

**L'influence de la Qualité Perçue sur la Satisfaction et la Confiance des Clients : Test et  
Validation Empirique**

**The Impact of Perceived Quality on Customer Satisfaction and Trust: Test and  
Empirical Validation**

Pr. BENACHENHOU Sidi Mohammed  
Université Tlemcen, Algérie  
[benach\\_med@yahoo.fr](mailto:benach_med@yahoo.fr)

Dr. KESSAS Zakia  
Université Mostaghanem, Algérie  
[z.kessas@yahoo.fr](mailto:z.kessas@yahoo.fr)

Pr. BENHABIB Abderrezak  
Université Tlemcen, Algérie  
[abenhbab1@yahoo.fr](mailto:abenhbab1@yahoo.fr)

Date de soumission : 22/09/2017

Date d'acceptance : 13/04/2019

Date de publication : 31/12/2019

**Résumé:**

L'objectif de cette recherche est d'étudier l'impact de la qualité perçue d'un service sur la satisfaction et la confiance des clients, en mettant en lumière les conditions de cette influence. À cette fin, une étude empirique a été réalisée auprès de 150 patients d'une Clinique privée. Il en ressort que les perceptions des patients en matière de la qualité technique et non technique jouent un rôle non négligeable dans la perception de la qualité du service offert par la clinique. En outre, ces perceptions contribueront de façon directe et indirecte à la formation de la confiance des patients envers cette dernière, via leur impact sur la satisfaction de ces patients.

- **Mots-clés :** Qualité perçue ; Satisfaction ; Confiance et Méthode des équations structurelles.
- **Codes de classification Jel :** M31, C52

**Abstract:**

The aim of this research is to study the effect of perceived service quality on customer satisfaction and trust, by highlighting the conditions of this influence. To this end, an empirical study was conducted with 150 patients from a private clinic. It appears that patients' perceptions of technical and non-technical quality play a significant role in the perception of service quality offered by the clinic. In addition, these perceptions will contribute directly and indirectly to the formation of patient trust, through their impact on the satisfaction of these patients.

- **Keywords:** Perceived quality; Satisfaction; Trust; and Structural equation modelling.
- **Jel Classification Codes :** C52, M31

---

Auteur correspondant : Pr. BENACHENHOU Sidi Mohammed . Email : [benach\\_med@yahoo.fr](mailto:benach_med@yahoo.fr)

## **I- Introduction:**

Dans un contexte de globalisation des marchés et de concurrence, les entreprises cherchent de plus en plus à établir des relations privilégiées avec leurs clientèles. Déjà en 1980, B. Schneider écrivait : « *Ce qui est étonnant c'est que les chercheurs et les hommes d'affaires se sont concentrés bien plus sur la façon d'attirer les clients vers les produits et les services plutôt que dans la façon de retenir les clients* ». Traditionnellement, les entreprises s'interrogeaient sur les relations entre services et clients dans une optique transactionnelle, négligeant les aspects relationnels dans leurs comportements. Progressivement, ces entreprises se sont orientées vers un marketing relationnel, visant à établir et maintenir avec leurs clients des relations à long terme (Morgan & Hunt, 1994). En fait, Reichheld (1996) a montré que « *Ça coûte cinq fois plus pour attirer de nouveaux clients que de fidéliser les clients existants, et cela, on le trouvera beaucoup plus dans le secteur des services* » (Reichheld & Teal, 1996). C'est pour cette raison que la plupart des recherches traitant de relations durables, mettent plus l'accent sur l'importance de préserver les clients actuels que de reconquérir d'autres. Le marketing relationnel constitue désormais un élément important de la stratégie marketing des entreprises. Ce terme est apparu pour la première fois en 1983 dans les actes de la conférence sur le marketing des services (Berry, 1995). Les spécialistes du marketing des services tels Berry, (1984) ; Parasuraman *et al.*, (1985) que reconnaissent aujourd'hui l'importance de conserver les consommateurs sur le long terme (Georges & Decock, 2004). C'est l'apport des courants sociologique et psychologique qui a permis, dans les années quatre-vingt, de redéfinir le concept d'échange entre un vendeur et un consommateur (client) en intégrant à la transaction des aspects intangibles, sociaux et symboliques (Bergada et Darmon, 1996, (Gatfaoui, 2001). Dans le courant psychologique, le client commence à développer un sentiment de confort et de sécurité. On parle alors du développement progressif des sentiments affectifs notamment la confiance vis-à-vis de l'offreur de service. Dans le domaine du marketing relationnel, Plusieurs études ont été menées par, Morgan et hunt (1994), Sirieix et Dubois, (1999) ; (Gurviez, 1999); (Frisou, 2000). Cependant, toutes ces études privilégient la confiance dans la marque de service, qui constitue l'un des éléments de la relation entre le consommateur et les services<sup>8</sup>. Il est donc intéressant de s'interroger non seulement sur l'importance accordée à la confiance en la marque de service, mais aussi sur ce que signifie le concept de la confiance pour les consommateurs.

Ainsi, *l'objectif* de cette recherche est de déterminer les facteurs qui influent sur la confiance du consommateur vis-à-vis d'un service; notre démarche ne vise pas à découvrir des variables nouvelles, mais de proposer plutôt une tentative d'amélioration des travaux existants. En premier lieu, au cours des vingt dernières années, une grande attention a été donnée aux concepts qui influent sur la confiance des consommateurs. Nous constatons que la qualité perçue a été étudiée par Zeithaml et Oliver (1988-1990), et Parissier (2002); la valeur a été abordée par Lai (1995), Holbrook (1999), Aurier et al (1998-2000) et Parissier (2002); la satisfaction a été étudiée par Morgan et Hunt (1994), en plus de ce groupe de chercheurs, Zaheer et al (1998) Johnson et Garbarino (1999), Vanhamme (2002), Moorman, Spencer et Roehrich (2004) ont consacré leurs recherches sur l'étude de la confiance. Par conséquent, *l'intérêt* de cette étude est de tester empiriquement un modèle de la qualité perçue du service, de la satisfaction du client, et la confiance dans la marque de service. Dans le contexte algérien, il est nécessaire d'identifier l'effet indirect de la qualité perçue du service sur la

confiance des clients envers une marque. Compte tenu du rôle de la contribution de ces concepts dans la formation de la confiance du consommateur, nous avons créé notre modèle théorique, qui exprime un ensemble des relations de causalité qui existent entre ces concepts. En second lieu, Nous mettrons en relation ces composantes avec la confiance afin d'en apprécier les influences respectives.

Donc, dans ce contexte, *la problématique* de cet article consiste à identifier et analyser les composantes qui influencent la confiance du consommateur de service vis-à-vis d'une marque. Nous examinerons ces relations à travers une étude empirique réalisée sur un échantillon de 150 patients d'une clinique privée.

## **II- Revue de littérature des études antérieures :**

### **II .1 Les approches conceptuelles de la confiance**

Smith et Barclay (1997) ont signalé et caractérisé deux approches prépondérantes dans la littérature (Smith & Barclay, 1997): Dans la première, la confiance est assimilée à une attente cognitive ou un sentiment affectif (une variable psychologique), alors que dans la seconde, elle y apparaît comme un comportement de prise de risque ou comme une intention de s'engager dans un tel comportement, (volonté de compter sur le partenaire, comportements confiants) (Chouk, 2005).

#### **II.1.1 L'approche psychologique**

Cette approche appréhende la confiance comme un état psychologique qui exclut les dimensions d'ordre conatif. Dans cette optique Gurvriez et Korchia, (2002), soulignent que la confiance est appréhendée comme un état psychologique en amont de l'intention de comportement qui pourrait se traduire par une présomption (Bidault et Jarillo, 1995), une attente (Sirdeshmukh, Singh et Sabol, 2002, Graf *et al*, 1999) ou encore par une croyance vis-à-vis du partenaire de l'échange (Sirieix et Dubois, 1999 ; Ganesan, 1994, Anderson et Narus, 1990 Anaderson et Weitz, 1989 ; (Gurvriez & Korchia, 2002). Malgré la diversité de conceptualisation de la notion de confiance, les auteurs s'accordent à dire, au-delà de leurs divergences, qu'elle se fonde, non seulement, sur des éléments affectifs telle que la bienveillance, mais aussi cognitifs telle que la crédibilité.

#### **II.1.2 L'approche comportementale**

Graf *et al*, (1999) soulignent que, la confiance est considérée comme un indicateur du comportement futur (Graf, Perrien, Ricard, & Landry, 1999). Cette deuxième approche privilégie une conception exclusivement conative du concept dans la mesure où selon Deutsch, (1962) elle appréhende la confiance, soit comme des actions qui induisent des comportements confiants (Smith. et Barclay, 1997), soit comme l'ont indiqué Mayer, Davis et Schoorman, (1995) « *Une intention comportementale se traduit par la volonté d'être vulnérable* » (Mayer, Davis, & Schoorman, 1995), ou encore comme l'ont suggéré Moorman, Deshpandé et Zaltman, (1992), ainsi que Chaudhuri et Holbrook, (2001), « *Par la volonté de compter sur le partenaire de l'échange* ». Bien qu'elle soit définie d'une façon différente, cette volonté sous-tend toujours l'incertitude et la vulnérabilité, « *sans vulnérabilité, la confiance n'est pas nécessaire* » (Chaudhuri & Holbrook, 2001). Les deux approches conceptuelles de la confiance étant identifiées, nous nous focaliserons dans ce qui suit sur les définitions de différentes composantes qui influent sur la confiance du consommateur.

## II.2 Les antécédents relationnels de la confiance des consommateurs

Les travaux sur la qualité perçue d'un service par les consommateurs, la satisfaction et la confiance des consommateurs envers une marque ou un prestataire de service, participent à une meilleure compréhension des relations établies entre les marques de service et leurs clients. Selon Morgan et Hunt (1994), C'est l'existence d'une série d'expériences et de rencontres positives qui renforce la confiance et l'engagement des partenaires (Fournisseur / client) (Morgan & Hunt, 1994). Il convient par ailleurs de noter l'importance des promesses. Dans le cadre de relations fournisseur-client, la qualité des relations dépend des promesses faites par le fournisseur qui rend la satisfaction possible et qui tient sa promesse (Berry, 1995). Dans le cadre des produits de grande consommation, le partenaire n'apparaît que sous l'aspect de la marque ; la confiance dont le partenaire se confond alors avec la confiance dans la marque. Dans le cadre des services, la situation est plus complexe dans la mesure où la confiance peut être liée à la fois à la marque et à l'expérience même du service avec un partenaire. Avant d'étudier cette relation, Nous allons présenter chaque construit.

### II.2.1 La qualité globale perçue d'un service

Pour Parasuraman, Zeithaml et Berry, la question de la qualité du service porte exclusivement sur le concept même de qualité (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988). Ces auteurs, ont développé l'échelle SERVQUAL, qui permet d'estimer dans quelle mesure les attentes du client sont confirmées lors de l'interaction de service (Georges & Decock, 2004). D'après ces auteurs, la qualité d'un service tient nécessairement à un jugement global du client sur le service reçu. Selon Zeithaml (1988), la qualité perçue désigne « *le jugement du consommateur porté sur l'excellence ou la supériorité globale de l'utilité d'un service établi sur la base des perceptions concernant ce qui est donné et ce qui est reçu* » (Aurier, .Y, & G, 2000). Parasuraman et al. (1988) définissent la qualité perçue d'un service comme « *La différence entre le service réellement perçu et le service initialement attendu* » (Georges & Decock, 2004). D'après ces définitions la qualité perçue d'un service est donc le résultat d'une comparaison qui s'établit entre les bénéfices perçus et les sacrifices consentis par le consommateur, et le résultat de cette comparaison détermine l'importance de la qualité perçue d'un service.

### II.2.2 La Satisfaction du consommateur

Selon la théorie de la dis-confirmation des attentes (Oliver, 1980 ; Oliver, 1993), il y a satisfaction du client quand la performance réelle de la marque dépasse et/ou confirme l'attente du client avant l'achat et /ou consommation de cette marque (Yi et La, 2004 ; (Benachenhou & Benhabib, 2013). La satisfaction est la réponse du consommateur à l'évaluation de l'écart perçu entre les attentes antérieures et de la performance actuelle (Vanhamme, 2002), avec des attentes considérées comme des prédictions sur ce qui sera probablement produit dans l'avenir (Parasuraman et al. 1988 ; (Linda-Ueltschy, Laroche, Zhang, Cho, & Yingwei, 2009). Cependant, cette approche transactionnelle et cognitive, fondée sur un seul standard de comparaison (les attentes initiales) ne permet pas de traduire dans son intégralité la formation de la satisfaction. Une seconde approche consiste alors à envisager la satisfaction comme un processus post-achat à travers lequel le consommateur évalue la performance d'un produit ou service (un état principalement affectif) après la consommation (Georges & Decock, 2004). Cet état résulte soit directement de l'évaluation

subjective de la qualité, soit d'une fonction soustractive, avec une référence à un standard de comparaison.

### **III- Modèle théorique et hypothèses de recherche:**

Notre cadre conceptuel intègre les récentes contributions ayant remis en question la part centrale que jouent la qualité perçue et la satisfaction dans la formation de la confiance. Nous proposons de tester les liens qui existent entre ces différents concepts sur la base du modèle théorique suivant : (figure.1).

#### **III.1 Liens entre qualité technique, non technique et la qualité perçue par le client**

Dans le domaine des services hospitaliers, 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. Les résultats de cette étude partent du principe que la probabilité d'obtenir une bonne qualité des soins est garantie par la délivrance de soins d'une meilleure qualité technique et non 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 (Georges & Decock, 2004). Selon Barthelemy (2008), Pendant la durée de l'hospitalisation, l'ensemble du personnel médical, paramédical, médico-technique, logistique, technique et administratif sera présent pour assurer une meilleure condition de soins et de séjours (Vilcot & Leclot, 2006). La qualité des soins dépend donc d'une part des caractéristiques techniques et d'autre part des caractéristiques non techniques. La qualité technique est liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement du producteur de soins, (diagnostic, intervention chirurgicale, soins infirmier, prise en charge des douleurs et des complications, et Plateau technique médical). Ces dernières permettront d'obtenir une adéquation des soins au cas identifié. Le développement des connaissances scientifiques et des compétences techniques ne suffit pas pour assurer une bonne qualité perçue d'un service hospitalier : la dérive technologique et la déshumanisation de la médecine, maintes fois dénoncées ces dernières années (notamment lors du débat sur la réforme des études médicales), en sont les témoins. Les capacités relationnelles du médecin ou du soignant sont capitales et intègrent différents éléments comme l'écoute, le tact, l'empathie, la sensibilité, la confidentialité, le cadre dans lequel se réalise le soin ... etc. Il y a aussi l'information du patient sur sa maladie et la prise en charge proposée. Ce dernier point sous-tend la possibilité de choix éclairés pour le patient. La qualité non technique englobe donc les qualités relationnelles des soignants ainsi que les qualités environnementales de l'établissement, tels que, la disponibilité des personnels médicaux et paramédicaux, relation soignant/patients, La propreté de l'endroit et des personnels, le calme, le confort, les repas. Les deux hypothèses suivantes peuvent donc être formulées

**H<sub>1,1</sub>:** *La qualité technique influence positivement la qualité perçue par le consommateur*

**H<sub>1,2</sub>:** *il y a un effet positif de la qualité non technique sur la qualité perçue par le consommateur.*

#### **III.2 Lien entre qualité perçue et satisfaction du client**

Lors de l'expérience de consommation, la qualité perçue ou la comparaison qualité attendue-qualité perçue, détermine le niveau de satisfaction liée à l'expérience (Vanhamme, 2002). Selon Olshavsky (1985) le consommateur devrait inférer la qualité d'un service à

partir de ses attributs spécifiques (prix, temps, efforts et recherche d'informations, etc.), dans ce cadre, la qualité est donc considérée comme un antécédent de la satisfaction ; cette dernière ayant un caractère relatif car elle est fonction des performances reçues de la consommation, mais aussi des performances attendues. Comme pour l'attitude, la qualité de service est l'évaluation à long terme réalisée par le consommateur alors que la satisfaction est spécifique à une transaction. La relation entre qualité de service et satisfaction est controversée par deux courants de pensées : Parasuraman, Zeithaml et Berry (1985) suggèrent que la qualité de service est un antécédent de la satisfaction, alors que Bitner (1990), Bolton et Drew (1991), suggèrent l'inverse (Barthelemy, 2008). Un troisième point évoqué par les auteurs est l'effet d'expérience (vs première expérience) dans la formation de la perception de la qualité de service. Les travaux d'Oliver (1980), Mazis, Ahtola et Klippel (1975) indiquent que les dimensions de la performance font essentiellement appel à l'aspect behavioriste expérientiel du consommateur. La plupart des recherches s'appuient sur le paradigme de non-confirmation de Oliver (1980): si la qualité perçue est conforme aux attentes, il n'y a ni satisfaction, ni insatisfaction ; si la qualité perçue ne répond pas aux attentes du consommateur, la déception entraîne une confirmation négative (non-confirmation) et l'insatisfaction du consommateur ; dans le cas contraire, il y a confirmation positive et satisfaction du consommateur (Vanhamme, 2002). Cela suggère donc de ne retenir que l'évaluation de la performance (Nguyen, El Bouchikhi, & Maubisson, 2006). La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité perçue des soins et un indicateur intéressant pour mettre en évidence et corriger certains dysfonctionnements des établissements de soins. Le cumul des expériences, et des évaluations liées à ces expériences (l'état subjectif), modifie la satisfaction globale, qui peut être définie comme « *la réponse à l'évaluation de ces expériences* » (Westbrook, 1981). Nous formulons donc l'hypothèse suivante :

**H<sub>2</sub>:** *IL existe un lien de causalité entre la qualité globale perçue et la satisfaction du consommateur.*

### **III.3 Lien entre Satisfaction et confiance du client**

Dans une perspective transactionnelle, la satisfaction du client, apparaît comme une des conséquences de la qualité perçue d'un service qui résulte du choix et de la consommation du service (Aurier, Benavent, & N'goala, 2005). Dans une perspective relationnelle (post-achat), la satisfaction apparaît comme une réponse émotionnelle consécutive à une expérience de consommation d'un service, et suppose un processus de confrontation de la performance perçue d'un objet à un certain nombre de standards de comparaison : attentes, désir, minimum tolérable, norme d'équité, normes basées sur l'expérience avec la catégorie de l'objet ou la marque (Oliver, 1997) (Vanhamme, 2002). A travers des renforcements positifs, la satisfaction conforte la confiance du consommateur envers la marque d'un service et cela a été confirmé par plusieurs chercheurs tels que : Morgan et Hunt (1994) Vanhamme (2000, 2004), Aurier et autres (2000, 2005). Comme on le constate, la confiance du consommateur envers une marque se forme lorsque ce premier sent que celle-ci est adéquate avec ses attentes et satisfait ses besoins. La confiance tient donc du respect de certaines normes par la marque des services et cela se confirme par la satisfaction. Selon Crosby et al (1990), confiance et satisfaction constituent les deux dimensions de la relation entre le client et le prestataire de services. La satisfaction correspond à un état principalement affectif résultant d'une ou de plusieurs expériences de consommation, alors que la confiance correspond à un ensemble de

croiances dont l'existence est indépendante de toute expérience préalable (Sirieix et Dubois, 1999). Les relations entre satisfaction et confiance sont complexes. Selon Siereix et Dubois (1999), On peut considérer la satisfaction à la fois comme un élément de résultat et de renforcement de la confiance. Dans notre contexte théorique, la répétition d'expériences et d'interactions satisfaisantes, pourrait bien constituer un déterminant majeur de la confiance du client envers son prestataire de service. En ce sens, nous rejoignons Geyskens et al (1999), et George et Decock Good (2004), pour qui la satisfaction est un déterminant de la confiance. D'où l'hypothèse suivante :

**H<sub>3</sub>:** *Il existe une relation positive entre la satisfaction et la confiance du consommateur.*

#### **IV- Méthodes et outils de la recherche:**

Le test de la validation des hypothèses de recherche nous conduit à adopter une méthode de recherche qui permet de mieux exploiter les données collectées. Cela n'est pertinent qu'avec le choix de l'échantillon, les échelles de mesures nécessaires et le traitement du questionnaire. Les résultats obtenus seront analysés d'une manière permettant d'éclairer l'affirmation ou la négation des hypothèses.

##### **IV.1 Collecte de données**

Notre étude a été réalisée auprès d'un échantillon constitué de 150 patients dont 66.66% ont entre 20 et 40 ans dans une clinique privée de la ville de Mostaganem (Algérie). La construction de l'échantillon a été une des étapes clés de la recherche. Il a été décidé que l'instrument de collecte de données soit un questionnaire à remplir par les patients de cette clinique. 150 patients ont répondu à notre questionnaire, 60 hommes (40%), et 90 femmes (60%). (Voir le tableau.1).

##### **IV.2 Echelle de mesure et analyse exploratoire**

###### **IV.2.1 Questionnaire et échelles de mesure**

Le recueil des données s'est effectué par questionnaires auto-administrés, L'administration de ce dernier a eu lieu au mois d'avril 2015. L'objectif recherché est de tester empiriquement les échelles adoptées et de comparer leurs qualités psychométriques afin de déceler lesquelles garderont leurs structures factorielles postulées par la théorie. Le questionnaire qui a but de mesurer les variables latentes constituant notre modèle théorique, est composé de deux parties, la première couvre les cinq variables nominales (signalétiques) suivantes : la qualité perçue (QUALP), la qualité perçue technique (QUALT), la qualité perçue non technique (QUALNT), Satisfaction (SATIS), et Confiance (CONF). La deuxième est composée des items qui constituent les variables de mesure. La répartition des items est présentée dans le tableau.2. A travers ce questionnaire nous avons demandé aux répondants de donner leurs avis sur une clinique privée dans la ville de Mostaganem (Algérie) et de préciser leur degré d'accord ou désaccord sur une échelle de Likert à 5 points.

###### **IV.2.2 L'analyse exploratoire**

Le test de la fiabilité des échelles permet de déterminer statistiquement quels paramètres devraient être libérés pour améliorer sensiblement le degré d'ajustement du modèle de mesure. Donc une première phase exploratoire a consisté à réaliser plusieurs analyses factorielles en facteurs communs et spécifiques en utilisant le logiciel SPSS.15. Cela signifie que de la variance des indicateurs spécifiés dans le modèle est expliquée par les construits. Le tableau.2

indique les résultats de la dernière analyse factorielle avec rotation orthogonale varimax, ainsi que l'alpha de Cronbach mesurant leur consistance interne (Le seuil admis par les chercheurs pour conclure qu'une échelle est fiable ou non est de 0,70), et représente les échelles de mesure dégagées pour chaque construit. Les niveaux de variance expliquée des construits présentés dans le tableau 2, doivent être supérieurs ou égaux à 50%. Les résultats montrent que les dimensions étudiées sont relativement distinctes les unes des autres ; chacune d'elles s'appropriant un construit spécifique. Les résultats de cette analyse qui se sont avérés encourageants, en termes de test de consistance interne (KMO, Bartlett's, et l'alpha de Cronbach), nous ont permis de déterminer les items à retenir.

### **IV.3 Analyse Factorielle Confirmatoire**

Pour tester notre modèle théorique, nous avons utilisé une analyse factorielle confirmatoire par le biais de la méthode d'équations structurelles. Nous avons suivi la démarche de « développement de modèle » utilisé par (Hair et *al*, 1998 ; Raykov et Marcoulides, 2000, Roussel et al, 2002) : élaboration des modèles structurels et de mesures (en intégrant les variables observables de chacun des construits de la figure), sélection de la méthode d'estimation (GLS), sélection des indices d'ajustement (Chi-deux sur degrés de liberté, RMSEA, GFI), validation des construits (modèle de mesure) et validation du modèle structurel. Tous les traitements ont été effectués avec le logiciel Statistica 8. L'objectif de cette validation est la vérification de l'unidimensionnalité, de la fiabilité et des contributions factorielles des construits au moyen de l'analyse factorielle confirmatoire. Les résultats obtenus de l'ajustement du modèle de mesure sont résumés dans le tableau 3. Notons que des tests séquentiels de différence de chi-deux ont été réalisés afin de vérifier la validité discriminante de chaque variable, ainsi que le degré de liberté.

#### **IV.3.1 Évaluations de l'ajustement du modèle**

Les données de l'échantillon n'étant pas multi-normales et l'analyse portant sur des corrélations, doivent être considérées plus comme une mesure de l'ajustement que comme le résultat d'une épreuve de signification. Les indices d'ajustement sont globalement bons, qu'il s'agisse des statistiques classiques calculées sur les valeurs de l'échantillon (GFI, AGFI, CFI, NFI, RMR) ou encore des indices d'ajustement du modèle estimés sur la population (Population Gamma Index (PGI), Ajustement Population Gamma Index (APGI), et RMSEA). Ces indicateurs nous permettent seulement d'évaluer la qualité du modèle dans l'absolu et ne stipulent en aucun cas le rejet du modèle. Les résultats de ces valeurs permettent de confirmer que l'ajustement est bon, et qu'il y'a une proximité entre les valeurs estimées et celles observées empiriquement (voir tableau 3, et 4). Ainsi nous pouvons affirmer que les construits étudiés du modèle de mesure présentent des résultats acceptables.

#### **IV.3.2 La contribution factorielle des échelles de mesure**

La contribution factorielle  $\lambda$  permet de mesurer le poids factoriel des variables manifestes (les indicateurs ou items) sur les variable latentes (du modèle théorique), ainsi statistiquement le test T de student doit être supérieur à 1,96 au niveau de signification de 5% pour chaque contribution factorielle des indicateurs attachés à un construit afin de vérifier le rapport positif entre eux. Les contributions de chaque item sont autour de 0.5. Les résultats de  $\lambda$  donc sont satisfaisants et significatifs, puisque le T de student est supérieur à 1.96 au



niveau de signification de 5%, vérifiant ainsi la signification du lien de chaque indicateur à son construit (variable latente).

### **IV.3.3 Corrélations entre les variables du modèle**

Un dernier critère de qualité d'ajustement est examiné, celui des corrélations entre les variables latentes. Les résultats présentés dans les tableaux 5, et 6, montrent que toutes les corrélations entre les variables latentes sont nettement bonnes et significatives. Elles s'établissent à des niveaux élevés, de 0.628 à 0.951, pour toutes les variables, sauf la corrélation entre la qualité non technique avec la qualité perçue qui est 0.458. Les résultats présentés dans les tableaux 5 et 6 sont significatifs puisque le T de student est supérieur à 1,96. Les hypothèses sont donc toutes significatives.

### **IV.4. Résultats et modélisation des équations structurelles**

Pour tester les hypothèses, nous avons réalisé une analyse d'équations structurelles sur un échantillon de 150 patients de la clinique privé X. L'examen de la signification et de la valeur des paramètres (coefficient de corrélation  $\beta_i$  et perturbation de l'erreur  $Z_i$ ) présentés dans les tableaux.5, et 6, permet de vérifier les hypothèses du modèle, parce qu'ils sont significatifs. Cela nous a permis d'établir les équations structurelles présentées dans le tableau7.

### **V- Test des hypothèses et discussions des résultats:**

La première hypothèse soutient que la qualité technique du service offert par le personnel de la clinique influence positivement la qualité globale perçue par les patients. Il ressort de l'analyse que l'apport de la qualité technique à la qualité globale perçue est significatif ( $H_{1.1}$ :  $\beta_{1.1}=+0,628$ ,  $T>1.96$ ,  $p<0.05$ ). Nous observons également que la variance expliquée de la qualité perçue par les patients est 70.101%, ce qui montre que la qualité technique du service proposé par la clinique pour ses patients, joue un rôle important dans la formation de la qualité globale perçue, ce qui confirme cette hypothèse.

La seconde hypothèse à tester, considère que la qualité non technique du service offert par le personnel de la clinique influence positivement la qualité globale perçue par les patients. Le test statistique exhibe que le coefficient de corrélation  $\beta= + 0,458$ , est significative ( $H_{1.2}$ :  $\beta_{1.2}= + 0,458$ ,  $T>1.96$ ,  $p<0.05$ ), ce qui dénote à l'instar de la qualité technique, que la qualité non technique a aussi une influence positive sur la qualité globale perçue par les patients de cette clinique. On peut dire donc que cette deuxième hypothèse est validée.

Conformément à l'hypothèse  $H_{1.1}$  et  $H_{1.2}$  nous observons que la satisfaction des patients vis-à-vis de la clinique privée x, est influencée positivement par la qualité globale perçue des patients ( $H_2$ :  $\beta_2=0,951$ ,  $T>1.96$ ,  $p<0.05$ ). Nous constatons également que le coefficient de corrélation est de 95.1%, ce qui montre que la qualité globale perçue par les patients, joue un rôle principal dans la formation de la satisfaction de ces patients envers cette clinique. On peut dire donc que cette hypothèse est validée.

La dernière hypothèse à tester suppose que la satisfaction des patients envers la clinique x influence positivement leur confiance. Après l'analyse on a trouvé que cette relation est très forte et significative. ( $H_3$ :  $\beta_3= 0,947$ ,  $T>1.96$ ,  $p<0.05$ ). La satisfaction des patients explique ainsi plus de 94% de leur confiance envers cette clinique. Cette hypothèse est donc confirmée.

## **VI- Conclusion:**

Le secteur des services est un secteur en phase de maturité qui fait de plus en plus appel à une stratégie marketing profitable basée sur le recentrage vers le consommateur actuel. L'objectif de cette recherche consistait à identifier un ensemble de variables permettant aux prestataires de services de gagner la confiance des clients pour les rendre fidèle. Le test des relations structurelles de notre modèle théorique a permis de confirmer les quatre hypothèses formulées auparavant. Les résultats montrent que la qualité technique et non technique du service offert par le personnel de la clinique privé a un impact positif sur la qualité globale perçue par les patients. Ainsi la satisfaction de ces derniers est positivement influencée par la qualité globale perçue par ces patients. Par ailleurs, cette recherche indique que les cliniques privées peuvent gagner la confiance des patients, contribuant à leur satisfaction. Dans le domaine de la santé (publique ou privé), la capacité d'une clinique à renforcer la satisfaction et la confiance d'un patient, peuvent être largement déterminées par la qualité globale perçue par les patients et que cette qualité perçue est fortement influencée par la qualité technique et non technique du service offert.

Notre recherche comporte un certain nombre d'implications théoriques, méthodologiques, et managériales. Tout d'abord du point de vue *théorique*, la première implication théorique de cette recherche c'est qu'elle permet de mieux comprendre la confiance des patients envers les services d'une clinique. Elle montre en effet dans notre étude que la confiance du patient dépend de deux variables : (1) la qualité globale perçue du service (qualité technique et non technique), et (2) la satisfaction des patients. Plus précisément, plus la qualité technique et non technique du service offert par le personnel de la clinique est perçue comme bon, plus la qualité globale perçue par les patients des services est bonne, plus le patient est satisfait, plus il fait confiance aux personnels de cette clinique, Ainsi, étant donné les résultats précédemment trouvés par parasuraman et al (1988) (Zeithaml, 1988) ; (Parissier, 2002), Vanhamme (2002, 2004), et conformément aux hypothèses de Oliver (1999), Aurier, Evrard, et N'Goala (2000), nous pouvons dire que la satisfaction du consommateur envers une marque repose sur la qualité perçue de cette marque.

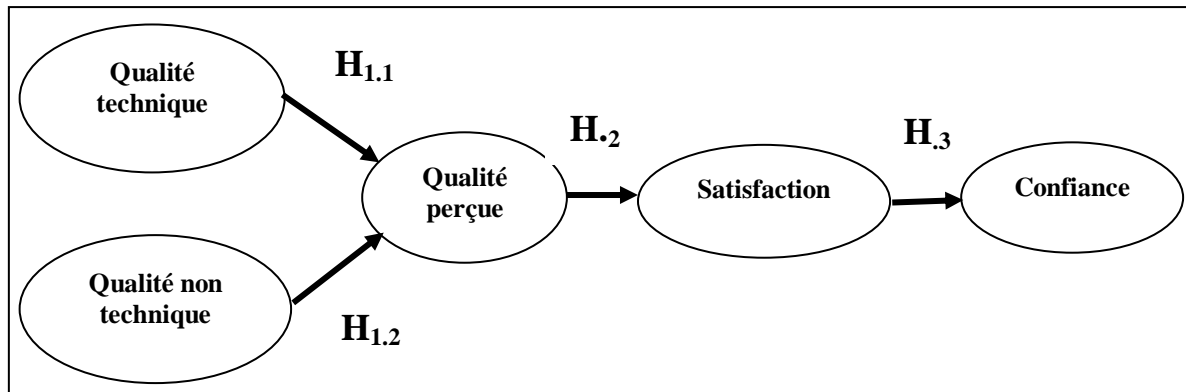
Ensuite, du point de vue *méthodologique*, les résultats de notre recherche confirment nos hypothèses qui sont ainsi toutes validées. Sous réserve des limites de généralisation, nous observons que les coefficients de corrélations entre la qualité technique (0,628) et non technique (0,458) avec la qualité globale perçue de la marque sont relativement moyens.

Enfin, du point de vue *managérial*, et malgré certaines limites d'échantillonnage et de non prise en compte de certaines variables, notre recherche met à la disposition des établissements sanitaires un outil pour les guider dans leurs décisions de gagner la confiance des patients, grâce à la qualité globale perçue du service et la satisfaction des patients.

**- Annexes :**

**Annexes.1 : Figures**

**Fig.1 Le modèle théorique**



**Annexe.2: Questionnaire de l'étude et échelle de mesure des variables**

Vous venez d'être hospitalisé à l'établissement hospitalier XXX, nous espérons que votre séjour s'est passé dans de bonnes conditions, et que vous êtes satisfait des soins que vous avez reçus.

Actuellement, Nous réalisons une étude sur les facteurs qui influencent la confiance vis-à-vis des patients.

Les réponses sont totalement anonymes. **Merci d'avance.**

**Informations générales**

**Sexe**             homme             femme

**Age**             15 - 20 ans             21- 40 ans             41-60             61 et plus

Veillez cocher la case qui indique votre degré d'accord ou désaccord suivant l'échelle ci-dessous.

| L'échelle de mesure | Pas du tout d'accord | Pas d'accord | Neutre | D'accord | Tout a fait d'accord |
|---------------------|----------------------|--------------|--------|----------|----------------------|
|                     | (1)                  | (2)          | (3)    | (4)      | (5)                  |

| codage       | Items   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------|---|---|---|---|---|---|
| <b>QUALT</b> | <b>La qualité technique</b>   |   |   |   |   |   |
| qualt.1      | La clinique offre généralement une bonne qualité de diagnostic.   |   |   |   |   |   |
| qualt.3      | La clinique dispose d'une rapidité et une prise en charge des douleurs /complications faites par les personnels médicaux.     |   |   |   |   |   |
| qualt.4      | La clinique fait tout son possible pour offrir des soins infirmiers de qualité  |   |   |   |   |   |
| qualt.5      | La clinique dispose d'une rapidité et une prise en charge des douleurs /complications faites par les personnels paramédicaux. |   |   |   |   |   |

| <b>QUALNT</b> | <b>La qualité non-technique</b>  |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|
| qualnt.1      | les personnels médicaux sont disponibles au sein de La clinique  |  |  |  |  |  |
| qualnt.2      | les personnels non-médicaux sont disponibles au sein de La clinique  |  |  |  |  |  |
| qualnt.3      | Les personnels médicaux cherchent à fonder une bonne relation comportementale et communication interpersonnelle avec leurs patients.         |  |  |  |  |  |
| qualnt.4      | Les personnels non-médicaux cherchent à construire une bonne relation comportementale et communication interpersonnelle avec leurs patients. |  |  |  |  |  |
| qualnt.5      | La propreté de l'endroit est l'un des préoccupations de cette clinique   |  |  |  |  |  |
| qualnt.6      | La clinique donne une importance à la propreté des personnels (gents, produits stérilisés, masques, seringue à getter, etc)                  |  |  |  |  |  |
| qualnt.7      | La clinique offre une bonne hospitalité ou le calme est l'un de ces préoccupations   |  |  |  |  |  |
| qualnt.9      | La clinique délivre des repas de bonne qualité.  |  |  |  |  |  |
| <b>QUALG</b>  | <b>La qualité globale perçue</b>   |  |  |  |  |  |
| qualp.1       | Généralement, l'organisation de ma sortie était dans de bonnes conditions  |  |  |  |  |  |
| qualp.2       | Globalement, Je trouve que tous les services de cette clinique sont utiles.  |  |  |  |  |  |
| qualp.3       | La clinique offre des services plus ou moins compétitifs   |  |  |  |  |  |
| qualp.4       | La qualité de séjour dans cette clinique est généralement bonne.   |  |  |  |  |  |
| qualp.5       | Cette clinique est performant par rapport aux autres établissements hospitaliers.  |  |  |  |  |  |
| qualp.6       | Le choix de venir à cette clinique peut améliorer mon état de santé.   |  |  |  |  |  |
| qualp.7       | Le moment dont je suis venu à cette clinique j'ai eu des résultats positifs concernant mon état de santé                                     |  |  |  |  |  |
| qualg.8       | Globalement, cette clinique offre une bonne qualité des soins.   |  |  |  |  |  |
| <b>SATIS</b>  | <b>La satisfaction</b>   |  |  |  |  |  |
| satis.1       | Les personnels de cette clinique essayent de répondre aux besoins des patients.  |  |  |  |  |  |
| satis.2       | Généralement, je suis satisfait de la qualité des soins fournie par cette clinique.  |  |  |  |  |  |
| satis.3       | Je suis contente car Cette clinique cherche à offrir ce que j'ai besoin pour améliorer mon état de santé.                                    |  |  |  |  |  |
| satis.4       | Cette clinique s'efforce pour répondre à mes besoins   |  |  |  |  |  |
| satis.5       | Cette clinique est préoccupée par mes intérêts.  |  |  |  |  |  |
| satis.6       | Généralement, je suis satisfait de la clinique après cette expérience.   |  |  |  |  |  |
| satis.7       | Je pense que j'ai fait le bon choix quand j' ai décidé de venir à cette clinique   |  |  |  |  |  |
| <b>CONF</b>   | <b>La confiance</b>  |  |  |  |  |  |

|         |   |  |  |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|--|--|
| conf.1  | Je crois que cette clinique est expérimentée dans son domaine.  |  |  |  |  |  |
| conf.2  | Je fais confiance à la qualité des soins offert par cette clinique.   |  |  |  |  |  |
| conf.3  | Les services de cette clinique me font sentir un sentiment de sécurité.   |  |  |  |  |  |
| conf.4  | Cette clinique permet de garder la promesse faite en ce qui concerne la qualité des soins et l'amélioration de l'état de santé. |  |  |  |  |  |
| conf.5  | Le choix de cette clinique est une garantie   |  |  |  |  |  |
| conf.6  | Cette clinique est sincère, vis-à-vis des patients.   |  |  |  |  |  |
| conf.7  | Cette clinique est honnête vis-à-vis des patients.  |  |  |  |  |  |
| conf.8  | Cette clinique est intégrée vis-à-vis des patients.   |  |  |  |  |  |
| conf.9  | Je pense que cette clinique va faire tous leurs efforts pour résoudre mes problèmes nécessaires Pour ça                         |  |  |  |  |  |
| conf.10 | Ma tendance à faire confiance à cette clinique, est élevée.   |  |  |  |  |  |
| conf.11 | J'ai tendance à faire confiance à cette clinique même si je n'ai pas de connaissance de celui-ci.                               |  |  |  |  |  |
| conf.12 | Globalement, je pense que cette clinique est fiable.  |  |  |  |  |  |
| conf.13 | Je crois que cette clinique donne une importance aux patients   |  |  |  |  |  |
| conf.14 | J'ai fait confiance aux efforts faites par cette clinique afin d'avoir des résultats positifs.                                  |  |  |  |  |  |
| conf.15 | Je pense que les personnels médicaux de cette clinique sont compétents.   |  |  |  |  |  |
| conf.16 | Je crois que les personnels non-médicaux de cette clinique sont compétents  |  |  |  |  |  |
| conf.17 | Je me sens à l'aise quand je suis avec les personnels de cette clinique.  |  |  |  |  |  |
| conf.18 | Les personnels de cette clinique sont adorables et .sympathiques.   |  |  |  |  |  |
| conf.19 | Les personnels de cette clinique m'ont encouragé psychologiquement pour avoir un résultat positif                               |  |  |  |  |  |
| conf.20 | Je pense que les personnels de cette clinique insistent sur la bienveillance avec ces patients                                  |  |  |  |  |  |
| conf.21 | Je crois que les personnels de cette clinique garantissent la confidentialité de mon état de santé.                             |  |  |  |  |  |
| conf.22 | Je crois que les personnels de cette clinique cherchent à garder une bonne relation avec moi.                                   |  |  |  |  |  |
| conf.23 | Communément, Cette clinique me laisse une très bonne impression.  |  |  |  |  |  |
| conf.24 | Je crois que mon choix de venir à cette clinique, est sage  |  |  |  |  |  |
| conf.25 | Je me fier de cette clinique d'avoir mes meilleurs intérêts de santé.   |  |  |  |  |  |
| conf.26 | Globalement, il est psychologiquement inconfortable d'aller à un autre établissement  |  |  |  |  |  |

|         |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|
|         | hospitalier.   |  |  |  |  |  |
| conf.27 | Généralement, je veux garder une relation durable avec cette clinique. |  |  |  |  |  |

### Annexe.3: Résultats de l'étude empirique

**Tableau.1 : la répartition de l'échantillon par l'âge**

| Classe d'âges (ans) | < 20 | 20-30 | 31-40 | 41-50 | >50 |
|---------------------|------|-------|-------|-------|-----|
| Fréquence           | 10   | 40    | 60    | 30    | 10  |

Source : Notre élaboration. (N=150)

**Tableau.2 : Résultat de l'analyse en composante principale (ACP).**

| Variables latentes              | N° d'item | N° Item supprimés | N° Items retenus | Cronbach's Alpha | KMO   | Bartlett's Test of Sphericity | Total Variance Explained % |
|---------------------------------|-----------|-------------------|------------------|------------------|-------|-------------------------------|----------------------------|
| Qualité technique<br>QUALT      | 6         | 1 et 6            | 4                | 0,830            | 0,673 | 0,000                         | 66,432                     |
| Qualité non technique<br>QUALNT | 9         | 1, 5, 6 et 7      | 5                | 0,761            | 0,706 | 0,000                         | 52,724                     |
| Qualité perçue<br>QUALP         | 8         | /                 | 8                | 0,938            | 0,858 | 0,000                         | 70,101                     |
| Satisfaction<br>SATIS           | 7         | /                 | 7                | 0,962            | 0,898 | 0,000                         | 81,600                     |
| Confiance<br>CONF               | 28        | 15 et 21          | 26               | 0,985            | 0,938 | 0,000                         | 73,050                     |
| TOTAL                           | 65        |                   | 55               | /                | /     | /                             |                            |

Source : Notre élaboration par le biais du logiciel SPSS.15 (N=150)

**Tableau.3: les indices d'ajustements Absolus**

| Les indices         | Mesure    | Structurel |
|---------------------|-----------|------------|
| Chi_2               | 13334,270 | 13334,270  |
| Degré de liberté DF | 1485,000  | 1485,000   |
| Niveau p            | 000       | 000        |

|                                    |        |        |
|------------------------------------|--------|--------|
| (GFI). Joreskog                    | 0,466  | 0,493  |
| (AGFI). Joreskog                   | 0,425  | 0,452  |
| Population Noncentrality Parameter | 23,344 | 20,112 |
| McDonald Noncentrality Index       | 000    | 000    |
| Indice RMSEA Steiger-Lind          | 0,128  | 0,111  |
| Indice Gamma Population            | 0,572  | 0,611  |
| Indice Gamma Ajusté Population     | 0,539  | 0,580  |

Source : notre élaboration à l'aide du Logiciel Statistica.08 (N=150)

**Tableau.4: les indices d'ajustements Incrémentaux et Parcimonieux**

| Les indices                               | Mesure | Structurel |
|---|--------|------------|
| Bentler-Bonett Normed Fit Index           | 0,582  | 0,633      |
| Bentler-Bonett Non-Normed Fit Index       | 0,636  | 0,694      |
| Bentler Comparative Fit Index             | 0,650  | 0,707      |
| Bollen's Rho                              | 0,566  | 0,617      |
| Bollen's Delta                            | 0,651  | 0,708      |
| James-Mulaik-Brett Parsimonious Fit Index | 0,560  | 0,607      |

Source : notre élaboration à l'aide du Logiciel Statistica.08 (N=150)

**Tableau .5: Coefficient de régression des relations structurelles**

| Relations entre les variables latentes | Coefficient de corrélation $\beta_i$ | Erreur Type $\xi_j$ | T de student | Niveau de Probabilité p |
|--|--------------------------------------|---------------------|--------------|-------------------------|
| (qualt)-118->(qualp)                   | 0,628                                | 0,060               | 10,443       | 0,000                   |
| (qualnt)-119->(qualp)                  | 0,458                                | 0,068               | 6,767        | 0,000                   |
| (qualp)-121->(satis)                   | 0,951                                | 0,012               | 76,816       | 0,000                   |
| (satis)-122->(conf)                    | 0,947                                | 0,099               | 9,571        | 0,000                   |

Source : notre élaboration à l'aide du Logiciel Statistica.08 (N=150)

**Tableau .6: Les perturbations  $D_i$  des relations structurelles (dite Zeta)**

| Les perturbations | Parameter | Standard | Statistic T | Prob |
|-------------------|-----------|----------|-------------|------|
|-------------------|-----------|----------|-------------|------|

| Entre Variables latentes | Estimate $\beta_i$ | Error $\xi$ |                | Level P |
|--------------------------|--------------------|-------------|----------------|---------|
| (ZETA1)-111-(ZETA1)      | 0,396              | 0,077       | 5,169          | 0,000   |
| (ZETA2)-112-(ZETA2)      | 0,095              | 0,024       | 4,054          | 0,000   |
| (ZETA3)-113-(ZETA3)      | 0,143              | 0,000       | 11.685092(+07) | 0,000   |

Source: notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica.08 (N=150)

**Tableau.7: Equations du modèle structurel**

| Variable indépendant | Equation du modèle   |
|----------------------|--|
| QUALITE PERÇUE       | *QUALP= $\beta_1$ .QUALT + $\beta_2$ .QUALT + D <sub>1</sub><br>* QUALP = <b>0,628</b> .QUALT + <b>0,458</b> .QUALT + <b>0,396</b> |
| SATISFACTION         | *SATIS= $\beta_3$ . QUALP + D <sub>2</sub><br>*SATIS= <b>0,951</b> . QUALP + <b>0,095</b>  |
| CONFIANCE            | *CONF= $\beta_4$ .SATIS + D <sub>3</sub><br>*CONF= <b>0,947</b> .SATIS + <b>0,143</b>  |

Source : notre élaboration a l'aide du Logiciel Statistica.08 (N=150)

### **Références:**

1. Aurier, P., .Y, E., & G, N. (2000). Valeur de consommation et valeur globale : une application au cas de la consommation cinématographique. Actes de congrès de l'AFM. (pp. 151-162). Montréal.
2. Aurier, P., Benavent, C., & N'goal, G. (2005). Validité discriminante et prédictive des composantes de la relation à la marque, . Acte du congrès International de L'Association Française de Marketing
3. Barthelemy, C. (2008). L'annonce du diagnostic d'une maladie incurable et la relation soignant-soigné,. France: Institut de Formation en Soins Infirmiers d'AGEN. .
4. Benachenhou, S., & Benhabib, A. (2013). Testing customer brand loyalty on a mobile telephone company in Algeria: Applying the structural equation modeling. . Research journal and Management Science. vol.1(3), 33-45.
5. Berry, L. (1995). Relationship Marketing of Services - Growing Interest, Emerging Perspectives . Journal of the Academy of Marketing Science. 23(4), 236-245.
6. Chaudhuri, A., & Holbrook, M. B. (2001). The chain of effects from brand trust and brand affect to brand performance: The role of brand loyalty. . Journal of Marketing. vol.65, 81-93.
7. Chouk, I. (2005). La confiance du consommateur vis-à-vis d'un marchand Internet: proposition d'une échelle de mesure. Actes de Congrès de L'association Française de Marketing (p. ..). Nancy, 18-20 mai: ..
8. Frisou, J. (2000). Confiance interpersonnelle et engagement: une réorientation behaviouriste. . Recherche et Applications en Marketing. vol.15(1 (pp. 63-80). ....



9. Gatfaoui, S. (2001). Confiance dans la relation consommateur – prestataire de service : Une analyse du discours du personnel en contact. . Actes du 17ème congrès international de l'association Française de marketing (p. ..). ...: ..
10. Georges, L., & Decock, G. C. (2004). La qualité de la relation prestataire de service /consommateur : proposition et test d'un modèle dans le domaine des services comptable. Acte du Congrès de l'association Française de marketing. (p. ..). 6 & 7 mai. Saint Malo: AFM.
11. Graf, R., Perrien, J., Ricard, L., & Landry, C. (1999). la confiance : son statut et sa valeur normative . Actes du 15ème Congrès International de l'Association Française du Marketing (pp. 261-278). Strasbourg: ..
12. Gurviev, P. (1999). La confiance comme variable explicative du comportement du consommateur : Proposition et validation empirique d'un modèle de la relation à la marque intégrant la confiance. . Actes du congrès de l'association française de Marketing. (p. ..). ...: ..
13. Gurviev, P., & Korchia, M. (2002). Proposition d'une échelle multidimensionnelle de la confiance dans la marque. Recherche et Applications en Marketing. vol.17(3), 41-58.
14. Linda-Ueltschy, C., Laroche, M., Zhang, M., Cho, H., & Yingwei, R. (2009). Is there really an Asian connection? Professional service quality perceptions and customer satisfaction. . Journal of Business Research. vol.62, 972–979.
15. Mayer, R., Davis, J., & Schoorman, F. (1995). . An integrative model of organizational trust, . Academy of Management Review. vol.20(3), 709-734.
16. Morgan, M. R., & Hunt, D. S. (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationships Marketing. Journal of Marketing. vol.58, 20-38.
17. Nguyen, N. Q., El Bouchikhi, Y., & Maubisson, L. (2006). Vérification de la fiabilité et de la validité d'une mesure d'un concept. Projet de recherche Etudes quantitatives. Master II. Parcours Recherche en marketing, Université de Sciences Sociales (p. ..). Toulouse: ..
18. Nguyen, N. Q.-T. (2006). Projet de recherche Etudes quantitatives. Master II. . ...: Parcours Recherche en marketing, Université de Sciences Sociales.
19. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing. vol.64(1), 12–40.
20. Parissier, C. (2002). Les effets des coûts monétaires et non monétaires sur la perception de la valeur par le consommateur. , Actes de congrès International de l'association Française de Marketing. (pp. 535-554). Lille: ..
21. Reichheld, R., & Teal, T. (1996). The loyalty effect. Harvard Business School Press, ..
22. Smith, J. B., & Barclay, D. W. (1997). The effects of organizational differences and trust on the effectiveness of selling partner relationships,. Journal of Marketing. vol.61, 3-21.
23. Vanhamme, J. (2002). La satisfaction des consommateurs spécifique à une transaction : définition, antécédents, mesures et modes. . Recherche et Applications en Marketing. vol.17(2), 55-85.
24. Vilcot, C., & Lecler, H. (2006). Indicateur qualité en santé. . France. p.2: 2e édition Afnor. .
25. Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. . Journal of Marketing, July. vol.52, 2-22.