

L'influence de la restauration dans la satisfaction du patient hospitalisé et ses déterminants. Utilisation pratique du modèle Tétraclasse de Llosa.

Sylvie Llosa

Professeur - IAE Aix en Provence - Université Paul Cézanne

Centre d'Etudes et de Recherche en Gestion d'Aix – Marseille, CERGAM, EA 4225

IAE Aix en Provence

Clos Guiot Puyricard- CS 30063 - 13089 Aix en Provence Cedex 2

Tel : 04.42.28.08.33 / Fax : 04.42.28.08.00

sylvie.llosa@iae-aix.com

Le rôle de la restauration dans la satisfaction du patient hospitalisé et ses déterminants.

Utilisation pratique du modèle Tétraclasses (Llosa, 1997).

Résumé :

L'objectif de cet article est d'appliquer au secteur de la restauration collective du domaine de la santé un modèle jusqu'à présent utilisé dans d'autres catégories de services : le modèle Tétraclasses (Llosa, 1997). Une étude empirique originale, à deux niveaux d'analyse a été réalisée en collaboration avec deux entreprises européennes du secteur de la santé partenaires et complémentaires. L'une gère des cliniques privées, l'autre fournit les repas des patients. Les résultats montrent que les éléments qui influencent la satisfaction des patients suivent différentes logiques de contribution. A côté de l'attention portée au malade, elle souligne le rôle majeur de la restauration comme élément de différenciation ainsi que le poids prépondérant du goût et du choix dans la satisfaction des patients vis-à-vis de l'offre de restauration.

Mots clés :

Satisfaction, santé, restauration, tétraclasses, contributions asymétriques.

The aim of this article is to apply a model used up to now in other service categories, to the catering in health sector : the Tetraclass Model (Llosa, 1997). An original empirical study using two levels of analysis was carried out in collaboration with two complementary European companies in the health sector. One manages private clinics, the other supplies meals to patients of these clinics. The results show that the elements which influence patient's satisfaction follow different contribution logics. Along with the attention paid to the patient, it underlines the major role played by catering as a differentiating element, and the preponderant weight of flavour and choice in the satisfaction of patients with the catering offer.

Key words :

Satisfaction, health, catering, tetraclass, asymmetrical weights.

Le rôle de la restauration dans la satisfaction du patient hospitalisé et ses déterminants.

Utilisation pratique du modèle Tétraclasse de Llosa.

Thème important de recherche, considérée par les praticiens comme une condition préalable à l'intention de réachat, à la fidélisation et à un bouche-à-oreille favorable (Anderson *et al.*, 1994 ; Heskett *et al.*, 1994 ; Jones et Sasser, 1995 ; Rust *et al.*, 1995), la satisfaction des clients est devenue une préoccupation majeure pour les entreprises privées. De façon plus récente elle intéresse également les établissements de santé dans le cadre de la certification obligatoire des établissements, remise en cause tous les quatre ans. De plus, la concurrence entre établissements publics et privés (et entre établissements privés eux-mêmes) s'intensifie. Si historiquement, les praticiens étaient les principaux vecteurs d'attraction vers les cliniques et hôpitaux privés, ces établissements souhaitent aujourd'hui établir une relation plus directe avec leurs patients.

Il est donc nécessaire, pour ces derniers, de déterminer quelles sont, parmi toutes les caractéristiques d'un séjour d'un patient hospitalisé, celles qui permettent le mieux de le satisfaire, et d'étudier leur mode de contribution à la satisfaction. La satisfaction globale d'un patient hospitalisé est liée à l'évaluation des soins et gestes qui lui sont prodigués, aux informations et à l'écoute qui sont données à lui-même et à son entourage, à la fluidité du processus, aux compétences techniques et relationnelles du personnel, aux éléments de confort physique, etc. En parallèle de l'aspect purement médical, on parle aujourd'hui d'hôtellerie de santé pour qualifier toutes les attentions aux patients qui ne sont pas directement du soin : propreté, confort, repas, accueil des patients et de leurs proches, etc. Ces éléments contribuent à la satisfaction du patient mais ils sont aussi partie intégrante du processus de soin : le bien être, un repas bien pensé et consommé dans de bonnes conditions contribuent à la guérison des personnes.

La présente recherche souhaite répondre aux questions suivantes :

- Comment les clients combinent-ils les évaluations d'éléments individuels de service pour former un jugement global de satisfaction ?
- Existe-t-il différentes logiques de contribution des éléments de l'expérience de service à la satisfaction ?
- De façon plus opérationnelle, quelles actions mener en priorité pour mieux satisfaire le client, par quoi commencer ? Comment arbitrer parmi les actions possibles, sous contrainte de budget ?

L'objectif de cet article est d'appliquer au secteur de la santé un modèle jusqu'à présent utilisé dans d'autres catégories de services : le modèle Tétraclasse de Llosa (1997). Ce travail de réplique, catégorie de recherche dont l'importance a encore été récemment démontrée (Hunter, 2001), permet de comprendre le rôle des différentes caractéristiques d'un séjour d'un patient hospitalisé dans sa satisfaction. Les cliniques et leur sous-traitants pourront donc prendre de meilleures décisions en matière de conception et d'amélioration de service, et de communication. La contribution particulière et originale de cette recherche est de proposer une démarche enchaînant deux niveaux d'analyse issue de la collaboration de deux entreprises majeures et complémentaires du secteur européen de la santé : l'une gère des cliniques privées, l'autre nourrit les patients, le personnel et les accompagnants. La problématique particulière de la recherche est la suivante : Parmi tous les éléments qui jouent sur la satisfaction ou l'insatisfaction d'un patient hospitalisé, quelle est l'influence relative de la restauration ? Si cette influence est discriminante, quelles caractéristiques du service restauration (choix, goût, horaires, etc..) contribuent le plus à la satisfaction du patient vis-à-vis de ses repas et par quels mécanismes ?

Dans cette optique, nous présentons, dans une première partie, le cadre conceptuel, les hypothèses qui en découlent et la méthodologie de cette recherche. Nous analysons dans une seconde partie les résultats de l'étude empirique en insistant sur les implications

managériales. L'article conclut sur les apports et limites de la recherche, et présente des voies de recherche futures.

CADRE CONCEPTUEL, HYPOTHESES ET METHODOLOGIE

Cadre conceptuel

La satisfaction peut être définie comme « un état psychologique provenant d'un processus d'évaluation affectif et cognitif qui survient lors d'une transaction spécifique » (Plichon, 1999). Il existe, dans la littérature, deux approches principales de la satisfaction :

- la première analyse les processus qui engendrent la satisfaction. Le paradigme de la disconfirmation¹, ou d'autres théories, comme celles de l'équité (Oliver et Swan, 1989 a, b) ainsi que les divers facteurs d'influence (situation d'achat, variables individuelles (Patterson *et al.* 1997) entrent dans ce cadre explicatif ;
- la seconde, dans laquelle s'inscrit cette recherche, s'intéresse aux modes de contribution des attributs à la satisfaction globale. Quantités de méthodes co-existent, certaines envisageant le poids des attributs de manière linéaire (modèles de décomposition ou de composition²), d'autres, plus récentes, de façon fluctuante.

Pour la majorité des chercheurs, la satisfaction est conceptualisée comme un continuum unidimensionnel opposant deux pôles extrêmes : positif (très satisfait) et négatif (très insatisfait) (Howard et Sheth, 1969, Nicosia, 1971 ; Oliver, 1980 ; Woodruff, Cadotte et Jenkins, 1983 ; Westbrook, 1987). D'autres auteurs en marketing, influencés par les travaux d'Herzberg *et al.* (1959) considèrent que la satisfaction est bi-dimensionnelle (Swan et Combs, 1976 ; Maddox, 1981 ; Silvestro et Johnston, 1992 ; Smith *et al.*, 1992) : les facteurs qui engendrent la satisfaction sont différents et indépendants de ceux qui engendrent

¹ Pour un état de l'art, voir Ngobo (1998).

² Pour une synthèse, voir Evrard (1993).

l'insatisfaction³. Une troisième catégorie de chercheurs réconcilie ces deux visions : la satisfaction est unidimensionnelle, mais la fonction de contribution de certains éléments à la satisfaction est non linéaire ou encore asymétrique. Les méthodes de simulations de Kano *et al.* (1984), de "pénalité/récompense" de Brandt (1988, 1998), le modèle « tétraclasse » de Llosa (1997), de Mittal et Ross (1998) repris par Ting et Chen (2002) ou Cheung et Lee (2004), ou celui d'Audrain (2004) vont dans ce sens.

Le modèle "tétraclasse" possède en particulier une validité externe solide puisque l'existence de ces quatre types d'éléments n'a pas été infirmé dans diverses recherches fondées sur des activités de services très variées (Banque, Restauration, Llosa, 1997 ; Grande Distribution, Lichtlé *et al.*, 2002 ; Cliniques vétérinaires, Clerfeuille et Poubanne, 2002 ; Zones commerciales, Léo et Philippe, 2003 ; Commercialisation d'électricité, Ray et Gotteland, 2005 ; Service Chirurgie court séjour, Merdinger-Rumpler, 2004 ; Assurances, Bartikowski et Llosa, 2004 ; Service de Fitness, Bodet 2009 ; Hôtellerie Robinot Giannelloni, 2010). De plus, la fiabilité de ce modèle est confirmée par les travaux de Ray et Gotteland (2005). Cependant, la méthodologie développée par l'auteur n'est pas sans limite notamment en matière de validité convergente et se positionne clairement comme une approche exploratoire.

Les avantages de ce modèle sont les suivantes :

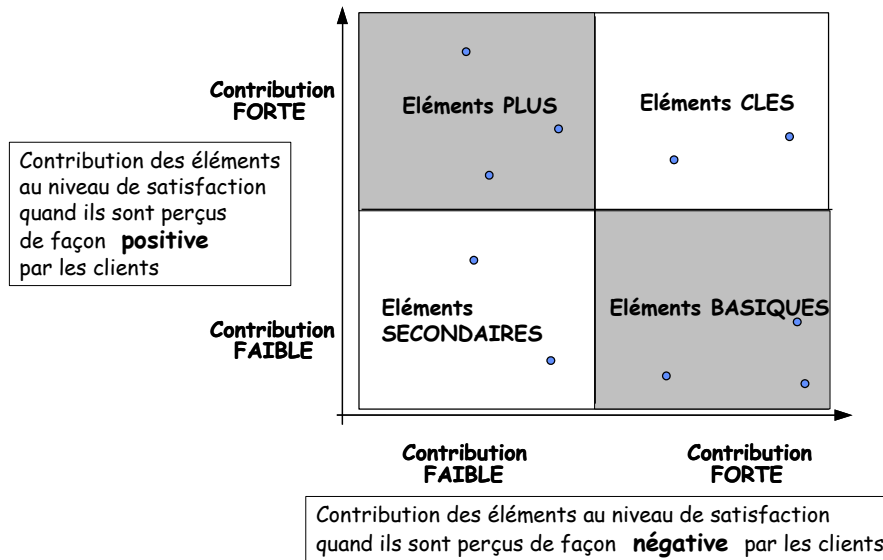
- Il a été conçu pour analyser la satisfaction vis-à-vis d'une expérience de service (et non vis-à-vis d'un produit),
- le poids des éléments est déduit de calcul statistique et non déclaré par le client, ce qui est un signe de mesure valide de l'impact d'un élément,

³ La plupart d'entre eux ajoutent aux facteurs de satisfaction et aux facteurs d'insatisfaction d'autres catégories d'éléments : des facteurs "hybrides" jouant fortement sur la satisfaction et l'insatisfaction ou des facteurs "neutres" ayant toujours un faible impact, quelle que soit leur évaluation par le client.

- la contribution des éléments est mesurée à partir d'évaluation d'expériences de service réellement vécues (et non simulée). Or, la satisfaction est, par nature, une évaluation post achat, fondée sur une expérience réelle,
- il demande uniquement des données ordinales, qui correspondent à la nature réelle de nombreuses échelles de satisfaction à support sémantique (même si la tentation d'utiliser ces dernières comme échelle d'intervalle est grande...).

Le Modèle Tétraclasse propose deux modes principaux de contribution, chacun se divisant en deux modes secondaires (Cf. figure 1) :

Figure 1- Les différentes logiques de contribution à la satisfaction du modèle Tétracasse (Llosa, 1997)



Ce modèle comporte deux axes, l'abscisse représente la contribution des éléments au niveau de satisfaction lorsqu'ils sont perçus de façon négative par les clients, l'ordonnée leurs contributions lorsqu'ils sont perçus de façon positive.

Dans le premier mode de contribution, le poids de certains éléments dans la satisfaction globale du client est stable, quelle que soit l'évaluation qui en est faite. Cette contribution stable peut être toujours forte, ce sont les éléments « Clés » ou toujours faible, les éléments « Secondaires ». Les éléments « clés » sont attendus et déterminants, les éléments « secondaires » sont importants car tout compte dans une activité de service, mais sont relativement moins déterminants dans la satisfaction du client.

Dans le second mode de contribution, les éléments contribuent à la satisfaction du client de façon fluctuante. Le poids des éléments dépend de leur niveau de performance perçu par le client. On distingue alors les éléments « Basiques » et les éléments « Plus »: lorsqu'un élément « Basique » est évalué négativement par le client, il influence fortement son niveau

de satisfaction globale ; une évaluation favorable, par contre, a peu d'impact sur sa satisfaction, elle est attendue, implicite, c'est la moindre des choses dans l'esprit du client. Ces éléments doivent être totalement maîtrisés et verrouillés par l'entreprise de service. Les éléments « Plus » ont une logique de contribution inverse, s'ils sont bien perçus ils augmentent le niveau de satisfaction globale, sinon ils ont peu d'influence. Une mauvaise performance ou une absence de ces éléments correspondant aux attentes prévues du client, il s'agit souvent de surprise, de gestes et d'attentions imprévus.

La réplique d'un tel modèle dans le secteur de les structures hospitalière nous paraît d'autant plus intéressant que ce dernier mesure la satisfaction de ses patients de façon relativement récente et que le sujet est éminemment impliquant pour les individus, étant tous d'éventuels patients. Les critères pris en compte par les patients pour évaluer leur satisfaction commencent à être connus de façon plus ou moins fine, mais la mesure de leur poids relatif dans la construction de la satisfaction demeure inexistante ou extrêmement frustrante. A notre connaissance seule Merdinger- Rumpler (2009), en s'appuyant sur le modèle tétraclasses de Lloca (1997) aborde pour la première fois dans le domaine de la santé humaine ce sujet, dans un service chirurgical de court séjour.

L'objectif est ici de comprendre les leviers de la satisfaction client dans le cadre d'un hôpital privé, avec un angle de vue particulier puisqu'il s'agit d'une recherche commune entre un hôpital privé et son sous-traitant chargé de la restauration. La recherche doit permettre d'analyser le rôle de la restauration dans la satisfaction du patient hospitalisé et si ce rôle s'avère intéressant, les critères de restauration les plus valorisés par les patients.

Hypothèse de la recherche

En s'appuyant sur les réflexions et les résultats précédents, notre intention est de vérifier que le modèle Tétraclasses (Llosa, 1997) peut être répliqué à la restauration collective en structure de santé. Nous proposons donc les hypothèses classiques suivantes :

H1 : Dans un service de chirurgie d'un hôpital privé, nous retrouvons les quatre catégories d'éléments du modèle Tétraclasses de Llosa (1997), les éléments "Basiques", "Plus", "Clés" et "Secondaires".

H2 : Dans le service restauration présent dans un hôpital privé, nous retrouvons les quatre catégories d'éléments du modèle Tétraclasses de Llosa (1997), les éléments "Basiques", "Plus", "Clés" et "Secondaires".

Par ailleurs, Merdinger- Rumpler (2009) a montré dans sa recherche que les repas à l'hôpital étaient un élément « Plus », à la frontière des éléments « Secondaires ». Nous supposons que dans le cadre d'une clinique privée, la restauration, comme la plupart des éléments hôteliers liés au confort, sera au moins, voire plus déterminante sur la satisfaction des patients. Nous émettons donc l'hypothèse suivante :

H3 : Les éléments liés à la restauration (qualité des repas, personnel de restauration) sont des éléments « plus ».

Méthodologie

Le but est de classer les éléments en fonction de leur mode de contribution à la satisfaction en utilisant le modèle Tétraclasses de Llosa (1997). Outre le fait de révéler plusieurs logiques de contribution, ce modèle⁴ a l'intérêt de déduire les poids des différents éléments de service de calculs statistiques (signe de mesure valide) et ne demande pas au répondant de « déclarer » l'importance des éléments ce qui alourdit considérablement un questionnaire. Il peut donc être

⁴ Pour une analyse critique et une comparaison des différentes méthodologies existantes voir Bartikowski et Llosa (2001) ou Ray et Gotteland, (2006).

réalisé sur la plupart des enquêtes de satisfaction déjà existante, pour peu que la liste des éléments de service soit pertinente. De plus, il aboutit à des cartes visuelles, facile à comprendre et à communiquer.

L'identification des éléments qui contribuent le plus à la satisfaction est donc nécessaire. Les entreprises partenaires ayant déjà chacune des questionnaires de satisfaction en place, nous avons utilisé les enquêtes satisfaction les plus récentes de ces deux organisations. L'analyse a été réalisée pour quatre segments de clientèle (Chirurgie, Médecine, Maternité et Ambulatoire), les attentes étant parfois différentes sur ces grands segments. Seuls les résultats sur le segment chirurgie seront présentés dans cet article, puisque l'accent est ici mis sur la méthode. Sur ce segment, durant la même période, 29 102 questionnaires ont été récoltés par les cliniques, 485 par l'entreprise de restauration, ce dernier nombre plus faible étant dû à des procédures moins systématiques mais suffisant pour réaliser une analyse fiable.

Le questionnaire était structuré autour de trois catégories d'information : la satisfaction globale, l'évaluation des différents éléments du point de vente, les variables descriptives du profil des individus. Les niveaux de satisfaction étaient mesurés par des échelles de sourire en quatre points.

La contribution des éléments à la satisfaction a été calculée grâce à une analyse factorielle des correspondances d'un tableau de contingence comprenant :

- en colonne, les modalités d'un indice global de satisfaction réduit à deux classes (satisfaction positive/satisfaction négative);
- en ligne, les éléments susceptibles de jouer sur la satisfaction. Deux lignes ont été consacrées à chaque élément de l'expérience de service : l'une concerne son évaluation positive, l'autre son évaluation négative.

Le raisonnement suivant a été adopté : un seul axe factoriel suffit à expliquer 100% de la variance de l'ensemble étudié et peut être interprété comme un axe de satisfaction. Sur cet axe

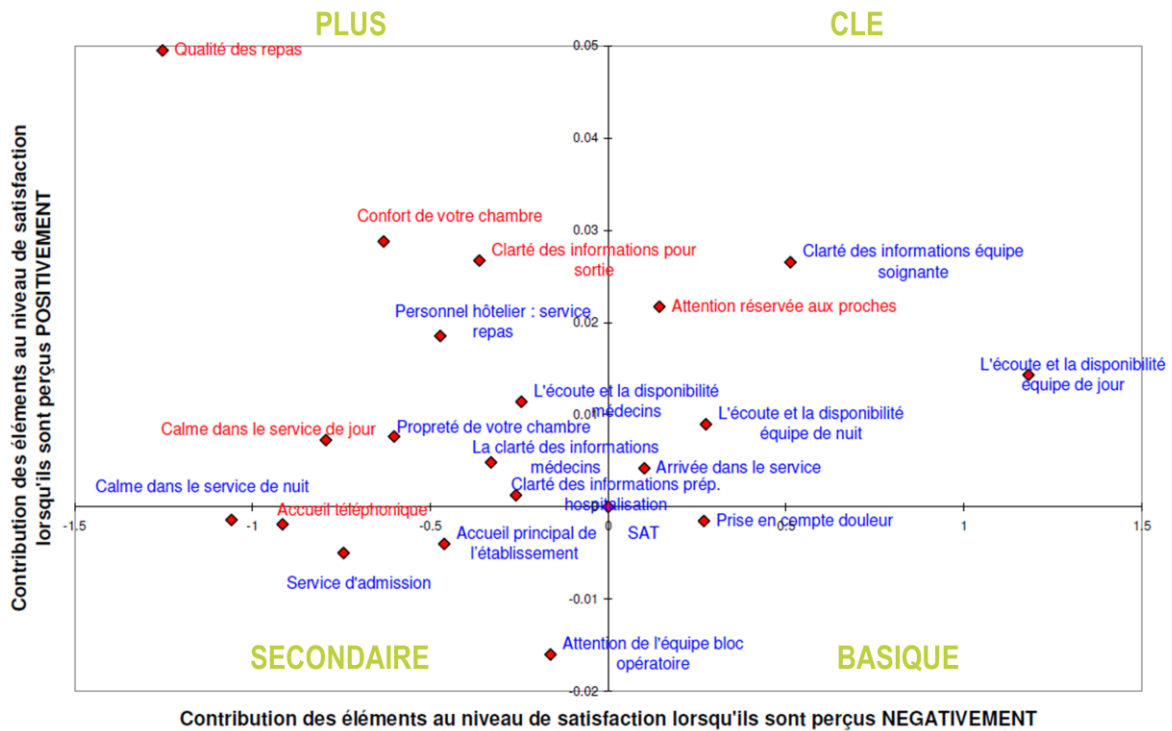
de satisfaction figurent deux modalités de satisfaction ainsi que deux modalités de chaque élément (évaluation positive et négative). Plus les éléments de service sont positionnés aux extrémités de cet axe, plus ils contribuent positivement ou négativement à la satisfaction du client. Un pliage de l'axe permet la visualisation de chaque élément étudié, par un point sur une carte : l'abscisse d'un point correspond à la contribution de l'élément au niveau de satisfaction lorsqu'il est évalué de façon négative. Son ordonnée est sa contribution au niveau de satisfaction lorsqu'il est évalué de façon positive. Les coordonnées de l'indice global de satisfaction permettent d'établir les frontières.

RESULTATS ET DISCUSSION

Les résultats de l'étude quantitative (figure 2) montrent que les quatre logiques de contribution dont nous avons fait l'hypothèse (H1) sont présentes pour la satisfaction des patients lors de séjour en chirurgie.

Figure 2. La contribution des éléments de service à la satisfaction des patients de Chirurgie

CHIRURGIE



Examinons les plus en détail.

Pour les patients de chirurgie, un seul élément est « basique », la prise en compte de la douleur. Cet élément était déjà basique dans l'étude de Merdinger-Rumper (2006) qui comportait un nombre de critères plus élevé. Une mauvaise évaluation de ce critère entraîne une forte insatisfaction, une bonne évaluation n'augmente pas fortement le niveau de satisfaction.

Parmi les éléments « clés », nous retrouvons, pour l'essentiel, des critères liés à l'équipe médico-soignante et à son comportement (écoute, disponibilité, clarté des informations données) ainsi que l'attention accordée aux proches.

On trouve dans les éléments « Plus » un grand nombre de facteurs liés à l'activité hôtelière de l'hôpital, comme la restauration, le confort, la propreté et le calme de la chambre et de critères

liés à l'information et la communication (l'écoute particulière des médecins, les informations de sortie).

Les éléments « Secondaires » sont des critères essentiellement administratifs liés à l'accueil (téléphonique, central) et l'admission dans le service.

Le tableau 1. souligne les critères qui jouent le plus sur l'insatisfaction du patient et ceux qui jouent le plus fortement sur sa satisfaction.

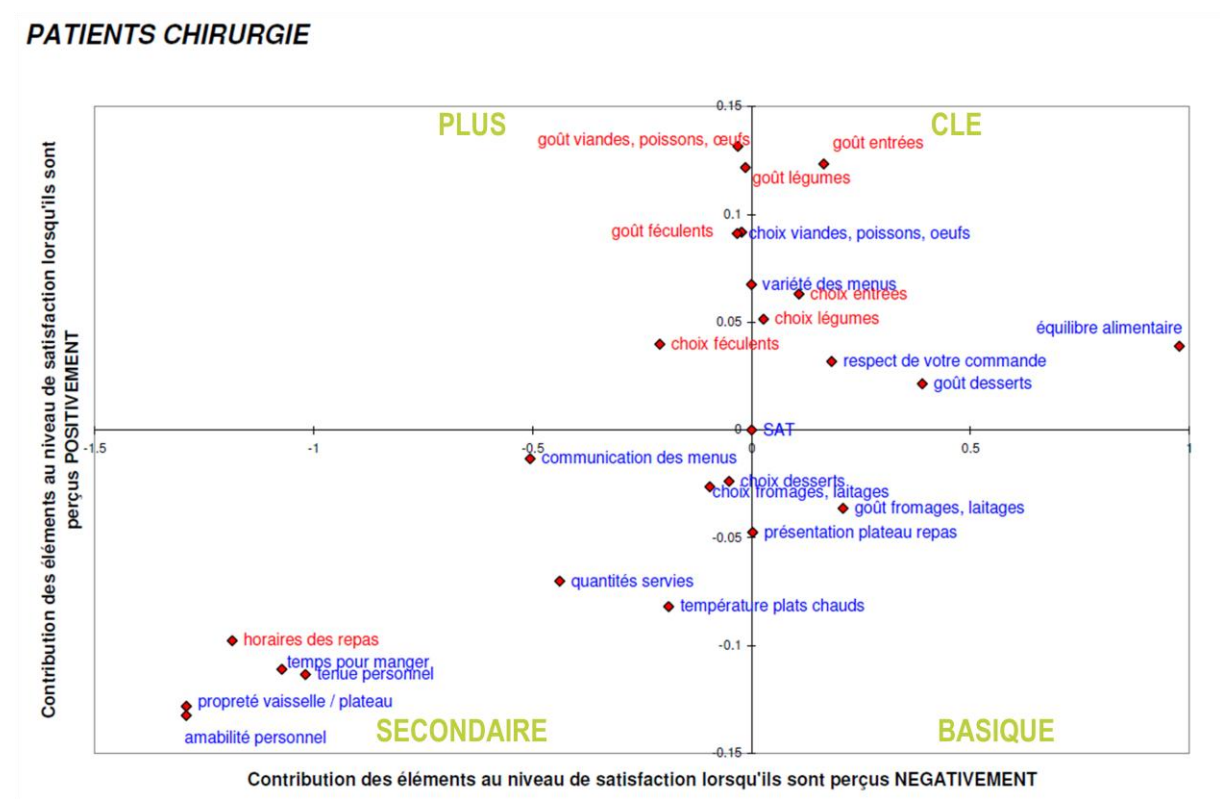
Tableau 1. Les critères qui jouent le plus fortement sur la satisfaction et l'insatisfaction des patients hospitalisés en Chirurgie

Critères influençant l' INSATISFACTION	Critères influençant la SATISFACTION
1. Ecoute et disponibilité de l'équipe de jour	1. Qualité des repas
2. Clarté des informations de l'équipe soignante	2. Confort de la chambre
3. Ecoute et disponibilité de l'équipe de nuit	3. Clarté des informations de l'équipe soignante
4. Prise en compte de la douleur	4. Clarté des informations de sortie
5. Attention réservée aux proches	5. Attention réservée aux proches

Concernant la restauration, la qualité des repas est de loin l'élément le plus dissymétrique, jouant fortement en positif, peu en négatif. Le service des repas est aussi un élément « Plus » ce qui confirme notre hypothèse H3. Cela signifie que dans une situation de non concurrence, l'investissement dans la restauration n'est pas une priorité à l'hôpital. Si, par contre, le service chirurgie est dans une situation concurrentielle et souhaite faire la différence par rapport aux autres, la restauration est l'élément le plus capable de générer une forte satisfaction. En d'autres termes, on s'attend à manger mal mais un repas de qualité est une excellente surprise. Il convient donc de mieux comprendre les facteurs qui assurent une évaluation de qualité à la restauration.

La figure 3 présente les résultats concernant l'activité restauration et confirme à nouveau l'existence de quatre modes de contribution à la satisfaction (H2).

Figure 3. La contribution des éléments de service à la satisfaction vis-à-vis de la restauration des patients de Chirurgie



On remarque que les éléments clés les plus déterminants dans la satisfaction du patient sont l'équilibre alimentaire du repas, le goût, le choix et le respect de la commande. Les critères d'insatisfaction sont essentiellement liés au goût et au choix. Il est donc primordial de revenir aux fondamentaux. Le goût et le choix (ou l'impression de choix) sont extrêmement valorisés par les patients et une réflexion doit être entreprise par les sociétés de restauration pour être encore plus innovantes (nouveaux procédés, plus grande participation du patient ou de ses proches). D'un autre côté, on peut se demander si la pression sur les prix mise par l'hôpital privé sur ses sous-traitants ne devient pas déraisonnable si l'on souhaite vraiment un repas de qualité. C'est un arbitrage à réaliser.

Il peut être signalé que d'un segment à l'autre, les cartes restent stables sur le caractère déterminant du choix, de la variété et du goût mais évoluent fortement sur d'autres critères.

Ainsi, un personnel peu aimable est relativement peu influant sur la satisfaction d'un patient de chirurgie, alors qu'il contribuera fortement à l'insatisfaction d'une patiente de maternité.

Il est aussi remarquable de voir que les horaires des repas sont pour tous les segments secondaires, le changement des horaires des repas, si difficile à mettre en œuvre n'étant donc pas une priorité. Si l'entreprise s'était limitée à une analyse du pourcentage de clients satisfaits (faible pour l'élément « horaire des repas »), sans cette carte tétraclasse de contribution, elle aurait pu partir une piste d'amélioration couteuse et, en définitive, peu effective.

CONCLUSION

Cet article a permis de mieux comprendre la satisfaction du patient de chirurgie, le rôle du repas et les critères jouant sur l'évaluation de ce dernier. Il n'a été possible que grâce à une véritable coopération et un échange de données entre deux entreprises ayant des relations étroites.

Nos résultats vérifient la coexistence d'éléments à contribution variable, dont le poids dans la satisfaction dépend de leur niveau de performance, et d'autres à contribution fixe.

Il permet aux dirigeants d'y voir plus clair sur leur priorité d'actions. Ils devront chercher à maintenir un niveau acceptable de performance sur les éléments « Basiques », c'est la moindre des choses pour le patient. De bonnes performances sur les éléments « Clés » et « Plus » sont nécessaires pour engendrer la satisfaction du client et peuvent constituer des critères de différenciation. Les éléments « Clés » sont à travailler en priorité ; ensuite, les « Plus » permettent de créer la surprise par leur bonne performance et poussent le niveau de satisfaction globale du patient vers le haut. Par ailleurs, investir pour améliorer la performance des éléments « Secondaires » n'est pas prioritaire.

Au delà de l'attention portée au malade et à ses proches, de l'écoute et la disponibilité de l'équipe soignante, l'étude souligne le rôle majeur des critères hôteliers comme éléments de différenciation. La restauration est particulièrement source de satisfaction et le poids du goût et du choix sont prépondérants par rapport à d'autres critères tels que les horaires des repas.

Les apports de cette recherche peuvent cependant être modérés par un certain nombre de limites, qui ouvrent des voies de recherches futures. Tout d'abord, soulignons que le manque de validité convergente entre les méthodes à poids fluctuants reste entier même si les méthodes les plus performantes (utilisation de l'analyse factorielle des correspondances (Llosa, 1997) ou régression sur variables muettes (Ting et Chen 2002 par exemple) sont proches (Ray et Gotteland, 2005). La principale limite porte sur les pondérations des éléments : elles sont calculées à partir d'une synthèse des réponses de l'échantillon. Les différences entre clients sont donc éliminées. Or, ce qui est « basique » pour un client peut être « clé » pour un autre. Il faut donc travailler par segment stratégique de client et, au delà des quatre segments étudiés, il serait intéressant d'expliquer les variations dans les cartes de contribution par des variables individuelles ou situationnelles. Les différences selon la durée de séjour, l'âge du patient, et sa pathologie sont à approfondir. Il serait également intéressant de comparer les critères de satisfaction du patient à ceux des accompagnants. Une autre limite porte sur le choix des critères de satisfaction. Etaient-ils exhaustifs, ne faudrait-il pas les détailler ? Un effort pourrait être réalisé dans ce domaine à l'avenir. Enfin, il sera souhaitable de répliquer cette étude à intervalles réguliers, pour connaître, dans l'esprit du patient, l'évolution de ses priorités en matière de satisfaction.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson E.W., Fornell C. et Lehman D.R. (1994), Customer satisfaction, market share, and profitability : findings from sweden, *Journal of Marketing*, 58, 3, 53-66.

Audrain A.F. et Evrard Y. (2001), Satisfaction des consommateurs : précisions conceptuelles, *Actes du 17^{ème} congrès de l'Association Française du Marketing*, éd. J. Brée, Deauville, CD-ROM.

Bartikowski B. et Llosa S. (2001), De la théorie du poids fluctuant des éléments dans la satisfaction à la mesure. Comparaison empirique de quatre méthodes, *Actes du 17ème congrès de l'Association Française du Marketing*, éd. J. Brée, Deauville, CD-ROM.

Bodet, G. (2009). An investigation of the influence of consumer value on service elements' contributions to satisfaction. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 17(3), 205-228.

Brandt R.D. (1988), How service marketers can identify value-enhancing service elements, *The Journal of Services Marketing*, 2, 3, 35-41.

Brandt R.D. (1998), Attribute life cycle analysis – alternatives to the Kano method, *Actes de la conférence de l'ESOMAR*, 171-183.

Cheung, C. M. K., & Lee, M. K. O. (2004). The Asymmetric Effect of Web Site Attribute Performance on Web Satisfaction: An Empirical Study. *e-Service Journal*, 3(3), 65-86.

Clerfeuille F., Poubanne Y. (2002) Contribution des éléments de satisfaction à la satisfaction, l'engagement et aux parts d'achats du consommateur : une étude exploratoire à partir du modèle tétraclasse. *Actes du 18ème Congrès de l'Association Française de Marketing*, Lille.

Evrard Y. (1993), La satisfaction des consommateurs : état des recherches, *Revue Française de Marketing*, 144-145, 4-5, 53-65.

Herzberg J., Mausner B. et Snyderman B. (1959), *The motivation to works*, New York, John Wiley and Sons.

Heskett J.L., Jones T.O., Loveman G.W., Sasser W.E. et Schlesinger L.A. (1994), Putting the service-profit chain to work, *Harvard Business Review*, 72, 2, 164-174.

Howard J.A. et Sheth J.N.S. (1969), *The theory of buyer behavior*, New York, John Wiley.

Hunter J.E. (2001), The desperate need for replications, *Journal of Consumer Research*, 28, 1, 149-158.

Jones T.O. et Sasser W.E. (1995), Why Satisfied Customers Defect, *Harvard Business Review*, 73, 6, 88-99.

Kano N., Seraku N., Takahashi F. et Tsuji S. (1984), Myrioku-teki Hinshitu to Atari-mae Hinshitu (Attractive quality and must-be quality), Hinshitu Quality, *the Journal of the*

Japanese Society for Quality Control, 14, 7, 39-48, version traduite dans : J.D. Hroni (1996), *The best on quality*, International Academy for Quality, 7, Milwaukee, WI : The Quality Press.

Léo, P.-yves, & Philippe, J. (2003). Positionnement concurrentiel des zones commerciales et satisfaction du consommateur. *Recherche et applications en marketing*, 18, 3, 45-63.

Lichtlé M.C., Plichon V. et Llosa S. (2001), La contribution des éléments d'une grande surface alimentaire à la satisfaction du client : l'influence des critères logistiques, des facteurs d'atmosphère et des services, *Actes du 17ème congrès de l'Association Française du Marketing*, éd. J. Brée, Deauville, CD-ROM.

Llosa S. (1997), L'analyse de la contribution des éléments de service à la satisfaction : un modèle Tétraclasses, *Décisions Marketing*, 10, 81-88.

Maddox R.N. (1981), Two factors theory and consumer satisfaction : replication and extension, *Journal of Consumer Research*, 8, 1, 97-102.

Merdinger- Rumpler (2009). Contribution des éléments de service à la satisfaction du patient hospitalisé : une application du modèle tétraclasses, *Décisions Marketing* 53.

Mittal, V., Ross, W. T., & Baldasare, P. M. (1998). The Asymmetric Impact of Negative and Positive Attribute-Level Performance on Overall Satisfaction and Repurchase Intentions. *Journal of Marketing*, 62(1), 33.

Ngobo P.V. (1998), Les standards de comparaison et la gestion de la satisfaction de la clientèle, *Décisions Marketing*, 13, 57-66.

Nicosia F. (1971), *Processus de décision du consommateur*, Paris, Dunod, Englewood-Cliffs, Prentice Hall.

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

Oliver R.L. et Swan J.E. (1989a), Equity and Disconfirmation Perceptions as influence on merchant and product satisfaction, *Journal of Consumer Research*, 16, 3, 372-383.

Oliver R.L. et Swan J.E. (1989b), Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions : a field survey approach, *Journal of Marketing*, 53, 2, 21-35.

Patterson P.G., Johnson L.W. et Spreng R.A. (1997), Modeling the determinants of customer satisfaction for business to business professional services, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25, 1, 4-17.

Plichon V. (1999), Analyse de l'influence de la satisfaction des états affectifs sur le processus de satisfaction dans la grande distribution, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Bourgogne.

Ray, D., & Gotteland, D. (2005) Mesurer l'asymétrie des impacts des attributs sur la satisfaction : comparaison de la validité convergente de cinq méthodes. *Recherche et applications en marketing*, 20, 1-20.

Robinot, E., & Giannelloni, J.-L. (2010). Do hotels' "green" attributes contribute to customer satisfaction? *Journal of Services Marketing*, 24(2), 157-169.

Rust R.T., Zahorik A.J. et Keiningham T.L. (1995), Return on quality (ROQ) : making service quality financially accountable, *Journal of Marketing*, 59, 2, 58-70.

Silvestro R. et Johnston R. (1992), The determinants of service quality : hygiene and enhancing factors, *Quality in Services Conferences*, The Business Research Institute at John's University, New York.

Smith W., Weatherly K. et Tansik D. (1992), A customer based service quality study : use of the sorting/cluster analysis methodology, 2^{ème} *Séminaire International de Recherche en Management des Activités de Service*, La Londe les Maures.

Swan J.E. et Combs L.J. (1976), Product performance and consumer satisfaction : a new concept, *Journal of Marketing*, 40, 2, 25-33.

Ting, S.-C., & Chen, C.-N. (2002). The asymmetrical and non-linear effects of store quality attributes on customer satisfaction. *Total Quality Management & Business Excellence*, 13(4), 547-569.

Westbrook R.A. (1987), Product/consumption-based affective responses and post purchase processes, *Journal of Marketing Research*, 24, 3, 258-270.

Woodruff R.B., Cadotte. B.E. et Jenkins R.L. (1983), Modeling consumer satisfaction processes using experience-based norms, *Journal of Marketing Research*, 20, 3, 296-304.