

Contribution à l'analyse de la qualité perçue-satisfaction des usagers : rôle modérateur de l'expérience vécue : Une application dans les services de l'hôtel médical des impôts de Côte d'Ivoire

Contribution to the analysis of perceived quality and user satisfaction: the moderating role of experience: an application in the services of the Cote d'Ivoire tax authority's medical center

KONAN KOUAKOU CLEMENT

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

N'DRI YACHINE PAULIN

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

KOUADIO YAO DOSSA JEAN

Enseignant chercheur
Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa
Laboratoire de recherche en gestion des entreprises (LARGE)/ Laboratoire de recherche en Economie et gestion (LAREG)
Côte d'Ivoire

Date de soumission : 20/07/2026

Date d'acceptation : 04/09/2026

Pour citer cet article :

KONAN KOUAKOU. C. & AL. (2026) « Contribution à l'analyse de la qualité perçue-satisfaction des usagers : rôle modérateur de l'expérience vécue : Une application dans les services de l'hôtel médical des impôts de Côte d'Ivoire », Revue Française d'Économie et de Gestion « Volume 7 : Numéro 9 » pp : 1143- 1173.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons

Attribution License 4.0 International License



Résumé

Objectif : si l'influence de la qualité perçue sur la satisfaction des usagers a été largement démontrée, le construit « expérience vécue » demeure peu exploré en tant que variable modératrice de cette relation. Cet article analyse le rôle modérateur de l'expérience vécue dans le lien entre la qualité perçue et la satisfaction des usagers des services de santé, à travers le cas de l'Hôtel Médical des Impôts (HMI-KF) d'Abidjan.

Méthode : une approche quantitative par questionnaire administré à 100 usagers a été retenue. Les données ont été traitées par analyse en composantes principales, analyse de fiabilité et régressions (méthode des moindres carrés ordinaires et modèle de médiation-modération de Preacher et Hayes, 2011).

Résultats : l'expérience vécue modère positivement et significativement la relation entre la satisfaction et, respectivement, la qualité des soins, le confort perçu et le contact avec le personnel soignant. Cette même relation est modérée négativement, mais sans signification statistique, dans le cas de l'accueil.

Recommandations : les gestionnaires d'établissements de santé gagneraient à investir en priorité sur les leviers relationnels et expérientiels du parcours de soins plutôt que sur les seules dimensions techniques de la qualité, et à traiter l'accueil comme un chantier distinct nécessitant une attention managériale spécifique.

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

Abstract

Purpose: while the influence of perceived quality on user satisfaction is well established, the construct of lived experience remains underexplored as a moderator of this relationship. This paper examines the moderating role of lived experience in the link between perceived quality and user satisfaction in the health-services context of the Abidjan Tax Authority Medical Center (HMI-KF).

Design/methodology: A quantitative approach using a questionnaire administered to 100 users was adopted. The data were analyzed using principal component analysis, reliability analysis, and regression analysis (ordinary least squares method and the mediation-moderation model by Preacher and Hayes, 2011).

Findings: lived experience positively and significantly moderates the relationship between satisfaction and, respectively, quality of care, perceived comfort, and interaction with nursing staff. The same relationship is negatively, though not significantly, moderated in the case of reception.

Practical implications: healthcare managers should prioritise the relational and experiential dimensions of the care pathway alongside technical quality, and treat reception as a distinct area requiring dedicated managerial attention.

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

Introduction

L'amélioration de la qualité des services de santé constitue aujourd'hui une priorité pour les systèmes de santé, notamment dans les pays en développement où les établissements publics sont confrontés à une augmentation de la demande, à des contraintes budgétaires et à des exigences croissantes des usagers. Dans ce contexte, la satisfaction des usagers est devenue un indicateur essentiel de la performance des établissements de santé, reflétant non seulement l'efficacité des soins, mais également la capacité des structures sanitaires à répondre aux attentes et aux besoins des populations (Ferreira et al. 2023 ; Rao et al. 2025). Les organisations internationales soulignent d'ailleurs que l'amélioration de l'expérience des patients représente désormais une composante fondamentale de la qualité des soins, au même titre que la sécurité et l'efficacité clinique.

La littérature montre que la qualité perçue constitue l'un des principaux déterminants de la satisfaction des usagers. Celle-ci renvoie à l'évaluation globale que le patient effectue des différentes dimensions du service reçu, notamment la compétence du personnel soignant, la fiabilité des prestations, la réactivité, l'empathie, la communication et l'environnement physique (Singh & Dixit, 2020 ; Bellio & Buccoliero, 2021). Plusieurs études empiriques confirment qu'une perception favorable de la qualité des services améliore significativement la satisfaction des patients et favorise leur confiance ainsi que leur fidélité envers les établissements de santé. Cependant, les recherches récentes indiquent que cette relation demeure plus complexe qu'un simple lien direct. Les patients évaluent les services de santé à travers le prisme de leur expérience vécue, laquelle englobe les interactions avec les professionnels de santé, les émotions ressenties, les délais d'attente, l'accessibilité des soins, le respect de la dignité, la qualité de la communication ainsi que les conditions d'accueil. Cette expérience influence la manière dont les usagers interprètent la qualité du service et construisent leur niveau de satisfaction (Banda et al. 2023 ; Rao et al. 2025).

Si de nombreuses études considèrent l'expérience du patient comme une conséquence de la qualité des soins ou comme une variable médiatrice, peu de travaux se sont intéressés à son rôle modérateur, c'est-à-dire à sa capacité à renforcer ou à atténuer l'effet de la qualité perçue sur la satisfaction. Pourtant, dans les services publics de santé, où les contraintes organisationnelles, les ressources limitées et les attentes des usagers sont particulièrement marquées, deux patients percevant un niveau de qualité similaire peuvent manifester des niveaux de satisfaction différents selon leur expérience personnelle du parcours de soins. Cette perspective s'inscrit

dans les approches contemporaines du marketing des services et de la qualité des soins centrés sur le patient, qui reconnaissent le caractère subjectif et contextuel de l'évaluation des services. Cette insuffisance est particulièrement observable dans les recherches consacrées aux services publics de santé des pays africains et particulièrement en Côte d'Ivoire où les travaux continuent principalement d'examiner les effets directs de la qualité perçue sur la satisfaction, sans intégrer le rôle des expériences individuelles des usagers dans cette relation. Or, les réformes hospitalières engagées en Côte d'Ivoire mettent davantage l'accent sur l'amélioration de l'expérience patient afin d'accroître la qualité des soins et la confiance envers les établissements publics.

C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent article. Son objectif est d'analyser le rôle modérateur de l'expérience vécue dans la relation entre la qualité perçue et la satisfaction des usagers du service de l'hôtel médical des impôts (HMI-KF) d'Abidjan. Plus précisément, il s'agit de déterminer si une expérience positive renforce l'effet de la qualité perçue sur la satisfaction, tandis qu'une expérience négative en réduit l'intensité.

Sur le plan théorique, cette étude contribue à enrichir les travaux portant sur la qualité des services de santé en intégrant une variable de modulation encore peu explorée dans la littérature récente. Sur le plan managérial, elle fournit aux responsables des établissements publics de santé des éléments d'aide à la décision pour développer des stratégies d'amélioration de l'expérience patient, en complément des actions visant l'amélioration de la qualité des prestations, afin de renforcer durablement la satisfaction des usagers.

La suite de l'article s'organise comme suit : une revue de la littérature présente les fondements conceptuels de la satisfaction, de la qualité perçue et de l'expérience vécue, et débouche sur la formulation des hypothèses de recherche ; la méthodologie détaille le dispositif mixte de collecte et d'analyse des données ; les résultats de l'étude qualitative puis quantitative sont ensuite exposés et discutés au regard de la littérature ; une conclusion revient enfin sur les apports, les limites et les prolongements possibles de la recherche.

1. Revue de littérature

1.1. Le concept de satisfaction : Définition et distinctions

Dans cette recherche, on s'intéresse à la satisfaction relative à une expérience ou à une transaction particulière (ci-après dénommée résultant d'une expérience d'achat et/ou de consommation et relatif » (Vanhamme 2002). Le caractère relatif de la satisfaction renvoie au fait que le jugement de satisfaction est le résultat de la comparaison entre l'expérience subjective vécue par le consommateur et un standard de comparaison (Évrard, 1993 ;

Vanhamme, 2002). L'état 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) (Vanhamme, 2002). Elle est à distinguer de la satisfaction cumulée relative à plusieurs transactions, qui pourrait être assimilée à une forme d'attitude.

Dans la littérature récente, « La satisfaction du consommateur est 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, & Brodbeck, 2026).

Selon donc ces travaux récents, la satisfaction est définie comme un jugement post-consommation reflétant le degré auquel une expérience, un produit ou service répond n'est ou dépasse les attentes et besoins des consommateurs. Dans ce cas, la satisfaction n'est pas uniquement une évaluation rationnelle de la performance mais également une réponse émotionnelle liée à l'expérience vécue. (Yu & Davis, 2024) en distinguent deux dimensions complémentaires ; la dimension cognitive (évaluation de la qualité, valeur perçue et la performance du produit ou service) et la dimension affective qui correspond aux émotions, sentiments de plaisir, de contentement ou de déception ressentis lors de l'expérience de consommation. La théorie de la confirmation des attentes (Oliver, 1980) est la plus adaptée actuellement pour expliquer la satisfaction même si elle est enrichie par les études récentes en intégrant les variables valeur perçue et expérience de consommation.

1.2. 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 (Olshavsky & Miller, 1972) et de l'écart entre ces attentes et la performance du produit ou service (Cardozo, 1965). La satisfaction est ainsi formée conformément à la théorie du niveau d'adaptation d'Helson (1959) selon laquelle l'individu ne perçoit un stimulus que s'il le compare à un standard préexistant. Le modèle de disconfirmation proposé par Oliver (1980) postule que la satisfaction est le résultat de la comparaison entre les attentes préalables et la performance perçue du produit ou du service.

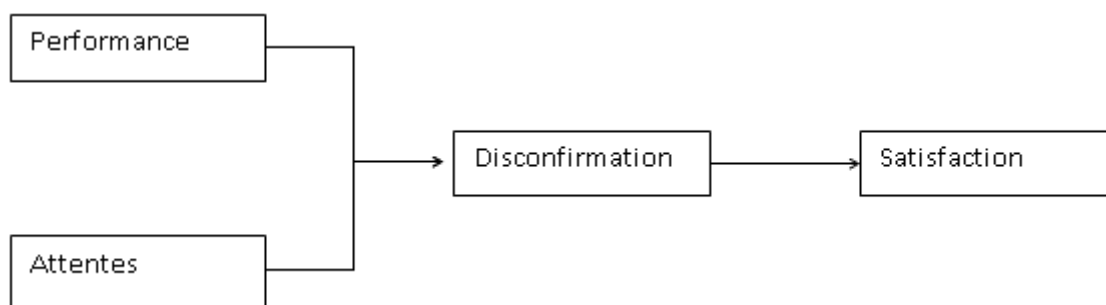
Ce modèle comporte donc trois principaux construits :

- les attentes préalables du consommateur en rapport avec le produit (ou le service) ;
- le jugement porté sur la performance du produit ou du service au cours de l'expérience de consommation ;

- la disconfirmation (positive, négative ou neutre) qui résulte de la comparaison entre la performance et les attentes.

Ainsi, selon ce modèle, un jugement favorable (une satisfaction) ou défavorable (une insatisfaction) est le résultat d'un processus évaluatif par lequel le consommateur compare la performance réelle du produit, après la consommation, avec les attentes qu'il avait avant la consommation. Lorsque la performance perçue est inférieure aux attentes, il résulte une insatisfaction. Lorsque la performance perçue est supérieure aux attentes, il s'ensuit une satisfaction. Enfin, lorsque la performance perçue est égale aux attentes, il découle de l'indifférence. Plusieurs études ont examiné cette relation entre la disconfirmation des attentes et la satisfaction. Les études montrent une relation linéaire positive entre les deux variables (Bearden & Teel, 1983 ; Oliver, 1980 ; Oliver et Linda, 1981). Le niveau de satisfaction (d'insatisfaction) s'accroît avec la magnitude de la confirmation (de l'infirmité) des attentes. Comme le montre la figure suivante.

Figure N°1 : LE MODELE ORIGINAL DE DISCONFIRMATION (OLIVER, 1980)



Source : Oliver, 1980

1.3. Définition des hypothèses

La satisfaction des usagers est déterminée par la qualité perçue des services proposés à l'hôpital. Cette qualité perçue est elle-même influencée directement par la qualité des soins reçus, le confort perçu, l'accueil et le contact avec le personnel soignant. En somme, seule l'expérience vécue pour déterminer la nature de la qualité des services reçus. La définition des concepts et les hypothèses de la recherche seront exposées dans ce qui suit.

1.3.1. Qualité perçue des services et satisfactions 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* »). Ce paradigme considère la satisfaction comme une évaluation postérieure à l'achat et à la consommation d'un produit ou d'un service. Le modèle de confirmation des attentes a servi de base à de nombreux modèles de mesure de la qualité de service (Sasser et al. 1978 ; Grönroos, 1984 ; Parasuraman et al. 1985, 1988). La figure ci-dessus implique que le processus de formation de la satisfaction

commence par la formation des attentes. Ces attentes vont influencer la perception de la performance du produit ou service. Une fois le produit/service consommé, le consommateur va procéder à une évaluation comparative de la performance du produit/service avec ce qu'il attendait. Le résultat de cette différence sera une insatisfaction, une satisfaction ou des sentiments de neutralité. Le niveau d'attente ainsi que le niveau de performance peuvent directement influencer la satisfaction du consommateur.

La qualité de service perçue et la satisfaction sont définies en termes d'état final et de processus conduisant à cet état. Zeithaml (1981) définit la qualité perçue comme « le jugement du consommateur concernant le degré d'excellence ou de supériorité attribué à une entité ». D'autres définitions sont basées sur le processus de formation de la qualité perçue. Pour Grönroos (1984), « la qualité perçue de service est le résultat d'une comparaison entre les attentes du client et ses expériences réelles d'un service ». Selon Parasuraman *et al.* (1988), la qualité de service perçue résulterait d'un processus comparatif entre ce que le client considère devoir être le service offert par une entreprise et ses perceptions de la performance de cette organisation. Les définitions d'Oliver (1981), de Westbrook et Oliver (1991) et de Bolton et Drew (1991) envisagent la satisfaction comme un état final distinct du processus conduisant à sa formation. Selon Oliver (1981) : « La satisfaction peut 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 est un état cognitif et émotionnel plaisant, transitoire, pouvant résulter d'une expérience de service, de la consommation ou de l'utilisation d'un bien (Llosa, 1996). D'autres définitions de la satisfaction 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). Aurier et Evrard (1998) définissent la satisfaction comme « un état psychologique résultant du processus d'achat et de consommation ». Selon Tse et Wilton (1988), la satisfaction n'est « la réponse du consommateur à l'évaluation de l'écart perçu entre ses attentes antérieures (ou quelques autres normes de performance) et la performance actuelle du produit telle que perçue après sa consommation. ».

Ces définitions ne permettent pas d'établir clairement une distinction entre les concepts de qualité perçue et de satisfaction. De nombreux auteurs se contentent d'affirmer que la qualité et la satisfaction sont deux concepts voisins mais non similaires (Parasuraman *et al.*, 1985 ; Bitner, 1990 ; Bolton et Drew, 1991 a et b ; Carman, 1990 ; Cronin et Taylor, 1992 ; Boulding *et al.* 1993 ; Evrard, 1993 ; Dabholkar, 1995 ; Iacobucci *et al.* 1996). Ce point de vue est notamment celui de Parasuraman *et al.* (1985) qui décrivent la qualité de service perçue comme

une forme d'attitude, relative mais non équivalente à la satisfaction, qui résulte de la comparaison entre attentes et performances. C'est précisément cette définition de la qualité perçue des services qui est à l'origine du débat sur la différence entre la qualité perçue et la satisfaction des consommateurs (Ngobo, 2000).

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

1.3.2. Qualités des soins

Dans la littérature sur les services, il existe un débat sur la distinction entre la satisfaction et la qualité du service. Ce débat a été déclenché par la définition de la qualité perçue du service, proposée par Parasuraman et al. (1985). Ceux-ci définissent la qualité du service, telle qu'elle est perçue par les consommateurs, comme étant l'écart entre leurs attentes (ce que les consommateurs considèrent devoir être le service offert par la firme) et leurs perceptions de la performance des prestataires de ce service. Ainsi, la confusion entre les deux construits, satisfaction et qualité perçue, est surtout due au fait que les chercheurs ont recours au même modèle de disconfirmation lors de l'opérationnalisation de ces deux construits. Conscients de la confusion que peut créer le fait de retrouver dans les définitions de la satisfaction et de la qualité perçue le même aspect comparatif (service attendu et performance perçue). Parasuraman, Zeithaml et Berry (1988) précisent trois ans plus tard la différence entre ces deux construits : « 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 attitude, qui concerne la supériorité du service, tandis que la satisfaction est associée à une transaction spécifique ».

Dans une étude récente, Sureshchandar et al. (2002) rapportent que les deux concepts de satisfaction et de qualité du service sont différents mais fortement corrélés.

Pour ce qui est du lien de causalité, Bitner (1990) ainsi que Bolton et Drew (1991) montrent que la satisfaction est un antécédent de la qualité du service. Cronin et Taylor (1992) trouvent, au contraire, que la qualité du service est un antécédent de la satisfaction. D'après Bolton et Drew (1994), les deux concepts s'influencent mutuellement. Teas (1993) croit que ces résultats ne sont pas nécessairement contradictoires et propose que la séquence dépend du cadre d'analyse (transactionnel versus relationnel). Ainsi, lorsque l'analyse porte sur une transaction spécifique, la qualité perçue se trouve à être antécédent de la satisfaction. Par contre, lorsque l'analyse porte sur plusieurs transactions à la fois, la qualité perçue est fonction de la satisfaction.

H2 : le concept de qualité des soins influence positivement la satisfaction des usagers des hôpitaux ivoiriens.

1.3.3. L'accueil

L'accueil représente la première interaction entre l'établissement de santé et l'utilisateur. La littérature récente de Kumar et al. (2020) à Andriamifidison et al. (2025) en passant par Moukhafi, (2023), les auteurs sont unanimes 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 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.

H3 : L'accueil a une influence positive sur la satisfaction des usagers des hôpitaux ivoiriens.

1.3.4. Le confort perçu

À l'image de la hiérarchie des besoins de Maslow (1943), le besoin de sécurité du patient hospitalisé se double d'un désir de confort qui peut être matériel, thérapeutique, psychologique ou relationnel. Bielen (2001) montre que le confort matériel renvoie à la qualité de l'hébergement (chambre, literie, propreté) et à la qualité de la restauration, tandis que le confort thérapeutique tient à la rapidité et à la simplicité de la prise en charge : l'hospitalisation de jour en constitue une illustration. La frontière entre besoin de sécurité et désir de confort reste subjective, car elle dépend de l'expérience, du niveau de vie, de la culture et des valeurs de chaque patient. Dans le contexte hospitalier ivoirien, le confort perçu recouvre ainsi des éléments concrets tels que l'état des locaux, la propreté, le calme ou la disponibilité des équipements, qui participent directement à l'évaluation globale que l'utilisateur fait du service reçu.

H4 : Le confort perçu influence positivement la satisfaction des usagers des hôpitaux ivoiriens.

1.3.5. 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 la qualité des interactions entre les patients et les professionnels de santé (Singh, B et al, 2026). Ces travaux montrent que plus les interactions sont personnalisées et centrées sur le patient, plus le niveau de satisfaction n'est élevé. D'autres auteurs comme Kwame & Petrucka (2021), Moslehpour et al (2022) ou Gavurova et al. (2021) confirment cette tendance en affirmant que le contact avec le personnel soignant constitue un déterminant majeur de la satisfaction hospitalière. La communication efficace, l'empathie, le respect, la disponibilité et la réactivité des soignants influencent positivement l'expérience vécue par les patients. Ainsi, l'amélioration de la qualité relationnelle entre soignants et usagers apparaît aujourd'hui comme un levier essentiel de la performance hospitalière et de la qualité des soins.

H5 : Le contact avec le personnel soignant influence positivement la satisfaction des usagers des hôpitaux ivoiriens.

1.3.6. L'expérience vécue

L'expérience vécue se définit comme étant la résultante de l'ensemble des perceptions et 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, se référant à Hegel, Heidegger et Husserl. Dans le champ du management, les travaux sur la construction de sens (Weick, 2005) et ceux portant sur la réflexivité (Schön, 1983) permettent d'apporter un éclairage sur les mécanismes par lesquels le client donne sens à l'expérience qu'il vit. Plus spécifiquement, de nombreuses publications s'intéressant au comportement du consommateur ont souligné la pertinence d'une perspective phénoménologique (Merleau-Ponty, 1945) afin de 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 va être mémorisée par le client, ce qui correspond là encore à une démarche individuelle de *sensemaking* (Weick, 1979). En fonction de l'expérience mémorisée, le client va être un détracteur, adopter une position neutre, ou se comporter en prescripteur (Reichheld, 2006).

H6 : L'expérience vécue par l'utilisateur modère la relation entre la qualité perçue et la satisfaction des usagers.

Tableau N°1 : Récapitulatif des dimensions usitées dans la satisfaction du patient

DIMENSIONS	DEFINITIONS	ASPECTS EXploRES : LES ITEMS
Relations humaines	Caractéristiques du séjour pour lesquelles les professionnels interagissent avec les patients	La gentillesse, la politesse, la patience, la sincérité, le manque de respect, la brutalité
Qualité technique des soins	Compétence des professionnels de santé	Application d'un niveau élevé de diagnostic et de traitement, la pertinence le risque l'erreur, l'expérience, la formation les explications données aux patients et aux proches
Accessibilité et commodités	Facteurs liés dans l'accès aux soins	Le délai et l'effort nécessaire 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	Le cout, la possibilité de tiers payant la couverture complémentaire
Efficacité des soins	Utilité de l'aide apportée par les professionnels de santé et des traitements spécifiques pour maintenir ou améliorer l'état de santé.	Perception d'une amélioration de l'état de santé liée aux soins
Continuité des soins	Permanence des soins dans un même établissement ou par un même professionnel de santé	Revoir le même médecin à chaque visite
Environnement physique	caractéristiques physiques du lieu où le soin est donné	L'équipement, l'atmosphère, la clarté des indications, la propreté, le calme.

Source : Les auteurs

1.4. Modèle conceptuel

Maintenant que nous avons défini notre conception de la qualité perçue et la satisfaction des usagers des hôpitaux ivoiriens, nous pouvons passer à l'élaboration et la justification théorique du modèle du lien que nous proposons entre ces deux concepts en tenant compte des dimensions culturelle et structurelle privilégiées par Shortell pour assurer la pérennité et l'extension d'une démarche qualité.

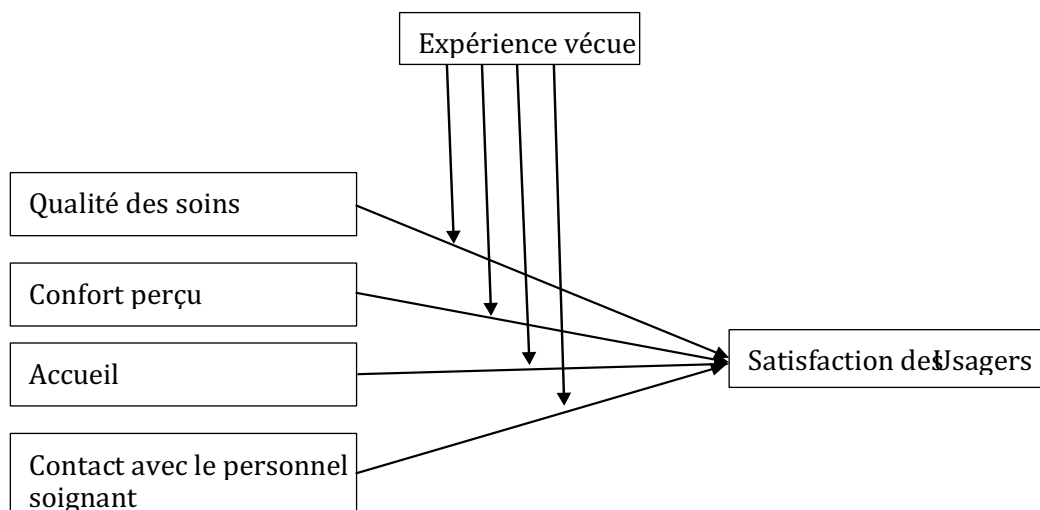
Remarquons que comme l'étude de la satisfaction s'est principalement développée au niveau des clients finaux, nous nous basons sur les résultats de ces recherches et justifier nos hypothèses de liens entre la qualité et la satisfaction des usagers des hôpitaux ivoiriens.

Ce modèle mobilise ainsi les six hypothèses formulées précédemment (H1 à H6), qui relient respectivement la qualité perçue globale, la qualité des soins, l'accueil, le confort perçu et le

contact avec le personnel soignant à la satisfaction des usagers, ainsi que le rôle modérateur de l'expérience vécue sur ces relations.

Le modèle conceptuel que nous cherchons donc à confirmer est représenté par la figure suivante:

Figure N°2 : Le modèle conceptuel



Source : Les auteurs

2. Méthodologie de recherche

Dans cette partie, nous proposons un ensemble de mesures pour les construits ainsi qu'une méthodologie pour valider notre modèle sur la satisfaction. Nous appliquerons ce modèle dans l'hôtel médical des impôts de Côte d'Ivoire.

2.1. Méthode de collecte

Notre étude vise à montrer l'influence de la qualité perçue sur la satisfaction des usagers. De façon spécifique, nous aimerions voir le rôle de l'expérience vécue dans la relation entre la qualité perçue et la satisfaction des usagers.

Plusieurs approches méthodologiques ont été abordées notamment une étude exploratoire documentaire, une étude qualitative et étude quantitative.

D'abord l'étude documentaire avait pour objectif de prendre connaissance des points de repères et de mettre en évidence les questions non suffisamment explorées.

Ensuite, un entretien semi-directif a été effectué sur certains responsables de l'HMI-KF (02), le personnel médical et paramédical (05) et les usagers (10). Dans le cadre d'une étude qualitative, la qualité des enquêtés prime sur la représentativité de l'échantillon. Ces échantillons obéissent au principe de la saturation sémantique énoncé par Glaser et Strauss (2006). Il est à noter cet entretien semi-directif ont été complété par quelques entretiens d'experts dans le but d'approfondir notre compréhension du sujet soumis à notre étude.

Enfin, étude quantitative a été effectuée avec pour objectif d'apporter des éléments de précision quantifiables aux réponses et résultats de l'étude qualitative (Dayan et al, 2004). Dans ce cadre donc, nous avons eu à administrer un questionnaire auprès de 100 usagers de l'hôtel Médical des Impôts de la ville d'Abidjan choisis par convenance. Notre population d'étude a été réduite à l'ensemble des usagers fréquentant l'hôtel médical des impôts d'Abidjan (l'HMI-KF) pour des raisons suivantes : l'impossibilité d'enquêter sur l'ensemble du territoire national tous les usagers de l'hôtel médical des impôts à cause de leur nombre élevé à travers le pays, contraintes financières dues aux différents coûts liés au transport et autres, pour des raisons de délais.

L'instrument de mesure a été essentiellement construit à partir d'échelles existantes. Autrement dit, les variables ont été appréhendées puis adaptées selon notre contexte de recherche par des échelles de mesure ayant été utilisées précédemment dans la littérature et dont les propriétés psychométriques ont été jugées satisfaisantes. Les items des échelles étaient tous formulés sous forme de questions à choix multiple ; les répondants devaient choisir une position de réponse parmi cinq allant de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait d'accord » pour les questions relatives aux mesures de la qualité perçue, de l'expérience vécue, et de la satisfaction. Donc, toutes les variables ont été mesurées avec des échelles de Likert en cinq points, considérées comme des variables d'intervalle. Les items sont donnés dans le tableau 1.

Les échelles de mesures utilisées dans cette recherche sont présentées dans le tableau 2 suivant :

Tableau N°2 : Les échelles de mesures utilisées dans cette recherche

CONSTRUITS	ECHELLES UTILISEES
Qualité perçue	Parasuraman, Zeithaml et Berry (1985).
Expérience vécue	Stauss (1993) ¹ ; Garg et al. (2010) ²
Satisfaction	-Bitner M.J. et Hubert A.R.31 (1994) ³ -Aurier P. et Evrard Y32 (1998) ⁴

Source : Les auteurs

¹ Stauss, B. (1993), "Service problem deployment: Transformation of problem information into problem prevention activities", International Journal of Service Industry Management, 4 (2), pp. 41 – 62.

² Garg, R., Rahman Z. & Kumar I. (2010), "Evaluating a model for analyzing methods used for measuring customer experience", Database Marketing & Customer Strategy Management, vol. 17, 2, pp. 78–90

³ Bitner M.J. et Hubert A.R., « Encounter satisfaction versus overall satisfaction versus quality: the customer's voice », In Service Quality: New Directions in Theory and Practice, Rust et Zahorik (eds). Sage Publications, London, 1994, Pp: 72-94.

⁴ Aurier P. et Evrard Y. (1998), « Elaboration et validation d'une échelle de mesure de la satisfaction des Consommateurs ». Actes du 14ème Congrès International de l'Association Française du Marketing, Bordeaux, 1998, Pp: 51-71.

2.2. Analyse des données

Pour le traitement des données quantitatives, l'élaboration du masque de saisie et le questionnaire ainsi qu'une partie des traitements ont été conçu sur le logiciel des pratiques des enquêtes SPHINX. L'analyse de la variance a été faite sur SPSS 26. Pour la réalisation des régressions le logiciel SPSS 26 a été également mobilisé. Le choix de ces différents logiciels se justifie par l'accès facile, les plus connus et les plus disponibles dans le milieu des chercheurs.

3. Présentation des résultats et discussion

Nous verrons dans un premier temps, la présentation et l'analyse des résultats puis dans un second temps, la discussion des résultats.

3.1. Présentation des résultats

Cette analyse consiste respectivement à présenter l'analyse de la dimensionnalité et la fiabilité des échelles de mesure, de l'analyse en composante principale des différentes dimensions de la qualité-perçu et puis à effectuer les différents tests des hypothèses.

3.1.1. Analyse de la dimensionnalité et de la fiabilité des échelles de mesure

L'objectif de cette section est de procéder à la purification de nos différentes échelles de mesure.

Pour atteindre cet objectif, nous procéderons à deux analyses :

Dans un premier temps, nous étudierons la dimensionnalité de nos concepts à travers l'Analyse des Composantes Principales (ACP). La rotation Varimax sera systématiquement utilisée puisqu'elle donne toujours de meilleurs résultats. Pour le choix du nombre d'axes à retenir, nous retenons le critère de Kaiser qui recommande de retenir les facteurs ayant des valeurs propres supérieures à 1. Les items mal représentés sur les axes seront supprimés.

Avant d'effectuer l'ACP, il est important de s'assurer que la matrice de données est factorisable. Deux critères seront utilisés : l'indice KMO qui doit avoir une valeur supérieure ou égale à 0,5 et la p-value du test de sphéricité de Bartlett qui doit être inférieure à 5%.

Dans un second temps, nous étudierons la cohérence interne de nos échelles de mesure à travers le calcul de l'alpha de Cronbach. Une échelle possédera une bonne cohérence interne lorsque ses items auront un alpha de Cronbach proche de 1.

3.1.2. Analyse en composante principale et test de fiabilité

a) La dimension qualité des soins

L'indice KMO est égal à 0,9. De même, le test de sphéricité de Bartlett affiche une p-value inférieure à 5%. Les conditions d'application de l'analyse factorielle sont donc remplies. Comme le montre le tableau suivant :

Tableau N°3 : Résultats de l'indice kmo et test de bartlett pour la variable qualité de soins

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,907
Khi-deux approximé	947,651
Test de sphéricité de Bartlett ddl	78
Signification de Bartlett	0,000

Source : Nos calculs sous SPSS 26

L'analyse factorielle dévoile l'existence d'un seul facteur ayant une valeur propre supérieure à 1. Ce facteur saisit 67% de l'information initiale. Le tableau suivant traite du nombre de facteurs explicatifs de la variable qualité de soins :

Tableau N°4 : Nombre de facteurs explicatifs de la variable qualité des soins

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	8,729	67,146	67,146	8,729	67,146	67,146
2	0,932	7,169	74,315			
3	0,6	4,615	78,931			
4	0,548	4,215	83,146			
5	0,46	3,538	86,685			
6	0,402	3,092	89,777			
7	0,353	2,715	92,492			
8	0,262	2,015	100,00			

Source : Nos calculs sous SPSS 26

La matrice des composantes ci-après présente les coordonnées factorielles de nos différents items sur le facteur.

Tableau N°5 : Matrice des composantes ajustée de la variable qualité des soins
Matrice des composantes

	Composante 1
information sur l'état de votre santé	0,759
délai d'attente des examens médicaux	0,773
les équipements médicaux	0,846
la disponibilité des médicaments pour toutes les pathologies.	0,803
les facilités d'obtention des médicaments	0,695
satisfaction du traitement reçu	0,724
l'adéquation des coûts	0,799
qualité générale des soins	0,861

Source : Nos calculs sous SPSS 26

Tous les items sont bien représentés sur le facteur. L'échelle de mesure de la qualité des soins est composée de huit (8) items. La mesure du coefficient de l'alpha de Cronbach nous donne une valeur de 0,935 ($>0,7$), ce qui est traduit que l'instrument de mesure est satisfaisant.

b) La dimension accueil

Le tableau suivant présente les résultats de l'indice de KMO et test de Bartlett issus de calculs :

Tableau N°6 : Résultats de l'indice kmo et test de bartlett pour la variable accueil

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,787
Khi-deux approximé	158,853
Ddl	
Test de sphéricité de Bartlett	45
Signification de Bartlett	0,000

Source : Nos calculs sous SPSS 26

Les tests effectués sur les items mesurant la variable accueil nous renseignent que nos données sont factorisables. En effet, l'indice KMO nous donne une valeur de 0,787 et le test de Bartlett affiche une p-value inférieure à 5%. Nous procédons donc à l'analyse factorielle.

Le tableau suivant présente la Variance totale expliquée que nous avons élaboré sous le logiciel SPSS :

Tableau N°7 : Nombre de facteurs explicatifs de la variable accueil

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales		
	Total	% de la variance	% cumulés
1	3,955	39,549	69,549
2	0,264	12,639	70,188
3	0,101	11,010	100,00

Source : élaboré par l'auteur sous SPSS 26.

L'analyse factorielle dévoile l'existence d'un facteur ayant une valeur propre supérieure à 1. Ces facteurs saisissent 69,54% de l'information initiale.

Le tableau suivant présente la structure factorielle après rotation des items :

Tableau N°8 : Matrice des composantes ajustée de la variable accueil

Matrice des coefficients des coordonnées des composantes

	Composante
	1
accueil dans l'établissement	,155
respect du personnel soignant à l'égard des patients	,195
accueil dans le service de soins	,214

Source : Élaboré par l'auteur sous SPSS 26.

Échelle de mesure de l'accueil est composée de trois (3) items. La mesure du coefficient de l'alpha de Cronbach nous donne une valeur de 0,742 ($>0,7$), ce qui est traduit que l'instrument de mesure est satisfaisant.

c) La dimension confort perçu

Le tableau suivant donne les résultats de l'indice KMO et test de Bartlett pour la variable confort perçu :

Tableau N°9 : Résultats de l'indice kmo et test de bartlett pour la variable confort perçu
Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.	,688
Khi-deux approximé	116,221
Test de sphéricité de Bartlett	Ddl
	28
Signification de Bartlett	,000

Source : élaboré par l'auteur sous SPSS 26.

Les tests effectués sur les items mesurant la variable politique gouvernementale nous renseignent que nos données sont factorisables. En effet, l'indice KMO nous donne une valeur de 0,688 et le test de Bartlett affiche une p-value inférieure à 5%. Nous procédons donc à l'analyse factorielle.

Le tableau suivant traite des facteurs explicatifs de la variable confort perçu élaboré à l'aide du logiciel SPSS :

Tableau N°10 : Nombre de facteurs explicatifs de la variable confort perçu

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	3,309	41,368	41,368	3,309	41,368	41,368	2,433	30,407	30,407
2	,189	14,864	56,232						
3	,937	11,714	67,946						
4	,837	10,461	78,407						
5	,643	8,043	100,000						

Source : élaboré par l'auteur sous SPSS 26

L'analyse factorielle dévoile l'existence deux facteurs ayant une valeur propre supérieure à 1. Ce facteur saisit 30,407% de l'information initiale.

Nous obtenons la structure factorielle suivante après rotation des items :

Tableau N°11 : Matrice des composantes ajustée de la variable confort perçu

Matrice des composantes après rotation ^a	
	Composante
confort de la chambre	0,712
propreté de la chambre	0,668
propreté de l'environnement	0,642
qualité des repas	0,761
variété des repas	0,729
Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.	
Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.	
La rotation a convergé en 3 itérations.	

Source : Elaboré par l'auteur sous SPSS 26

Les scores factoriels ont été sauvegardés afin de faire les régressions linéaires. L'échelle de mesure de confort perçu est composée de cinq (5) items. La mesure du coefficient de l'alpha de Cronbach nous donne une valeur de 0,757 ($>0,7$), ce qui traduit que la fiabilité interne de l'échelle de mesure est satisfaisante.

d) La dimension relation avec le personnel

Les résultats de l'indice KMO et test de Bartlett sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau N°12 : Résultats de l'indice kmo et test de bartlett pour la variable relation avec le personnel

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,766
Khi-deux approximé	131,424
Test de sphéricité de Bartlett Ddl	28
Signification de Bartlett	0,000

Source : Elaboré par l'auteur sous SPSS 26.

Les tests effectués sur les huit (08) items mesurant la rémunération nous renseignent que nos données sont factorisables. En effet, l'indice KMO nous donne une valeur de 0.766 et le test de Bartlett affiche une p-value inférieure à 5%.

Nous procédons donc à l'analyse factorielle dans le tableau suivant :

Tableau N°13 : Nombre de facteurs explicatifs de la variable relation avec le personnel

Composante	Valeurs propres initiales			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	3,507	43,841	43,841	3,373	42,157	42,157
2	0,377	17,213	61,054			
3	0,925	11,562	72,616			
4	0,576	7,197	79,813			
5	0,559	6,991	86,804			
6	0,482	6,024	92,828			
7	0,332	4,146	96,974			
8	0,242	3,026	100,000			

Source : Elaboré par l'auteur sous SPSS 26.

L'analyse factorielle dévoile l'existence de deux facteurs ayant des valeurs propres supérieures à 1. Ces facteurs saisissent 42,157 % de l'information initiale. Le tableau suivant présente la structure factorielle après rotation des items :

Tableau N°13 : Matrice des composantes ajustées de la variable relation avec personnel

Matrice des composantes après rotation ^a	
	Composante
Comportement du personnel soignant	
Politesse et Amabilité	,772
Respect de l'intimité du patient	,488
Comportement des médecins	,813
disponibilité du personnel	,838
relation générale du personnel soignant et les patients	,686
prestations des aides-soignants	,766
prestations des infirmiers prestations des médecins	,773
	,824
	,721
Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser. a. La rotation a convergé en 3 itérations.	

Source : élaboré par l'auteur sous SPSS 26.

Les scores factoriels ont été sauvegardés afin de faire les régressions linéaires. L'échelle de mesure de la relation avec le personnel soignant est composée de 9 items. La mesure du coefficient de l'alpha de Cronbach nous donne une valeur de 0,711 ($>0,7$), ce qui est traduit que l'instrument de mesure est satisfaisant.

e) La variable satisfaction

L'indice KMO est égal à 0,89. De même, le test de sphéricité de Bartlett affiche une p-value inférieure à 5%. Les conditions d'application de l'analyse factorielle sont donc remplies. Le tableau suivant présente les résultats de l'indice KMO et test de Bartlett pour la variable satisfaction :

Tableau N°14 : RESULTATS DE L'INDICE KMO ET TEST DE BARTLETT POUR LA VARIABLE SATISFACTION

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,899
Khi-deux approximé	782,315
Test de sphéricité de Bartlett Ddl	15
Signification de Bartlett	0,000

Source : élaboré par l'auteur sous SPSS 26.

L'analyse factorielle dévoile l'existence d'un seul facteur ayant une valeur propre supérieure à 1. Ce facteur saisit 86% de l'information initiale. Le tableau suivant présente le nombre de facteurs explicatifs de la variable satisfaction :

Tableau N°15 : NOMBRE DE FACTEURS EXPLICATIFS DE LA VARIABLE SATISFACTION

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	5,182	86,360	86,360	5,182	86,360	86,360
2	0,339	5,646	92,006			
3	0,196	3,267	95,273			
4	0,120	2,002	97,275			
5	0,109	1,809	99,084			
6	0,055	0,916	100,000			

Source : élaboré par l'auteur sous SPSS 26.

La matrice des composantes ci-après présente les coordonnées factorielles de nos différents items sur le facteur.

Tableau N°16 : MATRICE DES COMPOSANTES AJUSTEE DE LA VARIABLE SATISFACTION

	Composante
	1
Globalement, je suis satisfait de la qualité de service que m'offre l'Hôtel Médical des impôts	
Globalement je suis satisfait(e) de l'expérience vécue avec l'Hôtel Médical des impôts	
Je ne suis pas prêt à quitter l'Hôtel Médical des impôts, parce qu'il cherche toujours à satisfaire mes attentes.	
Je suis satisfait(e) de ma visite dans cet hôpital	
J'ai eu une bonne idée quand j'ai décidé d'aller dans cet Hôpital pour recevoir mes soins médicaux.	
Si c'était à refaire, je reviendrais.	0,918
	0,948
	0,936
	0,947
	0,937
	0,888

Source : élaboré par l'auteur sous SPSS 26.

Tous les items sont bien représentés sur le facteur. Nous obtenons pour le facteur un alpha de Cronbach de 0,97 (proche de 1), les informations fournies par le facteur sont donc fiables.

3.1.3. Test des hypothèses

a) Etude du lien direct

Un modèle de régression multiple est choisi pour mesurer l'influence de chacune des variables explicatives sur la satisfaction des usagers.

Se faisant le modèle de régression multiple se présente comme suit :

$$\text{Sat} = \alpha + \sum_{n=1}^2 \beta_n \text{Qualité perçue}_n + \varepsilon$$

Avec, Sat : Satisfaction ; α : la constante ; β_n : les paramètres à estimer; ε : le terme résiduel ;

La procédure d'estimation est la méthode des moindres carrés ordinaires et les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA. La variable dépendante (la satisfaction) est mesurée à tour de rôle par l'un des deux indicateurs suivants : la qualité des soins, l'accueil, le confort perçu et la relation avec le personnel soignant. Les réponses fournies au questionnaire ont été utilisées pour mesurer chacune des variables indépendantes. Les résultats des analyses de régression sont présentés au tableau suivant.

Tableau N°17 : INFLUENCE DIRECTE DES DIMENSIONS DE LA QUALITE DES SOINS

Source	SS	df	MS	Number of obs = 100			
-----+-----				F (4, 45) = 12.66		Model 25.9434051	
4	6.48585126			Prob > F = 0.0000			
Residual	23.0565949	45	.512368777	R-squared = 0.5295		-----+--	
-----				Adj R-squared = 0.4876		Total 100 100	
Root MSE = .7158							
-----				Satisfac		Coef. Std.	
Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	-----+-----			

Qual_soin	.4595759	.1398664	3.29 0.002	.1778705	.7412812	Accueil -	
	.1789633	.1022967	-1.75 0.087	-.3849995	.0270729	Conf_per	.4056934
	.1181694	3.43 0.001	.1676879	.6436988	rel_pers	.509121	.1267407 -
	2.72 0.000	-.3464789	-.1640589	_cons	-2.34e-16	.1012293	-0.00 1.000
	-.2038863	.2038863	-----				

Source : élaboré par l'auteur sous STATA.

L'effet de la qualité perçue sur la satisfaction n'est pas uniforme selon les dimensions considérées. Le modèle reliant la satisfaction aux quatre dimensions testées est globalement significatif ($F(4, 45) = 12,66$; $\text{Prob} > F = 0,0000$).

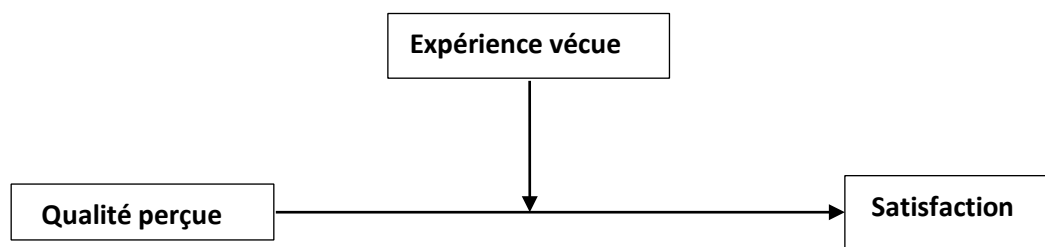
La qualité des soins influence positivement et significativement la satisfaction des usagers ($\beta = 0,45$; $p < 0,5$). Le confort perçu produit un effet de même sens, également significatif ($\beta = 0,405$; $p < 0,5$). La relation avec le personnel soignant influence positivement la satisfaction des usagers ($\beta = 0,509$), mais cette relation ne ressort pas comme statistiquement significative. L'accueil, quant à lui, exerce une influence négative sur la satisfaction ($\beta = -0,17$), sans que cette relation soit non plus significative.

Ces résultats suggèrent que la qualité des soins et le confort perçu constituent, parmi les quatre dimensions testées, les leviers les plus robustes de la satisfaction des usagers dans le contexte étudié.

b) Etude de la modération de l'expérience vécue sur la relation qualité-perçu et satisfaction.

Afin d'étudier la relation qualité perçue – expérience vécue – satisfaction, nous avons postulé le modèle théorique suivant :

Figure N°3 : MODELE 1 ROLE DE L'EXPERIENCE DANS LA RELATION QUALITE PERÇUE-SATISFACTION



Source : Modèle de Preacher et Hayes (2011)

Nous procédons au test empirique de ce modèle théorique en estimant le modèle 1 de Preacher et Hayes (2011) avec un bootstrap de 5000.

Il est important de noter que les scores factoriels issus de l'ACP sont utilisés comme indicateurs de chacun des concepts étudiés. L'opposé des scores factoriels a été considéré de sorte qu'une augmentation du score traduit une amélioration du concept étudié. Le tableau suivant présente les résultats du modèle :

Tableau N°18 : ROLE MODERATEUR DE L'EXPERIENCE VECUE

	Coef.	Se	T	P	LICI	ULCI
Relation qualité des soins - satisfaction						
Expérience vécue	0,0975	0,0548	-0,5026	0,0155	-0,1352	-0,0802
Relation accueil - satisfaction						
Expérience vécue	- 0,1551	0,043	-3,6076	0,1723	-0,2396	0,0706
Relation confort perçu - satisfaction						
Expérience vécue	0,0456	0,0623	0,7315	0,0449	0,0769	0,168
Relation avec le personnel - satisfaction						
Expérience vécue	0,0405	0,0789	-0,5129	0,0083	-0,1957	-0,1147

Source : Nos calculs

L'analyse du rôle modérateur de l'expérience vécue sur la relation directe entre les variables explicatives et la satisfaction permet de conclure que l'expérience vécue joue significativement un rôle modérateur pour certaines dimensions de la qualité perçue. L'expérience vécue modère ainsi positivement et significativement la relation entre la qualité des soins et la satisfaction ($\beta = 0,0975$; $p = 0,0155 < 0,05$), de même que la relation entre le confort perçu et la satisfaction ($\beta = 0,0456$; $p = 0,0449 < 0,05$) et la relation entre le contact avec le personnel soignant et la satisfaction ($\beta = 0,0405$; $p = 0,0083 < 0,05$). L'expérience vécue modère en revanche négativement la relation entre l'accueil et la satisfaction, sans que cette modération soit statistiquement significative.

c) Estimation du modèle globale

Le tableau suivant présente les résultats du modèle globale :

Tableau N°19 : TEST DU MODELE GLOBALE

	Coefficients	SE	T	P	LICI	ULCI
Influence de la qualité perçue sur la satisfaction (Variable dépendante : Satisfaction)						
Qualité perçue	0,4304	0,1069	4,0254	0,001	0,2181	0,6427
Rôle modérateur de l'expérience vécue sur la relation qualité perçue - satisfaction						
Expérience vécue	0,1124	0,0374	3,0055	0,0034	0,0382	0,1866
R2						0,82
R2 ajusté						0,68
P>F						0,00

Source : Nos calculs

Le modèle estimé est globalement significatif avec une probabilité associée à la statistique de Fisher inférieure à 5%. De plus, le modèle a une R² ajusté de 0,68, ce qui est très satisfaisant. Les résultats obtenus nous renseignent que la qualité perçue influence positivement et significativement la satisfaction des usagers. En effet, le coefficient associé à la qualité est positif et sa p-value est inférieure à 5%.

Lorsque nous nous intéressons au rôle joué par l'expérience vécue, nous obtenons comme résultat que l'expérience vécue modère de façon positive et significative la relation qualité perçue – satisfaction. En effet, son coefficient est positif et sa p-value est inférieure à 5%. Une bonne expérience vécue amplifie donc l'influence de la qualité perçue sur la satisfaction des usagers de l'hôpital médical des impôts.

3.2. Discussion des résultats

Les résultats obtenus à partir de cette recherche visant à montrer l'influence de la qualité perçue sur la satisfaction des usagers a permis de répondre aux hypothèses posées. Cette partie a pour objectif d'engager une discussion au niveau théorique et méthodologique, et nous terminerons ensuite les implications managériales. Toutes les hypothèses de notre étude ont été partiellement validées.

Les résultats obtenus permettent de discuter, hypothèse par hypothèse, l'influence de la qualité perçue sur la satisfaction des usagers et le rôle modérateur de l'expérience vécue. Prises ensemble, les six hypothèses formulées sont partiellement validées : quatre d'entre elles sont pleinement confirmées, celle relative au contact avec le personnel soignant n'est soutenue que par le sens de la relation, sans signification statistique dans l'effet direct testé, et celle relative à l'accueil n'est pas confirmée.

H1 et H2 : la qualité perçue et la qualité des soins

Le modèle global (tableau 18) confirme que la qualité perçue, considérée dans son ensemble, exerce une influence positive et significative sur la satisfaction des usagers (H1), résultat cohérent avec le paradigme de la disconfirmation des attentes (Oliver, 1980) qui sous-tend la majorité des travaux sur la qualité de service. Ce résultat rejoint également Vanhamme (2002), pour qui un usager satisfait est un usager davantage enclin à intensifier sa relation avec l'organisation qui le sert. Au niveau des dimensions prises séparément (tableau 16), la qualité des soins ressort comme le déterminant le plus robuste de la satisfaction (H2 confirmée), ce qui confirme le poids accordé par la littérature hospitalière à la compétence technique et à la fiabilité des soins comme fondement de l'évaluation que le patient fait du service reçu.

H3 : l'accueil

Contrairement à ce qu'annonçait la littérature récente sur l'accueil (Kumar et al., 2020 ; Moukhafi, 2023 ; Andriamifidison et al., 2025), l'effet de l'accueil sur la satisfaction n'est pas confirmé dans notre échantillon : le coefficient est négatif et non significatif. Ce résultat, qui infirme H3, peut s'expliquer par le fait que l'accueil, dans le contexte étudié, est davantage perçu comme une prestation attendue par défaut que comme un facteur différenciant de satisfaction ; son absence pénaliserait la satisfaction plus que sa présence ne la renforcerait, ce qui est cohérent avec une lecture de type Kano où certains attributs de service fonctionnent comme des exigences de base plutôt que comme des leviers de différenciation.

H4 : le confort perçu

En cohérence avec la hiérarchie des besoins de Maslow (1943) et avec les travaux de Bielen (2001), le confort perçu influence positivement et significativement la satisfaction des usagers (H4 confirmée). Le confort matériel – qualité de l'hébergement, propreté, restauration – et le confort thérapeutique – rapidité et simplicité de la prise en charge – apparaissent ainsi comme des composantes à part entière de l'expérience de soins, au même titre que la dimension strictement clinique.

H5 : le contact avec le personnel soignant

Le contact avec le personnel soignant présente un lien positif avec la satisfaction des usagers, sans toutefois atteindre le seuil de significativité statistique dans l'effet direct testé (H5 partiellement soutenue). Le sens de la relation reste néanmoins cohérent avec l'idée d'un besoin de sécurité relationnelle et de reconnaissance individuelle chez le patient. Comme le rappelle Montesinos (1995), la relation de soin devient illusoire lorsque des anonymes prétendent communiquer avec des inconnus : plus l'hôpital est grand et le personnel nombreux, plus le risque de dépersonnalisation de la relation patient-soignant s'accroît, ce qui renforce l'importance de la qualité relationnelle comme levier de satisfaction.

H6 : le rôle modérateur de l'expérience vécue

L'apport principal de cette recherche concerne le rôle modérateur de l'expérience vécue (H6). Les résultats montrent que cette expérience amplifie significativement l'effet de la qualité des soins, du confort perçu et du contact avec le personnel soignant sur la satisfaction, et l'atténue – sans que cet effet soit significatif – dans le cas de l'accueil. Autrement dit, à qualité perçue égale, deux usagers ne retirent pas le même niveau de satisfaction de leur passage à l'hôpital si leur vécu subjectif du parcours de soins diffère. Ce résultat prolonge les travaux ayant traité l'expérience du patient comme simple conséquence ou variable médiatrice de la qualité perçue

(par opposition à un rôle modérateur), et répond ainsi à la question de recherche posée en introduction : une expérience vécue positive renforce l'effet de la qualité perçue sur la satisfaction, tandis qu'une expérience négative en réduit l'intensité.

Conclusion

Cette recherche visait à analyser le rôle modérateur de l'expérience vécue dans la relation entre la qualité perçue et la satisfaction des usagers de l'Hôtel Médical des Impôts d'Abidjan. Une revue de la littérature a permis de cerner les principaux concepts mobilisés et de formuler six hypothèses de recherche, testées à partir d'une approche mixte associant une étude qualitative exploratoire et une étude quantitative menée auprès de 100 usagers.

Les résultats montrent que l'expérience vécue modère positivement et significativement la relation entre la satisfaction et, respectivement, la qualité des soins, le confort perçu et le contact avec le personnel soignant ; seule la dimension accueil échappe à cette modulation. Ces résultats répondent à la question de recherche posée en introduction en montrant qu'à qualité de service équivalente, l'expérience subjective du parcours de soins module la satisfaction finale de l'utilisateur.

Sur le plan théorique, cette recherche contribue à la littérature sur la qualité des services de santé en documentant empiriquement un rôle modérateur de l'expérience vécue jusqu'ici peu exploré, la plupart des travaux antérieurs l'ayant traitée comme une simple conséquence ou variable médiatrice de la qualité perçue. Sur le plan managérial, elle invite les responsables de l'hôtel médical des impôts à ne pas limiter leurs actions d'amélioration à la seule dimension technique des soins : investir dans la qualité relationnelle du contact soignant-patient et dans le confort perçu produit un effet démultiplié sur la satisfaction, dans la mesure où ces dimensions sont précisément celles que l'expérience vécue renforce le plus. L'accueil, à l'inverse, mérite d'être traité comme un chantier à part, dont l'amélioration ne suffira probablement pas, à elle seule, à accroître la satisfaction si elle n'est pas articulée aux autres leviers du parcours de soins. Cette recherche présente cependant des limites qu'il convient de souligner. L'échantillon, constitué par convenance auprès de 100 usagers d'un seul établissement, n'est pas probabiliste ; il ne permet donc pas de généraliser les résultats à l'ensemble des structures hospitalières ivoiriennes, malgré une taille jugée satisfaisante au regard des standards de l'analyse factorielle et de la régression mobilisées. Le caractère transversal de l'enquête empêche par ailleurs d'établir la stabilité de l'effet modérateur de l'expérience vécue dans le temps.

Les recherches futures pourraient donc reproduire ce modèle sur un échantillon probabiliste et multi-établissements, comparer les résultats entre secteurs public et privé, et explorer par une approche longitudinale la manière dont l'expérience vécue se construit et évolue au fil des visites successives d'un même usager. Une piste additionnelle consisterait à examiner plus finement pourquoi l'accueil se comporte différemment des autres dimensions de la qualité perçue, par exemple à travers une modélisation de type Kano distinguant attributs de base et attributs de différenciation. Au-delà de ces limites, cette étude ouvre une voie concrète pour les gestionnaires d'établissements de santé : écouter et documenter l'expérience vécue des usagers, au même titre que leur évaluation de la qualité des prestations, constitue un levier managérial à part entière pour construire une satisfaction durable.

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*.
- Aurier, P., & Evrard, Y. (1998). Élaboration et validation d'une échelle de mesure de la satisfaction des consommateurs. *Actes du 14^e Congrès International de l'Association Française du Marketing*, Bordeaux, 51–71.
- Bielen, F. (2001). *Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée à la gestion hospitalière* [Thèse de doctorat]. Université catholique de Louvain.
- 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., & Hubbert, 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.

- 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.
- Fadeyi, O., Saghari, S., Esmaeili, A., & Hami, A. (2024). Assessment of patient satisfaction with inpatient services provided at an acute care facility: A quality improvement project. *Cureus*, 16(3), e55511. <https://doi.org/10.7759/cureus.55511>
- 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.
- Gavurova, B., Dvorsky, J., & Popesko, B. (2021). Patient satisfaction determinants of inpatient healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11337.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2006). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine Transaction.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44.
- Hien Sie, C. (2013). *Démarche qualité et satisfaction des usagers dans les hôpitaux publics ivoiriens : cas du district d'Abidjan* [Mémoire de master 2 recherche, sciences de gestion]. Université Alassane Ouattara de Bouaké.
- Karim, E. K. (2008). *Évaluation de la mise en œuvre de la démarche qualité à l'hôpital Mohammed V de Meknès dans le cadre de la réforme hospitalière* [Mémoire de fin de cycle, diplôme de maîtrise en administration sanitaire et santé publique]. Institut national d'administration sanitaire, Maroc.
- 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.
- Mabunda, N. F. (2026). Exploring patients' satisfaction with quality healthcare service in public hospitals: An integrated review. *International Journal of Research in Business and Social Science*, 15(2).
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.

- Montesinos, J. (1995). L'anonymat en institution. *Gestions Hospitalières*.
- 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).
- N'Dri Yachine, P. (2012). *Suivi et évaluation des ONG ivoiriennes* [Mémoire de master recherche, sciences de gestion]. Université Alassane Ouattara de Bouaké.
- 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.
- 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.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2011). *Model templates for moderation and mediation analysis*. The Ohio State University / Guilford Press.
- Reichheld, F. F. (2006). *The ultimate question: Driving good profits and true growth*. Harvard Business School Press.
- 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*.
- Vanhamme, J. (2002). La satisfaction des consommateurs spécifique à une transaction : définition, antécédents, mesures et modes. *Recherche et Applications en Marketing*, 17(2), 55–85.
- Vial, A., Michel, P., Larras, B., et al. (2020). La sécurité liée aux soins : écarts entre l'expérience et la satisfaction de patients hospitalisés à partir d'entretiens menés par des représentants d'usagers. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(6), 337–346.
- Weick, K. E. (1979). *The social psychology of organizing* (2nd ed.). Addison-Wesley.
- Weick, K. E. (2005). *Sensemaking in organizations*. Sage Publications.

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. *BMC Health Services Research*.

Wong, E., Mavondo, F., & Fisher, J. (2020). Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: A systematic review of the evidence. *BMC Health Services Research*, 20, 530.

Zeithaml, V. A. (1981). How consumer evaluation processes differ between goods and services. In J. H. Donnelly & W. R. George (Eds.), *Marketing of services* (pp. 186–190). American Marketing Association.