée aux soins

Dimensions	Définitions	Aspects explorés : les items
Continuité des soins	Permanence des soins dans un même établissement ou par un même professionnel	Revoir le même médecin à chaque visite
Environnement physique	Caractéristiques physiques du lieu où le soin est donné	Équipement, atmosphère, clarté des indications, propreté, calme

Source : adapté de la littérature sur la qualité des soins et la satisfaction des patients.

1.4. Positionnement et contribution scientifique de la recherche

La littérature mobilisée dans les sections précédentes conduit à situer plus précisément l'apport de cette recherche. Plusieurs travaux en sciences de gestion ont déjà proposé des typologies d'usagers ou de consommateurs à partir de variables comportementales et attitudinales – typologies de comportements de fréquentation des points de vente (Volle, 2000), typologies de réactions aux représentations publicitaires (Borau, s. d.), typologies de consommateurs d'expériences contre-hédoniques (Péronne, 2024), ou encore typologies de clients vindicatifs (Besbes Sahli, 2019). Ces travaux partagent avec la présente recherche une même logique de segmentation, mais aucun ne porte spécifiquement sur les usagers des services de santé, ni ne prend l'expérience vécue comme critère central de classification.

Sur le plan international, la littérature sur l'expérience patient (Kumar et al., 2020 ; Asamoah et al., 2025) et sur la segmentation de la clientèle des services demeure, à notre connaissance, essentiellement centrée sur l'identification des déterminants de la satisfaction plutôt que sur la construction de profils empiriques d'usagers fondés sur leur expérience vécue. Cette lecture reste toutefois établie à partir des travaux recensés dans le cadre de cette revue de la littérature et non d'une revue systématique ; elle demande à être confirmée par une telle démarche, que nous identifions comme un prolongement nécessaire de ce travail plutôt que comme un résultat définitivement établi.

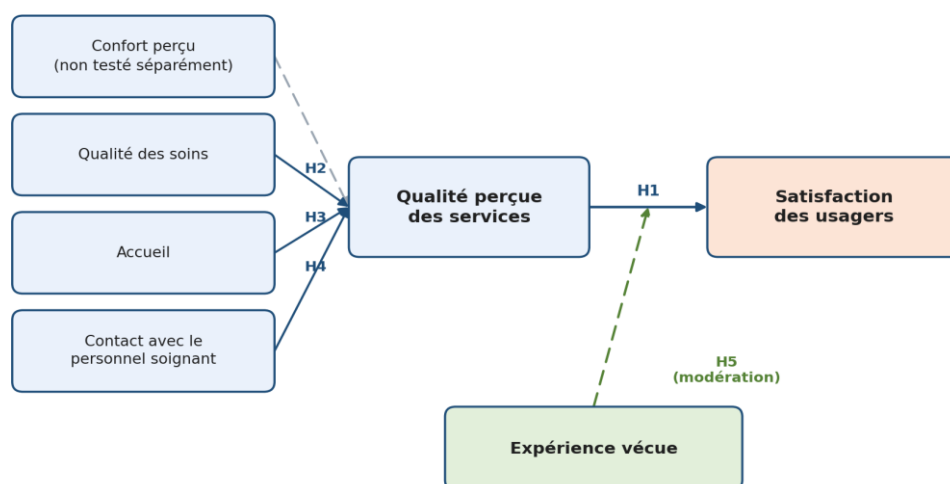
Sous cette réserve, la contribution de cette recherche se situe ainsi moins dans la confirmation, par ailleurs déjà largement documentée dans la littérature (H1), du lien entre qualité perçue et satisfaction, que dans la proposition d'une classification empirique des usagers construite à partir de leur expérience vécue en contexte hospitalier africain. C'est cette classification, plutôt que le modèle causal qui la précède, qui constitue l'apport principal du présent article, ainsi que le précise la section suivante.

2. Modèle conceptuel

Les développements précédents permettent d'élaborer et de justifier théoriquement le modèle du lien proposé entre qualité perçue et satisfaction des usagers des hôpitaux ivoiriens, en tenant compte des dimensions culturelle et structurelle privilégiées par Shortell pour assurer la pérennité et l'extension d'une démarche qualité. Dans la mesure où l'étude de la satisfaction s'est principalement développée au niveau des clients finaux dans la littérature marketing, nous nous appuyons sur les résultats de ces recherches pour justifier les hypothèses de liens retenues entre qualité et satisfaction des usagers des hôpitaux ivoiriens. Ce modèle causal ne constitue toutefois pas l'objectif final de la recherche : ainsi que la section 1.4 l'a précisé, il joue ici un rôle instrumental, en ce qu'il fonde théoriquement le choix des variables – qualité perçue, satisfaction, expérience vécue – soumises à la classification ascendante hiérarchique présentée en section 4, laquelle constitue l'apport principal de cette recherche.

Les cinq hypothèses de recherche présentées ci-dessus peuvent être synthétisées comme suit : la qualité des soins, l'accueil et le contact avec le personnel soignant influencent positivement la qualité perçue globale des services (H2 à H4) ; cette qualité perçue détermine à son tour la satisfaction des usagers (H1) ; l'expérience vécue par l'utilisateur vient enfin modérer cette dernière relation (H5). Le modèle conceptuel que nous cherchons à confirmer est représenté dans la figure 2.

Figure 2. Le modèle conceptuel de la recherche



Source : les auteurs.

3. Méthodologie de la recherche

Cette partie présente le terrain d'étude, l'échantillon, les instruments de mesure retenus pour opérationnaliser les construits du modèle, ainsi que les procédures d'analyse mobilisées pour construire la classification des usagers et en identifier les déterminants.

3.1. Terrain d'étude, échantillon et procédure de collecte

L'étude vise à montrer l'influence de la qualité perçue sur la satisfaction des usagers et, de façon plus spécifique, à proposer une classification de ces usagers selon leur expérience vécue à l'hôpital. L'approche méthodologique retenue combine une phase exploratoire documentaire et une phase quantitative. La phase documentaire a permis de prendre connaissance des principaux repères théoriques mobilisés dans la littérature sur la qualité perçue, la satisfaction et l'expérience vécue, et de mettre en évidence les questions insuffisamment explorées, en particulier l'absence de typologie empirique des usagers fondée sur ce dernier construit.

La phase quantitative a consisté à administrer un questionnaire structuré auprès de 100 usagers de l'Hôtel Médical des Impôts Feh Kessé (HMI-KF) de la ville d'Abidjan, choisis par un échantillonnage de convenance. La population d'étude a été restreinte aux usagers fréquentant effectivement cet établissement, pour trois raisons principales : l'impossibilité matérielle d'enquêter sur l'ensemble des usagers de l'hôtel médical des impôts à travers le territoire national, compte tenu de leur nombre élevé ; les contraintes financières liées aux coûts de transport et de déplacement qu'aurait impliquées une collecte multi-sites ; et les contraintes de délais inhérentes à la réalisation de ce travail. Les questionnaires ont été administrés en face-à-face au sein de l'établissement, auprès d'usagers majeurs ayant déjà eu recours au moins une fois aux services de l'hôpital. Ce choix d'un échantillonnage de convenance, imposé par les contraintes pratiques évoquées ci-dessus, présente une limite qu'il convient de souligner dès ce stade : il ne garantit pas la représentativité statistique de l'échantillon par rapport à la population des usagers de l'hôtel médical des impôts, et les usagers présents sur place au moment de l'enquête sont potentiellement surreprésentés au détriment des usagers les moins assidus, ce qui invite à la prudence dans la généralisation de la typologie obtenue au-delà du cadre de cette étude (voir la discussion de cette limite en conclusion).

L'instrument de mesure a été construit à partir d'échelles existantes, adaptées à notre contexte de recherche. Les variables mobilisées ont ainsi été appréhendées à l'aide d'échelles de mesure déjà utilisées dans la littérature et dont les propriétés psychométriques avaient été établies dans les études d'origine. Ces propriétés n'ont cependant pas été revérifiées empiriquement dans le

contexte spécifique de cette étude : aucune analyse de fiabilité (alpha de Cronbach, ρ de Jöreskog), de validité convergente ou discriminante (AVE), ni d'analyse factorielle exploratoire ou confirmatoire n'a été conduite sur les données recueillies. Il s'agit là d'une limite méthodologique importante, également discutée en conclusion, qu'il conviendra de lever avant toute nouvelle collecte en calculant systématiquement ces indicateurs. Tous les items ont été formulés sous forme d'affirmations évaluées sur une échelle de Likert en cinq points, allant de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait d'accord », pour les questions relatives à la qualité perçue, à l'expérience vécue et à la satisfaction ; ces variables ont ainsi été traitées comme des variables d'intervalle. Le questionnaire intégrait par ailleurs des variables signalétiques (âge, sexe, situation matrimoniale, niveau d'instruction) et des variables comportementales relatives à l'ancienneté et à la régularité de fréquentation de l'établissement. Le tableau 2 présente les échelles de mesure mobilisées pour chacun des construits centraux du modèle, dont les dimensions sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 2. Les échelles de mesure utilisées dans cette recherche

Construits	Échelles utilisées
Qualité perçue	Parasuraman, Zeithaml et Berry (1985)
Expérience vécue	Stauss (1993) ; Garg, Rahman et Kumar (2010)
Satisfaction	Bitner et Hubert (1994) ; Aurier et Evrard (1998)

Source : les auteurs.

3.2. Procédures de traitement et d'analyse des données

L'étude étant de nature quantitative, la conception du masque de saisie, l'administration du questionnaire ainsi qu'une partie des traitements descriptifs ont été réalisés à l'aide du logiciel d'enquêtes Sphinx. L'analyse de la variance a été conduite sous SPSS 26, tandis que les régressions logistiques ont été estimées sous Stata 12. Le choix de ces logiciels se justifie par leur accessibilité, leur large diffusion et leur familiarité auprès de la communauté des chercheurs en sciences de gestion.

Afin de répondre à l'objectif de classification des usagers, une classification ascendante hiérarchique (CAH) a été réalisée sous Sphinx, sur la base des variables suivantes : la satisfaction, l'expérience vécue, la qualité perçue, l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, ainsi que la fréquence et la durée d'utilisation des services de l'hôpital.

Cette classification a permis d'obtenir une partition en quatre classes d'utilisateurs, dont la description repose sur trois indicateurs complémentaires : la valeur-test, ou la probabilité qui lui est associée, qui permet de distinguer les modalités significatives dans la formation des classes – une modalité étant considérée comme significative lorsque sa valeur-test est supérieure à 2 en valeur absolue, ou sa probabilité inférieure à 5 % ; le pourcentage de la modalité dans la classe, qui renseigne sur la proportion d'individus de la classe possédant la modalité considérée ; et le pourcentage de la classe dans la modalité, qui renseigne sur la proportion d'individus possédant la modalité et se retrouvant dans cette classe. Une classe est ainsi caractérisée par les modalités dont la valeur-test est supérieure à 2 en valeur absolue et dont les deux pourcentages sont élevés. Cette classification n'a en revanche pas fait l'objet d'une validation formelle par des indices statistiques dédiés (indice de silhouette, indice de Calinski-Harabasz, étude de la stabilité des classes par ré-échantillonnage), ce qui constitue une limite supplémentaire de cette étude, discutée en conclusion.

Dans un second temps, quatre variables dichotomiques d'appartenance aux classes ont été construites et soumises à des régressions logistiques, afin d'identifier les facteurs sociodémographiques et comportementaux qui déterminent significativement l'appartenance des utilisateurs à chacune des quatre classes issues de la CAH.

4. Présentation des résultats et discussion

Cette section vise à restituer la typologie des utilisateurs de l'Hôtel Médical des Impôts obtenue à partir de la classification ascendante hiérarchique, puis à identifier les facteurs qui déterminent l'appartenance des utilisateurs à chacune des classes ainsi constituées, avant de discuter l'ensemble de ces résultats au regard de la littérature mobilisée dans la première partie.

4.1. Description des classes issues de la classification ascendante hiérarchique

Classe 1 : « la classe des usagers satisfaits »

Tableau 3. Description de la classe 1

Variables	Modalités caractéristiques	% modalité / classe	% classe / modalité	Valeur-test	Probabilité
Satisfaction	Satisfait	75.00	61.22	4,17	0,000
	Très satisfait	22.50	22.50	-2,68	0,004
	Indifférent	0.00	0.00	-2,60	0,005
Expérience vécue	Plutôt d'accord	92.50	64.91	6,05	0,000
	Tout à fait d'accord	0.00	0.00	-5,99	0,000
	Indifférent	5.00	22.22	-0,75	0,228
Qualité perçue	Plutôt d'accord	82.50	64.71	5,15	0,000
	Tout à fait d'accord	5.00	5.26	-5,65	0,000
	Indifférent	10.00	36.36	-0,11	0,456
Tranche d'âge	40 ans et plus	60.00	85.71	5,73	0,000
	30-39 ans	37.50	29.41	-1,92	0,028
	Moins de 30 ans	2.50	4.55	-3,87	0,000
Sexe	Masculin	60.00	53.33	2,33	0,010
	Féminin	40.00	28.57	-2,33	0,010
Situation matrimoniale	Marié	67.50	54.00	2,74	0,003
	Célibataire	7.50	10.00	-3,94	0,000
	Union libre	22.50	52.94	0,96	0,168
	Sans objet / Divorcé / Veuf	2.50	25.00	-0,05	0,480

Variables	Modalités caractéristiques	% modalité / classe	% classe / modalité	Valeur-test	Probabilité
Ancienneté (usager depuis)	Plus de 5 ans	42.50	53.13	1,67	0,048
	Moins d'un an	10.00	18.18	-2,13	0,016
	Entre 2 et 5 ans	25.00	40.00	0,18	0,428
	Entre 1 et 2 ans	22.50	40.91	0,09	0,462
Fréquentation régulière	Oui	82.50	43.42	1,13	0,128
	Non	17.50	28.00	-1,13	0,128
Niveau d'instruction	Supérieur	52.50	42.00	0,28	0,388
	Aucun / Coranique	25.00	43.48	0,20	0,421
	Primaire / Secondaire	22.50	32.14	-0,72	0,236

Source : nos calculs

La classe 1 regroupe 40 individus, soit 40 % de l'échantillon. C'est la classe des usagers qui déclarent être satisfaits (75 %) ou très satisfaits (23 %) des services de l'Hôtel Médical des Impôts, tout en étant respectivement 93 % et 83 % à se dire plutôt d'accord sur la qualité de l'expérience vécue et de la qualité perçue des services. Cette convergence entre les trois construits centraux du modèle – satisfaction, expérience vécue et qualité perçue – conforte empiriquement la relation postulée par H1 et illustre le mécanisme de confirmation des attentes décrit par Oliver (1980) : une performance perçue conforme, voire légèrement supérieure aux attentes, engendre un jugement de satisfaction stable plutôt qu'un enthousiasme extrême.

Le profil sociodémographique de cette classe est également instructif : 98 % de ses membres ont 30 ans ou plus, 68 % sont mariés et 60 % sont des hommes ; 43 % fréquentent l'établissement depuis plus de cinq ans. La maturité démographique et l'ancienneté de la relation avec l'hôpital semblent ainsi jouer un rôle stabilisateur dans la formation du jugement de satisfaction, ce qui

accrédite l'idée, suggérée par H5, que l'expérience vécue – ici cumulée au fil des visites – contribue à consolider la relation entre qualité perçue et satisfaction. Sur la base de ces modalités caractéristiques, cette classe est qualifiée de « classe des usagers satisfaits ».

Classe 2 : « la classe des usagers indifférents »

Tableau 4. Description de la classe 2

Variables	Modalités caractéristiques	% modalité / classe	% classe / modalité	Valeur-test	Probabilité
Satisfaction	Indifférent	71.43	50.00	3,84	0,000
	Satisfait	14.29	2.04	-1,51	0,066
	Très satisfait	0.00	0.00	-1,95	0,025
Expérience vécue	Indifférent	71.43	55.56	4,00	0,000
	Plutôt d'accord	14.29	1.75	-1,95	0,026
	Tout à fait d'accord	0.00	0.00	-1,53	0,063
Qualité perçue	Indifférent	100.00	63.64	5,50	0,000
	Tout à fait d'accord	0.00	0.00	-1,85	0,032
	Plutôt d'accord	0.00	0.00	-2,52	0,006
Tranche d'âge	40 ans et plus	42.86	10.71	0,53	0,298
	30-39 ans	42.86	5.88	-0,03	0,489
	Moins de 30 ans	14.29	4.55	-0,06	0,476
Sexe	Féminin	57.14	7.14	0,31	0,379
	Masculin	42.86	6.67	-0,31	0,379
Situation matrimoniale	Sans objet / Divorcé / Veuf	28.57	50.00	1,99	0,023
	Marié	57.14	8.00	0,03	0,489
	Union libre	14.29	5.88	-0,43	0,335

Variables	Modalités caractéristiques	% modalité / classe	% classe / modalité	Valeur-test	Probabilité
	Célibataire	0.00	0.00	-1,42	0,077
Ancienneté (usager depuis)	Plus de 5 ans	42.86	9.38	0,28	0,390
	Entre 2 et 5 ans	28.57	8.00	0,14	0,445
	Entre 1 et 2 ans	28.57	9.09	0,06	0,476
	Moins d'un an	0.00	0.00	-0,96	0,169
Fréquentation régulière	Non	71.43	20.00	2,34	0,010
	Oui	28.57	2.63	-2,34	0,010
Niveau d'instruction	Primaire / Secondaire	28.57	7.14	0,33	0,372
	Aucun / Coranique	28.57	8.70	0,01	0,497
	Supérieur	42.86	6.00	-0,03	0,489

Source : nos calculs

La classe 2 est la plus petite classe de l'échantillon : elle ne compte que 7 individus, soit 7 % du total. Elle rassemble des usagers exprimant une indifférence marquée sur les trois construits étudiés – 71 % se déclarent indifférents quant à la satisfaction et à l'expérience vécue, et 100 % quant à la qualité perçue. Cette convergence des trois indifférences suggère un détachement global vis-à-vis du service plutôt qu'un jugement négatif circonstancié, ce qui distingue cette classe des profils de mécontentement actif habituellement décrits dans la littérature sur l'insatisfaction des patients.

Cette indifférence s'accompagne d'un rapport distendu à l'établissement : 71 % des membres de cette classe ne le fréquentent pas régulièrement, et 29 % relèvent de la modalité « sans objet / divorcé / veuf » de la situation matrimoniale, ce qui pourrait traduire une moindre implication personnelle dans le parcours de soins. Le faible effectif de cette classe – 7 individus – invite à

une très grande prudence quant à sa généralisation : au-delà de la description proposée ici, la régression logistique estimée sur cette classe (tableau 7) repose sur un nombre d'événements insuffisant au regard des standards habituellement recommandés pour ce type de modèle, de sorte que ses résultats doivent être interprétés à titre indicatif plutôt que comme une estimation stabilisée. Son existence même confirme néanmoins que la satisfaction ne se distribue pas de manière bipolaire (satisfait/insatisfait) : une frange, certes minoritaire, d'utilisateurs ne s'engage pas cognitivement dans l'évaluation du service, ce qui constitue en soi un enseignement managérial – ces utilisateurs sont difficiles à mobiliser par les leviers classiques d'amélioration de la qualité perçue.

Classe 3 : « la classe des utilisateurs prudents »

Tableau 5. Description de la classe 3

Variables	Modalités caractéristiques	% modalité / classe	% classe / modalité	Valeur-test	Probabilité
Satisfaction	Indifférent	21.74	50.00	1,69	0,046
	Satisfait	47.83	22.45	-0,16	0,435
	Très satisfait	30.43	17.50	-0,78	0,219
Expérience vécue	Plutôt d'accord	73.91	29.82	1,70	0,044
	Tout à fait d'accord	13.04	9.38	-2,00	0,023
	Indifférent	8.70	22.22	-0,43	0,334
Qualité perçue	Plutôt d'accord	78.26	35.29	2,84	0,002
	Tout à fait d'accord	21.74	13.16	-1,57	0,059
	Indifférent	0.00	0.00	-1,66	0,049
Tranche d'âge	Moins de 30 ans	86.96	90.91	8,01	0,000
	30-39 ans	13.04	5.88	-3,99	0,000
	40 ans et plus	0.00	0.00	-3,57	0,000
Sexe	Féminin	86.96	35.71	3,36	0,000

Variables	Modalités caractéristiques	% modalité / classe	% classe / modalité	Valeur-test	Probabilité
	Masculin	13.04	6.67	-3,36	0,000
Situation matrimoniale	Célibataire	69.57	53.33	4,36	0,000
	Marié	13.04	6.00	-3,88	0,000
	Union libre	17.39	23.53	0,20	0,422
	Sans objet / Divorcé / Veuf	0.00	0.00	-0,39	0,349
Ancienneté (usager depuis)	Moins d'un an	56.52	59.09	4,06	0,000
	Plus de 5 ans	4.35	3.13	-3,23	0,001
	Entre 1 et 2 ans	21.74	22.73	-0,31	0,379
	Entre 2 et 5 ans	17.39	16.00	-0,64	0,261
Fréquentation régulière	Non	39.13	36.00	1,52	0,065
	Oui	60.87	18.42	-1,52	0,065
Niveau d'instruction	Primaire / Secondaire	43.48	35.71	1,63	0,052
	Supérieur	43.48	20.00	-0,42	0,337
	Aucun / Coranique	13.04	13.04	-0,98	0,163

Source : nos calculs

Cette classe regroupe 23 individus, soit 23 % de l'échantillon. Elle est composée majoritairement de jeunes usagers – 87 % ont moins de 30 ans – célibataires à 69 %, et à dominante féminine (87 %), fréquentant l'Hôtel Médical des Impôts depuis moins d'un an pour 57 % d'entre eux. Fait notable, ces usagers se déclarent « plutôt d'accord » sur la qualité de

l'expérience vécue (74 %) et sur la qualité perçue des services (78 %), mais seule la modalité « indifférent » de la variable satisfaction s'avère statistiquement significative dans la formation de cette classe.

Ce décalage entre une expérience et une qualité plutôt bien évaluée, d'une part, et un jugement de satisfaction suspendu, d'autre part, suggère que le jugement de satisfaction ne se forme pas instantanément mais nécessite un certain nombre d'expériences répétées pour se stabiliser – ce que confirme le fait que l'ancienneté « moins d'un an » caractérise fortement cette classe. Cette observation nuance le modèle de disconfirmation d'Oliver (1980) en introduisant une dimension temporelle : chez les usagers récents, la qualité perçue et l'expérience vécue précèdent la formation d'un jugement de satisfaction stabilisé, qui ne se consolide qu'avec la répétition des visites. C'est pourquoi cette classe est qualifiée de « classe des usagers prudents » : ses membres ne sont pas insatisfaits, mais réservent leur jugement dans l'attente d'une confirmation ultérieure.

Classe 4 : « la classe des usagers très satisfaits »

Tableau 6. Description de la classe 4

Variables	Modalités caractéristiques	% modalité / classe	% classe / modalité	Valeur-test	Probabilité
Satisfaction	Très satisfait	77.42	60.00	4,98	0,000
	Satisfait	22.58	14.29	-3,31	0,000
	Indifférent	0.00	0.00	-2,04	0,021
Expérience vécue	Tout à fait d'accord	93.55	90.63	8,99	0,000
	Plutôt d'accord	6.45	3.51	-6,84	0,000
	Indifférent	0.00	0.00	-1,86	0,031
Qualité perçue	Tout à fait d'accord	100.00	81.58	8,98	0,000
	Indifférent	0.00	0.00	-2,21	0,014
	Plutôt d'accord	0.00	0.00	-7,19	0,000
Tranche d'âge	Moins de 30 ans	0.00	0.00	-3,74	0,000

Variables	Modalités caractéristiques	% modalité / classe	% classe / modalité	Valeur-test	Probabilité
	30-39 ans	96.77	58.82	6,44	0,000
	40 ans et plus	3.23	3.57	-3,76	0,000
Sexe	Masculin	48.39	33.33	0,30	0,382
	Féminin	51.61	28.57	-0,30	0,382
Situation matrimoniale	Célibataire	35.48	36.67	0,62	0,268
	Marié	51.61	32.00	0,07	0,474
	Sans objet / Divorcé / Veuf	3.23	25.00	-0,36	0,360
	Union libre	9.68	17.65	-0,99	0,161
Ancienneté (usager depuis)	Entre 2 et 5 ans	29.03	36.00	0,43	0,335
	Plus de 5 ans	35.48	34.38	0,32	0,373
	Entre 1 et 2 ans	19.35	27.27	-0,11	0,455
	Moins d'un an	16.13	22.73	-0,64	0,260
Fréquentation régulière	Oui	87.10	35.53	1,62	0,053
	Non	12.90	16.00	-1,62	0,053
Niveau d'instruction	Aucun / Coranique	25.81	34.78	0,24	0,404
	Supérieur	51.61	32.00	0,07	0,474
	Primaire / Secondaire	22.58	25.00	-0,52	0,303

Source : nos calculs

Cette classe est composée de 30 usagers, soit 30 % de l'échantillon. Elle se distingue par l'intensité et l'homogénéité des jugements positifs portés sur les trois construits centraux : 100 % de ses membres se déclarent « tout à fait d'accord » sur la qualité perçue des services, 94 % sur la qualité de l'expérience vécue, et 77 % se déclarent « très satisfaits ». À la différence de la classe 1, cette classe se caractérise par l'absence quasi totale de nuance dans les réponses, ce qui traduit un engagement affectif fort à l'égard de l'établissement, proche de ce que Reichheld (2006) qualifie de posture de prescripteur.

Sur le plan sociodémographique, cette classe est entièrement composée d'usagers de 30 ans et plus (avec une sur-représentation de la tranche 30-39 ans, 97 %), également répartis entre hommes et femmes, et pour 87 % fréquentant régulièrement l'hôpital. Combinée aux résultats de la classe 3, cette observation renforce l'idée d'un effet de maturation de l'expérience : plus l'utilisateur accumule de visites et d'ancienneté, plus son jugement de satisfaction tend à se polariser positivement, ce qui est cohérent avec le rôle modérateur prêté à l'expérience vécue par H5. Cette classe est dès lors qualifiée de « classe des usagers très satisfaits ».

4.2. Facteurs déterminant l'appartenance aux classes : résultats des régressions logistiques

Après la description des quatre classes obtenues par la CAH, quatre régressions logistiques ont été estimées à partir de variables dichotomiques d'appartenance à chacune des classes, afin d'identifier les facteurs qui déterminent significativement cette appartenance, toutes choses égales par ailleurs. Le tableau 7 restitue, pour chaque classe, les modalités significatives au seuil de 5 %.

Tableau 7. Facteurs déterminant l'appartenance aux classes (régressions logistiques)

Classe 1 (références : usager depuis moins d'un an ; femme ; célibataire ; moins de 30 ans)

Variable (référence)	Coef.	Odds-ratio	Std. Err.	z	P>z	IC 95% (bas)	IC 95% (haut)
Usager depuis plus de 5 ans	1,63	5,10	0,66	2,48	0,013	0,34	2,92
Sexe : homme	1,05	2,86	0,42	2,50	0,013	0,23	1,87

Variable (référence)	Coef.	Odds-ratio	Std. Err.	z	P>z	IC 95% (bas)	IC 95% (haut)
Situation matrimoniale : marié	2,36	10,57	0,67	3,51	0,000	1,04	3,67
Situation matrimoniale : union libre	2,32	10,13	0,78	2,97	0,003	0,79	3,84
Âge : 30-39 ans	2,17	8,75	1,07	2,03	0,042	0,07	4,26
Âge : 40 ans et plus	1,84	6,27	1,16	4,18	0,000	2,57	7,10

Pseudo R² = 0,33**Classe 2 (référence : n'utilise pas régulièrement les services de l'hôpital)**

Variable (référence)	Coef.	Odds-ratio	Std. Err.	z	P>z	IC 95% (bas)	IC 95% (haut)
Fréquentation régulière : oui	-2,22	0,11	0,87	-2,55	0,011	-3,94	-0,51

Pseudo R² = 0,29**Classe 3 (références : usager depuis moins d'un an ; femme ; célibataire ; moins de 30 ans)**

Variable (référence)	Coef.	Odds-ratio	Std. Err.	z	P>z	IC 95% (bas)	IC 95% (haut)
Usager depuis entre 1 et 2 ans	-1,59	0,20	0,67	-2,38	0,017	-2,90	-0,28
Usager depuis entre 2 et 5 ans	-2,03	0,13	0,70	-2,91	0,004	-3,39	-0,66
Usager depuis plus de 5 ans	-3,80	0,02	1,10	-3,44	0,001	-5,97	-1,64
Sexe : homme	-2,05	0,13	0,66	-3,11	0,002	-3,34	-0,76
Situation matrimoniale : marié	-2,89	0,06	0,70	-4,13	0,000	-4,26	-1,52

Variable (référence)	Coef.	Odds-ratio	Std. Err.	z	P>z	IC 95% (bas)	IC 95% (haut)
Âge : 30-39 ans	-5,08	0,01	0,95	-5,34	0,000	-6,94	-3,21
Âge : 40 ans et plus	-2,30	0,10	0,74	-3,10	0,002	-3,76	-0,85

Pseudo R² = 0,45**Classe 4 (référence : n'utilise pas régulièrement les services de l'hôpital)**

Variable (référence)	Coef.	Odds-ratio	Std. Err.	z	P>z	IC 95% (bas)	IC 95% (haut)
Fréquentation régulière : oui	1,06	2,89	0,60	2,08	0,045	-0,11	2,23

Pseudo R² = 0,31**Source : nos calculs**

Les résultats des régressions apportent un éclairage complémentaire, plus fin que la seule description des classes, sur les déterminants de l'appartenance à chacune d'elles. S'agissant de la classe 1, les usagers fréquentant l'hôpital depuis plus de cinq ans ont une probabilité environ cinq fois plus élevée que ceux fréquentant l'établissement depuis moins d'un an d'appartenir à cette classe ; les hommes ont environ trois fois plus de chances que les femmes d'en faire partie ; être marié multiplie par 10,6 la probabilité d'appartenir à cette classe par rapport à être célibataire (odds-ratio = 10,57), et vivre en union libre la multiplie par 10,1 (odds-ratio = 10,13) ; être âgé de 40 ans et plus la multiplie par 6,3 par rapport à avoir moins de 30 ans (odds-ratio = 6,27). Ces résultats confirment, au niveau individuel, la lecture proposée au tableau 3 : l'ancienneté, la maturité démographique et la stabilité matrimoniale sont associées à un jugement de satisfaction plus favorable.

Pour la classe 2, seule la fréquence d'utilisation régulière des services ressort comme significative : les usagers réguliers ont environ 89 % moins de chances que les usagers non réguliers d'appartenir à cette classe d'indifférents, ce qui confirme que l'indifférence est davantage le fait d'usagers occasionnels, faiblement engagés dans la relation avec l'établissement, que d'usagers déçus par une expérience répétée.

Concernant la classe 3, l'ancienneté, le sexe et la situation matrimoniale sont les variables significatives : plus l'ancienneté de fréquentation augmente, plus la probabilité d'appartenir à la classe des usagers prudents diminue ; les hommes ont environ 87 % moins de chances que les femmes d'y appartenir ; les personnes mariées ont une probabilité très fortement réduite par rapport aux célibataires, de même que les usagers âgés de 30 ans et plus par rapport aux moins de 30 ans. Ce faisceau de résultats dessine un profil cohérent : la prudence dans le jugement de satisfaction est associée à la jeunesse, au statut de célibataire et à la nouveauté de la relation avec l'établissement, trois caractéristiques d'usagers dont l'expérience cumulative reste encore limitée.

Enfin, pour la classe 4, seule la fréquentation régulière de l'hôpital est apparue significative : les usagers réguliers ont environ trois fois plus de chances que les usagers non réguliers d'appartenir à la classe des très satisfaits. Ce résultat, symétrique de celui obtenu pour la classe 2, conforte l'hypothèse d'un effet cumulatif positif de la fréquentation répétée sur la satisfaction, suggérant que la fidélisation des usagers constitue un vecteur essentiel de consolidation de leur satisfaction à l'égard des services de l'hôtel médical des impôts.

4.3. Discussion des résultats

Les résultats de cette recherche confirment, dans le contexte particulier de l'Hôtel Médical des Impôts d'Abidjan, l'hétérogénéité des usagers déjà soulignée par les travaux menés en Afrique subsaharienne (Samba et al., 2020 ; Sangaré et al., 2022 ; Asamoah et al., 2025) : loin de constituer une population homogène face à la qualité des services, les usagers se répartissent en quatre profils contrastés : satisfaits, indifférents, prudents et très satisfaits dont la formation répond à des logiques à la fois cognitives, affectives et expérientielles. Cette hétérogénéité rejoint également, sur le plan méthodologique, une tradition bien établie en sciences de gestion consistant à construire des typologies de consommateurs ou d'usagers à partir de variables comportementales et attitudinales combinées – qu'il s'agisse des typologies de comportements de fréquentation des points de vente (Volle, 2000), des typologies de réactions à des représentations publicitaires construites à partir de la sémiotique structurale (Borau, 2007), des typologies de profils de consommateurs d'expériences contre-hédoniques issues d'une démarche ethnographique (Péronne, 2024), ou encore des typologies de clients vindicatifs élaborées par netnographie (Besbes Sahli, 2019). Ces travaux, bien que mobilisant des méthodes quantitatives différentes de la classification ascendante hiérarchique retenue ici, partagent avec la présente recherche l'idée que la segmentation des usagers ou des

consommateurs, plutôt que leur traitement comme un ensemble uniforme, constitue un préalable nécessaire à une gestion différenciée de la relation de service.

Le résultat le plus original de cette recherche tient toutefois à la mise en évidence de la classe des « usagers prudents » (classe 3), qui révèle un découplage temporaire entre une expérience vécue et une qualité perçue plutôt bien évaluées, d'une part, et un jugement de satisfaction encore suspendu, d'autre part. Ce résultat complète le modèle de disconfirmation des attentes d'Oliver (1980), essentiellement statique, en y introduisant une dimension temporelle : le jugement de satisfaction ne semble pas se former en une seule exposition au service, mais requiert, en particulier pour les nouveaux usagers, une accumulation d'expériences avant de se stabiliser. Cette lecture est corroborée par les résultats de la classe 4, dans laquelle la fréquentation régulière et l'ancienneté sont systématiquement associées à des niveaux de satisfaction élevés et homogènes. Elle rejoint ainsi les analyses de Bolton et Drew (1994) et de Teas (1993) selon lesquelles la relation entre qualité perçue et satisfaction se module en fonction du cadre d'analyse retenu, transactionnel ou relationnel : dans une perspective relationnelle, comme celle qui prévaut ici pour des usagers fréquentant régulièrement un même établissement, la satisfaction devient progressivement fonction de l'accumulation d'expériences plutôt que de la seule dernière transaction.

Ces résultats confirment par ailleurs, plus largement, le rôle de l'expérience vécue postulé par H5 : dans les quatre classes, l'expérience vécue évolue de manière cohérente avec la satisfaction, sans toutefois lui être strictement superposée, ce qui atteste de son caractère distinct tout en confirmant son rôle de vecteur de la relation entre qualité perçue et satisfaction, conformément aux travaux de Weick (1979) sur le sensemaking et à ceux de Reichheld (2006) sur la formation des postures de prescripteur ou de détracteur. Les déterminants sociodémographiques mis en évidence par les régressions logistiques – l'âge, le sexe, la situation matrimoniale et surtout l'ancienneté et la régularité de fréquentation confortent également les travaux d'Andriamifidison et al. (2025) et de Moukhafi (2023), qui soulignent l'importance des caractéristiques individuelles des usagers dans la formation de la satisfaction hospitalière en contexte africain. Ces déterminants sociodémographiques appellent une lecture plus explicative que la seule description statistique. La surreprésentation des jeunes usagers célibataires dans la classe des « prudents » peut ainsi s'interpréter à la lumière de la théorie du niveau d'adaptation d'Helson (1959) : disposant de peu de points de comparaison antérieurs avec l'établissement, ces usagers ne peuvent encore ancrer leur jugement sur un standard stabilisé, ce qui les conduit à suspendre leur évaluation plutôt qu'à l'exprimer de façon tranchée. À l'inverse, la sur-représentation des

usagers de 30 à 39 ans et des usagers fidèles dans la classe des « très satisfaits » traduit un effet de maturation de la relation, cohérent avec la perspective relationnelle de Teas (1993) : la répétition des visites permet la constitution d'un standard de comparaison stable, propice à un jugement positif consolidé. Quant à la sur-représentation des femmes dans la classe des « prudents » (87 %) et leur moindre présence dans la classe des « satisfaits », elle pourrait renvoyer, sous réserve d'une vérification qui dépasse le cadre de cette étude, à des différences de niveau d'exigence ou de sensibilité aux dimensions relationnelles de la prise en charge (accueil, écoute, communication) déjà relevées par Singh et al. (2026) ; cette piste explicative mériterait toutefois d'être testée spécifiquement par des recherches futures, la présente étude n'ayant pas mobilisé d'instrument permettant d'en confirmer les mécanismes.

Enfin, cette recherche apporte une contribution originale au débat, encore non tranché dans la littérature, sur la nature du lien entre qualité perçue et satisfaction (Bitner, 1990 ; Cronin et Taylor, 1992 ; Bolton et Drew, 1994) : plutôt que de chercher à trancher ce débat de manière univoque, elle montre que la coexistence de quatre profils d'usagers, caractérisés par des combinaisons différentes de qualité perçue, d'expérience vécue et de satisfaction, reflète la diversité des trajectoires possibles de formation du jugement des usagers, en fonction de leur ancienneté et de leurs caractéristiques individuelles. Cette approche par classification constitue ainsi un complément utile aux approches confirmatoires classiques fondées sur la seule estimation de relations linéaires entre construits.

Conclusion

L'objectif de cette recherche était de proposer une classification des usagers de l'Hôtel Médical des Impôts d'Abidjan en fonction de leur expérience vécue, articulée à la qualité perçue et à la satisfaction. Pour atteindre cet objectif, une revue de la littérature a permis de cerner les principaux concepts mobilisés – satisfaction, qualité perçue, qualité des soins, accueil, contact avec le personnel soignant et expérience vécue – et d'en déduire cinq hypothèses de recherche. Une étude quantitative a ensuite été conduite auprès de 100 usagers de l'établissement, choisis par convenance, dont les réponses ont été soumises à une classification ascendante hiérarchique puis à des régressions logistiques.

L'analyse des données a permis d'aboutir à quatre classes d'usagers, dont les profils répondent directement à la question de recherche posée en introduction : la classe des usagers satisfaits, composée d'individus ayant perçu de la qualité et vécu une bonne expérience des services de l'hôtel médical des impôts ; la classe des usagers indifférents, réunissant des personnes

indifférentes à la fois du point de vue de la satisfaction, de l'expérience vécue et de la qualité perçue ; la classe des usagers prudents, composée majoritairement de jeunes célibataires récemment inscrits comme usagers de l'établissement, percevant de la qualité et une bonne expérience mais réservant leur jugement de satisfaction ; et enfin la classe des usagers très satisfaits, composée principalement d'usagers réguliers et anciens, unanimement convaincus de la bonne qualité et de la bonne expérience des services de l'établissement.

Les apports de ce travail sont à la fois théoriques et managériaux. Sur le plan théorique, cette recherche met en exergue le rôle de l'expérience vécue dans la relation entre qualité perçue et satisfaction, un construit jusque-là insuffisamment intégré dans la littérature sur le management de la qualité des services de santé en contexte africain. L'analyse de la littérature a permis de montrer le caractère incomplet des modèles qui n'intègrent pas ce construit, tandis que la classification obtenue révèle sa contribution à la temporalité de la formation du jugement de satisfaction. Sur le plan managérial, cette recherche fournit aux gestionnaires de l'hôtel médical des impôts un outil concret d'aide à la décision : elle les invite à adapter leurs actions de gestion de la qualité en fonction des quatre profils d'usagers identifiés, en portant une attention particulière aux nouveaux usagers et aux usagers occasionnels dont l'expérience et la satisfaction demeurent encore instables et en consolidant les leviers de fidélisation qui semblent, pour les usagers réguliers, renforcer durablement la satisfaction.

Cette recherche présente néanmoins des limites qu'il convient de souligner explicitement. La première tient à la démarche méthodologique retenue : l'échantillon, constitué par convenance et de taille limitée ($n = 100$), ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des usagers de l'hôtel médical des impôts, ce qui restreint la portée généralisable des résultats obtenus ; cette limite est renforcée par le très faible effectif de la classe 2 (7 individus), qui fragilise la régression logistique estimée sur cette classe. La deuxième limite tient à l'absence, sur les données recueillies, d'une validation psychométrique des échelles mobilisées (alpha de Cronbach, ρ de Jöreskog, validité convergente et discriminante par l'AVE) et d'une analyse factorielle exploratoire ou confirmatoire, ce qui ne permet pas de garantir que les construits mesurent effectivement ce qu'ils sont censés mesurer ; de la même façon, la classification ascendante hiérarchique n'a pas été assortie d'indices de validation des classes (silhouette, Calinski-Harabasz, stabilité par ré-échantillonnage). La troisième limite tient au caractère mono-site et transversal de l'enquête, qui interdit toute inférence causale et toute généralisation à d'autres établissements ou à d'autres moments. La quatrième limite tient au caractère déclaratif des données, potentiellement affecté par un biais de désirabilité sociale, plus difficile à contrôler

dans un contexte d'enquête en face-à-face au sein même de l'établissement évalué. Enfin, cette étude, de nature exploratoire, n'a pas permis de tester formellement le rôle modérateur – plutôt que médiateur – de l'expérience vécue au moyen d'une modélisation confirmatoire de type équations structurelles incluant un test explicite d'interaction.

Les recherches futures devraient ainsi s'attacher à remédier à ces limites, par exemple en mobilisant un échantillon probabiliste de plus grande taille, incluant une validation psychométrique complète des échelles (fiabilité, validité convergente et discriminante) et une validation statistique des classes obtenues, et en étendant la collecte à d'autres hôpitaux médicaux des impôts installés sur le territoire ivoirien, voire à d'autres établissements publics et privés, afin de comparer la stabilité de cette typologie selon le statut de l'établissement. Il serait également pertinent d'explorer, dans le prolongement de cette recherche, le rôle précis – médiateur ou modérateur – de l'expérience vécue dans la relation entre qualité perçue et satisfaction au moyen des modèles d'équations structurelles (PLS-SEM ou CB-SEM), d'intégrer la dimension croissante des technologies numériques hospitalières dans l'expérience vécue des usagers, de conduire une étude longitudinale permettant de suivre l'évolution d'un même usager d'une classe à l'autre au fil de ses visites, ainsi que d'examiner le lien entre cette typologie et la fidélité des usagers à l'établissement. En dépit de ces limites, cette recherche ouvre ainsi la voie à des travaux ultérieurs sur la gestion différenciée de la qualité des services de santé en Côte d'Ivoire, et invite plus largement les gestionnaires hospitaliers à considérer l'expérience vécue des usagers comme un levier à part entière de leur stratégie de gestion de la qualité.

Bibliographie

- Alemu, A. T., Bogale, E. K., Bogale, S. K., Desalew, E. G., Andarge, G. A., Seid, K., Lakew, G., Yirsaw, A. N., Tefera, M., Delie, A. M., & Belay, M. A. (2024). Patient satisfaction and associated factors with inpatient health services at public hospitals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*.
- Andriamifidison, N. Z. R., Rakotovoangy, S. M., Rajaonarison, H. M. N., Andrianasolo, N., & Ravaoarisoa, L. (2025). Déterminants de la satisfaction des usagers liés à l'accueil et au suivi au Centre Hospitalier de Référence Régional de Maevatanana en 2025. *Revue malgache de santé publique*.
- Asamoah, V. P., Kumah, E., Baidoo, M. A., Ankomah, S. E., Fusheini, A., & Agyei, S. K. (2025). Patient experience of inpatient care: Insights from a multicentered study in Ghanaian hospitals. *Journal of Patient Experience*, 12. <https://doi.org/10.1177/23743735251406355>
- Aurier, P., & Evrard, Y. (1998). Élaboration et validation d'une échelle de mesure de la satisfaction des consommateurs. *Actes du 14e Congrès International de l'Association Française du Marketing*, Bordeaux, 51-71.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bearden, W. O., & Teel, J. E. (1983). Selected determinants of consumer satisfaction and complaint reports. *Journal of Marketing Research*, 20(1), 21-28.
- Besbes Sahli, A. (2019). Identification d'une typologie des clients insatisfaits exprimant un message vindicatif en ligne. *Actes de recherche en marketing*, Université de Kairouan.
- Bitner, M. J. (1990). Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54(2), 69-82.
- Bitner, M. J., & Hubert, A. R. (1994). Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality: The customer's voice. In R. T. Rust & R. L. Oliver (Eds.), *Service quality: New directions in theory and practice* (pp. 72-94). Sage Publications.
- Bolton, R. N., & Drew, J. H. (1991). A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17(4), 375-384.
- Bolton, R. N., & Drew, J. H. (1994). Linking customer satisfaction to service operations and outcomes. In R. T. Rust & R. L. Oliver (Eds.), *Service quality: New directions in theory and practice* (pp. 173-200). Sage Publications.
- Borau, S. (s. d.). Proposition d'une typologie comportementale des consommatrices face aux représentations de la beauté féminine dans la publicité : contribution de la sémiotique structurale. *Communication*, IAE Université Toulouse 1 Capitole, Centre de Recherche en Management.

- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. A. (1993). A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30(1), 7-27.
- Burch, R. (1990). Phenomenology, lived experience: Taking a measure of the topic. *Phenomenology + Pedagogy*, 8, 130-160.
- Cardozo, R. N. (1965). An experimental study of customer effort, expectation, and satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 2(3), 244-249.
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.
- Churchill, G. A., & Surprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19(4), 491-504.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Dabholkar, P. A. (1995). A contingency framework for predicting causality between customer satisfaction and service quality. *Advances in Consumer Research*, 22, 101-108.
- Evrard, Y. (1993). La satisfaction des consommateurs : état des recherches. *Revue Française du Marketing*, 144-145, 53-65.
- Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., & Varela, M. (2023). Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: A systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare*, 11(5), 639.
- Garg, R., Rahman, Z., & Kumar, I. (2010). Evaluating a model for analyzing methods used for measuring customer experience. *Database Marketing & Customer Strategy Management*, 17(2), 78-90.
- Gavurova, B., Dvorsky, J., & Popesko, B. (2021). Patient satisfaction determinants of inpatient healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11337.
- Goulding, C. (1999). Consumer research, interpretive paradigms and methodological ambiguities. *European Journal of Marketing*, 33(9/10), 859-873.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Helson, H. (1959). Adaptation-level theory. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 1, pp. 565-621). McGraw-Hill.
- Howard, J. A., & Sheth, J. N. (1969). *The theory of buyer behavior*. John Wiley & Sons.
- Hunt, H. K. (1977). CS/D – overview and future research direction. In H. K. Hunt (Ed.), *Conceptualization and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction* (pp. 455-488). Marketing Science Institute.

- Iacobucci, D., Ostrom, A., & Grayson, K. (1996). Distinguishing service quality and customer satisfaction: The voice of the consumer. *Journal of Consumer Psychology*, 5(3), 277-303.
- Kourouma, A., et al. (2026). Acceptation et expérience des innovations sanitaires : une approche par les profils d'utilisateurs. *Revue ivoirienne de gestion et d'économie*.
- Kumar, P., Follen, M., Huang, C.-C., & Cathey, A. (2020). Using laddering interviews and hierarchical value mapping to gain insights into improving patient experience in the hospital: A systematic literature review. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1740-1747.
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). Patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, 158.
- Llosa, S. (1996). L'analyse de la contribution des éléments du service à la satisfaction : un modèle tétraclasse. *Décisions Marketing*, 10, 81-88.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Moslehpour, M., Shalehah, A., Rahman, F. F., & Lin, K. H. (2022). The effect of physician communication on inpatient satisfaction. *Healthcare*, 10(3), 463.
- Moukhafi, S. (2023). Conceptualisation de la satisfaction des patients dans les établissements de santé et identification de ses déterminants. *Revue Française d'Économie et de Gestion*, 4(5).
- Ngobo, P.-V. (2000). Satisfaction des consommateurs et fidélité à la marque : un examen critique et une proposition de synthèse. *Recherche et Applications en Marketing*, 15(4), 71-92.
- 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. (1981). Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *Journal of Retailing*, 57(3), 25-48.
- Olshavsky, R. W., & Miller, J. A. (1972). Consumer expectations, product performance, and perceived product quality. *Journal of Marketing Research*, 9(1), 19-21.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Péronne, S. (2024). Ils payent pour souffrir : proposition d'une typologie de consommateurs d'expériences contre-hédoniques. 23es Journées Normandes de Recherche sur la Consommation, IAE Rouen Normandie.
- Reichheld, F. F. (2006). *The ultimate question: Driving good profits and true growth*. Harvard Business School Press.

- Samba, M., Attia-Konan, A. R., Sangaré, A. D., et al. (2020). Factors associated with the use of maternal health services by mothers in a post-conflict area of western Côte d'Ivoire in 2016. *Santé Publique*.
- Sangaré, A., et al. (2022). Déterminants de la satisfaction des usagers des services de santé en Côte d'Ivoire. *Revue Ivoirienne des Sciences de Gestion*.
- Sasser, W. E., Olsen, R. P., & Wyckoff, D. D. (1978). *Management of service operations: Text, cases, and readings*. Allyn & Bacon.
- Schembri, S., & Sandberg, J. (2002). Service quality and the consumer's experience: Towards an interpretive approach. *Marketing Theory*, 2(2), 189-205.
- Schiebler, T., Lee, K., & Brodbeck, F. (2026). Rethinking consumer satisfaction: An integrative cognitive-affective model. *Journal of Consumer Psychology* (à paraître).
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Singh, B., Asaaseasa, K. T., Karikari, J. K., Opoku, D. A., Ohene-Manu, I., Darko, R., Boasiako, R. A., Owusu, A. M., Adjei, A. O., Osei-Boateng, E., Konadu, E., Nsa Oduro, E. K., & Ayisi-Boateng, N. K. (2026). Determinants of patient satisfaction in a public university hospital in Ghana: A structural equation modelling approach. *BMC Health Services Research* (à paraître).
- Stauss, B. (1993). Service problem deployment: Transformation of problem information into problem prevention activities. *International Journal of Service Industry Management*, 4(2), 41-62.
- Sureshchandar, G. S., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2002). The relationship between service quality and customer satisfaction – a factor specific approach. *Journal of Services Marketing*, 16(4), 363-379.
- Teas, R. K. (1993). Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality. *Journal of Marketing*, 57(4), 18-34.
- Thompson, C. J., Locander, W. B., & Pollio, H. R. (1989). Putting consumer experience back into consumer research: The philosophy and method of existential-phenomenology. *Journal of Consumer Research*, 16(2), 133-146.
- Tse, D. K., & Wilton, P. C. (1988). Models of consumer satisfaction formation: An extension. *Journal of Marketing Research*, 25(2), 204-212.
- Vanhamme, J. (2002). La satisfaction des consommateurs spécifique à une transaction : définition, antécédents, mesures et mode d'opération. *Recherche et Applications en Marketing*, 17(2), 55-85.
- Volle, P. (2000). Proposition d'une typologie de clientèle à partir du comportement de fréquentation des points de vente : visites légères versus visites de routine. *Actes des*

Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne, Université Paris-Dauphine, Centre DMSP.

Weick, K. E. (1979). The social psychology of organizing (2nd ed.). Addison-Wesley.

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409-421.

Wenxin, W., Bentum-Micah, G., Zhiqiang, M., Bing, L., Addo, A. A., Boadi, B. E., Atuahene, A. S., & Bondzie-Micah, V. (2020). The influence of encounter service quality on patient satisfaction: An empirical study in Chinese public hospitals. *International Journal of Healthcare Management*.

Yu, X., & Davis, F. (2024). Cognitive and affective pathways to consumer satisfaction: A dual-process perspective. *Journal of Retailing and Consumer Services* (à paraître).

Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52(3), 2-22.

Note : les références relatives aux travaux fondateurs du marketing des services (modèle de disconfirmation, SERVQUAL, qualité perçue) sont présentées selon les normes APA à partir des informations bibliographiques usuellement associées à ces travaux dans la littérature ; il est recommandé aux auteurs de vérifier chaque référence auprès de la source originale avant soumission définitive à la revue.