



## **L'influence de la qualité perçue des soins de santé dans les formations hospitalières camerounaises sur l'intention comportementale des patients : Le rôle médiateur de la satisfaction.**

### **The influence of the perceived quality of health care in Cameroonian health care facilities on the behavioral intention of patients: The mediating role of satisfaction.**

**Dr. NDANGWA LUCIEN**

Ph. D en Sciences de Gestion

Chargé de cours à la Faculté des Sciences économiques et de Gestion

Département marketing

Université de Ngaoundéré

B.P. 454 Ngaoundéré (Cameroun)

Membre du Laboratoire de Recherche en Economie et Gestion des Organisations (LAREGO)

E-mail : [luciendangwa@yahoo.fr](mailto:luciendangwa@yahoo.fr)

**Date de soumission** : 05/04/2020

**Date d'acceptation** : 28/05/2020

**Pour citer cet article** :

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

**Digital Object Identifier** : <https://doi.org/10.5281/zenodo.3877600>



## Résumé

L'objet de cet article est d'analyser la relation entre la qualité perçue des soins de santé dans les formations sanitaires camerounaises par les patients, leur satisfaction et leur intention comportementale. A partir de la littérature sur les services en général et dans le secteur de la santé en particulier, nous avons élaboré un modèle de recherche autour de quatre hypothèses. La collecte des données primaires s'est effectué auprès des patients des formations sanitaires privées et publiques de deux district de santé de la ville de Douala par la méthode d'échantillonnage raisonné. Les résultats de l'enquête indiquent que la qualité perçue des soins de santé par les patients influence positivement et significativement la satisfaction et l'intention comportementale des patients. Bien plus il se dégage de ces résultats que la satisfaction joue un rôle de médiateur partiel dans la relation entre la qualité perçue des soins de santé et l'intention comportementale des patient. Les implications théoriques et managériales de la recherche en sont dégagées.

**Mots clés :** qualité perçue ; satisfaction, intention comportementale, formations sanitaires, Cameroun.

## Abstract

The purpose of this article is to analyze the relationship between the perceived quality of health care in Cameroonian health facilities by patients, their satisfaction and their behavioral intention. From the literature on services in general and in the health sector in particular, we have developed a research model around four hypotheses. The primary data was collected from patients in private and public health facilities in two health districts in the city of Douala by the reasoned sampling method. Survey results indicate that the perceived quality of health care by patients positively and significantly influences patient satisfaction and behavioral intent. Much more it emerges from these results that satisfaction plays a role of partial mediator in the relationship between the perceived quality of health care and the behavioral intention of the patient. The theoretical and managerial implications of the research are highlighted.

**Keywords:** perceived quality of health care; satisfaction, behavioral intention, health-care facilities, Cameroon.



## Introduction

Ces dernières années, les services hospitaliers ont suscité un intérêt croissant, du fait de l'évolution des niveaux de vie et de la demande en matière de soins médicaux pour améliorer les modes de vie. En effet, la croissance de la population camerounaise estimée à 2,51 % en 2019 indique que le besoin en matière de santé et d'infrastructures de santé augmentera. Comme le font remarquer Lim & Tang, (2000), de nombreuses entreprises de service commencent déjà à considérer la qualité de service comme une source potentielle d'avantage concurrentiel durable. L'accroissement du nombre des études analysant la qualité de service et la satisfaction des patients au cours de ces dernières années est la preuve que l'amélioration de la qualité est devenue un sujet d'intérêt croissant ces dernières années et que l'opinion des patients comme outil essentiel dans le processus de suivi et d'amélioration de la qualité du service de santé est devenu fondamental (Thi, et al., 2002 ; Hiidenhovi, et al., 2002 ; Hall, 2005 ; Lim & Tang, 2000 ; Pakdil & Harwood, 2005 ; Badri, et al., 2008). Bien plus d'autres études encore montrent que les clients dans différents pays apprécient différemment le bon service ce qui implique qu'une échelle de mesure développée dans une culture peut ne pas toujours fonctionner dans une autre culture. Par conséquent, les échelles SERVQUAL qui fonctionnent dans les cultures occidentales peuvent ne pas fonctionner de manière comparable dans d'autres cultures (Malhotra, et al., 2005) et les efforts pour reproduire la structure factorielle de SERVQUAL n'a pas toujours réussi dans des échantillons de pays différents (Arasli, et al., 2005 ; Jabnoun & Khalifa, 2005). La présente recherche répond donc à la question de savoir ; quelle est l'influence de la qualité perçue sur la satisfaction et l'intention comportementale des patients dans les hôpitaux camerounais ? Pour répondre à cette question, nous présenterons le cadre conceptuel et le développement des hypothèses(1), la démarche méthodologique (2), les résultats et discussions (3) et enfin la conclusion et implications de la recherche(4)

## 1. Cadre conceptuel et développement des hypothèses

### 1.1. La qualité des services hospitaliers

La qualité de service est devenue un sujet important en raison de son lien important avec le profit, la réduction des coûts et la part de marché. La qualité des services de santé fait l'objet d'un intérêt constant chez les chercheurs et les établissements de santé (Al-Damen, 2017). L'échelle SERVQUAL a été testée pour mesurer la qualité des soins de santé dans les pays



asiatiques par Butt & Cyril de Run (2010) et Sohail (2003) et ils aboutissent à la conclusion qu'il existe cinq dimensions (tangibles, fiabilité, réactivité, assurance et empathie). Dans les hôpitaux publics et privés, parallèlement, Arasli, et al. (2008) identifient six dimensions de la qualité des services : l'empathie ; donner la priorité aux besoins des patients hospitalisés ; relation entre le personnel et les patients ; professionnalisme ; la nourriture et l'environnement physique. Cependant, bien que la perception du niveau de qualité de service par les patients influence significativement le choix de l'hôpital, il n'est pas facile pour ce dernier de comprendre le niveau de qualité de service fourni, car l'hôpital est un domaine complexe et qui implique de nombreuses dimensions pour évaluer la qualité du service (Arasli, et al., 2008 ; Hariharan, et al., 2004 ; Hoel & Saether, 2003). Ainsi ce travail est une contribution utile en termes d'information pour la communauté des chercheurs dans la mise en œuvre du modèle SERVQUAL dans une perspective hospitalière.

### **1.2. Satisfaction des patients comme une des conséquences importantes de la qualité perçue des soins de santé.**

Le modèle de la confirmation des attentes est le modèle le plus mobilisé pour l'analyse de la satisfaction (Oliver, 1997 ; Wirtz & Lee, 2003 ; Wirtz & Mattila, 2001). Selon ce modèle, si la performance perçue correspond aux attentes des clients en matière de service, ils sont satisfaits. Dans le cas contraire, ils sont insatisfaits. De ce point de vue, la satisfaction est le reflet du degré auquel un consommateur estime que l'acquisition et l'utilisation d'un service suscitent des sentiments positifs. Toutefois la non-satisfaction peut probablement être tolérée si les performances restent dans la limite de l'acceptable. Linder-Pelz (1982) estime à cet égard que spécifiquement dans le domaine de la santé, la satisfaction des patients est médiée par les croyances et les valeurs personnelles de ce dernier par rapport à l'hôpital et ses attentes antérieures à l'égard de l'hôpital. La satisfaction est considérée comme un des déterminants clés de succès dans les soins de santé (Pakdil & Harwood, 2005). Linder-Pelz, (1982) en définissant la satisfaction comme une évaluation des différentes dimensions des soins, estime qu'elle peut être considérée comme l'un des résultats souhaités des soins et par ricochet, les informations sur la satisfaction des patients sont fondamentales dans l'évaluation de la qualité pour la conception et la gestion des soins de santé (Naidu, 2009). La satisfaction est donc le reflet de la qualité des services fournis. Elle est une notion psychologique facilement compréhensible, mais difficile à définir. Dans ce contexte, la satisfaction des patients est



définie comme le jugement porté par les patients sur leurs attentes en matière de services de soins qui ont été satisfaites ou non en ce qui concerne les soins techniques et interpersonnels (Campbell, et al., 2000 ; Esch, et al., 2008).

De nombreuses recherches ont considéré la qualité du service comme un antécédent de la satisfaction des clients (Gotlieb, et al., 1994 ; Zeithaml & Bitner, 1996 ; Dauda & Lee, 2016 ; Ali & Filieri, 2015 ; Tsapi & Kaissou, 2020 ; Jun, et al., 2004). D'autres par contre considèrent la satisfaction comme un médiateur de la relation entre la qualité du service et la fidélité (Caruana, 2002). Nous en déduisons l'hypothèse suivante :

H1 : La qualité perçue des soins de santé influencerait positivement la satisfaction des patients vis-à-vis de l'établissement hospitalier.

### **1.3. Relation entre la satisfaction, la qualité perçue des soins de santé et l'intention comportementale des patients**

La définition de l'intention comportementale a été abordée par de nombreux chercheurs (Caruana, 2002; Jacoby & Chestnut, 1978). Pour Zeithaml et al. (1996), c'est un signal indiquant si les clients resteront ou sortiront de la relation avec le prestataire de service. Ce faisant, ces auteurs distinguent deux facettes pour opérationnaliser ce concept (favorable et défavorable). Les intentions favorables indiquent que les clients véhiculent un bouche-à-oreille positif, une intention de réachat et une fidélité (Ladhari, 2009 ; Zeithaml, et al., 1996) alors que celles défavorables montrent plutôt une propension des clients à propager un bouche-à-oreille négatif et à transmettre leurs expériences négatives à d'autres clients (Caruana, 2002 ; Newman, 2001) et l'intention de recourir aux concurrents (Anthanasopoulos, et al., 2001). Dans l'intention de réachat le client maintiendra la relation avec le fournisseur de service (Zeithaml, et al., 1996). Dans la culture africaine les membres de la famille, les amis, voisins et connaissances ont une très grande influence sur les clients potentiels en particulier lorsqu'il s'agit de prendre des décisions pour fréquenter une entreprise de service, et de ce point de vue les patients dépendent vraiment des recommandations personnelles de la famille et des amis (Owusu-Frimpong, et al., 2010).

Les résultats des recherches indiquent que la qualité et la satisfaction des services ont une relation directe sur le bouche-à-oreille et sur le bouche-à-oreille positif (Hanzaee & Shojaei, 2011; Ladhari, 2009). Ce faisant, l'interaction entre les patients et le prestataire de services est

l'un des principaux facteurs de détermination de la fidélité et de la satisfaction des patients, ainsi nous émettons les hypothèses suivantes :

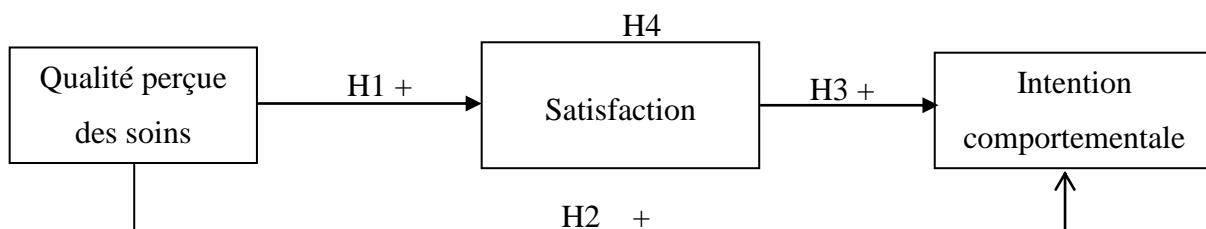
H2 : La qualité des soins de santé influencerait positivement l'intention comportementale des patients à revenir à l'hôpital

H3. La satisfaction des patients influencerait son intention comportementale par rapport à l'hôpital.

H4 : La satisfaction joue un rôle médiateur dans la relation entre la qualité perçue des soins de santé et l'intention comportementale.

Le développement de l'ensemble de ces hypothèses nous donne le modèle conceptuel de recherche suivant :

Figure N°1 : Le modèle conceptuel de la recherche.



## 2. Démarche méthodologique

Le modèle de recherche met en relation trois concepts ; la qualité perçue, la satisfaction et l'intention comportementale. Pour mesurer la qualité perçue des soins de santé, nous nous sommes fiés aux recommandations de la littérature (Vinagre & Neves, 2008 ; Lim & Tang 2000 ; Andaleeb, 2001) en utilisant l'échelle SERVQUAL adaptée (Parasuraman, et al., 1988) au contexte particulier de la santé. Le questionnaire modifié de type SERVQUAL a été construit en maintenant certains items des dimensions SERVQUAL mises à jour : tangibles ; fiabilité ; serviabilité ; l'empathie et l'assurance de Parasuraman et al. (1994). Les entretiens semi-directifs avec une dizaine de patients nous ont permis de sélectionner et d'affiner les items introduits dans le questionnaire pour prendre en compte la réalité de notre contexte de recherche. Au total 17 items ont été retenus pour mesurer la qualité perçue des soins de santé. Cette échelle de mesure évalue les cinq dimensions de la qualité perçue des soins de santé. Elle mesure les perceptions des enquêtés par rapport aux performances réelles des services de santé selon les différents items. Pour la satisfaction, de nombreuses études ont utilisé une combinaison d'échelle de mesure pour sa mesure (Ahubaiee & Alkaaida, 2011). Ainsi, en considérant la diversité des mesures existantes dans la littérature, nous avons opté pour une échelle unidimensionnelle de la satisfaction composée de cinq items inspirés de



l'opérationnalité de Oliver (1997) et N'goala (2000) en l'adaptant au contexte du service hospitalier. Enfin, l'intention comportementale a été opérationnalisée par trois items adaptés de l'échelle de Nefzi & Boyer (2008). Le format des échelles utilisées est de type Likert à 5 points avec un point neutre situé au milieu dans le but de faciliter la tâche des répondants. Le questionnaire final a été prétesté auprès d'une vingtaine de patients afin de s'assurer de la clarté des questions. Quelques modifications ont été apportées au questionnaire final avant son administration.

Les données primaires ont été collectées auprès des patients hospitalisés dans la ville de Douala au cours du deuxième trimestre 2019. À cet égard, quatre hôpitaux ont été ciblés dont deux hôpitaux privés et deux publics appartenant aux districts de santé de Deido et de Bonassama. Les autorisations ont été sollicitées auprès des responsables de ces formations sanitaires. Au total 380 questionnaires ont été distribués à un échantillon de patients hospitalisés, sélectionné selon une procédure d'échantillonnage raisonné. Tous les patients hospitalisés avaient reçu des soins médicaux au cours de la période d'enquête. Une équipe d'étudiants de master à travers des visites et entretiens a procédé à la distribution du questionnaire et expliqué le but de l'étude aux enquêtés. Ils étaient présents au moment du remplissage du questionnaire. Le nombre de questionnaires correctement rempli et exploitable était de 338, soit un taux de réponse de 88,95 %. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 19.0. L'analyse s'est effectuée en deux phases. À la première phase, nous avons effectué une analyse en composantes principales sur les items de mesure de la satisfaction et l'intention comportementale et des items de la qualité perçue des soins de santé pour déceler les dimensions cachées de ce concept. À la deuxième phase, des analyses de régression simple et multiple ont été effectuées afin de tester la validité des hypothèses.

### **3. Résultats et discussions**

#### **3.1. Caractéristiques des répondants**

Sur un total de 338 patients interrogés, nous avons 58,6 % d'hommes et 48,5 % de femmes. Le gros de ces patients est formé de jeunes dont 70,4 % ont un âge compris entre moins de 20 ans et 30 ans, 27 % compris entre 31 ans et 50 ans et 3 % de plus de 50 ans. De plus, ces derniers sont majoritairement très instruits, dont 74,6 % avaient un niveau d'étude supérieure, 24,3 % de niveau secondaire et 1,2 % de niveau primaire. En ce qui concerne la profession, les personnes travaillent dans des secteurs variés allant des professions libérales 46,1 %, aux employés des secteurs privés 24,3 %, à ceux du secteur public 12,4 % en passant par les sans-





emplois 9,5 % et des ménagères 7,7 %. Une proportion importante de ces patients (58,6 %) a un revenu mensuel de moins de 100 000 francs CFA contre 35 % avec un revenu mensuel compris entre 100 000 et 300 000 francs CFA, une très faible proportion de ceux-ci (6,5 %) gagne mensuellement plus de 300 000 francs CFA. 51,5 % des patients proviennent des formations sanitaires publiques contre 48,5 % en provenance des formations sanitaires privées.

### **3.2. Contrôle de l'opérationnalisation des concepts du modèle de recherche**

Nous allons ici présenter tour à tour les résultats de l'analyse en composantes principales (ACP) sur les items de la qualité perçue, de la satisfaction et de l'intention comportementale.

#### **3.2.1. Contrôle de l'opérationnalisation du concept de qualité perçue**

Le concept de qualité perçue a été appréhendé par une batterie de dix-sept items évalués tous sur une échelle d'intervalle à cinq points. Nous avons préalablement réalisé le test de pertinence de l'analyse en composantes principales dit test de KMO qui donne une valeur de 0,914 considérée comme excellente. Ce qui est la preuve que l'ACP est pertinente pour nos données. Il corrobore le résultat du test de sphéricité de Bartlett qui est de 3074,099 avec un seuil de signification très faible (0,000), ce qui veut dire qu'on ne saurait considérer la matrice de corrélation comme une matrice unitaire. Ce résultat confirme l'adéquation de l'ACP pour notre analyse. Nous avons dès lors effectué une analyse en composante principale avec rotation varimax sur les dix-sept items. La règle des valeurs propres supérieures à 1 (critère de Kaiser) nous a permis de retenir lors de l'analyse quatre composantes. Il ressort de l'analyse que les valeurs alpha de Cronbach pour les quatre composantes sont bonnes puisqu'elles sont toutes supérieures à 0,7.

Les résultats obtenus avec les dix-sept items sont satisfaisants. Les communalités sont toutes supérieures à 0,5. Les quatre composantes retenues expliquent 66,862 % de la variance totale comme l'indique le tableau 1. Cette valeur de la variance est nettement supérieure au niveau de 62 % recommandé par Parasuraman *et al.* (1991). Les items sont corrélés à un seul facteur et les loadings sont élevés. Ce qui signifie que les items sont bien représentés dans le système formé par les quatre axes. La première composante est fortement corrélée aux items matérialisant la serviabilité/fiabilité, la seconde aux items reflétant l'assurance, la troisième aux items représentant l'empathie et la quatrième aux items exprimant les éléments tangibles. Ces résultats indiquent la non-conformité de notre structure dimensionnelle avec celle présentée par Parasuraman *et al.* (1988) expliquant ainsi une instabilité de la structure



factorielle de l'échelle SERVQUAL. Plusieurs recherches utilisant cette échelle ont abouti à des résultats mitigés en ce qui concerne la dimensionnalité de l'instrument (Morales et al., 1998 ; Cronin & Taylor, 1994). Les travaux de Parasuraman *et al.* (1991) avaient d'ailleurs révélé l'instabilité de la structure factorielle. Les travaux de Csipak *et al.* (1994), montrent que seulement trois études sur huit qui confirme la structure à cinq facteurs. Cette instabilité a été confirmée également par les travaux de Morales et al. (1998). En fait, Parasuraman et al. (1991) tentent d'expliquer cette structure factorielle de leur échelle en émettant l'hypothèse que ces cinq dimensions sont distinctes dans l'esprit du consommateur. Cependant au moment d'évaluer une entreprise précise, un phénomène peut se produire. Ainsi les patients peuvent noter de la même façon les énoncés provenant de deux dimensions distinctes. Toutefois une analyse en composante principale traduit cela à travers une structure factorielle floue (Liosa & Chandon, 1993).

Tableau N°1 : Résultat de l'analyse factorielle sur les items du concept de qualité perçue.

	FAC1_3	FAC2_3	FAC3_3	FAC4_3	Communalités
Le personnel obtient de la part de cet(te) clinique(hôpital) le soutien nécessaire pour faire son travail correctement	0,696				
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) est digne de confiance	0,628				0,687
Quand je rencontre des problèmes, le personnel de ma clinique (mon hôpital) adopte une attitude sympathique et rassurante	0,625				0,613
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) me précise exactement quand les services seront fournis	0,609				0,549
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) n'est jamais trop occupé pour répondre aux demandes des patients	0,605				0,554
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) assure un service prompt	0,567				0,616
Je peux faire confiance au personnel de ma clinique (mon hôpital)	0,547				0,660
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) a à cœur d'agir selon mes meilleurs intérêts	0,527				0,605
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) est aimable et toujours souriant		0,827			0,790
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) est poli et courtois		0,781			0,775
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) respecte les patients		0,754			0,734
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) m'accorde une attention individuelle			0,774		0,728
Le personnel de ma clinique (mon hôpital) m'accorde une attention personnalisée			0,773		0,724



Le personnel de ma clinique (mon hôpital) connaît mes besoins			0,573		0,563
Ma clinique (mon hôpital) possède un équipement récent				0,862	0,567
Les installations matérielles de ma clinique (mon hôpital) sont visuellement attractives				0,756	0,725
Les installations matérielles de ma clinique (mon hôpital) sont adaptées aux services qu'il assure				0,682	0,666
Valeur propre	7,803	1,305	1,218	1,032	
% variance expliquée	45,902	7,675	7,166	6,068	
% variance expliquée cumulée	45,902	53,578	60,43	66,862	
$\alpha$ .. de Cronbach	0,883	0,865	0,734	0,794	

Sources : nos données

### 3.2.2. Contrôle de l'opérationnalisation du concept de satisfaction

La satisfaction a été saisie par une série de cinq items qui ont servi à la réalisation de notre analyse en composante principale. Pour ce qui est de l'adéquation de l'ACP par rapport aux données de notre échantillon, nous avons trouvé une valeur de KMO égale à 0,841 qui est bonne. Le test de sphéricité de Bartlett donne une valeur de 881,124 au seuil de 0,000 et traduit le fait que la matrice des corrélations des items a une structure adéquate pour l'ACP, c'est-à-dire n'est pas une matrice unitaire. Une première analyse en composantes principales avec rotation varimax sur les cinq items nous a permis de retenir d'après la règle de Kaiser des valeurs propres supérieures à 1 une seule composante. Cette composante explique 68,268 % de la variance totale. Les items ont tous une corrélation forte avec la composante. De plus, tous les items ont des communalités supérieures à 0,5. L'alpha de Cronbach est de 0,883. Les items formant la composante ont donc une bonne consistance interne, puisque la valeur minimale recommandée du coefficient alpha de Cronbach est de 0,60 (Evrard *et al.* 1997). Nous avons baptisé cette composante « la satisfaction cumulée ». Les résultats sont indiqués dans le tableau 2.

Tableau N°2 : Résultat de l'analyse factorielle sur les items du concept de satisfaction cumulée

Items	FAC1_1	Communalités
Je suis content(e) de cet(te) clinique/(hôpital)	0,864	0,747
Mon expérience avec cet(te) clinique/(hôpital) a toujours été plaisante	0,829	0,687
Je suis satisfait(e) de la décision que j'ai prise de choisir cet(te) clinique/(hôpital)	0,828	0,686
Les services rendus par cet(te) clinique/(hôpital) sont conformes à mes attentes initiales	0,824	0,680
Je suis enchanté(e) par la relation que j'ai instaurée avec cet(te) clinique/(hôpital) et son personnel	0,783	0,614
Valeur propre	3,413	
% variance expliquée	68,268	
$\alpha$ de Cronbach	0,883	

Sources : nos données

### 3.2.3. Contrôle de l'opérationnalisation de l'intention comportementale

L'intention comportementale a été mesurée par trois items. Comme précédemment, nous avons au préalable réalisé les tests de pertinence de l'analyse en composantes principales et la valeur du test de KMO a donné une valeur de 0,727 considérée comme bonne. Nous en déduisons que l'ACP est pertinente pour nos données. Il corrobore le résultat du test de sphéricité de Bartlett qui donne une valeur de 435,885 avec un seuil de signification très faible (0,0000), indiquant ainsi qu'on ne saurait considérer la matrice de corrélations comme une matrice unitaire. Ainsi, l'adéquation de l'ACP pour notre analyse est confirmée. Cette analyse retient selon le principe de Kaiser, une composante principale. L'analyse indique une valeur alpha de Cronbach de 0,850. Les communalités des items sont bonnes, car tous sont supérieurs à 0,5 comme on peut le constater dans le tableau 4. Les résultats obtenus avec ces items sont satisfaisants. L'axe factoriel explique 76,942 % de l'inertie totale. Les items sont corrélés au facteur et les loadings sont élevés, ce qui signifie que les items sont bien représentés dans le système formé par l'axe.

Tableau N 3 : Résultat de l'analyse factorielle sur les items de la préférence pour l'établissement hospitalier et intention future

Items	FAC1_7	Communalités
Si je devais le faire encore une fois, je choisirais la même clinique/(hôpital)	0,890	0,792
Je considérerai ma clinique/(mon hôpital) comme le premier choix pour ce type de service	0,882	0,778
La probabilité que je choisisse la même clinique/(hôpital) pour mon prochain achat est très haute	0,859	0,738
Valeur propre	2,308	
% variance expliquée	76,942	
$\alpha$ de Cronbach	0,850	

Sources : nos données

### 3.3. Résultats du test des hypothèses et discussion

Pour la validation de nos quatre hypothèses du modèle de recherche, nous avons eu recours à sept modèles de régression simple et multiple pas à pas. Ces différents modèles montrent globalement qu'il existe des relations statistiquement significatives entre la qualité des soins de santé, la satisfaction et l'intention comportementale des patients. Le tableau 4 suivant résume les différents modèles de régression effectués.

Les deux premiers modèles de régression mettent en relation d'une part la relation entre la satisfaction et la qualité des soins et d'autre part la relation entre la satisfaction et les différentes composantes de la qualité des soins dégagés lors de nos analyses d'ACP.



Le premier modèle de régression simple reliant la satisfaction à la qualité des soins présente un coefficient de détermination  $R^2_{ajusté} = 0,605$  traduisant une bonne explication de la satisfaction par la qualité des soins de santé. En effet ce modèle explique 60,5 % de la variance totale de la qualité des soins de santé avec un  $F = 518,027$  pour 1 et 336 degré de liberté à un seuil de signification de 0,000. Nous en déduisons que ce modèle à une variable est très robuste. La lecture du coefficient standardisé obtenu dans le tableau pour ce modèle montre un bêta standardisé de 0,779 pour expliquer la variabilité de la variable dépendante. De même, le deuxième modèle de régression mettant en relation la satisfaction et les différentes dimensions de la qualité des soins de santé donne un coefficient de détermination  $R^2_{ajusté} = 0,629$  traduisant également une bonne robustesse de ce deuxième modèle. La lecture des différents coefficients standardisés par rapport à ce modèle indique que c'est la composante serviabilité/fiabilité qui est la plus explicative de la satisfaction avec un bêta standardisé de 0,495, suivi de la composante assurance ( $\beta = 0,426$ ), puis de la composante élément tangible ( $\beta = 0,352$ ) et enfin la composante empathie ( $\beta = 0,274$ ). Les différentes valeurs de l'estimateur « t de student » de ces composantes sont toutes supérieures à 1,96 qui est le seuil minimum admis. Nous pouvons dès lors confirmer l'hypothèse H1 selon laquelle la qualité perçue des soins de santé influencerait positivement la satisfaction des patients vis-à-vis de l'établissement hospitalier. Ces résultats rejoignent ceux d'Ali & Filieri (2015) et ceux de Chahal & Kumari (2010).

Le troisième et le quatrième modèle de régressions mettent en relation d'une part l'intention comportementale et la qualité de service et, d'autre part, l'intention comportementale et les différentes composantes de la qualité perçue des soins. Il se dégage du troisième modèle que 47,4 % de la variance de l'intention comportementale est expliquée par la qualité perçue des soins. Le coefficient bêta standardisé est de 0,690, montrant une relation positive et forte entre l'intention comportementale et la qualité perçue de soins. Le quatrième modèle pour sa part montre que 47,70 % de la variance totale de l'intention comportementale est expliquée par les différentes composantes de la qualité perçue des soins. Les différentes valeurs du bêta standardisé sont respectivement de  $\beta = 0,397$  pour l'assurance, puis de  $\beta = 0,381$  pour la serviabilité/fiabilité et ensuite de  $\beta = 0,309$  pour les éléments tangibles et enfin de  $\beta = 0,293$  pour l'empathie. Montrant ainsi que l'assurance est la composante la plus explicative de l'intention comportementale. Forts de ces résultats, nous confirmons l'hypothèse H2 qui stipule que la qualité des soins de santé influencerait positivement l'intention



comportementale des patients à revenir à l'hôpital. Ces résultats corroborent les résultats de Kessler et Mylod (2011).

Le cinquième modèle de régression pour sa part met en relation la satisfaction et l'intention comportementale. Ce modèle est robuste, car il explique 46,70 % de la variance de l'intention comportementale de la satisfaction avec un  $F = 295,744$  pour 1 et 336 degré de liberté à un seuil de signification de 0,000 et bêta standardisé très élevé de 0,684 pour un  $t = 17,197$ , indiquant ainsi une liaison forte, positive et significative entre la satisfaction et l'intention comportementale. Dès lors, l'hypothèse H3 selon laquelle la satisfaction des patients influencerait leur intention comportementale par rapport à l'hôpital est validée, allant ainsi dans le même sens que les résultats dégagés par Garman et al. (2004) et de Gaur et al. (2011).

Les sixième et septième modèles reprennent la relation entre la qualité perçue des soins et l'intention comportementale, en introduisant cette fois-ci la variable médiatrice satisfaction. Il se dégage du sixième modèle un coefficient de détermination de 0,528. Ainsi ce modèle explique 52,80 % de la variance totale de l'intention comportementale par la qualité des soins et la satisfaction des patients. La lecture des coefficients standardisés bêta donne une valeur de 0,399 pour la qualité et de 0,374 pour la satisfaction et des valeurs de l'estimateur « t de Student » supérieure à 1,96. Ces résultats indiquent selon Baron & Kenny (1986), un effet médiateur partiel et significatif de la satisfaction sur la relation entre la qualité des soins de santé et l'intention comportementale. En effet, nous sommes partis d'une augmentation du coefficient de détermination  $R^2_{ajusté}$  de 0,474 pour le troisième modèle à 0,528 pour le sixième modèle et à une diminution des coefficients standardisés bêta de 0,690 à 0,399 pour la qualité perçue des soins de santé par l'introduction du médiateur (satisfaction du patient) dans le modèle (Ndubisi, et al., 2009). Ces effets indirects sur l'intention comportementale peuvent être également déterminés en multipliant les poids des bêta séquentiels le long du chemin donné ( $0,779 \times 0,399$ ) (Eisingerich & Bell, 2007). Nous concluons que l'hypothèse H4 selon laquelle la satisfaction joue un rôle médiateur dans la relation entre la qualité perçue des soins de santé et l'intention comportementale est confirmée comme l'ont montré les travaux de Caruana (2002) et de Fullerton & Taylor (2002).

Enfin, le septième modèle quant à lui met en relation l'intention comportementale, les différentes composantes de la qualité perçue des soins de santé et la satisfaction. Ce modèle explique 52,60 % de la variance totale de l'intention comportementale par les différentes composantes de la qualité perçue des soins de santé et la satisfaction des patients. La lecture

des différents coefficients standardisés Bêta indique que la satisfaction est la variable la plus explicative de l'intention comportementale ( $\beta = 0,366$ ), suivie de l'assurance ( $\beta = 0,241$ ), ensuite de la serviabilité/fiabilité ( $\beta = 0,200$ ), puis de l'empathie ( $\beta = 0,192$ ) et enfin les éléments tangibles renforçant ainsi les résultats précédents.

Tableau N°4 : Synthèse des résultats de régression

	Variables dépendantes	Variables indépendantes	$\beta$	t	Sign t	R $^2$ ajusté	Variation de F	Ddl	Sign F
H1	Satisfaction (FAC1_1)	Qualité	0,779	22,760	0,000	0,605	518,027	(1 ;336)	0,000
	Satisfaction (FAC1_1)	Serviabilité/fiabilité (FAC1_3)	0,495	14,923	0,000	0,629	68,382	(1;333)	0,000
		Assurance (FAC2_3)	0,426	12,842	0,000				
		Empathie (FAC3_3)	0,274	8,269	0,000				
		Éléments tangibles (FAC4_3)	0,352	10,894	0,000				
H2	Intention (FAC1_7)	Qualité	0,690	17,458	0,000	0,474	304,796	(1,336)	0,000
	Intention (FAC1_7)	Serviabilité/fiabilité (FAC1_3)	0,381	3,683	0,000	0,477	55,278	(1,333)	0,000
		Assurance (FAC2_3)	0,397	10,071	0,000				
		Empathie (FAC3_3)	0,293	7,435	0,000				
		Éléments tangibles (FAC4_3)	0,309	7,840	0,000				
H3	Intention (FAC1_7)	Satisfaction (FAC1_1)	0,684	17,197	0,000	0,457	295,744	(1 ;336)	0,000
H4	Intention (FAC1_7)	Qualité	0,399	6,678	0,000	0,528	39,238	(2 ;335)	0,000
		Satisfaction (FA1_1)	0,374	6,254	0,000				
	Intention (FAC1_7)	Serviabilité/fiabilité (FAC1_3)	0,200	4,127	0,000	0,526	16,292	(1;332)	0,000
		Assurance (FAC2_3)	0,241	5,243	0,000				
		Empathie (FAC3_3)	0,192	4,659	0,000				
		Éléments tangibles (FAC4_3)	0,176	4,036	0,000				
		Satisfaction (FAC1_1)	0,366	5,911	0,000				

Sources ; nos données



## Conclusion et implications

Des recherches ont montré que l'instrument SERVQUAL pouvait être mobilisé avec intérêt par les responsables des formations hospitalières aux fins de les aider à analyser la perception des patients par rapport aux différentes dimensions de la qualité des services fournis. Ce faisant le niveau de qualité et d'efficacité de ces structures hospitalières peut être amélioré et surveillé de manière permanente en mettant un accent particulier sur les caractéristiques de la qualité qui influencent le plus la perception des patients. La présente recherche a montré que la qualité des soins de santé dans les formations hospitalières est influencée par la satisfaction et l'intention comportementale des patients, étant entendu que la perception qu'ont les patients de la compétence du personnel soignant est susceptible d'influencer l'intention comportementale des patients. Il s'est dégagé de l'analyse que les quatre composantes de la qualité des soins de santé étaient déterminants dans l'explication de la satisfaction des patients. Bien plus, la serviabilité/fiabilité, l'assurance, les éléments matériels et l'empathie étaient également déterminants dans l'explication de l'intention comportementale des patients. Dès lors la qualité des soins de santé peut renforcer la satisfaction et l'intention comportementale des patients vis-à-vis des prestataires des soins de santé. Ces résultats nous amènent à croire qu'une plus grande attention en direction de la serviabilité/fiabilité, l'assurance, l'empathie et les éléments matériels peuvent procurer des gains de satisfaction aux patients. Aussi, l'accroissement de l'intention comportementale peut être obtenu en veillant sur la satisfaction, la serviabilité/fiabilité, l'assurance, les éléments matériels et l'empathie envers les patients.

Les résultats de cette recherche soutiennent l'idée selon laquelle les caractéristiques du processus de service de soin de santé, montrent que les caractéristiques déterminantes dans les échanges relationnels entre personnels soignants et patients affirment et renforcent la littérature de manière significative. D'abord, la satisfaction des patients est un déterminant important, significatif direct et indirect de l'intention comportementale des patients. Ensuite, à cause de l'influence substantielle et significative de la satisfaction des patients et de l'influence directe significative, la qualité perçue des soins de santé a l'influence la plus forte sur l'intention comportementale des patients. De ce point de vue, l'implication théorique de cette recherche est d'avoir mis en évidence la relation significative entre la qualité des soins de santé, la satisfaction et l'intention comportementale des patients. Bien plus, nous avons établi le rôle médiateur de la satisfaction dans la relation entre la qualité perçue des soins de





santé et l'intention comportementale des patients. Il se dégage des résultats que le modèle établissant l'influence directe de la qualité des soins de santé sur l'intention comportementale des patients via la satisfaction des patients est meilleur que celui établissant l'effet indirect au vu du pourcentage de la variance expliquée plus élevé dans le modèle de l'intention comportementale des patients.

Le rôle médiateur de la satisfaction entre la qualité perçue des soins de santé et l'intention comportementale des patients établi dans cette recherche invite les responsables des formations hospitalières à développer des stratégies marketing permettant d'approfondir et d'améliorer la satisfaction et l'intention comportementale des patients. Dans un secteur hospitalier hautement concurrentiel aujourd'hui, les gestionnaires des hôpitaux peuvent exploiter utilement ces résultats. L'intention comportementale des patients a un impact sur la fidélité. Et puisque la volonté des patients à revenir dans la même formation sanitaire ou à la recommander aux autres est fonction de la façon dont ils sont pris en charge par rapport à leur santé, les personnels soignants et les patients doivent être sensibilisés et rassurés par rapport à leur bonne prise en charge dans les hôpitaux.

Malgré l'importance des résultats de cette recherche, il convient de noter tout de même certaines limites qui constituent autant de pistes de recherches futures. En effet notre approche pourrait être globalisée au niveau régional (pays développés et pays émergents) et disciplinaire (entre les différents services au sein du même établissement hospitalier) indépendamment de la diversité des pathologies du patient. Ainsi, l'amélioration de la qualité des soins de santé est une nécessité à tous les niveaux et demande une implication de tous les acteurs.

Pour garantir une meilleure perception du patient vis-à-vis de la qualité du service d'un établissement hospitalier, Shieh *et al.* (2010) rappellent les clés de succès des services hospitaliers, en particulier la compétence professionnelle et les habiletés de communication du corps soignant avec la capacité à résoudre rapidement les problèmes des patients. Bielen, (2001) ; Akter *et al.*, (2008) ajoutent l'adéquation de l'information avec la demande du patient et la réactivité, l'assurance, la communication et la discipline du personnel soignant, qui sont autant d'éléments à explorer dans les recherches futures à travers une approche comparative secteur privé et public.



## Bibliographie

- Ahubaiee L. & Alkaaida F. (2011). The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perception of healthcare quality-patient trust relationship. *International Journal of Marketing Studies*, vol. 3; N 1, pp. 103–155.
- Akter Md. S., Upal M. & Hani U. (2008). "Service quality perception and satisfaction: a study over suburban public hospitals in Bangladesh", *Journal of Services Research*, February, Special Issue, pp. 125–145.
- Al-Damen (2017). "Health Care Service Quality and Its Impact on Patient Satisfaction: Case of Al-Bashir Hospital". *International Journal of Business and Management*, Vol. 12, No. 9
- Ali, F. & Filieri, B.L.D.R. (2015). An assessment of service quality and resulting customer satisfaction in Pakistan International Airlines", *International Journal of Quality & Reliability Management* 32 (5): 486502. <http://dx.doi.org/10.1108/IJQRM-07-2013-0110>.
- Andaleeb, S.S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52, pp. 1359–1370.
- Andaleeb, S.S. (1998). Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 11, 6–7, pp. 181-7.
- Anthanasopoulos, A., Gounaris, S. & Sathakopoulos, V. (2001), "Behavioural responses to customer satisfaction: an empirical study", *European Journal of Marketing*, Vol. 35 Nos 5/6, pp. 687–707.
- Arasli, H., Ekiz, E.H. & Katircioglu, S.T. (2008), "Gearing service quality into public and private hospitals in small islands", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21 No. 1, pp. 8–23.
- Arasli, H., Mehtap-Smadi, S., & Katircioglu, S.T. (2005). Customer service quality in the GreekCypriot banking industry. *Managing Service Quality*, Vol. 15 No. 1, pp. 41–56.
- Badri, M., Attia, S. & Ustadi, A. (2008). Testing the not so obvious models in healthcare quality. *International Journal for Quality in Healthcare*, Vol. 21 No. 2, pp. 159-74.
- Bielen F. (2001) « Orientation-patient et qualité perçue du service : analyse marketing appliquée à la gestion hospitalière », Thèse de Doctorat, Université Catholique de Louvain, N° 372 de la Collection de la Faculté de Sciences économiques, Sociales et Politiques de l'Université Catholique de Louvain, Éditions CIACO, 457 pages.



- Butt, M.M. & Cyril de Run, E. (2010), "Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 23 No. 7, pp. 658–673.
- Campbell, S.M., Roland, M.O. & Buetow, S.A. (2000), "Defining quality of care", *Social Science and Medicine*, Vol. 41 No. 11, pp. 1611–1625.
- Caruana, A. (2002), "Service loyalty: the effects of service quality and the mediating role of customer satisfaction", *European Journal of Marketing*, Vol. 36, pp. 811–828.
- Chahal, H. & Kumari, N. (2010), "Development of multidimensional scale for health care service quality (HCSQ) in Indian context", *Journal of Indian Business Research*, Vol. 2 No. 4, pp. 230–255.
- Cronin, J.J.Jr. & Taylor, S.A. (1994), "Modeling patient satisfaction and service quality", *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 14 No. 1, pp. 34–44.
- Csipak J., Chobat J. C. et Venkatesan (1994). Measurement of perceived service quality in the purchase of airline tickets : An assessment of SERVQUAL's reliability and validity. *ASAC Proceedings*. Vol. 14/ss: 3 Halifax, Nova Scotia. Pp. 45-58.
- Dauda, S. Y., & Lee, J. 2016. Quality of service and customer satisfaction: a conjoint analysis for the Nigerian bank customers. *International Journal of Bank Marketing* 34 (6): 841–867, <https://doi.org/10.1108/IJBM-04-2015-0062>.
- Eisingerich A. B. & Bell S. J. (2002). Maintaining customer relationships in high credence service. *Journal of Service Marketing*. 21 (4). Pp.253-262.
- Eleuch, A. (2011), "Healthcare service quality perception in Japan", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24 No. 6, pp. 417–429.
- Esch, B.M., Marian, F., Busato, A. & Heusser, P. (2008), "Patient satisfaction with primary care: an observational study comparing anthroposophic and conventional care", *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 6 No. 74, pp. 1–15.
- Evrard Y., Pras B., Roux E., (1997), *Market-Etudes et recherches en marketing*. 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Nathan.
- Fullerton G. & Taylor S. (2002), Mediating, Interactive, and Non linear effects in service quality satisfaction with research. *Journal of Marketing* 12(2) pp. 124-136.
- Garman, A.N., Garcia, J. & Hargreaves, M. (2004), "Patient satisfaction as a predictor of return-to-provider behavior: analysis and assessment of financial implications", *Quality Management in Health Care*, Vol. 13 No. 1, pp. 75–80.



- Gaur, S.S., Xu, Y., Quazi, A. & Nandi, S. (2011), “Relational impact of service providers’ interaction behavior in health care”, *Managing Service Quality*, Vol. 21 No. 1, pp. 67–87.
- Gotlieb, J.B., Grewal, D. & Brown, S.W. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs?. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 79 No. 6, pp. 875-85.
- Hall, M.A. (2005). The importance of trust for ethics, law and public policy. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Vol. 14 No. 2, pp. 156-67.
- Hariharan, S., Dey, P.K., Moseley, H.S.L., Kumar, A.Y. & Gora, J. (2004), “A new tool for measurement of process-based performance of multispecialty tertiary care hospitals”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17 No. 6, pp. 302–312.
- Hiidenhovi H., Nojonen K., & Laippala P. (2002). Measurement of outpatients’ views of service quality in a Finnish university hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (1), 59–67.
- Hoel, M. & Saether, E.M. (2003), “Public health care with waiting time: the role of supplementary private health care”, *Journal of Health Economics*, Vol. 22, pp. 599–616.
- Jabnoun, N. & Khalifa, A. (2005). A customized measure of service quality in the UAE. *Managing Service Quality*, Vol. 15 No. 4, pp. 374-88.
- Jacoby, J. & Chestnut, R.W. (1978), *Brand Loyalty*, John Wiley and Sons, New York, NY
- Johnson M.D., Anderson E.W. & Fornell C. (1995), Rational and adaptative performance expectations in a customer satisfaction framework, *Journal of Consumer Research*, 21, 695–707.
- Jun, M., Yang, Z., & Kim, DaeSoo. 2004. Customers’ perceptions of online retailing service quality and their satisfaction. *International Journal of Quality & Reliability Management* 21 (8):817–840, <https://doi.org/10.1108/02656710410551728>.
- Kessler, D.P. & Mylod, D. (2011), “Does patient satisfaction affect patient loyalty?”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24 No. 4, pp. 266-273.
- Ladhari, R. (2009), “Service quality, emotional satisfaction, and behavioural intentions: a study in the hotel industry”, *Managing Service Quality*, Vol. 19 No. 3, pp. 308–331.
- Lim, P.C. & Tang, N.K.H. (2000), “A study of patients’ expectations and satisfaction in Singapore hospitals”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13 No. 7, pp. 290–299.
- Linder-Pelz, S. (1982), “Toward a theory of patient satisfaction”, *Social Science and Medicine*, Vol. 16 No. 5, pp. 577–582.



- Liosa S. & Chandon J. L. (1993).SERVQUAL : présentation, critique et étude sur la dimensionnalité de l'échelle. Etudes et documents. Université de Droit, d'Economie et des Gestions d'Aix Marseille.
- Lytle, R.S. and Mokwa, M.P. (1992), "Evaluating healthcare quality: the moderating role of outcomes", Journal of Healthcare Marketing, Vol. 12 No. 1, pp. 4–16.
- Malhotra, N.K., Ulgado, F.M., Agarwal, J., Shainesh, G. & Wu, L. (2005). Dimensions of service quality in developed and developing countries: multi-country cross-cultural comparisons. International Marketing Review, Vol. 22 No. 3, pp. 256-78.
- Morales A. J. R. M. , Hanbrich J. Y. Hwang (1998), The effet of six treatment with a 100mg daily dose of dehydroepiandrosterone (DHEA) on circulating sex steroids, body composition and muscle strengthin age advanced men and women. Clin Endocrinol. 22, pp.185-212.
- Naidu, A. (2009), "Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 22 No. 4, pp. 366–381.
- Ndubisi, N., Malhotra, N., & Wah, C. (2009). Relationship marketing, Customer Satisfaction and loyalty: a Theoretical and Empirical Analysis from an Asian Perspective. Journal of International Consumer marketing, 21:5–16.
- Nefzi A. & Boyer A. (2008), la perception de la qualité dans le cadre d'une consommation de type expérientiel et la fidélité relationnelle : Le cas du secteur hôtelier en Tunisie. 24eme Congrès de L'AFM.
- Newman, K. (2001), "Interrogating SERVQUAL: a critical assessment of service quality measurement in a high street retail bank", International Journal of Bank Marketing, Vol. 19 No. 3, pp. 126–139
- N'goala Gilles, (2000). « Une approche fonctionnelle de la relation à la marque : De la valeur perçue des produits à la fidélité des consommateurs », Thèse de doctorat, Université de Montpellier II.
- Oliver, R. (1997), Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer, McGraw Hill, New York, NY.
- Owusu-frimpong N. Nwanka S. et Dason B. (2010). Mearuring service quality and patient satisfaction with access to public and private health care delivery. Internationnal Journal of Public Sector Management. 23 (3) pp. 203-220.



- Pakdil, F., & Harwood, T. (2005). Patient Satisfaction in a Preoperative Assessment Clinic: An Analysis Using SERVQUAL Dimensions. *Total Quality Management*, Vol. 16, No. 1, 15–30.
- Parasuraman, A., Berry, L. and Zeithaml, V. (1994), “Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring SQ: implications for future research”, *Journal of Marketing*, Vol. 58, pp. 111–124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry, L. (1985), “A conceptual model of service quality and its implications for future research”, *Journal of Marketing*, Vol. 49, pp. 41–50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry, L. (1988), “SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality”, *Journal of Retailing*, Vol. 64 No. 1, pp. 12–40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1991), “Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale”, *Journal of Retailing*, Vol. 67 No. 4, pp. 420–450.
- Shieh J-I., Wu H-H. & Huang K-K. (2010). “A DEMATEL method in identifying key success factors of hospital service quality”, *Knowledge-Based Systems*, Volume 23, Issue 3, April, p. 277- 282.
- Sohail, M. (2003), “Service quality in hospitals: more favorable than you might think”, *Managing Service Quality*, Vol. 13 No. 3, pp. 197–206.
- Thi, P., Briancon, S., Empereur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science and Medicine*, Vol. 54, pp. 493–504.
- Tsapi V. & Kaissou S. (2020). La perception de la qualité de service et l’engagement des clients des banques au Cameroun. *Revue Internationale des Sciences de Gestion*. Volume 3, Numéro 2, pp. 153-177.
- Vinagre, M., & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients’ emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21 No. 1, 2008 pp. 87–103.
- Wirtz, J. & Lee, M.C. (2003), “An examination of the quality and context-specific applicability of commonly used customer satisfaction measures”, *Journal of Service Research*, Vol. 5 No. 4, pp. 345–355.
- Wirtz, J. & Mattila, A.S. (2001), “The impact of expected variance in performance on the satisfaction process”, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 12 No. 4, pp. 342–358.



Zeithaml, V.A., Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1996), “The behavioral consequences of service quality”, *Journal of Marketing*, Vol. 60 No. 2, pp. 31–46.

Zeithaml V. A. & Bitner M.J. (1996). *Services marketing*. Mc Graw-Hill, New York.