

Équipes de soins en milieu hospitalier : structure, fonctionnement et performance

Autor(en): **Rossi, Mathias / Sperisen, Nicolas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes
Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **67 (2009)**

Heft 4: **Quand la crise transcende les axes idéologiques**

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-142320>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

ÉQUIPES DE SOINS EN MILIEU HOSPITALIER: STRUCTURE, FONCTIONNEMENT ET PERFOR- MANCE

MATHIAS ROSSI

*Haute école de gestion (HEG) de Fribourg
Mathias.Rossi@hefr.ch*

NICOLAS SPERISEN

*Haute école de gestion (HEG) de Fribourg
Nicolas.sperisen@hefr.ch*

> Dans un objectif d'amélioration de la performance, les auteurs identifient certaines variables organisationnelles et de fonctionnement susceptibles d'avoir un impact sur cette performance.

Mots clés: équipe de soins, performance, organisation

Dans le domaine de la santé, il a souvent été souligné que le fonctionnement en équipes pouvait amener de meilleurs résultats en termes de performance. Il est donc pertinent de s'interroger sur les éléments qui fondent les critères de performance du travail en équipe en ce qui concerne les équipes de soins. Une discussion approfondie avec nos partenaires de terrain ainsi que l'examen de la littérature publiée sur ce sujet, révèle pourtant que la question est loin d'être réglée. En effet, on constate qu'en Suisse, il n'existe pas d'indicateurs établis sur ce qui fonde la performance d'une équipe de soins. Chaque institution, si ce n'est chaque équipe, définit ou adapte ses propres indicateurs. Lorsqu'il s'agit de mettre en place un mode de gestion pour les institutions de santé en période de changements, un des principaux problèmes est que les parties prenantes ne disposons pas d'informations fiables, pertinentes et de qualité permettant de prendre de bonnes décisions en matière d'organisation du travail (best practices, par exemple). Nous avons donc tenté de définir quelles étaient les variables organisationnelles et de fonctionnement ayant un impact sur la performance de l'équipe de soins, telle qu'elle est perçue par les équipiers. Les résultats, s'ils confirment quelques éléments connus sur ce qui fonde la performance d'une équipe, ouvrent des perspectives intéressantes sur la construction de typologies d'équipes performantes organisées en fonction de la prestation à fournir. Ce travail est le résultat d'une collaboration entre la Haute école de gestion de Fribourg, la Haute école de santé de Fribourg et des établissements hospitaliers en Suisse (HEG).

1. OBJECTIF, HYPOTHÈSES ET ENJEUX

Les services de soins mais également les domaines de la santé en général, sont soumis à une pression constante. Il leur est demandé d'assurer des prestations de qualité dans un environnement qui se complexifie et ceci alors que les ressources semblent diminuer. L'attention des milieux politiques et du public à la question des coûts illustre bien cette problématique. Dans un tel contexte, il est pertinent de réfléchir à ce qui permettrait d'améliorer l'efficacité et la performance de la prestation délivrée.

Depuis le milieu des années 70, les praticiens et les chercheurs s'intéressant aux formes d'organisation du travail, reconnaissent les avantages que procure la mise en place du travail en équipe. On a souvent démontré que, lorsque les activités sont de nature variées et requièrent une combinaison de compétences, les équipes l'emportent en termes de performance sur les individus isolés. Les équipes exploitent alors de manière plus pertinente les compétences des collaborateurs (Buchanan and Huczynski, 2007). La flexibilité et l'adaptabilité constituent un autre aspect de la popularité du travail en équipe. Face à un environnement en perpétuelle mutation, les équipes sont de nature plus souple et plus réactive. De plus, le gain de performance s'accompagne souvent d'un niveau accru de satisfaction personnelle de la part des collaborateurs. Pour toutes ces raisons, le fonctionnement en équipes amène alors de meilleurs résultats en termes de performance et ceci également dans le domaine de la santé (Oandasan et Baker, 2006). Il est donc pertinent de s'interroger sur les éléments qui fondent les critères de performance du travail en équipe en ce qui concerne les équipes de soins. Quelles sont les spécificités d'une équipe performante? Existe-t-il un type ou un modèle d'équipe plus performant? Quels éléments déterminent la performance de l'équipe?

L'examen de la littérature publiée sur ce sujet révèle que la question est loin d'être réglée. Il existe deux problèmes qui empêchent de définir précisément quels sont les éléments qui fondent la performance d'une équipe de soins. Il s'agit de:

> l'absence de consensus sur ce qu'est une équipe dans le domaine des soins:

Lorsqu'on examine la littérature consacrée aux équipes de soins et à la performance de ces équipes, il apparaît clairement que la définition des concepts «équipe» et «travail en équipe» n'est pas stabilisée. Les recherches font référence à des réalités très différentes lorsqu'il s'agit de réfléchir sur ces notions (Crossan and Ferguson, 2005; Schubert et al. 2005).

> l'absence de critères établis sur ce qui fonde la performance d'une équipe de soins:

Il en va de même lorsque l'on examine la question des critères de performance. De manière similaire au flou qui existe concernant la définition de l'équipe, il n'y a pas consensus lorsqu'il s'agit de déterminer quels sont les critères qui fondent la performance de ces équipes (Michie and West, 2004; Kalb et al. 2006; OECD, 2002; OECD, 2002b; Wright et al. 2005).

Dans les services de soins, il n'existe souvent pas de critères établis par le management permettant de mesurer la performance (Iles, 2005; Cowan et al., 2005; CMS, 2003) ou alors, lorsque ces critères sont établis, il y a une confusion portant sur ce qui est réellement mesuré. Les mesures se basent donc en général sur des données de productivité et de coûts (OECD, 2002, Kane, 1999; Bishop; 1999). Ajoutons encore qu'il a été démontré que la productivité est souvent mesurée sur la base de données incomplètes.

La Haute école de gestion (HEG) de Fribourg, en collaboration avec la Haute école de santé de Fribourg a, par conséquent, lancé un projet visant à déterminer des indicateurs de performance pertinents pour les équipes de soins. Ce projet est mené en collaboration avec des établissements hospitaliers en Suisse. Nous présentons dans cet article les premiers résultats de nos travaux.

2. MÉTHODOLOGIE

Plutôt que de recenser les éléments qui, dans la littérature de référence dans les domaines de la gestion et dans le domaine des soins définissent ce qu'est une équipe performante (approche «top down»), nous avons plutôt cherché à recenser les éléments qui contribuent, dans une équipe, à la performance de l'équipe de soins (telle que perçue par les équipiers – approche «bottom down»). Nous avons travaillé en deux phases afin de répondre en partie aux questions qui se posent. Dans un premier temps, nous avons mené une série d'entretiens qualitatifs avec plusieurs responsables et cadres dans des établissements hospitaliers suisses. Il s'agissait de personnes ayant la fonction de directeur des soins, de chefs de clinique, ou d'ICUS (infirmier chef d'une unité de soins). Nous avons pu ainsi mener 11 entretiens approfondis. Les questions portaient sur la compréhension du concept d'équipe, notamment sur ses caractéristiques et son rôle, sur l'évaluation des compétences et de la performance et enfin sur les problèmes rencontrés. L'accueil fait à notre démarche a été très positif: nous avons pu constater que nous touchons là à un aspect important du quotidien de nos interlocuteurs. Ceux-ci avaient d'ailleurs souvent une opinion précise sur la problématique de la performance. La grande majorité paraissait enfin familier avec des notions de gestion d'équipe, d'évaluation et de performance. Plusieurs d'entre eux avaient suivi une formation dans ce domaine dans le cadre de la formation continue. Nous pouvons faire état d'une assez grande variabilité lorsqu'il s'agissait de cerner les frontières de l'équipe, même si le service d'hospitalisation a majoritairement été mentionné. Parmi les problèmes évoqués, il faut souligner le manque de personnel, et l'absence de communication entre les équipes.

Dans un deuxième temps, nous avons proposé un questionnaire à près de 700 personnes travaillant dans les équipes de soins des établissements hospitaliers partenaires de la recherche. Nous avons classifié ces personnes en trois groupes selon leur fonction: ICUS, infirmier(ère) diplômé(e) et aide-soignant(e). L'ensemble des services était représenté. Le questionnaire, anonyme, se divisait en trois parties. La première concernait les données démographiques (pour l'essentiel l'âge, le sexe, l'ancienneté, le service d'appartenance, la fonction au sein du service). La seconde se divisait en deux groupes de questions: le premier interrogeait sur la place et le rôle de l'équipier au sein de l'équipe. Ces questions portaient par exemple sur l'autonomie dont jouit l'équipier, sur l'utilisation de ses compétences, sur la possibilité de participer au processus de prise de décision ou encore sur le degré perçu de compréhension de la part de la direction. Le deuxième groupe portait plus spécifiquement sur le fonctionnement de l'équipe. En effet, on demandait au répondant de se prononcer sur la coordination, la communication, la collaboration, les conflits au sein de l'équipe, la clarté des objectifs et la dotation en ressources. Finalement, la troisième partie traitait de la performance et sollicitait l'avis des personnes sur la satisfaction des patients, la qualité des soins, et la maîtrise des coûts par rapport à leur pratique. Le personnel avait été averti et préparé par la Direction des établissements et le taux de réponse s'est élevé à 46%.

3. CONCEPTS

A. UNE ÉQUIPE: DÉFINITION EMPIRIQUE ET OPÉRATOIRE

Notre travail portant sur la performance des équipes de soins, il nous a fallu tout d'abord en préciser les frontières. Comme nous l'avons vu précédemment, la définition des concepts «équipe» et «travail d'équipe» n'est pas stabilisée. Les recherches font référence à des réalités très différentes lorsqu'il s'agit de réfléchir sur ces notions (Crossan and Ferguson, 2005; Schubert et al. 2005). Lorsque nous avons demandé à nos interlocuteurs de cerner les frontières de l'équipe, celles-ci se sont révélées extrêmement variables. Le service d'hospitalisation comme élément fédérant les membres de l'équipe a cependant majoritairement été mentionné.

Le service d'hospitalisation ou l'unité fonctionnelle
comme limite de délimitation d'une équipe

Pour des raisons pragmatiques, il a été décidé de retenir le service comme unité d'analyse. Cette manière de voir les choses, outre qu'elle facilitait notre démarche de collecte de données, se justifie par les raisons suivantes. Tout d'abord, le service d'hospitalisation (ou l'unité fonctionnelle) est apparu comme le niveau principal de «production» de la performance. C'est à ce niveau que se réalisent les principales activités et que se nouent les relations entre les professionnels, mais aussi entre ces derniers et les patients. Le patient, lorsqu'il se prononce sur la qualité des soins (un des aspects de la performance), se réfère davantage à un service qu'à un établissement dans sa globalité. Il est notamment tout à fait capable de distinguer les prestations de tel ou tel service (Merdinger-Rumpler 2002). Au sein de l'établissement hospitalier, l'unité, qui est sans doute le niveau le plus pertinent au niveau managérial, peut se prévaloir de la plus grande cohérence, que ce soit au niveau de la direction, du personnel, des pathologies traitées, mais également de la localisation géographiques. D'autre part, le service (ou l'unité fonctionnelle) a souvent été mentionné par les soignants interrogés lorsqu'il s'agissait pour eux de définir l'équipe de soins.

B. LA PERFORMANCE: LA PERFORMANCE RESSENTIE PAR LES ÉQUIPES

De manière similaire au flou qui existe lorsqu'on essaie de définir l'équipe, il n'y a pas consensus lorsqu'il s'agit de déterminer quels sont les critères qui fondent la performance de ces équipes (Michie and West, 2004; Kalb et al. 2006; OECD, 2002; OECD, 2002b; Wright et al. 2005). Les définitions de la performance sont plurielles et cet état de fait est problématique lorsqu'il s'agit de l'évaluer sur le terrain. Nous avons pour notre part privilégié une approche de la performance que nous pourrions appeler «subjective», où celle-ci est évaluée globalement après la «prestation de soins» et à laquelle l'équipier ou ses collègues du service ont participé. A ce stade de la recherche et malgré ses limites évidentes, cette vision de la performance, inspirée des travaux sur la satisfaction du consommateur en sciences de gestion, nous semble plus opératoire et préférable à l'une des définitions généralement retenue dans le domaine de la santé.

La satisfaction des patients, la qualité des soins et la maîtrise des coûts.

Dans le domaine des soins, la satisfaction des patients est généralement considérée comme un des indicateurs clés de la performance (Cleary and McNeil, 1988) et est souvent enten-

due comme «*le résultat d'un processus d'évaluation et de comparaison du service obtenu des différents intervenants et des éléments de l'environnement physique lors de la livraison du service d'hospitalisation*» (Singh 1990). Tandis que dans le domaine des sciences de gestion, plus particulièrement pour les disciplines qui ont comme objet d'étude le client-consommateur, le concept de satisfaction dans le cadre d'une activité de service pourrait se définir comme «*une évaluation subjective, opérée pendant et après la prestation de service, et renvoyant à un phénomène traduisant le niveau auquel le patient a apprécié le service après l'avoir expérimenté*» (Merdinger-Rumpler 2002). Dans notre cas, la première définition nous paraît plus pertinente et utilisable puisqu'elle fait intervenir la comparaison et l'évaluation du service.

La notion de qualité ou de qualité perçue est souvent confondu avec le concept de satisfaction du patient (Ngobo 1997; Prim 1998). Cette confusion se retrouve dans les normes et certifications qualités, de plus en plus employées dans les établissements de soins. Ainsi la norme ISO 8402 définit la qualité comme «*comme l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et implicites*». Or, Merdinger-Rumpler (2002) rappelle avec raison que «*si la satisfaction du client est le principal, voire l'unique critère d'évaluation de la qualité d'un service, elle ne constitue que l'un des nombreux critères permettant d'évaluer la qualité dans les établissements de santé*». Elle propose alors de s'appuyer sur la définition de l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) selon laquelle la qualité dans les établissements de santé est «*une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiqués et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins*». Par ailleurs, la définition de l'OMS met également l'accent sur le troisième critère de performance de notre modèle, à savoir, la question de la nécessaire maîtrise des coûts.

4. RÉSULTATS: LES FACTEURS DE PERFORMANCE POUR L'ÉQUIPE DE SOINS

A. DES SCORES ÉLEVÉS

Avant toute chose, il faut mentionner que les «scores» obtenus par les équipes sont en général élevés, rappelant ainsi les résultats des enquêtes de satisfaction des patient étudiés par Merdinger-Rumpler (2002) dans les établissements hospitaliers français. Dans ces conditions, il n'est pas aisé d'interpréter ces résultats, et dans notre cas de distinguer des éléments influant sur les niveaux de performance dans les équipes de soins.

B. DES RÉSULTATS HOMOGÈNES

Une deuxième remarque que nous pouvons faire est que les résultats des équipes sont homogènes suivant les critères qui nous permettent de définir la performance. Une équipe qui se définit comme assurant une bonne qualité des soins estimera que ses patients sont satisfaits et que ses coûts sont maîtrisés. Une équipe qui dira ne pouvoir assurer qu'une qualité moyenne estimera que ses patients sont assez satisfaits et que les coûts sont moins bien maîtrisés.

C. DES RÉSULTATS DIFFÉRENCIÉS SELON LE TYPE D'INTERVENTION OU LA NATURE DE LA PRESTATION

Avant d'examiner en détail les éléments qui fondent la performance telle que perçue par l'équipe, il nous a paru intéressant de vérifier le rang des équipes en fonction de la performance. Pour cela, nous avons effectué un rapide classement en distinguant les services à tendance «ambulatoire», dans lesquels les interventions sont plus ciblées et plus courtes, et les services à tendance «hospitalière», dans lesquels les séjours sont de plus longue durée et les prestations fournies au patient plus hétérogènes. Nous avons encore subdivisé ces derniers en deux catégories, à savoir les services de «chirurgie» et ceux de «médecine».

Dès lors, il apparaît que les services «ambulatoires» sont qualifiés de plus performants que les services «hospitaliers». Une explication pourrait être que les prestations délivrées en «ambulatoire» sont plus faciles à cerner, et donc que les objectifs en termes de qualité, de coûts et de satisfaction seraient plus «facile à tenir». Il faut encore mentionner que le service des urgences a fait l'objet d'une catégorie à part. Ce service se retrouve systématiquement en bas de liste, quelle que soit le critère de performance examiné.

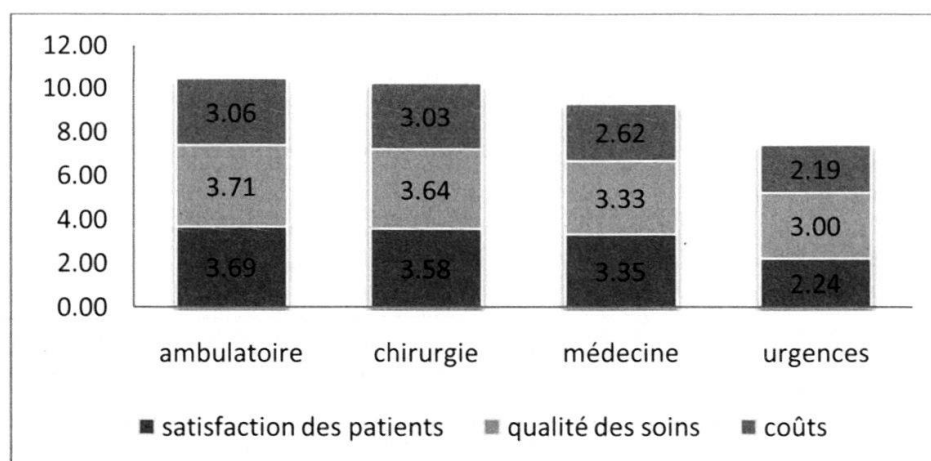


Tableau 1: Score moyen de performance selon les services

D. LA PERCEPTION DE LA PERFORMANCE, LE RÔLE DE L'ÉQUIPIER ET LA STRUCTURE DE L'ÉQUIPE (VARIABLES ORGANISATIONNELLES)

Les résultats que nous avons pu mettre en évidence en croisant les données recueillies n'ont pas toujours pu être validés statistiquement. Il est donc nécessaire de faire preuve de prudence quand à l'interprétation que l'on peut en faire. Disons simplement, que les éléments qui ont pu être démontrés ailleurs, se retrouvent ici. Ceci est vrai notamment dans le modèle d'efficacité de Hackman (1990), largement utilisé en sciences de gestion, qui s'intéresse à l'efficacité de l'équipe. Ainsi, en ce qui concerne les normes de fonctionnement établies au sein de l'équipe, de la coordination de l'équipe et en ce qui concerne l'organisation, la qualité des soins dépend surtout de la communication entre les équipes. La satisfaction des patients semble encore mieux assurée lorsque la personne se sent comprise de sa direction et qu'elle a l'occasion de participer au processus de décision au sein de l'équipe.

Indicateurs de performance	Leviers
Satisfaction des patients	<ul style="list-style-type: none"> • coordination entre les équipes • communication entre les équipes
Qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • l'équipier se sent compris par la direction • l'équipier peut participer à la décision

Tableau 2: principaux leviers de performance en fonction des critères

5. EN GUISE DE CONCLUSION

Cet article a permis de mettre en évidence la grande diversité de la compréhension des notions d'équipe, de travail en équipe et de performance des équipes, que ce soit dans la littérature examinée ou chez les intéressés eux-mêmes lors des interviews. Cette diversité a déjà été relevée par Lemieux-Charles et McGuire (2006) qui, à juste titre, considèrent cette situation comme un frein à la comparaison des résultats.

Nous avons quand même pu mettre en évidence certaines tendances entre certaines caractéristiques de l'équipe ou du travail en équipe et la performance telle que nous l'avions conceptualisée. Ces premiers résultats nous permettent d'envisager le développement d'un programme de recherche qui pourrait comprendre plusieurs éléments.

Premièrement, il serait nécessaire de poursuivre et d'affiner l'analyse statistique des données, ce qui permettrait de conforter les éléments de réponses esquissés ici et probablement d'ouvrir de nouvelles pistes. Dans un deuxième temps, nous envisageons de comparer les résultats obtenus avec une mesure de performance plus «objective». Nous pourrions ainsi utiliser la satisfaction des patients telle qu'ils l'expriment eux-mêmes lors de questionnaires de satisfaction, d'éléments financiers ou comptables afin de vérifier les affirmations liées à la maîtrise des coûts et enfin d'examiner, en ce qui concerne les données sur la qualité des soins, les indicateurs et les audits du système qualité des établissements concernés.

Une perspective prometteuse consisterait à affiner la démarche afin d'explorer la performance des équipes intra-service, en fonction d'une typologie d'interventions et non plus d'une catégorie de service d'hospitalisation. Nous pourrions ainsi apporter des éléments qui permettraient de définir des types d'équipes performantes, adaptés à la prestation effectuée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bishop, C.E., «Efficiency of home care: notes for an economic approach to resource allocation», *Journal of Ageing and Health*, 11(3), 1999, pp. 277-298.

Buchanan, D. and Huczynski, A., *Organizational behavior*, 6th ed., Milan, Prentice Hall Europe, 2007.

Cleary, P. D. and McNeil, B. J., «Patient Satisfaction as an Indicator of Quality of Care», *Inquir.*, 25 (Spring), 1988, pp. 25-36.

CMS – Centers for medicare and Medicaid Services, «Medicare and Medicaid Programs; hospital conditions of participation; quality assessment and performance improvement», Final rule, *Fed Regist.*, 68(16), 2003, pp. 3435-3455.

Cowan, D.T., Norman, I.J., Coopamah, V.P., «A project to establish a skills competency matrix for EU nurses», *Br J Nurs*, 14(11), 2005, pp.613-617.

Crossan, F. and Ferguson, D., «Exploring nursing skill mix: a review», *J Nurs Manag*, 13(4), 2005, pp. 356-62.

Hackman, J. R., Groups that work (and those that don't): *Creating conditions for effective teamwork*, San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1990.

Iles, V., *Really managing health care*, 2nd Ed., Buckingham, Open University Press, 2006.

Kalb, K.B., Cherry N.M., Kauzloric, J., Brender A., Green K., Miyagawa, L., Shinoda-Mettler, A., «A competency-based approach to public health nursing performance appraisal», *Public Health Nurs.*, 23(2), 2006, pp. 115-138.

Kane, R.L., «Examining the efficiency of home care», *Journal of Ageing and Health*, 11(3), 1999, pp. 322-340.

Lemieux-Charles, L. and McGuire W., *What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature*, Medical Care Research and Review (accepté pour publication), 2006.

Merdinger-Rumpler, C., *La satisfaction du patient hospitalisé: de la mesure au pilotage. Une approche empirique basée sur l'expérience d'hospitalisation*, RECEMAP séminaire santé, Nantes, 2002.

Michie, S. and West, M.A., «Managing people and performance: an evidence based framework applied to health service organizations», *International Journal of Management Reviews*, 5(6)(2), 2004, pp. 91-111.

Ngobo, P. V., «Qualité perçue et satisfaction des consommateurs: un état des recherches», *Revue Française du Marketing*, 3(163), 1997, pp. 67-79.

Oandasan, I. et Baker, G.R., *Le travail en équipe dans les services de santé: promouvoir un travail en équipe efficace dans le services de santé au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006.

OECD, *Working definitions*, OECD Publications, Paris, 2002.

OECD, «Improving the performance of health care systems: from measures to actions (a review of experiences in four OECD countries)», *Labour Market and Social Policy – Occasional Papers*, No.57, Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs, 2002b, pp. 1-87.

Prim, I., *Qualité de service et satisfaction: une perspective de long terme pour une approche réconciliatrice*, Congrès AFM (Association Française de Marketing), Bordeaux, 1998.

Schubert, M., Schaffert-Witvilet, B., De Geest, S., «Effects of cost saving strategies and staffing levels on patient and nurse outcomes: a literature review», *Pflege*, 18(5), 2005, pp. 320-328.

Shortell, (Stephen-M), K. A.-D. *Health care management: organization design and behavior*, Delmar Cengage Learning, 2008.

Singh, J., «A Multifacet Typology of Patient Satisfaction With a Hospital Stay», *Journal of Health Care Marketing*, 10(4), 1990, pp. 8-21.

Wright, P.M., Gardner, T.M., Moynihan, L.M., Allen, M.R., «The relationship between HR practices and firm performance: examining causal order», *Personnel Psychology*, 58(2), 2005, pp. 409-446.

Les auteurs tiennent à remercier Stefan Kunz, Professeur à la Haute école de Santé de Fribourg, pour son aide apportée lors de toutes les étapes de ce travail.