

## *l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins*

### ***2-1 le modèle de DENABEDIAN :***

<sup>1</sup>L'évaluation de la qualité des soins reste encore largement influencée par les recherches d'Avedis DENABEDIAN, dont les premières datent pourtant des années 1960.

DENABEDIAN part du principe que la probabilité d'obtenir le meilleur résultat est garantie par la délivrance de soins de la meilleure qualité technique possible, cette dernière exige un environnement structurel et organisationnel correct. En plus, les explorations et les soins doivent être réalisés par des professionnels qualifiés dans une structure adéquate.

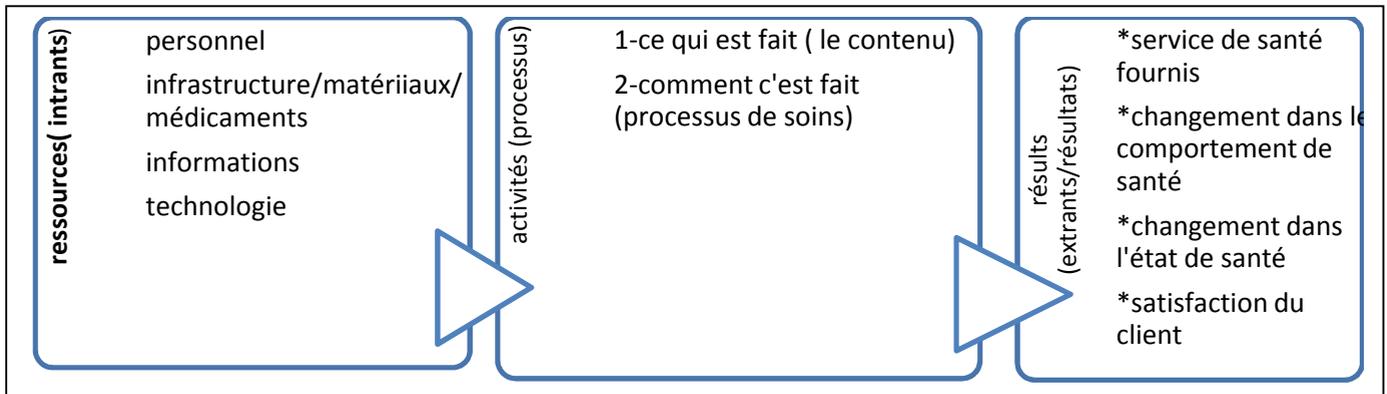
DENABEDIAN adopte l'approche processus pour analyser les soins en individualisant trois niveaux d'analyse

- Les données d'entrée des processus de soins (input) : les structures et les ressources ;
- Les processus de soins eux-mêmes ;
- Les données de sortie qui sont les résultats intermédiaires ou à court terme (output) et les résultats ultimes à long terme qui sont les modifications de l'état de santé et les conséquences sur la qualité de vie (outcom).

---

<sup>1</sup> C VILCOT, H LECLLET, op cit , P, 02-03- adapter-

**Figure 2-3** : entrants, processus et extrants/résultats selon le modèle d' DENABEDIAN



**Source** : Rashad MASSOUD ;décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for human services ; USA ; PDF ;P,04

### **2-1-1 les structures et les ressources :**

<sup>1</sup>ce sont les différents moyens et ressources qui permettent à un établissement de santé de remplir sa mission et de délivrer les soins : locaux, installations, équipements, ressources matérielles, ressources humaines (qualifications, effectifs et organisation), systèmes d'information, encadrement, mode de fonctionnement, qualité et quantité des ressources financiers, lois et réglementations, contextes politiques , géographiques, socio-économique, etc.

<sup>1</sup> C VILCOT, H LECLLET, op cit , P, 02-03- adapter-

## **2-1-2 les processus :**

### **2-1-2-1 définition**

Un processus est défini comme étant <sup>1</sup>« une succession d'étapes à travers lesquelles les entrants provenant de fournisseurs sont convertis en extrants pour les consommateurs ».

### **2-1-2-2 typologies de processus dans le domaine de santé :**

- ◆ algorithmes cliniques : sont les processus par lesquels les décisions cliniques sont prises.
- ◆ processus de circulation de l'information : sont les processus par lesquels l'information est partagée entre les différentes personnes qui interviennent dans les soins de santé.
- ◆ processus de circulation des fournitures : sont les processus par lesquels les matériels (médicaments, fournitures, produits alimentaires) circulent à l'intérieur du système.
- ◆ processus de circulation des patients : sont les processus par lesquels les patients circulent à l'intérieur de l'établissement médical où ils demandent et reçoivent des soins.
- ◆ Processus de circulation multiple : la plupart des processus sont en fait multiples étant donné que des patients, des fournitures, des informations et autres éléments sont impliqués simultanément dans le même processus de soins.

---

<sup>1</sup> Rashad MASSOUD ; décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for human services ; USA ; PDF ; op cit ; P,009

### ***2-1-2-3 les différentes activités faites par producteur de soins :***

La typologie des différentes activités délivrées par un producteur de soins que ce soit un individu ou un établissement, permet de distinguer :

- ✓ *Les activités cliniques directes*: elles s'adressent sans intermédiaire à l'utilisateur (une intervention chirurgicale).
- ✓ *Les activités cliniques indirectes* : elles sont effectuées pour l'utilisateur en son absence (les examens de biologie).
- ✓ *Les activités non-cliniques* : elles ne relèvent pas des soins, mais qui concernent l'organisation et permettent aux soins d'être réalisés dans de bonnes conditions (maintenance des équipements, les activités administratives, etc).

### ***2-1-3 les résultats :***

<sup>1</sup>Les résultats représentent les conséquences des soins sur l'état de santé d'un patient ou d'une population (taux de mortalité, taux de guérison), sur sa qualité de vie, le survenue de complication leur satisfaction, leur bien-être et leur qualité de vie. Ce sont aussi les résultats financiers et comptables de l'établissement de santé.

**NB** : si elle est bien menée, l'évaluation doit également mesurer l'impact des processus de soins, c'est-à-dire les effets des soins sur la santé et sur la qualité de vie et sur d'autres effets positifs ou négatives des soins en termes d'éventuels effets pervers.

La notion impact est plus globale que la notion résultat. Ainsi, un soin peut avoir un résultat positif à court terme et un impact négatif à long terme.

---

<sup>1</sup> Laboratoire de la qualité des soins ; « méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins » ; ANDRES ; université de Constantine ; Algérie ; PDF ;P03-adapter-

## ***2-2 indicateur qualité de soins, un outil quantitatif de mesure :***

### ***2 2-1 définitions :***

<sup>1</sup>Les indicateurs de la qualité sont des données mesurables permettant de caractériser une situation dans l'espace et dans le temps. C'est une indication chiffrée

C'est aussi une information choisie assurée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus (ANAES).

L'indicateur permet en général de faire le point sur une situation, de se situer par rapport à un objectif, d'effectuer des comparaisons dans le temps et entre les services.

### ***2-2-2-les indicateurs de qualité de soins et les indicateurs d'activités***

L'identification d'un indicateur de soins permet de faire la distinction entre l'indicateur de qualité et l'indicateur d'activité, ce dernier exprimé en donnée brute représente un volume d'actes (nombre de patients accueilles, nombre d'actes de radiologie, etc), et n'a pas de lien avec des actions d'amélioration de qualité. Alors que l'indicateur qualité est toujours assuré à un processus (diagnostic médical), il est un outil de management qui reflète la qualité du processus ciblé.

---

<sup>1</sup> C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, 2003, prévention des risques danq l'unité de soins, édition Masson, Paris, P, 125

### ***2-2-3 typologie des indicateurs :***

<sup>1</sup>Trois types d'indicateur sont utilisés selon les orientations citées par A DANABEDIAN :

#### ***2-2-3-1 indicateurs de structure :***

Il s'agit de ressources humaines et matérielles nécessaires à la réalisation des soins (matériels utilisés, disponibilité des salles, accessibilité de service, spécialisation des praticiens, etc).

#### ***2-2-3-2 indicateurs de processus :***

Qui renseignent sur les pratiques, et mesurant directement le déroulement du processus, circuit de distribution du médicament, respect de procédure pré transfusionnelle, gestion des dossiers des patients, etc

#### ***2-2-3-3 indicateurs de résultats :***

Ils ne permettent pas d'apprécier les dysfonctionnements en causes et insuffisants pour apprécier des actions correctives, mais ils mesurent la qualité finale de la prestation (satisfaction des patients sur les conditions de séjour, sur l'accueil en consultation, délais d'attente en salle de transfert préopératoire, taux d'escarres, de chutes, etc).

---

<sup>1</sup> C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, op cit, P, 115

## ***2-2-4 caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soins :***

<sup>1</sup>Parmi les exigences de qualité que l'on considère généralement à l'égard d'un indicateur, il y en a cinq que l'on retrouve pratiquement dans tous les travaux : la validité, la fiabilité, la sensibilité, la spécificité et la robustesse.

### ***2-2-2-4-1 la validité :***

C'est la capacité de mesurer réellement ce que cet indicateur doit mesurer :

### ***2-2-4-2 la fiabilité :***

C'est de produire des résultats constants où l'application est fait répétitivement sur le phénomène dans le même état ;

### ***2-2-4-3 la sensibilité :***

L'indicateur doit aussi montrer une grande sensibilité à détecter les moindres variations des phénomènes qu'il représente ;

### ***2-2-4-4 la spécificité :***

L'indicateur doit être propre au phénomène (concept) étudié ;

### ***2-2-4-5 la robustesse :***

C'est de faire référence à sa capacité de résister à l'utilisation que l'on en fait ;

Alors les indicateurs permettent soit de :

- <sup>2</sup>Mesurer l'attente des objectifs du processus ;
- Mesurer la perception des résultats par les clients ;
- Intervenir sur le déroulement de processus ;

---

<sup>1</sup> <http://www.scinf.umontreal.ca/cours/sol6230/DI> aporama/indicateurs, de\_qualité PDF, P, 08

<sup>2</sup> Mc BELEVILL ; L CLERC ; 19 juin 2008 ; « rôle et mise en place d'indicateurs qualité » ; journée AFIP/AFAR intervention ; N\*02 ; PDF ; P, 08

## 2-2-5 quelques exemples d'indicateurs :

De nombreux indicateurs peuvent être cités .le tableau suivant illustre les différents indicateurs qualité de soins

*Tableau 2-3 : quelques indicateurs qualité*

<p><b>Management :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-nombre d'objectif du projet de service mis en place</li> <li>-nombre de réunions organisées par le cadre</li> <li>-Taux de participation aux réunions</li> <li>-Nombre de conseils de service</li> <li>-fréquence des groupes de travail</li> <li>-taux de participation du personnel par type de groupe de travail</li> <li>-nombre des missions déléguées</li> </ul>	<p><b>Ressources humaines :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-fréquence de jours à effectifs réduits</li> <li>-taux de réponses aux demandes de remplacement</li> <li>-taux d'absentéisme turn-over</li> <li>-taux d'heures supplémentaires effectuées ou nombre d'astreintes</li> <li>Fréquence d'occupation des postes (hôtesses d'accueil, agent hospitalier)</li> <li>-taux d'agents formés par catégories professionnels</li> <li>-taux de personnels formés sur la population nouvellement recrutée</li> <li>Taux d'entretiens d'évaluation réalisés</li> <li>Taux de satisfaction des formations</li> <li>Taux d'accidents exposants du sang</li> </ul>
<p><b>Soins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-taux de ré hospitalisation</li> <li>-%de séjours faisant l'objet d'une plainte</li> <li>-taux de chutes</li> <li>-taux d'escarres</li> <li>-taux de sorties sans avis médical</li> <li>-taux d'infections nosocomiales</li> <li>-nombre de signalement de maltraitance</li> <li>Satisfaction des patients dans l'information reçue avant examen, intervention, etc</li> <li>-temps d'attente pour examen, en consultation</li> <li>-% de patients anesthésiés passant en salle de réveil</li> <li>-nombre de patients satisfaits de la prise en charge de la douleur</li> </ul>	<p><b>Hôtellerie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-nombre de repas en adéquation avec la commande</li> <li>-fréquence de respect du gout des patients</li> <li>-fréquence de respect des régimes</li> <li>-taux de satisfaction concernant le repas</li> <li>-taux de satisfaction des patients dans l'aide à la prise du repas</li> <li>-taux de respect de la température du plat</li> <li>-fréquence de respect des dates de péremption</li> <li>-fréquence de respect des dates de consommation</li> </ul>
<p><b>Documents :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-taux de conformité aux règles de gestion documentaire des documents qualité (fond, forme)</li> <li>-délais de transmission de l'information</li> <li>-délais d'envoi des courriers de sortie</li> <li>-taux d'accessibilité aux dossiers</li> <li>-taux de conformité des dossiers par rapport à des critères prédéfinis</li> <li>-taux de dossiers non-retrouvés</li> </ul>	<p><b>Travaux/maintenance/système d'information :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-taux de disponibilité ou d'indisponibilité pour réparation</li> <li>-fréquence des pannes</li> <li>-taux d'erreurs du système d'information</li> <li>-taux de disponibilité du matériel de rééducation, des atèles</li> <li>-taux d'équipement en rangement adaptés</li> <li>-taux de satisfaction des utilisateurs face à la signalétique</li> </ul>

-taux de documents élaborés par les professionnels -nombre de patients ayant reçu le livret d'accueil sur le nombre de patients hospitalisés	
<b>Dispositifs médicaux :</b> -Délais de livraison -taux des ruptures de stocks par produits -% des produits faisant l'objet d'un seuil de sécurité -fréquence de commande en urgence -taux de produits détériorés ou périmés -nombre de produits respectant le stock de sécurité	<b>Equipements :</b> -fréquence de pannes -taux des infections nosocomiales liées à un traitement insuffisant des dispositifs médicaux -% de personnes formées à l'utilisation des équipements -taux de non-disponibilité de matériel -% d'appareil possédant un mode d'emploi -% d'appareil respectant les règles de maintenance -fréquence d'emprunt d'appareils

**Source :** C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHE, op cit, P, 122-123

### ***2-3 l'amélioration de la qualité en santé : une exigence qui porte ses fruits depuis quelques années***

<sup>1</sup>D'une exigence déontologique fondamentale de la pratique médicale, la qualité est devenue un enjeu collectif, fortement investi par l'ensemble des acteurs de la santé.

La qualité de soins et plus largement du système de santé constitue désormais un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes nouvelles des professionnelles, des citoyens et des acteurs de la décision publique.

Et depuis le début des années 1990, les initiatives des acteurs de terrain rejoignent les initiatives publiques pour améliorer la qualité en santé, elles convergent pour définir la qualité comme un impératif médical, une exigence sociale, une nécessité économique et politique.

---

<sup>1</sup> HAS (haute autorité de santé) ;décembre 2007 ; « définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé –pour un débat public » ;France ; PDF ; P, 01

## ***2-4 améliorer la qualité des soins :***

### ***2-4-1 les outils pour améliorer la qualité des soins :***

<sup>1</sup>L'analyse de la littérature médicale permet de distinguer quatre types d'outils pour améliorer la qualité des soins :

- Outils relatifs aux connaissances et aux compétences : par la formation médicale initiale et continue, lecture de revue, recommandations et références médicales, etc.
- Outils relatifs à la décision médicale et concourant à l'amélioration de la qualité : aide-mémoire, informatique, etc.
- Outils relatifs au contrôle de la qualité : audit clinique, retour d'information, groupes de pairs, etc.
- Outils relatifs à l'amélioration de la qualité : démarche et assurance qualité, etc.

La philosophie qui sous tend les stratégies d'amélioration de la qualité reconnaît que ce sont à la fois les ressources (intrants) et les activités (processus) qui doivent être abordés ensemble afin d'assurer ou d'améliorer la qualité des soins (extrants/résultats).

### ***2-4-2 comment améliorer les pratiques médicales :***

#### ***2-4-2-1 le capital humain au milieu d'un établissement hospitalier :***

<sup>2</sup>Le capital humain est une ressource, une force et une richesse à préserver en tant qu'investissement immatériel indispensable pour répondre aux missions de l'établissement hospitalier.

Les interactions entre les patients et les employés de l'établissement hospitalier ont une influence significative sur la nature et la perception du service, elles influencent fortement les patients.

---

<sup>1</sup> Y MATILLON ; 2000 ; « qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire » ; ANAES\* service évaluation en secteur libéral ; Paris ; P ,16

- adapter-

<sup>2</sup> J ABBAD op cit , P, 65 –adapter-

<sup>1</sup>Une des conditions de succès des entreprises de service en générale, et les établissements hospitaliers en particulier, est alors de déployer des efforts importants en recrutement, formations et motivations des employés. Il sera nécessaire de définir avec précision les finalités et de recourir à des praticiens formés et compétents, afin de s'adapter parfaitement aux tâches et aux missions à accomplir (éviter, ou tout au moins réduire tout dysfonctionnement).

- *il n y a pas de service de qualité sans homme de qualité* :

<sup>2</sup>La qualité des services dépend, tout au moins en partie, de l'interaction entre nos équipes et nos clients.

De ce point de vue, il paraît naturel d'examiner en profondeur la manière dont on gère les ressources humaines dans les entreprises de service.

Cette préoccupation donne lieu de répondre aux exigences suivantes :

La gestion des hommes répond-elle aux exigences liées au service ? Quel est son impact sur la performance de ce service ? Des employés motivés facilitent et rendent plus productives la rencontre d'ordre transactionnel ?

***2-4-2-2 l'efficacité des groupes et de l'équipe (travaux de SCHACHTER 1951) : le couple adhésion/cohérence :***

<sup>3</sup>La performance d'une équipe est fortement influencée par deux variables, l'adhésion aux objectifs et la cohérence dans le groupe. SCHACHTER a proposé l'extrait de cette combinaison :

- *Une adhésion forte aux objectifs et aux processus + une cohérence forte = une performance optimale.*
- *Une adhésion forte aux objectifs et aux processus + une cohérence faible = une performance bonne.*

---

<sup>1</sup> G KREBS, Y MOUGIN, 2007, les nouvelles pratiques de l'audit qualité interna, édition AFNOR, France, P, 53-54

<sup>2</sup> J HOROVITZ, 2000, sept secrets pour un service client performant, les Echos édition, France, P, 132

<sup>3</sup> R POILROUX, 2000, management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux, Berger-levrault édition, Paris, P, 44-adapter-

- *Une adhésion faible aux objectifs et aux processus + une cohérence forte*  
*= la performance la plus faible.*
- *Une adhésion faible aux objectifs et aux processus + une cohérence faible*  
*= une mauvaise performance.*

### ***2-4-2-3 Les interventions susceptibles d'influencer les pratiques médicales :***

<sup>1</sup>La médecine s'exerce aujourd'hui dans un contexte d'augmentation exponentielle de l'information scientifique, cette augmentation traduit aussi la mise à disposition auprès de la clientèle de nouvelles modalités diagnostiques ou thérapeutiques dans un contexte de contrainte budgétaire de plus en plus prégnant.

Or, aucun système de santé dans le monde ne permet une utilisation sans limite des technologies médicales ; mais la contrainte n'est pas seulement économique, le public accepte de plus en plus difficilement les différences de pratique inexplicables qui sont observées, d'une région à l'autre, d'une structure de soins à l'autre, d'un pays à l'autre.

La pratique médicale est très dépendante de l'organisation du système de soins, mode de pratique professionnelle (médecin isolé ou travaillant en groupe, mode de rémunération, mode et niveau de prise en charge des actes, niveau de concurrence entre secteur public et secteur privé, etc).

Le tableau suivant présente un résumé de différentes interventions, ont l'impact sur les pratiques médicales :

---

<sup>1</sup> P DURIEUX, 1998, comment améliorer les pratiques médicales, édition Flammarion, Paris, P, 01

**Tableau 2-4 : les interventions susceptibles d'influencer la pratique médicale**

<i>types</i>	<i>description</i>
<b><i>Délusion et formation</i></b>	-distribution de documents, recommandations -matériels éducatifs, monographie -conférences sur un thème donné, prestation didactique ateliers éducatifs -élaboration de consensus locaux sur les procédures médicales, groupes de travail -formation médicale continue -intervention de leader d'opinion -visites d'éducatifs au cabinet du médecin -marketing de l'industrie pharmaceutique
<b><i>Encadrement des pratiques</i></b>	-audit feed-back -rappel au moment de la décision
<b><i>Incitation financière</i></b>	-incitations collectives, mode de rémunération des professionnels, mode de remboursement des soins -incitations individuelles : sanction/bonus, en fonction de différents critères (activités, qualité des soins, résultats financier , etc), responsabilité médicale , participation financière dans une structure de santé, etc
<b><i>Interventions organisationnelles</i></b>	-impact des différents modes d'organisations des soins sur les pratiques -impact des caractéristiques structurelles (système d'information, organisation du travail, coordination des soins)

**Source :** P DURIEUX, op cit, P, 03

#### ***2-4-2-4 exemple : améliorer la qualité des soins par l'amélioration des pratiques professionnelles des infirmiers:***

<sup>1</sup>Quatre grandes étapes ont été proposées par le projet Américain « hôpital attractif » (2008) afin d'améliorer en parallèle la qualité des soins et la satisfaction professionnelle des infirmières Américaines :

<sup>1</sup> « Comment rendre un hôpital attractif » ; octobre 2008 ; serge cannessse ;USA ; PDF  
http:// [www.CAIRN](http://www.CAIRN) ts des santé. Fr IMG ; P,02

- a- Evaluation de la qualité des soins infirmières : par l'IGEQSI « indicateur global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers », c'est un outil qui permet d'évaluer le cadre de travail (organisation et logistique), les processus engagés (notamment les pratiques professionnelles) et leurs conséquences (efficacité recherchée, effets secondaires, impacts).

Il utilise un ensemble de critères concernant le management des unités de soins (santé de travail), les procédures utilisées (le dossier patient, le parcours de soins), la satisfaction des patients (information, confidentialité des données, implication de la famille).

- b- Amélioration des pratiques de soins infirmiers :

- La capacité d'écouter le patient et d'entrer en relation avec lui dans une approche bienveillante favorise la qualité de vie des patients hospitalisés. Plusieurs outils sont utilisés pour évaluer et améliorer les pratiques de soins infirmiers, par exemple les outils d'évaluation des attitudes de la relation d'aide.
- Le développement de l'éducation à la santé : en collaboration avec l'université de Rouen, pour l'obtention du master en sciences de l'éducation et soins infirmiers, cela ouvre une nouvelle possibilité de déroulement de carrière pour les infirmiers.
- <sup>1</sup>Changement des connaissances dont l'objectif ultime est le transfert et la dissémination des connaissances de la théorie à la pratique clinique.

- c- gestion et organisation du travail par la publication et la diffusion d'un guide de présentation du groupe hospitalier, ce dernier sera optimisé notamment pour aider au développement d'une culture de l'hôpital, élaborer des programmes de gestion du stress, évaluation de la charge en soins, le concept d'hôpital sportif (des activités sportives pour les personnels), management des compétences.

---

<sup>1</sup> « Comment rendre un hôpital attractif » ; octobre 2008 ; serge cannasse ; USA ; PDF  
[http:// www.CAIRN](http://www.CAIRN) ts des santé. Fr IMG ; P,03-04

d- Recherches en soins : cette partie est essentielle, permettant de valoriser les professionnelles, d'augmenter leurs compétences et d'améliorer la qualité des soins par l'organisation des journées sur la recherche infirmier, développer une formation d'initiation à la recherche, l'apprentissage de l'anglais, etc.

### ***2-4-3 comment améliorer le processus de soins :***

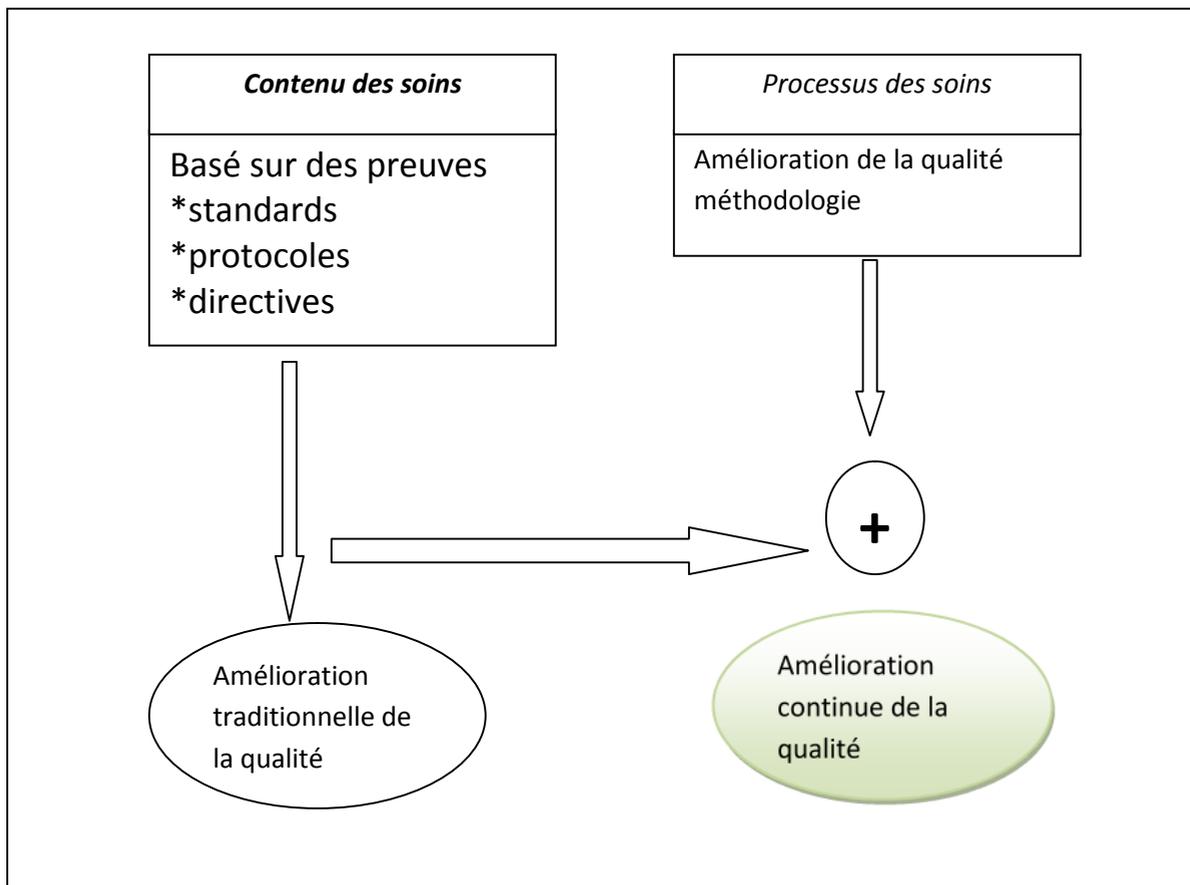
L'amélioration de processus des soins, non seulement engendre de meilleurs résultats pour le patient, mais réduit aussi le coût de la prestation de service, elle élimine le gaspillage, le travail inutile et le travail à refaire. Cette amélioration de la qualité intègre le contenu des soins et le processus de prestation des soins.

#### ***2-4-3-1 mode d'amélioration :***

Lorsque le contenu des soins est examiné, alors c'est le moment de passer en revue et d'actualiser la prise en charge clinique des patients, afin d'obtenir des améliorations pour ce qui est des soins cliniques. Pour ce faire, il est logique d'utiliser la documentation médicale basée sur des preuves et les informations les plus probantes qui soient, afin d'actualiser les pratiques cliniques.

Le moment où nous examinons le processus des soins, l'objectif est de renforcer les capacités en ce qui concerne la prestation de soins de santé, pour que ces capacités permettent la mise en œuvre du contenu actualisé.

**Figure 2-4 : l'amélioration continue de la qualité des soins**

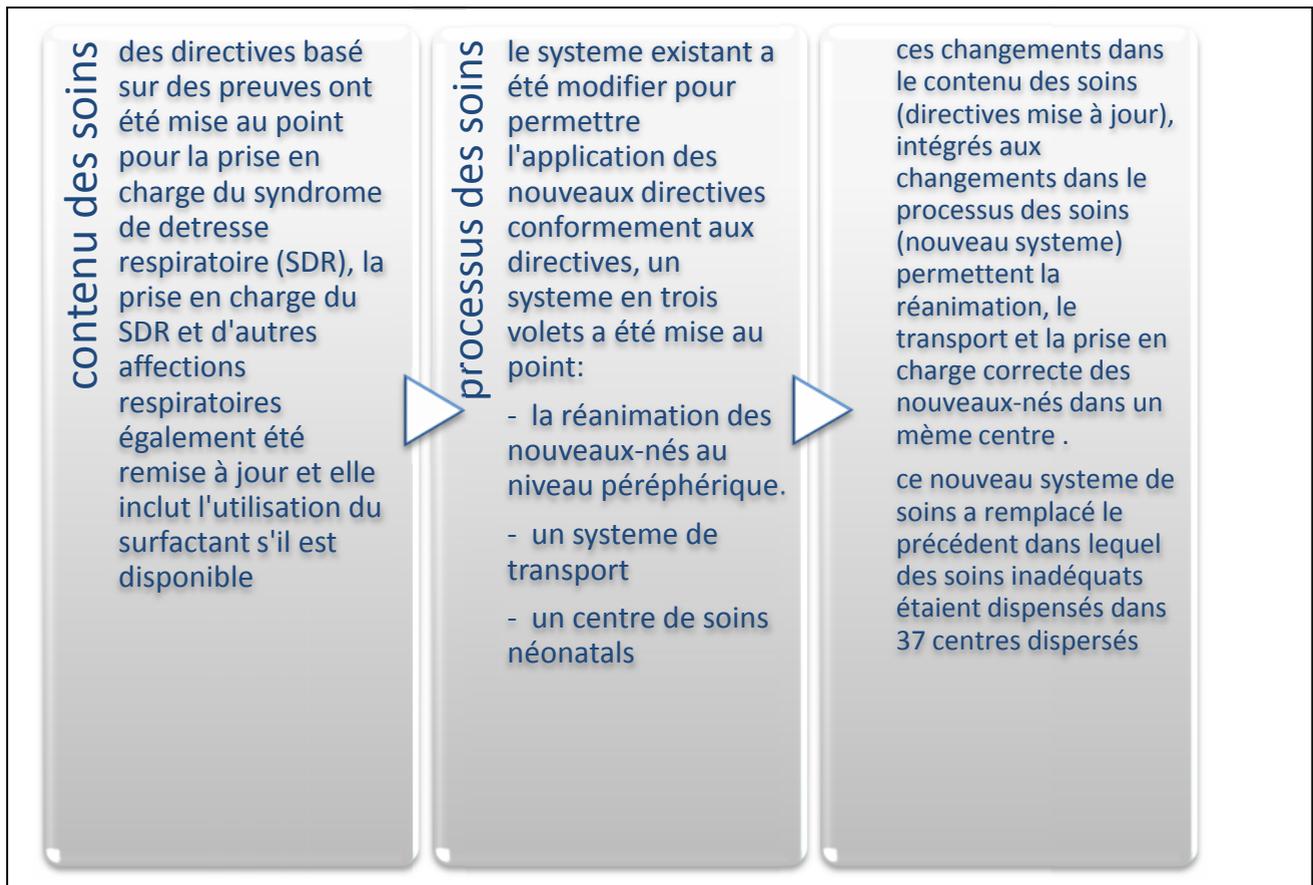


**Source** : Rashad MASSOUD ;décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for human services ; USA ; PDF ; op cit ; P , 04

### 2-4-3-2 exemples sur l'amélioration de processus

L'exemple suivant illustre la façon dont un système de prise en charge des nouveaux-nés souffrant du syndrome de détresse respiratoire intégré des changements dans le contenu et le processus de prestation des soins, ces changements ont fourni le résultats espéré, à savoir une amélioration de la qualité des soins.

Figure 2-5 : intégration des changements dans le contenu et le processus des( tver-russie



Source : Rashad MASSOUD ;décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for human services ; USA ; PDF ; op cit ;

***Section 03 : la satisfaction des patients : un enjeu pour les établissements sanitaires***

<sup>1</sup>Depuis un peu plus d'un quart de siècle, la satisfaction est devenue l'un des thèmes majeurs de l'étude du comportement du consommateur dont les entreprises se sont tenues compte qu'il s'agissait d'une variable-clé des comportements des clients. Et depuis les premières recherches dans le domaine de la satisfaction, différents types de satisfaction ont été définis dans la littérature :

- La satisfaction spécifique à une transaction c'est-à-dire l'évaluation par rapport à une expérience d'achat/consommation spécifique ;
- La satisfaction par rapport à une marque ou satisfaction cumulée, c'est-à-dire l'évaluation d'un ensemble d'expériences de même type ;
- La satisfaction microéconomique c'est-à-dire la satisfaction de tous les consommateurs au niveau de l'entreprise ;
- La satisfaction macroéconomique c'est-à-dire la satisfaction au niveau d'une culture ou d'une société (ANDERSON et FORNELL, 1994 ; OLIVER, 1997).

La plupart des études qui visent à mettre au jour les antécédents de la satisfaction, se sont cependant centrées sur la satisfaction spécifique à une transaction (ANDERSON et FORNELL, 1994 ; CHURCHILL et SURPRENANT, 1982 ; OLIVER, 1980 ; OLIVER et DE SARBO, 1988).

---

<sup>1</sup> Joëlle VANBAMME; mai 2004 ; « la surprise et son influence sur la satisfaction des consommateurs » ; revue française du marketing ; revue française du marketing ; ADETEM édition –France ; n° 197-215 ; P, 47

### ***3-1 Essai de définitions :***

<sup>1</sup>« Satisfaire : reprendre à l'attente de ... » (Larousse).

« satisfaction de bien-être plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire ou simplement d'une chose souhaitable » ( Rebert).

<sup>2</sup>« La satisfaction des clients est dans toute activité, obtenue par un offre bien adaptée aux attentes des clients ».

Alors dans l'abondante littérature consacrée au domaine des services, les notions de qualité et de satisfaction sont étroitement liées et le plus souvent perçue subjectivement ou non, en fonction des attentes des clients.

Le jugement de la qualité des services résulte d'une comparaison des attentes de service à la performance actuelle.

Les attentes en matière de service font apparaitre deux notions :

- Le service désiré : c'est le niveau de service que le client souhaite recevoir, qu'il estime mériter pour un prix donné ;
- Le service adéquat : c'est le niveau de service que le client est prêt à accepter, se rapproche de niveau minimal de service désiré ;

---

<sup>1</sup> F LIMOUSI ; « évaluation de la satisfaction des patients hospitaliers ; 14 octobre 2009 ; Staff santé publique ; PDF ; P, 14

<sup>2</sup> M ZOLLINGER , Eric LAMARQUE, op cit , P, 73

Selon STAMPS (1984), «<sup>1</sup> La satisfaction des patients est considérée comme une perception subjective qui reflète les préférences et les attentes personnelles des patients »

Selon ZEITHAML, PARASURAMAN, BERRY (1990) est défini comme étant « le degré de congruence entre les attentes des consommateurs et leur perception de la qualité des soins reçus »

Selon MEGIVERN et collaboration (1992) , définissent la satisfaction comme un « degré de congruence entre les attentes du patient relatives aux soins et services désirés, et sa perception concernant la qualité du service réellement offert »

### ***3-2 le modèle de satisfaction : le paradigme de la confirmation :***

<sup>2</sup>Les recherches dans le domaine de la satisfaction ont mise en évidence un certain nombre d'antécédents de ce concept, tels que les attentes, la performance perçue , la disconfirmation des attentes, la qualité , les attributions, l'équité et les réactions affectives ( CHURCHILL et SURPRENANT , 1982 ; OLIVER,1993 ; WESTBROOK,1987 ; SHIEFF et ALII, 2000).

La disconfirmation des attentes est habituellement l'une des variables des modèles de satisfaction qui explique le mieux la satisfaction (CHURCHILL et SURPRENANT, 1983 ; OLIVER, 1981 ; SHIEFF et ALII , 2000).

<sup>3</sup>Le modèle de satisfaction décrit la formation de la satisfaction comme un processus comparatif incluant quatre construits principaux :

---

<sup>1</sup> Raymond GREBIER ;« la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients » ; université de Montréal ; Canada ; PDF ;P, 04-05

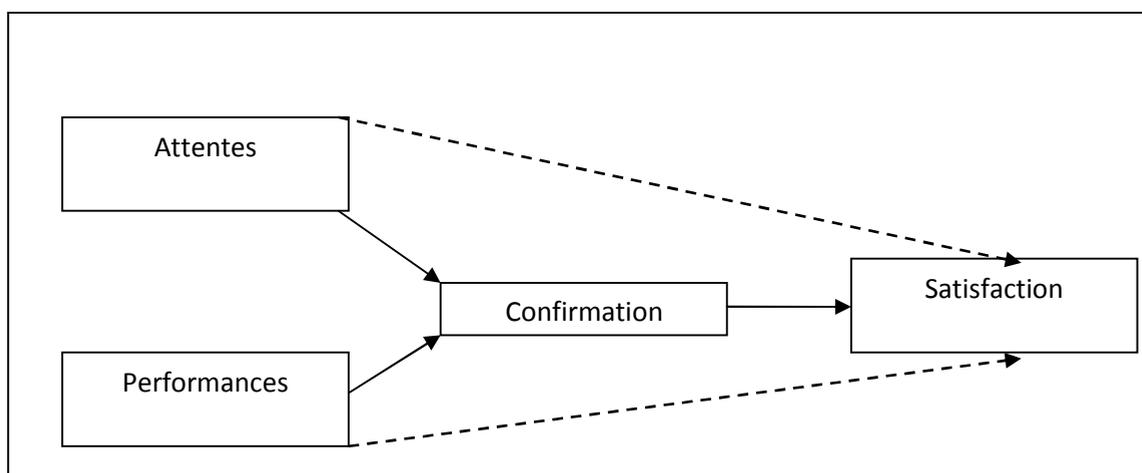
<sup>2</sup> Jean-François BOSS ; (1999) ;« la contribution des éléments du service à la satisfaction des clients » ; revue française du marketing ; ADETEM édition –France- ; n° 171-1999/1 ; P, 116

<sup>3</sup> Yver EVRARD ; (1993); « la satisfaction des consommateurs : état de recherche ; revue française du marketing ; ADETEM édition ; n°144-145 ; P, 58

- 1- Le jugement porté sur la performance du produit/service au cours de l'expérience de consommation, on pourrait parler aussi de qualité perçue.
- 2- Les attentes ( les expectations) formée par le consommateur préalablement à l'achat et à la consommation du produit/service concerné ; on pourrait parler aussi de qualité attendue ;
- 3- La comparaison entre la performance et les attentes va donner naissance à la disconfirmation qui peut être positive (cas où les performances sont supérieures aux attentes), neutre (cas d'égalité ; on pourrait alors parler de confirmation), ou négative ( cas où les performances sont inférieures au standard de référence des consommateurs) ;
- 4- La disconfirmation va générer l'évaluation globale de l'expérience de consommation, c'est-à-dire la satisfaction.

Pour le modèle de base, la disconfirmation est une variable médiatrice par laquelle transite l'influence de la performance et des attentes sur la satisfaction ( traits pleins de la figure). Des tests de ce modèle ont montré que dans certains cas, il pouvait exister des relations directes entre les performances et/ou les attentes et la satisfaction (traits pointillés de la figure).

*Figure 2-6 : le modèle de satisfaction*



**Source :** Yver EVRARD ; (1993); « la satisfaction des consommateurs : état de recherche ; revue française du marketing ; ADETEM édition ; n°144-145 ; P, 58

### **3-3 les trois degré de satisfaction selon Côté (1996) :**

<sup>1</sup>Côté explique que le niveau de satisfaction est tourne vers trois éléments :

- L'aptitude du service à satisfaire les attentes de base du patient « le niveau de qualité minimale » : ce niveau est correspond aux attributs de base (soins, alimentation, sécurité du milieu, propreté des lieux, etc) que le patient s'attend d'obtenir.
- L'aptitude du service à reprendre aux expectatives du patient « niveau de qualité espéré » : il est relié à l'aptitude du service à satisfaire les attentes et besoins réels, exprimés par le patient.
- L'aptitude du service à aller au delà des attentes du patient « le niveau de qualité supérieur » : est atteint par des activités qui visent à dépasser les attentes des patients, il est relié à des attributs que l'organisation met en place pour 'séduire » jusqu'à un certain point la clientèle.

### **3-4 les trois caractéristiques majeures de la satisfaction :**

Le mode d'évaluation qu'à un client vis-à-vis d'un produit/service repose sur un ensemble de critères .et pou cela, il est clair de voir comment se forme son jugement sur chacun de ses critères.

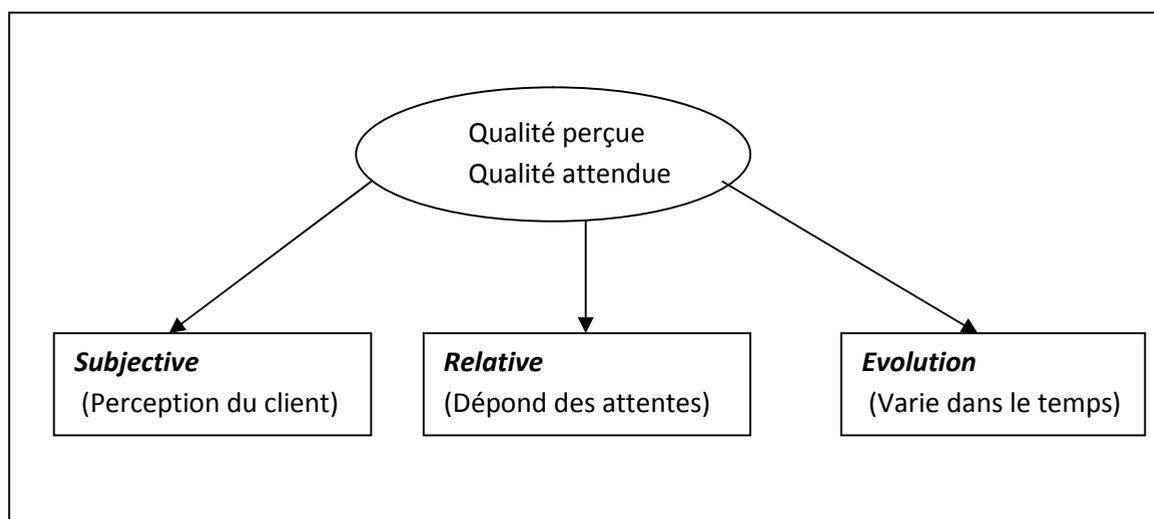
En définissant trois caractéristiques majeurs de la satisfaction, que sont la subjectivité, la relativité, et enfin l'évolutivité.

La figure suivante présente ces trois caractéristiques de la satisfaction

---

<sup>1</sup> Raymond GREBIER ;« la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients » ; université de Montréal ; Canada ; PDF ; op cit ; P, 06

**Figure 2-7 : les trois caractéristiques majeures de la satisfaction**



**Source :** D RAY, 2001, *mesurer et développer la satisfaction, édition d'organisation, Paris, P, 24*

- *<sup>1</sup>Subjectivité* : la satisfaction des clients dépend de leur perception de produit/service et non pas de la réalité objective ;
- *Relativité* : la satisfaction varie selon les niveaux d'attentes « ce ne soient pas les meilleurs produits qui se vendent le mieux... car ce qui compte n'est le fait d'être le meilleur, mais d'être le plus adapté aux attentes des clients ».
- *L'évolution* : la satisfaction évolue avec le temps à deux niveau différents, en fonction à la fois des attentes et des standards, et de cycle d'utilisation des produits.

*a- L'évolution des attentes et des standards :*

les clients définissent leurs attentes en fonction de l'état actuel des offres « standards ». Or, comme la loi de la concurrence incite les fournisseurs à augmenter leurs performances relatives afin d'être préférés. Cette course fait inexorablement évoluer le niveau moyen des offres et donc les standards de déférence.

---

<sup>1</sup> D RAY, *op cit*, P, 27-28