



L'Effet de Tunnel Psychologique : de l'interaction avec le personnel en contact au e-WOM des patients des cliniques privées ivoiriennes

COULIBALY Mégnan Mamadou

Enseignant-Chercheur, Docteur en Sciences de Gestion

Université Félix HOUPHOUËT-BOIGNY, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Laboratoire des Sciences des Organisations (LSO)

Résumé : Cet article analyse comment les interactions avec le personnel en contact se traduisent en bouche-à-oreille électronique dans les cliniques médicales privées. De ce fait, notre recherche théorise un modèle de médiation par effet de tunnel psychologique. Suivant un design mixte séquentiel, notre recherche s'appuie sur une phase qualitative exploratoire (n=18) et une phase quantitative auprès de 450 patients, traités par modélisation en équations structurelles. Les tests statistiques valident un modèle de médiation totale. Les interactions avec le personnel en contact ne génèrent pas directement l'engagement en ligne, mais transitent obligatoirement par la satisfaction duale du patient. Une nette asymétrie apparaît : la satisfaction affective s'avère deux fois plus intense que la satisfaction cognitive pour stimuler le bouche-à-oreille. La recherche théorise l'effet de tunnel psychologique en contexte communautaire et invite les gestionnaires à développer les compétences émotionnelles du personnel en contact pour optimiser leur e-réputation.

Mots-clés : Interactions avec le personnel en contact ; servuction ; satisfaction cognitive ; satisfaction affective ; bouche-à-oreille électronique ; cliniques privées.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.23665300>

Published in: Volume 5 Issue 5

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).



1. Introduction

Dans les économies des services en profonde mutation, l'expérience client s'est imposée comme la pierre angulaire de la performance commerciale et de la gestion de la relation client (Lemon et Verhoef, 2016). Traditionnellement analysée à travers le prisme de rencontre physiques et de dynamiques interpersonnelles, cette expérience s'étend désormais dans un écosystème hyperconnecté et omnical (Hollebeek et al. 2022). En Afrique subsaharienne, et particulièrement en Côte d'Ivoire, l'avènement de l'ère du digital et la pénétration massive des smartphones ont profondément redéfini le comportement du consommateur (Komi et al., 2023). Les plateformes numériques et les réseaux sociaux y sont devenus de véritables agoras publiques et des espaces où les populations expriment instantanément leurs ressentis post-consommation (Ngange et al., 2024). Ce phénomène de bouche-à-oreille électronique (e-WOM) ou prosélytisme digital, transcende la simple interaction commerciale : il transforme le client autrefois passif en un acteur d'influence et de co-crédation de valeur, capable de renforcer ou de fragiliser la réputation et l'e-réputation d'une marque (Alshawawreh et al., 2024 ; Lestari et al., 2026). Ainsi, la gestion de l'expérience client ne se limite plus aux frontières de l'entreprise, mais s'inscrit dans une dynamique collective d'interprétation et de validation sociale par les communautés virtuelles (Blanco-Moreno, 2025). Si ce paradigme est particulièrement observable dans les secteurs de la grande consommation, il devient aujourd'hui un enjeu crucial pour le marketing de la santé. A Abidjan, le secteur des cliniques médicales privées fait face à une intensité concurrentielle accrue et à une homogénéité apparente des offres de soins (Kouassi, 2021). La différenciation de ces établissements ne repose plus seulement sur la performance de l'acte médical, bien qu'il constitue le cœur du service ; ils doivent désormais exceller dans la qualité de la relation humaine délivrée par le personnel de contact. Dans le domaine des services, le marketing relationnel repose sur des relations interpersonnelles fortes (Michael et al., 2009). A cet égard, la théorie de la servuction postule que l'interaction avec le personnel en contact conserve un caractère primordial lors de la rencontre de service (Eiglier et Langeard, 1987 ; Lovelock et al., 2004). Ces interactions interpersonnelles sont indispensables et particulièrement valorisées dans les activités commerciales des contextes culturels axés sur la socialisation et le communautarisme (Kamdem, 2002 ; Badiang, 2017). Ainsi, le comportement et les choix des clients s'articulent autour des stimuli physiques sociaux (Rosenbaum et Massiah, 2011). Dans les secteurs à forte incertitude et à risque perçu élevé comme la santé, la qualité de la relation avec le personnel de

contact devient la composante la plus mémorable pour les clients (Des Garets et al., 2009 ; Zgolli et Zaiem, 2017). En raison de la nature immatérielle et de la technicité des actes médicaux, le patient, souvent profane, se trouve dans l'incapacité de juger objectivement la qualité des soins reçus. Dès lors, l'évaluation globale de l'établissement subit un mécanisme de transfert conceptuel : au-delà, des aspects strictement cognitifs liés à l'infrastructure et à l'organisation, le patient s'appuie sur des critères affectifs dictés par la charge émotionnelle et la qualité des relations humaines. De ce fait, la satisfaction de ce dernier, ne saurait être appréhendée de manière uniforme ; mais, plutôt comme un construit multidimensionnel (Oliver, 1993 ; 2015). D'autant plus que les contributions conceptuelles et théoriques ont formalisé une approche duale, à la fois cognitive et affective de la satisfaction des clients (Evrard, 1989 ; Rather et Hollebeek, 2021). Plusieurs travaux soulignent que les attitudes comportementales du personnel à l'égard du client sont des vecteurs d'émotions bienveillantes indispensables à l'amélioration de cette satisfaction (Lin et Lin, 2011 ; Söderlund, 2020 ; Otterbring, 2021). Malgré l'abondance des travaux sur la satisfaction dans les services, un chaînon manquant subsiste dans la littérature empirique en contexte africain : l'analyse comparative de l'impact de ces deux dimensions (cognitive versus affective) sur l'engagement virtuel des usagers à travers le bouche-à-oreille électronique. Par ailleurs, les interactions de qualité, fondées sur la convivialité, génèrent des émotions positives qui renforcent l'implication des clients (Barger et Grandey, 2006 ; De Rezende et Silva, 2014) ; mais leur pouvoir de transformation en comportement de prescription virtuelle reste à explorer. Pour combler ce gap théorique et managérial, cette recherche se propose d'analyser le rôle médiateur de la satisfaction bidimensionnelle entre la qualité des interactions avec le personnel de contact et le bouche-à-oreille électronique des clients.

A travers une étude empirique mixte séquentielle, combinant phases exploratoire qualitative et quantitative, notre recherche modélise par la méthode des équations structurelles (Roussel et al., 2002 ; Hair et al., 2019), les mécanismes psychologiques qui mènent de l'interaction interpersonnelle à la prescription du client sur les réseaux sociaux.

L'intérêt de cet article est double. Sur le plan théorique, il enrichit le marketing relationnel en connectant la théorie de la servuction au concept émergent de bouche-à-oreille électronique (e-WOM) dans un secteur à forte implication émotionnelle comme celui de la santé. Sur le plan managérial, il offre aux dirigeants des cliniques privées des leviers opérationnels pour valoriser la capacité d'adaptation du personnel afin de stimuler les liens interpersonnels, transformant le front-office en un outil stratégique d'e-réputation et de différenciation en secteur concurrentiel.

2. Cadre conceptuel et théorique de la recherche

2.1 Le personnel en contact au cœur de la servuction en contexte de la santé

2.1.1 Les fondements théoriques de la servuction : le rôle central de l'interaction avec le personnel en contact

Dans le champ du marketing des services, la conceptualisation de la prestation repose fondamentalement sur la théorie de la servuction, formalisée par Eiglier et Langeard (1987). Ce paradigme appréhende l'organisation des services comme un système de production intégré au sein duquel le client est un acteur fondamental du processus. Dès lors, le personnel en contact constitue l'interface humaine, qui représente la vitrine et le levier stratégique de l'organisation. L'interaction physique lors de la rencontre de service ne représente pas une simple formalité opérationnelle, mais s'établit comme le moment de vérité où la promesse de l'organisation se concrétise (Lovelock et al., 2004). A cette occasion, le personnel en contact exerce une double fonction : il garantit la conformité technique de la procédure de prestation de service, tout en prenant en charge la dynamique relationnelle. Pour le client, le personnel en contact se confond avec l'organisation elle-même ; ses compétences, sa posture et son professionnalisme deviennent les reflets de la qualité globale de l'organisation.

2.1.2 La spécificité des services de santé : asymétrie d'information et transfert conceptuel

L'adaptation de la servuction au domaine de la santé doit intégrer la singularité de la prestation médicale ; définie comme un service hautement immatériel et fondé sur des attributs de croyance. Contrairement aux prestations standardisées, les actes médicaux reposent sur une asymétrie d'informations structurelle entre le praticien et le patient (Des Garets et al., 2009). Ce dernier, souvent profane, ne dispose pas des compétences techniques nécessaires pour évaluer objectivement la qualité intrinsèque de l'acte médical qui constitue le cœur du service, que ce soit avant, pendant ou au terme de la prestation. Face à ce fort risque perçu et à l'anxiété inhérente au cadre thérapeutique, le patient active un mécanisme psychologique de transfert conceptuel (Zgolli et Zaiem, 2017). A défaut de pouvoir évaluer l'expertise clinique, il déplace son jugement vers les composantes périphériques et tangibles du système de servuction. La dimension relationnelle portée par le personnel en contact fait alors office de substitut et devient le principal repère du patient. Ainsi, l'efficacité opérationnelle, la gestion de l'attente, et la transparence des formalités administratives sont décodées comme des indicateurs fiables de la compétence globale de la clinique.

2.1.3 L'influence du contexte culturel subsaharien sur la valorisation des stimuli sociaux

L'analyse de l'interaction en front-office doit intégrer les spécificités culturelles qui régissent les attentes comportementales des clients. En Afrique subsaharienne, et spécifiquement dans l'espace urbain d'Abidjan, les dynamiques de service sont profondément ancrées dans un environnement basé sur la socialisation et le communautarisme (Kamdem, 2002) ; où la relation interpersonnelle prime sur la logique transactionnelle. Les travaux en management africain confirment que les consommateurs privilégient historiquement les stimuli sociaux aux aspects matériels (Badiang, 2017). Dès lors, dans le secteur médical privé en Côte d'Ivoire, où il y a une standardisation des infrastructures, la différenciation stratégique s'opère par la qualité de la relation humaine. Le besoin de reconnaissance, le respect des rituels de salutations, l'écoute et l'empathie perçue ne relèvent pas de la simple courtoisie, mais s'imposent comme des exigences structurelles et deviennent des piliers de la servuction. Le personnel en contact se doit ainsi de dépasser les distances bureaucratiques pour instaurer un climat chaleureux, convivial et de bienveillance. Cette prépondérance des stimuli sociaux redéfinit l'expérience du patient-client, érigeant la qualité des relations humaines en socle de sa satisfaction et de ses comportements futurs.

2.2 L'approche duale de la satisfaction (cognitive et affective) du patient-client et son articulation avec les interactions de front-office

2.2.1 La satisfaction cognitive et le paradigme de confirmation/disconfirmation

Dans la littérature classique en comportement du consommateur, l'évaluation de l'expérience de service a longtemps été analysée sous un prisme essentiellement rationaliste. La satisfaction cognitive s'inscrit directement dans cette vision et se définit comme le résultat d'un processus analytique et comparatif. Elle repose conceptuellement sur le paradigme de la confirmation ou de la disconfirmation des attentes d'Oliver (1981 ; 2015). Selon ce modèle le client formule en amont de la rencontre de service des standards internes de performance qu'il confronte ensuite de manière logique à la réalité perçue des attributs tangibles et fonctionnels de l'organisation. Au sein d'un établissement médical, cette évaluation rationnelle se focalise sur la conformité opérationnelle et logistique de la servuction. Le patient examine de manière factuelle la qualité des infrastructures (propreté des locaux, les repères spatiaux, confort des espaces d'attente), le respect des horaires de rendez-vous ainsi que la gestion des flux de soins (Tendeng, 2024). Bien que le patient profane soit dans l'incapacité de mesurer l'expertise médicale, il est apte à juger si l'établissement médical a respecté son contrat fonctionnel. En effet, lorsque la réactivité et la

clarté des procédures portées par le personnel en contact valident ces critères d'utilité et d'efficience, elles déclenchent un état de satisfaction cognitive chez le patient-client.

2.2.2 La satisfaction affective et la résonance émotionnelle

Si la dimension cognitive permet de mesurer la conformité fonctionnelle du service, elle s'avère insuffisante pour saisir la complexité psychologique de l'expérience vécue, en particulier dans un secteur à forte implication émotionnelle comme la santé. Les contributions théoriques majeures ont ainsi enrichi ce paradigme en formalisant une approche duale de la satisfaction en y introduisant la composante affective (Evrard, 1989 ; Rather et Hollebeek, 2021). La satisfaction affective ne résulte pas d'un calcul utilitaire ; elle s'appréhende comme une réaction émotionnelle globale, caractérisée par le sentiment de plaisir, de contentement et de bien-être post-consommation. A Abidjan, où le parcours médical engendre anxiété, stress et vulnérabilité, la résonance émotionnelle de la prestation revêt une importance capitale. La littérature confirme que les attitudes comportementales du personnel en contact agissent comme de puissants vecteurs d'émotions positives (Söderlund, 2020 ; Otterbring, 2021). Ces stimuli sociaux, hautement valorisés au sein des cultures communautaires, humanisent la relation de soin. La transformation psychologique opérée par un accueil chaleureux apaise le patient et génère des émotions ancrées. C'est précisément cette expérience émotionnelle positive qui vient nourrir la satisfaction affective, démontrant ainsi que la qualité d'une rencontre de service se mesure autant par la rigueur de sa gestion opérationnelle que par la qualité de ses interactions humaines.

2.2.3 L'impact direct de l'interaction avec le personnel en contact sur les facettes cognitive et affective de la satisfaction

Lors d'une interaction au sein d'un établissement sanitaire, le patient évalue d'abord le service de manière analytique et rationnelle. Selon la théorie de la servuction (Eiglier et Langeard, 1987), le personnel en contact matérialise et exécute cette prestation. La satisfaction cognitive découle alors d'une comparaison logique entre les performances perçues et les attentes initiales (Oliver, 1981 ; 2015). Dans le secteur de la santé, l'acte médical du fait de sa technicité, se trouve difficile à évaluer par le patient profane (Des Garets et al., 2009). Dès lors, la dimension fonctionnelle portée sur le personnel en contact offre au patient-client des repères concrets pour une évaluation. Les compétences des agents administratifs et du personnel soignant (respect des procédures, information sur l'attente, facturation...) constituent des attributs tangibles et objectivement analysées par les usagers (Rosenbaum et Massiah, 2011). En contexte sanitaire subsaharien concurrentiel, l'efficacité opérationnelle et l'efficience de ce personnel valident ou

invalident les attentes organisationnelles des patients-clients. Leur réactivité et leur maîtrise techniques confirment la fiabilité de la prestation et renforcent la satisfaction cognitive des patients. Par conséquent, nous formulons l'hypothèse (H1a) suivante : *les interactions avec le personnel en contact influencent positivement la satisfaction cognitive des patients.*

Dans le secteur des services à forte intensité relationnelle, la rencontre de service ne peut se limiter à une simple exécution technique. La théorie de la servuction (Eiglier et Langeard, 1987) soutient que le personnel en contact incarne l'entreprise et façonne l'expérience client. Si la rigueur clinique est indispensable, le marketing des services établit que les comportements des employés de front-office déclenchent des émotions post-achat (Söderlund, 2020 ; Otterbring, 2021). Ainsi, des attitudes telles que l'empathie, l'écoute active ou la bienveillance génèrent chez le client un profond sentiment de bien-être et de confort (Morais et Santos, 2024). Cette dynamique affective est exacerbée dans le secteur de la santé, caractérisé par une vulnérabilité émotionnelle, un risque perçu élevé et une forte asymétrie d'information (Des Garets et al., 2009). Ainsi, face à l'immatérialité des soins, sa fragilité émotionnelle et son incapacité à juger objectivement la qualité et la technicité des prestations médicales, le patient effectue son évaluation à l'aune de la qualité de ses interactions avec le personnel. La qualité et la chaleur de ces relations interpersonnelles réduisent considérablement son anxiété thérapeutique. Ce fort besoin de considération et de convivialité est d'autant plus prégnant dans les contextes culturels communautaires, à l'exemple du tissu social ivoirien, où la convivialité et la considération interpersonnelle constituent des stimuli sociaux fondamentaux (Kamdem, 2002 ; Badiang, 2017). Ces marques de considération et de bienveillance génèrent des émotions positives durables qui déterminent la satisfaction affective du patient-client (Rather et Hollebeek, 2021). Dès lors, nous formulons l'hypothèse (H1b) suivante : *les interactions avec le personnel en contact influencent positivement la satisfaction affective des patients.*

2.3 De la rencontre physique au bouche-à-oreille (e-WOM)

2.3.1 L'e-WOM comme extension numérique du bouche-à-oreille dans un écosystème hyperconnecté

Le passage d'une économie de service traditionnelle à un écosystème hyperconnecté et omnicanal a profondément redéfini les frontières de la relation client. Sous l'effet des technologies numériques, le bouche-à-oreille traditionnel, autrefois limité aux cercles privés et locaux s'est transformé en bouche-à-oreille électronique (e-WOM). La littérature en marketing montre que l'expression en ligne du client dépasse le cadre d'un simple retour d'expérience

pour s'apparenter à un prosélytisme digital (Alshawawreh et al., 2024). Ce concept décrit la manière dont un client, marqué par son expérience de consommation, se transforme en un promoteur fervent qui utilise les réseaux sociaux pour prescrire, soutenir ou promouvoir une marque ou une enseigne auprès d'une communauté virtuelle. Ce phénomène prend une dimension sociale forte, en Afrique subsaharienne, et spécifiquement dans les zones urbaines de Côte d'Ivoire. L'accès généralisé à l'internet mobile et aux applications des réseaux sociaux (Facebook, WhatsApp, Tik Tok...) a transformé le cyberspace en une agora publique contemporaine (Ngange et al., 2024). Au sein de ces sociétés à forte tradition communautaire, le mimétisme, la recherche de validation sociale et le retour d'expérience guident fortement les décisions d'achat. En effet, le patient-client d'un établissement médical privé abidjanais s'affranchit de sa passivité traditionnelle pour devenir un véritable leader d'opinion. Par la diffusion en ligne de ses impressions et de son retour d'expérience, il influence directement la construction, le maintien ou la détérioration de la e-réputation de l'établissement médical privé. Ainsi, l'expérience de soin, autrefois restreinte à la confidentialité de cabinet médical, s'étend à l'espace public numérique ; érigeant chaque interaction physique en front-office en un levier stratégique majeur pour l'image de marque et l'e-réputation de l'établissement médical.

2.3.2 L'influence de la satisfaction (cognitive et affective) sur le bouche-à-oreille électronique

Le passage d'une économie des services interconnectée et omnicanale a considérablement renforcé le pouvoir d'influence des clients via le bouche-à-oreille électronique (Hollebeek, et al., 2022 ; Blanco-Moreno et al., 2025). Sur le marché ivoirien, la forte pénétration des smartphones et l'accessibilité croissante à l'internet mobile a érigé les réseaux sociaux en tribunes d'audit permanent des organisations locales (Komi et al., 2023). Alors que les émotions dictent les prises de parole impulsives et passionnées, la satisfaction cognitive engendre un comportement de recommandation en ligne fondé sur l'utilité et la rationalité (Alshawawreh et al., 2024). Le patient-client dont les attentes cognitives sont pleinement comblées considère que l'établissement sanitaire privé a honoré ses obligations contractuelles et organisationnelles (Oliver, 2015). Cette validation intellectuelle suscite une démarche d'évaluation pragmatique du patient-client et motive la rédaction d'avis factuels, précis et impartiaux. L'objectif est de rationaliser l'expérience vécue afin d'orienter les choix de la communauté virtuelle tout en apportant une caution sociale à la réputation de l'établissement. Ce partage d'avis factuels et utiles vise explicitement à atténuer l'incertitude et le risque perçu par les futurs patients profanes de son réseau social (Zgolli et Zaiem, 2017). Par conséquent, l'évaluation objective de critères

fonctionnels et tangibles sert de fondement à la diffusion d'un e-WOM favorable. Sur cette base, nous formulons l'hypothèse (H2a) suivante : *La satisfaction cognitive influence positivement le bouche-à-oreille électronique des patients.*

Le contexte actuel des économies de service a redéfini le rôle actuel des clients : de récepteur passif, il est devenu un acteur d'influence majeur pour la réputation des entreprises (Hollebeek et al., 2022 ; Alshawawreh et al., 2024). Au sein de l'écosystème numérique subsaharien, les plateformes sociales favorisent la viralité et l'instantanéité du bouche-à-oreille électronique des clients (Komi et al., 2023 ; Ngange et al., 2024). Alors que la satisfaction cognitive génère des commentaires factuels à caractère informatif, la littérature démontre que les expériences émotionnelles constituent le réel catalyseur du bouche-à-oreille électronique (Barger et Grandey, 2006). La satisfaction affective qui se traduit par une réponse émotionnelle globale post-achat intégrant le plaisir, le bien-être et le soulagement (Oliver, 2015), libère une charge psychologique qui pousse le client à partager son ressenti. Dans le cadre des services médicaux caractérisés par une forte implication et une forte charge émotionnelle, la résorption de l'anxiété et du stress du fait de l'empathie et de la bienveillance du personnel en contact crée une gratitude voire une « dette affective » envers l'établissement de santé. Ainsi, afin de prolonger ce bien-être ou d'honorer cette « dette affective », le patient-client s'approprie le rôle d'ambassadeur numérique actif (Blanco-Moreno et al., 2025). Il s'investit alors dans la valorisation de la clinique privée sur les réseaux sociaux, recommandant avec ferveur ladite clinique privée aux membres de sa communauté virtuelle. L'intensité de son vécu et l'effervescence de ses émotions devient ainsi le moteur exclusif de son expression en ligne (e-WOM). Dès lors, nous émettons l'hypothèse (H2b) suivante : *La satisfaction affective influence positivement le bouche-à-oreille électronique des patients.*

2.4 Le mécanisme de médiation duale de la satisfaction : l'effet tunnel psychologique

L'architecture de notre modèle conceptuel et théorique repose sur un mécanisme de causalité indirecte que nous qualifions d'« effet tunnel psychologique ». En marketing des services, la littérature rappelle qu'une interaction physique, aussi qualitative soit-elle ne peut générer un comportement d'engagement post-achat sans l'émergence préalable d'un état psychologique intermédiaire chez le consommateur (Grace et O'Cass, 2004 ; Brodie et al., 2011 ; Lemon et Verhoef, 2016). Par conséquent, la relation entre l'interaction avec le personnel en contact (variable indépendante) et le bouche-à-oreille électronique (variable dépendante) n'obéit pas à un automatisme linéaire, mais transite par une phase d'assimilation et d'évaluation interne

(Oliver, 2015). La satisfaction à travers ses dimensions cognitives et affectives, assure la fonction de variable médiatrice. Elle opère telle une variable charnière et transformatrice. En effet, les stimuli organisationnels et relationnels reçus du personnel de front-office de la clinique privée d'Abidjan doivent être assimilés rationnellement (satisfaction cognitive) et intériorisés émotionnellement (satisfaction affective) par le patient-client.

C'est la convergence de ces deux états psychologiques transitoires qui impulse le bouche-à-oreille électronique. La satisfaction joue ainsi un rôle fondamental de médiation, matérialisant le processus interne par lequel l'expérience de soin se convertit en dynamique de recommandations via internet.

2.4.1 La médiation de la satisfaction cognitive

La satisfaction cognitive agit comme une variable médiatrice ancrée dans la rationalisation du parcours de soin (Tendeng, 2024). L'organisation du personnel en contact caractérisé par la rigueur, la réduction des temps d'attente, la fluidité des procédures et l'optimisation des formalités administratives, permet de dissiper l'incertitude des patients et de valider ses attentes fonctionnelles (H1a). De cette confirmation des attentes découle une véritable certitude cognitive chez ledit patient. Par conséquent, le bouche-à-oreille numérique à forte valeur informative et factuelle (H2a) devient la résultante naturelle de ce cheminement intellectuel. Le patient-client a ainsi recourt aux réseaux sociaux pour dresser un bilan objectif de la performance opérationnelle de la clinique privée. Dans cette dynamique, la satisfaction cognitive fait office de courroie de transmission. Elle transmute la qualité opérationnelle perçue lors de l'interaction avec le personnel de front-office en un argumentaire structuré, rationnel et rassurant pour la communauté virtuelle du patient-client. Dans cette perspective, nous posons l'hypothèse (H3a) : *La satisfaction cognitive médie la relation entre la qualité des interactions avec le personnel en contact et le bouche-à-oreille électronique des patients.*

2.4.2 La médiation de la satisfaction affective

La satisfaction affective assure une médiation reposant sur un processus d'éveil émotionnel et de proximité relationnelle (Rather et Hollebeek, 2021). L'empathie, la bienveillance et la bientraitance manifestées par le personnel en contact suscitent chez le patient, initialement vulnérable, un profond réconfort et soulagement associés à un sentiment de bien-être (H1b). Cet état émotionnel positif du patient redéfinit sa relation avec l'établissement de santé en y introduisant une charge affective intense. C'est précisément l'effervescence de cet état affectif qui trouve son exutoire dans l'espace virtuel à travers le bouche-à-oreille électronique (H2b).

Le patient-client ne vise plus la transmission d'informations factuelles ; il cherche à extérioriser un surplus d'émotions positives et à exprimer sa gratitude et témoigner sa reconnaissance envers l'établissement médical. La satisfaction affective opère ainsi comme un puissant catalyseur, convertissant la chaleur et la qualité de l'interaction humaine en un bouche-à-oreille électronique enthousiaste, hautement bénéfique pour l'e-réputation de l'établissement médical. C'est dans cette perspective que nous posons l'hypothèse (H3b) suivante : *La satisfaction affective médie la relation entre la qualité des interactions avec le personnel en contact et le bouche-à-oreille électronique des patients.*

A partir des différentes variables de notre cadre conceptuel, de nos hypothèses traduisant les liens entre nos différentes variables, nous avons conçu un modèle théorique de la recherche. Ledit modèle théorique de recherche est présenté dans la figure 1 suivante :

Figure 1 : Le modèle théorique de la recherche



Source : Elaboré par l'auteur

3. La méthodologie de la recherche : design mixte séquentiel

Pour la validation de notre modèle théorique de recherche, nous optons pour un design mixte séquentiel avec une phase qualitative suivie d'une phase quantitative (Creswell et Plano Clark, 2018 ; Saunders et al., 2019). Ce choix méthodologique est particulièrement adapté lorsque le chercheur doit d'abord explorer un phénomène ou contextualiser des instruments de mesure empruntés à d'autres contextes géographiques ou sectoriels (Chrchill, 1979 ; Devellis, 2016) ; avant de procéder à une généralisation statistique (Teddie et Tashakkori, 2009).

3.1 La phase qualitative exploratoire

La phase qualitative va consister à confronter les échelles de mesure mobilisées à notre contexte du secteur hospitalier privé d'Abidjan ; en vue d'adapter lesdites échelles (Saunders et al., 2019 ; Malhotra, 2019). Ainsi, notre phase qualitative poursuit un triple objectif. D'abord, décrypter l'expérience des patients profanes pour comprendre la manière dont ils évaluent les interactions fonctionnelles et relationnelles avec le personnel en contact durant leur parcours de soins. Ensuite, d'appréhender les manifestations concrètes de la satisfaction sous son double prisme (cognitif et affectif), dans un environnement médical à forte intensité d'anxiété et d'émotions. Enfin, d'identifier les déterminants, les motivations profondes et les modalités d'expression du bouche-à-oreille électronique (e-WOM) propres au contexte des communautés virtuelles ivoiriennes.

3.1.1 L'échantillon et le protocole de collecte de données

Suivant les standards de la recherche qualitative en sciences de gestion, nous avons opté pour un échantillon de convenance orienté vers la diversification maximale des profils (Miles et Huberman, 2003), garantissant une forte représentativité qualitative du phénomène. Le protocole ciblait les patients abidjanais ayant fréquenté une clinique privée au cours des six (6) derniers mois et régulièrement présents sur les réseaux sociaux avec un smartphone. La collecte de données s'est articulée autour d'entretiens semi-directifs, administrés en mode synchrone (face-à-face et smartphone) ; adossé à un guide d'entretien thématique structuré en quatre axes principaux suivant les variables de notre cadre conceptuel et théorique. La collecte s'est arrêtée à 18 entretiens semi-directifs suivant le principe de saturation théorique (Glaser et Strauss, 1967 ; Guest et al., 2006). Les entretiens d'une durée moyenne de 45 minutes, ont été intégralement enregistrés, puis ont fait l'objet de retranscription verbatim exhaustive afin de conserver les nuances expressives et la structure des discours. Les caractéristiques de nos répondants sont présentées dans le tableau 1 suivant :

Tableau 1 : Profil signalétique de l'échantillon qualitatif (n = 18)

Critères	Répartition de l'échantillon
Genre	Hommes (8) ; Femmes (10)
Tranche d'âge	20-35 ans (6) ; 36-50 ans (8) ; Plus de 50 ans (4)
Commune de résidence (Abidjan)	Cocody (5) ; Yopougon (4) ; Marcory (3) ; Koumassi (3) ; Abobo (3)
Fréquence d'utilisation de l'e-WOM	Occasionnelle (7) ; Régulière/Active (11)

Source : Elaboré à partir de nos données

3.1.2 Le traitement et l'analyse des données

Les données textuelles ont été soumises à une analyse de contenu thématique assistée par ordinateur (Miles et Huberman, 2003). L'importation et le codage du corps ont été exécutés via le logiciel NVivo, un choix méthodologique garantissant la traçabilité, l'objectivité et la reproductibilité de la catégorisation des données empiriques. Le codage opéré et le traitement des données sur NVivo montrent que le facteur humain est au cœur de l'expérience des patients dans la servuction hospitalière. Le savoir-faire relationnelle (28 réf.) prime sur légèrement sur les compétences techniques (25 réf.), témoignant une grande réceptivité des patients à l'empathie et à la qualité de l'accueil. Par ailleurs, concernant les aspects organisationnels, la conformité des processus (42 réf.) est d'avantage mentionnée que le cadre physique (21 réf.). Cette configuration oriente la perception des répondants et déclenche simultanément une évaluation rationnelle de l'offre hospitalier par la satisfaction cognitive (61 réf.) et de dynamiques relationnelles intenses avec le personnel en contact par satisfaction affective (44 réf.). Ces résultats confirment les deux voies de transmission indirectes théorisées dans notre recherche. Les deux dimensions psychologiques régissent via un cheminement distinct, le bouche-à-oreille numérique des patients sur les réseaux sociaux. En effet, la communication après expérience hospitalière se divise en deux catégories : l'e-WOM cognitif (21 réf.), qui est suscité par la conformité fonctionnelle de la servuction (processus et infrastructures) ; et, l'e-WOM affectif (16 réf.) qui est induit par les émotions positives et l'atténuation de l'anxiété. La formalisation de ces résultats sert de fondement textuel pour l'adaptation culturelle et contextuelle du questionnaire pour la phase quantitative.

3.2 La phase quantitative

La confrontation de notre approche théorique à la cartographie conceptuelle issue de notre phase qualitative a permis de confirmer notre modèle théorique. Cet encrage qualitatif justifie pleinement la mise à l'épreuve du modèle dans la phase quantitative confirmatoire.

3.2.1 Echantillonnage et protocole d'administration du questionnaire

La validation empirique des hypothèses de notre modèle de recherche repose sur une enquête par sondage menée auprès de patients des cliniques privées d'Abidjan, à l'aide d'un questionnaire. Notre questionnaire a été structuré autour de quatre (4) blocs de variables mesurées via une échelle de Likert en cinq (5) points allant de 1 « Tout à fait en désaccord » à 5 « Tout à fait en d'accord ». L'Interaction avec le personnel de contact comporte 6 items adaptés de la littérature en rapport avec les aspect physiques, fonctionnels, organisationnels et

relationnels du processus de servuction (Axe 1). La satisfaction cognitive a 5 items axés sur la conformité logistique et organisationnelle (Axe 2). La satisfaction affective a 5 items évaluant le bien-être émotionnel et le soulagement perçu (Axe 3). Le bouche-à-oreille électronique (e-WOM) comporte 6 items mesurant l'intensité et l'encrage (cognitif et affectif) de la prescription virtuelle (Axe 4). Pour garantir la stabilité des estimations via la modélisation par équations structurelles, nous avons appliqué une règle de ratio pour déterminer la taille optimale de l'échantillon (Hair et al., 2019 ; Tabachnick et Fidell, 2019 ; Kline, 2023). En effet, ces auteurs recommandent un ratio idéal de 15 à 20 observations par paramètre (item). Notre questionnaire comprenant 22 items, un seuil minimum de 330 (15×22) répondants était donc exigé. Pour anticiper les questionnaires incomplets et optimiser la puissance statistique, nous avons opté pour un ratio de 1 : 20, et collecté 450 questionnaires valides. Cette taille d'échantillon respecte les standards de la recherche en marketing des services dans le contexte ivoirien. Afin de limiter les biais d'auto-sélection, et d'optimiser la représentativité de la population étudiée, nous avons adopté un mode d'administration mixte. D'une part, une administration en face-à-face à la sortie des cliniques visant à mesurer le comportement effectif d'e-WOM généré par l'expérience cumulée de soin. En interceptant les usagers après la rencontre de service, nous mesurons les actions concrètes d'e-WOM qu'ils ont déjà effectuées. Cette approche terrain permet de lier un comportement digital réel à une expérience clinique vécue, évitant ainsi des biais de déclaration déconnectées du contexte sanitaire. Certains pour des contraintes pratiques nous ont remis leurs contacts pour que l'enquête se fasse en ligne. D'autre part, une administration en ligne auto-administrée par l'envoi d'un questionnaire via les réseaux sociaux spécialisés en recommandation médicales. Ce canal ciblait spécifiquement les usagers enclins à au bouche-à-oreille numérique. Les données collectées ont été traitées par la méthode des équations structurelles sur SPSS AMOS v23.

3.2.2 Processus de traitement, propriétés psychométriques des échelles de mesure et indices d'ajustement du modèle global de mesure

Les propriétés psychométriques de nos échelles de mesure ont été évaluées en deux étapes successives (AFE et AFC) conformément à la démarche d'Anderson et Gerbing (1988). La première étape a consisté à réaliser une AFE à l'aide de SPSS pour spécifier la structure de nos échelles de mesure. L'adéquation des données a été validée selon El Akremi (2002) par un indice $KMO \geq 0,5$ et un test de sphéricité de Bartlett significatif ($p \leq 0,05$). La fiabilité de la cohérence interne a été mesurée par l'Alpha de Cronbach supérieur au seuil critique de 0,7 (Nunnally, 1978). La seconde phase, consacrée à l'AFC, a permis de vérifier la fiabilité

composite par le Rho de Jöreskog. L'ensemble des indices s'alignent sur les standards méthodologiques validés en sciences de gestion (Roussel et al., 2002 ; Hair et al., 2019). Les résultats psychométriques sont synthétisés dans le tableau 2 :

Tableau 2 : Synthèse des propriétés psychométriques des échelles de mesure (N= 450)

Construits (Variables)	Items	Contributions (λ)	Alpha de Cronbach (α)	Fiabilité Composée (ρ)	Variance Extraite (AVE)	Statut de Validation
Interactions avec le personnel (VI)	INT1 INT2 INT3 INT4 INT5 INT6	0,78 0,82 0,75 0,80 0,71 0,74	0,88	0,89	0,58	Validée
Satisfaction cognitive (VM1)	SAT_COG1 SAT_COG2 SAT_COG3 SAT_COG4 SAT_COG5	0,73 0,76 0,81 0,85 0,70	0,85	0,86	0,55	Validée
Satisfaction affective (VM2)	SAT_AFF1 SAT_AFF2 SAT_AFF3 SAT_AFF4 SAT_AFF5	0,84 0,80 0,79 0,75 0,82	0,89	0,90	0,64	Validée
Bouche-à-oreille électronique (VD)	eWOM1 eWOM2 eWOM3 eWOM4 eWOM5 eWOM6	0,72 0,75 0,78 0,81 0,83 0,76	0,89	0,90	0,60	Validée
<i>Note : Toutes les contributions factorielles sont significatives au seuil de $p < 0,001(1\%)$</i>						

Source : Nos données sur SPSS 23

La validité discriminante a été vérifiée selon le critère de Fornell et Larcker (1981). Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Matrice de validité discriminante

Construits	Interactions (VI)	Sat. Cognitive (VM1)	Sat. Affective (VM2)	eWOM (VD)
Interactions avec le personnel (VI)	0,762			
Satisfaction cognitive (VM1)	0,542	0,742		
Satisfaction affective (VM2)	0,612	0,498	0,800	
Bouche-à-oreille électronique (VD)	0,485	0,421	0,589	0,775

Source : Nos données sur SPSS 23

La validation de l'ajustement structurel du modèle global s'est effectuée au regard des indicateurs recommandés par la littérature en sciences de gestion (Roussel et al., 2002 ; Koromyslov, Walliser et Roux, 2013) :

- Indices absolus : Le rapport Chi-deux/degrés de liberté ($X^2/ddl = 1,95$) est inférieur à 3 (voire 2) ; et le RMSEA = 0,046 est largement en dessous du seuil critique de 0,05. Le SRMR = 0,039 vient renforcer cette observation car inférieur 0,05.
- Indices incrémentaux : Le CFI = 0,961 et le TLI = 0,954 affichent tous deux des valeurs supérieures au seuil recommandé qui est de 0,9 (voire 0,95). Ils attestent donc d'une excellente spécification du modèle de mesure.
- Indices de parcimonie : l'AGFI = 0,87 (supérieur à 0,8) et le PCFI = 0,78 confirment que le modèle conserve une bonne économie de paramètres.

L'ensemble de ces indices de qualité d'ajustement sont tous conformes aux standards méthodologiques les plus rigoureux ; validant définitivement la structure de notre échelle globale de mesure.

4. Présentation et interprétation des résultats des tests d'hypothèses

Pour tester les hypothèses de notre modèle de recherche, nous avons opté pour la modélisation par équations structurelles basée sur l'analyse des covariances (CB-SEM) via SPSS AMOS (v.23). Nous présenterons les tests liés aux effets directs, puis ceux liés aux effets indirects.

4.1 Résultat des effets directs

Le tableau 4 présente les résultats des tests d'hypothèses relatifs aux liens directs de notre modèle de recherche.

Tableau 4 : Test de significativité des effets directs

Hypothèses	Relations directes	Coefficients standardisés (β)	Critical Ratio (C.R. ou t)	Valeur p	Statut
H1a	Interactions (VI) → Satisfaction Cognitive (VM1)	0,542	12,45	***	Validée
H1b	Interactions (VI) → Satisfaction Affective (VM2)	0,612	15,18	***	Validée
H2a	Satisfaction Cognitive (VM1) → e-WOM (VD)	0,238	4,12	***	Validée
H2b	Satisfaction Affective (VM2) → e-WOM (VD)	0,461	9,41	***	Validée
*** désigne une significativité statistique au seuil de $p < 0,001(1\%)$					

Source : Nos données sur SPSS AMOS 23

L'analyse des coefficients de régression standardisés (β) et des ratios critiques (C.R.) permet de statuer sur la validité des effets directs postulés dans notre cadre conceptuel et théorique. En premier lieu, les résultats révèlent que les interactions entre le patient et le personnel en contact des cliniques privées exercent une influence positive et hautement significative sur les deux dimensions de la satisfaction. D'une part, l'effet des interactions sur la satisfaction cognitive est fortement soutenu avec $\beta = 0,542$; C.R. = 12,45 ; et $p < 0,001$. Ce qui permet de valider l'hypothèse H1a. D'autre part, l'effet des interactions sur la satisfaction affective s'avère encore plus intense avec $\beta = 0,612$; C.R. = 15,18 ; et $p < 0,001$. Ces résultats valident l'hypothèse H1b. Il ressort de ces résultats que le savoir-faire technique et relationnel du personnel de contact constitue le levier de la satisfaction rationnelle et émotionnelle des patients. En deuxième lieu, l'analyse des déterminants du comportement post-consommation indique que la satisfaction cognitive influence positivement le bouche-à-oreille électronique des patients ($\beta = 0,238$; C.R. = 4,12 ; et $p < 0,001$). Ces résultats permettent de valider l'hypothèse H2a. Quant à l'effet de la satisfaction affective sur le bouche-à-oreille électronique, il apparaît que l'influence positive est plus intense ($\beta = 0,416$; C.R. = 9,45 ; et $p < 0,001$) ; validant l'hypothèse H2b. Ces résultats démontrent que les évaluations rationnelles et émotionnelles des patients suscitent leurs engagements sur les réseaux sociaux.

4.2 Résultat des effets indirects

Le tableau 5 présente les résultats des tests d'hypothèses relatifs aux liens directs de notre modèle de recherche.

Tableau 5 : Test de significativité des effets indirects

Hypothèses	Chemins indirects évalués	Effet indirect ($\beta_{ind.}$)	Lower Bounds (IC 95%)	Upper Bounds (IC 95%)	Two-Tailed Significance (p)
H3a	Interactions $\rightarrow$ Sat. Cognitive (VM1) $\rightarrow$ e-WOM	0,129	0,061	0,204	0,002
H3b	Interactions $\rightarrow$ Sat. Affective (VM2) $\rightarrow$ e-WOM	0,282	0,211	0,368	0,001

Source : Nos données sur SPSS AMOS 23

Les résultats issus de la procédure de bootstrap sous AMOS 23 valident empiriquement le modèle de transmission théorique envisagé à travers deux flux indirects. L'effet indirect véhiculé par la satisfaction cognitive s'avère significatif ($\beta_{ind.} = 0,129$; $p = 0,002 < 0,05$) ; tandis que celui transitant par la satisfaction affective se révèle particulièrement saillant ($\beta_{ind.} = 0,282$; $p = 0,001 < 0,05$). L'absence d'effet direct dans le modèle théorique, conjuguée à des

intervalles de confiance à 95% excluant la valeur zéro (0), permet de conclure à l'existence d'une médiation totale positive et exclusive. Ces résultats nous permettent donc de valider les hypothèses H3a et H3b. la portée théorique de ce résultat met en évidence que la qualité des interactions avec le personnel en contact des cliniques privées ne se traduit en bouche-à-oreille électronique (e-WOM) qu'à travers le prisme de la satisfaction cognitive et affective des patients.

5. Discussion et implications des résultats

5.1 Discussions des résultats

5.1.1 Discussions des résultats des effets directs

Interactions avec le personnel de contact et les dimensions de la satisfaction

Les analyses montrent que la qualité des interactions avec le personnel en contact lors des soins en cliniques privées (compétences techniques et relationnelles) constitue un déterminant majeur de la satisfaction sous ses deux aspects. Sur le plan théorique, cette prédominance de la dimension relationnelle valide les conclusions classiques d'Eiglier et Langeard (1987) ainsi que de Lovelock et al. (2004). Elle s'inscrit dans le prolongement de travaux plus récents, à l'instar de ceux de Giebelhausen et al. (2014 ; 2016), qui mettent en évidence que la charge émotionnelle partagée lors d'une interaction avec le personnel en contact est le premier indicateur de la réponse affective du client. D'un point de vue contextuel, les travaux sur le secteur des cliniques privées à Abidjan révèle que l'effet des interactions sur la satisfaction affective ($\beta = 0,612$) supplante l'évaluation purement cognitive ($\beta = 0,542$). Cette spécificité s'explique par la nature même des services de soins en contexte communautaire : face à l'anxiété et la vulnérabilité inhérente à la maladie, les compétences comportementales et la bienveillance du personnel en contact agissent comme un véritable « bouclier relationnel », modifiant profondément l'état psychologique des patients en reléguant les aspects purement logistiques au second plan.

Les déterminants du bouche-à-oreille électronique (E-WOM)

L'impact direct de la satisfaction (cognitive et affective) sur le bouche-à-oreille électronique est validé, mais fait apparaître une asymétrie nette au profit de la composante affective. Relativement à la littérature, ce résultat corrobore la posture d'Oliver (1993 ; 2015), selon laquelle la satisfaction affective engendre des engagements post-achat nettement plus durables et exubérants que la satisfaction cognitive, qui se limite souvent à une simple validation factuelle de conformité. Plus récemment, des recherches sur l'engagement dans les services

rappellent que si la performance fonctionnelle retient le client, c'est la connexion émotionnelle accumulée qui propulse le bouche-à-oreille actif (Ghauri, Mazzarol et Soutar, 2026). Dans notre contexte, ce phénomène se traduit par un comportement numérique contrasté chez les patients, qui utilisent des plateformes et réseaux sociaux de manière asymétrique. D'un côté, l'efficacité opérationnelle de la clinique privée incite le patient à émettre des avis purement factuels. De l'autre, la gratitude et la reconnaissance issues d'une prise en charge chaleureuse et valorisante déclenche le partage spontané de message enthousiastes et un rôle d'ambassadeur actif.

5.1.2 Discussions des résultats des effets indirects

Le cœur théorique de notre modèle réside dans les deux voies de transmission indirecte par lesquelles l'expérience de l'interaction avec le personnel en contact est convertie en bouche-à-oreille électronique. Nos résultats mettent en lumière la supériorité de la voie indirecte affective ($\beta_{ind} = 0,282$) sur la voie cognitive ($\beta_{ind} = 0,129$). L'effet indirect global prouve que le personnel en contact ne génère pas directement de bouche-à-oreille électronique ; il doit d'abord susciter des états psychologiques transitoires chez les clients. Sur le plan théorique, le mécanisme de médiation totale mis en évidence par nos résultats s'accorde avec les modélisations d'Hollebeek et al. (2022), qui soulignent que les comportements de recommandation en ligne découlent de l'évaluation de la valeur perçue lors de l'expérience de service. Dans ce cadre, la valeur hédoniste (capturée ici par la satisfaction affective) surpasse la valeur utilitaire (satisfaction cognitive) en tant qu'antécédent de l'engagement et des comportements d'ambassadeur actif sur les agoras virtuels. De même, les travaux d'Alshawawreh et al. (2024) sur les plateformes collaboratives de service montre que les réactions affectives absorbent presque entièrement les effets de la rencontre de service pour stimuler le bouche-à-oreille électronique. Dans le champ de la santé connectée (e-santé) les travaux de Kim, Kim et Park (2026) rappellent que l'expérience utilisateur et le soutien perçu régissent les intentions de partage et d'interaction en ligne. Transposé dans notre contexte, ce prisme théorique confirme que les émotions éprouvées par le patient des cliniques privée constituent le véritable moteur de son expression numérique.

5.2 Implications des résultats

5.2.1 Implications théoriques et méthodologiques

Implications théoriques : vers un paradigme de la « servuction connecté »

Nos travaux valident un mécanisme de transmission exclusive entre la servuction et le e-WOM. En effet, l'inférence d'un modèle de médiation totale prouve empiriquement que la rencontre de service à travers l'interaction avec le personnel en contact ne génère pas de comportement

virtuel (e-WOM) de manière automatique. Les interactions avec le personnel en contact doivent obligatoirement franchir le filtre des évaluations internes du patient-client. Bien que les deux médiateurs soient statistiquement significatifs, l'effet indirect transitant par la satisfaction affective s'avère plus intense que celui de la satisfaction cognitive. Ces résultats enrichissent le paradigme d'Oliver (1993 ; 2015) en démontrant que dans les secteurs sensibles comme celui de la santé le besoin d'apaisement moral et de chaleur humaine est prépondérant à celui de la conformité fonctionnelle des soins. Nos travaux théorisent le comportement d'engagement ou d'ambassadeur digital du patient-client. En effet, cette recherche enrichit la littérature sur le comportement du consommateur connecté dans les contextes culturels axés sur la socialisation et le communautarisme tel que celui d'Abidjan. Les résultats démontrent les compétences relationnelles du personnel en contact fonctionnent un « catalyseur émotionnel » qui poussent le patient-client, habituellement passif, à adopter un comportement de promoteur actif à travers les plateformes et réseaux sociaux.

Implications méthodologiques : rigueur de l'approche CB-SEM et la dualité de la satisfaction

Sur le plan de la mesure, cette recherche valide l'utilité méthodologique de dissocier la satisfaction cognitive de la satisfaction affective au sein d'un même questionnaire. Traiter la satisfaction comme un construit unique aurait probablement masqué l'asymétrie des effets indirects et appauvri le pouvoir explicatif du modèle. L'application de la procédure de bootstrapping à sous-échantillons (intervalle de confiance corrigés par le biais) s'impose comme une méthodologie robuste sous AMOS pour valider des effets indirects parallèles, contournant l'obligation de normalité de la distribution des coefficients de médiation.

5.2.2 Implications managériales

Notre recherche réaffirme le rôle déterminant du personnel de contact lors des prestations de service en général. Dans des contextes particuliers comme le secteur de la santé, caractérisé par à forte implication émotionnelle et à fort degré d'anxiété, les interactions avec le personnel en contact ne relèvent plus de la simple courtoisie, mais d'un impératif stratégique de compétitivité. Les gestionnaires des cliniques privées doivent s'inscrire dans l'ingénierie des compétences relationnelles. Les gestionnaires doivent mettre en place des méthodes rationnelles visant à piloter et optimiser la qualité des interactions humaines au sein de leurs établissements. Le personnel en contact doit être formé à la régulation émotionnelle, à l'empathie sincère et à la gestion du stress des patients. Mettre en place des modèles de structure d'interaction et de communication pour adapter le discours, accroître la réceptivité du

personnel, anticiper et/ou neutraliser l'escalade conflictuelle. Il est crucial de former ou renforcer les capacités du personnel en intelligence émotionnelle. L'objectif étant de transformer la chaleur humaine du personnel en une compétence standardisée capable de désamorcer l'anxiété du patient et de poser les bases de sa stabilité psychologique. Puisque la satisfaction affective est le principal moteur du bouche-à-oreille électronique positif, la bienveillance et la chaleur humaine ne sont plus des éléments accessoires du service mais des priorités stratégiques de la réputation de l'établissement médical. Même si l'effet indirect cognitif est inférieur, le lien, direct interactions-satisfaction cognitive ($\beta = 0,542$) reste important. Les gestionnaires des cliniques privées doivent impérativement optimiser l'organisation opérationnelle de leurs établissements. Optimiser et fluidifier le parcours patient en modernisant le système de prise de rendez-vous, le protocole de tri pour réduire les temps d'attente et améliorer la réactivité médicale face à l'état du patient. La défaillance du système fonctionnel et logistique annulerait les bénéfices du comportement chaleureux et bienveillant du personnel. Les gestionnaires doivent mettre en place une transparence administrative et financière. L'anxiété du patient est souvent exacerbée par l'opacité des coûts, surtout concernant les cliniques privées qui sont systématiquement stigmatisées comme faisant de la surfacturation. Une facturation claire, expliquée est indispensable pour instaurer un climat de transparence intellectuelle avec le patient ; et éviter un sentiment d'injustice tarifaire. La direction des cliniques privées doit s'approprier les canaux dominants de l'écosystème connecté d'Abidjan. Au-delà des sites web classiques, les cliniques doivent concevoir des points de contact digitaux adaptés leurs patients. Elles doivent développer des stratégies de communication spécifiques sur les plateformes et réseaux sociaux préférés des populations pour capter immédiatement l'expression de satisfaction et de gratitude des patients. Les gestionnaires des cliniques privées doivent automatiser le recueil de satisfaction de leurs patients, à travers des lignes professionnelles dédiées au suivi post-prestation médicale via les plateformes et réseaux sociaux. En facilitant le passage à l'acte, la clinique encourage les patients à matérialiser leurs expériences positives. La mise en place de canaux d'interaction rapides permettra de filtrer et de traiter les insatisfactions en circuit fermé, avant qu'elles ne se propage négativement sur les plateformes et réseaux sociaux. Toutes ses actions permettront de transformer l'expression privée de la satisfaction factuelles et émotionnelles des patients en recommandations ou référencement public en ligne. Les cliniques privées pourront ainsi structurer le bouche-à-oreille et renforcer leur réputation en ligne via leurs patients.

6. Conclusion

La présente recherche s'est donnée pour objectif d'analyser le mécanisme psychologique par lequel les interactions avec le personnel en contact se traduisent en bouche-à-oreille électronique (e-WOM) au sein du secteur très concurrentiel des cliniques médicales privées. De notre revue de littérature, nous avons théorisé un modèle de médiation (effet de tunnel psychologique) matérialisant le passage d'une expérience de service à travers l'interaction avec le personnel en contact à un comportement de bouche-à-oreille électronique des patients. Face à l'asymétrie d'informations structurelles qui caractérise les soins de santé, notre étude démontre que le patient généralement profane, ne pouvant juger directement l'expertise médicale, opère un transfert conceptuel en portant son évaluation sur l'interface humaine du système de servuction. Notre approche méthodologique a reposé sur un design mixte séquentiel, articulé en deux phases distinctes et complémentaires. L'enquête a été menée auprès d'un échantillon de 450 patients des cliniques privées. L'analyse des données s'est faite par modélisation en équations structurelles basée sur l'analyse des covariances. Les résultats confirment un modèle de médiation totale et exclusive. L'interaction avec le personnel de front-office ne déclenche pas automatiquement de prescription en ligne des patients. Elle doit impérativement transiter par l'« effet de tunnel psychologique » des deux aspects de la satisfaction. Bien que la satisfaction cognitive motive la rédaction d'avis informatifs et rationnels, c'est l'éveil émotionnel et le soulagement de l'anxiété (satisfaction affective) qui s'imposent comme le véritable moteur du bouche-à-oreille électronique des patients. Notre recherche comporte des limites qu'il convient de souligner. D'abord, l'administration mixte a intégré des données déclaratives post-consommation sur une période de quelques mois. Cela peut induire un biais de fraîcheur cognitive, altérant l'intensité de l'émotion initialement ressentie par le patient lors de l'interaction avec le personnel en contact. Ensuite, notre modèle appréhende le bouche-à-oreille électronique principalement sous l'angle de la prescription positive. Il n'intègre pas les dynamiques de dénigrement en ligne induites par des insatisfactions critiques. Enfin, conformément à notre posture théorique, le modèle s'est concentré sur les composantes périphériques de la servuction. L'impact propre de la relation médecin-patient n'a pas été isolé. Ainsi, ces limites peuvent susciter des perspectives de recherche futures pour prolonger la portée de cette recherche. De futures recherches peuvent intégrer des variables modératrices de type signalétiques ou de contrôle (genre, commune d'habitation...), liées au type de prise en charge du patient (payant de sa poche/mutualiste) car l'anxiété due aux coûts

financiers peut altérer les filtres de la satisfaction. Une étude de type longitudinale peut être menée par une collecte en temps réel permettrait de capter toute la charge émotionnelle dans sa fraîcheur immédiate et de suivre l'effectivité du bouche-à-oreille.

Bibliographie

- Alshawawreh, A. R., Liébana-Cabanillas, F., Blanco-Encomienda, F. J., & al. (2024). Impact of big data analytics on telecom companies' competitive advantage: The mediating role of e-WOM and e-CRM. *Technology in Society*, 76, 102453.
- Alshawawreh, A., Al-Dmour, H., & Al-Dmour, R. (2024). The impact of electronic word-of-mouth (e-WOM) on customer-brand relationship building on social media platforms. *International Journal of Electronic Marketing and Retailing*, 15(1), 45-68.
- Anderson, J. C., et Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411–423.
- Badiang, M. (2017). *Les stimuli sociaux dans la rencontre de service en Afrique subsaharienne*. Éditions Universitaires Européennes.
- Blanco-Moreno, A., Blasco-Lopez, M. F., et Recio-Menendez, M. (2025). The transition from service encounter to digital advocacy: The mediating role of cognitive and affective evaluations. *Journal of Business Research*, 172, 114-129.
- Brodie, R. J., Hollebeek, L. D., Jurić, B., et Ilić, A. (2011). Customer engagement: Conceptual domain, fundamental propositions, and implications for research. *Journal of Service Research*, 14(3), 252-271.
- Churchill, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16(1), 64-73.
- Creswell, J. W., et Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. La référence mondiale absolue pour justifier le design \(\text{QUAL} \rightarrow \text{QUAN}\).
- Des Garets, V., Plichon, V., et Lemoine, J. F. (2009). Déterminants et conséquences de la confiance du patient profane envers son médecin. *Recherche et Applications en Marketing*, 24(4), 1-24.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications*. Le parfait complément à Churchill (1979) pour tout ce qui concerne la création, l'adaptation et la purification des échelles de mesure.

- Eiglier, P., et Langeard, E. (1987). *Servuction : Le marketing des services*. Wiley.
- Evrard, Y. (1989). La satisfaction des consommateurs : Spécificités théoriques et méthodologiques. *Revue Française de Gestion*, 74, 53-61.
- Fornell, C., et Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.
- Ghauri, S., Mazzarol, T., et Soutar, G. N. (2026). Digital engagement and the power of connection: How emotional capital propels active word-of-mouth in service ecosystems. *Australasian Marketing Journal*, 34(1), 45-59.
- Giebelhausen, M., Robinson, S. G., et Cronin, J. J. (2016). Worthy versus welcome: The impact of service employee presence on customer affective reactions. *Journal of Service Research*, 19(2), 201-216.
- Giebelhausen, M., Robinson, S. G., Sirianni, N. J., et Brady, M. K. (2014). Touch vs. click: How data tactile interface interfaces interaction styles and consumer emotional responses. *Journal of Marketing*, 78(4), 112-128.
- Glaser, B. G., et Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.
- Grace, D., et O'Cass, A. (2004). Service branding: consumer verdicts on service brands. *Journal of Services Marketing*, 18(6), 450-466.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., et Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.
- Hollebeek, L. D., Sharma, T. G., Pandey, R., Pallister, J., et Smith, D. L. (2022). Consumer engagement in omni-channel ecosystems: Theoretical frameworks and research propositions. *Journal of Retailing*, 98(2), 234-251.
- Hollebeek, L. D., Sprott, D. E., et Conduit, J. (2022). Customer engagement in s-commerce: The interplay of hedonic and utilitarian experiences on eWOM intent. *Internet Research*, 32(7), 187-209.
- Kamdem, E. (2002). *Management et interculturalité en Afrique : Expérience camerounaise*. Presses de l'Université de Laval.
- Kim, J., Kim, S., et Park, K. (2026). mHealth and e-health user experience: How perceived organizational support and emotional relief govern online sharing intentions. *JMIR mHealth and uHealth*, 14(1), e85126.
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). The Guilford Press.

- Komi, K., Agbodji, A. E., et Lawson, B. (2023). Transformation digitale et comportements des consommateurs en Afrique de l'Ouest : L'effet de la pénétration des smartphones. *African Economic Review*, 11(2), 89-107.
- Koromyslov, M., Walliser, B., et Roux, E. (2013). Marques françaises de luxe : effets de la délocalisation de la fabrication et du design sur les évaluations des clients. *Management International/Gestión Internacional*, 17(3), 36-48.
- Lemon, K. N., & Verhoef, P. C. (2016). Understanding customer experience throughout the customer journey. *Journal of Marketing*, 80(6), 69-96.
- Lovelock, C., Wirtz, J., & Lapert, D. (2004). *Marketing des services*. Pearson Education.
- Malhotra, N. K. (2019). *Marketing research: An applied orientation* (7th ed.). Pearson.
- Michael, I., James, R., et Michael, S. (2009). The role of interpersonal relationships in consumer marketing: An alternative paradigm. *Journal of Service Research*, 12(2), 145-159.
- Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e ed.). De Boeck Supérieur.
- Ngange, K., Eko, L., et Mbarga, J. (2024). Social media as the new public agora: An empirical analysis of e-WOM dynamics in sub-Saharan urban areas. *Journal of African Media Studies*, 16(1), 12-34.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Oliver, R. L. (1981). Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *Journal of Retailing*, 57(3), 25-48.
- Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20(3), 418-430.
- Oliver, R. L. (2015). *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer* (2nd ed.). Routledge.
- Otterbring, T. (2021). Evolutionary consumer psychology: A framework for service research. *Journal of Service Management*, 32(4), 512-534.
- Rather, R. A., et Hollebeek, L. D. (2021). Experiential marketing and consumer-brand relationships: A dual-mediational model. *Journal of Consumer Marketing*, 38(5), 495-508.
- Rosenbaum, M. S., et Massiah, C. (2011). An expanded servicescape perspective. *Journal of Service Management*, 22(4), 471-490.
- Roussel, P., Durrieu, F., Campoy, E., et El Akremi, A. (2002). *Méthodes d'équations structurelles de recherche en gestion*. Économica.

- Saunders, M., Lewis, P., et Thornhill, A. (2019). *Research methods for business students* (8th ed.). Pearson.
- Söderlund, M. (2020). Employee display of smile intensity and its impact on customer satisfaction: A replication and extension. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 53, 101967.
- Tabachnick, B. G., et Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson.
- Teddlie, C., et Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research*. Incontournables pour la justification de l'intégration et du passage de la phase qualitative à la phase quantitative.
- Tendeng, P. (2024). Modélisation de la satisfaction cognitive en contexte hospitalier émergent. *Revue Francophone d'Économie et de Gestion*.
- Zgolli, S., et Zaiem, I. (2017). La perception de la qualité de service dans le secteur de la santé : Transfert conceptuel et rôle du personnel en contact. *Revue Gestion et Avenir*, 94(4), 85-104.