

Université A.MIRA-BEJAIA

Faculté des Sciences Economiques, de Gestion et des sciences Commerciales

Département des Sciences Commerciales

# MEMOIRE

Présenté par

**BACHIR Radia**

**DJEZZAR Karima**

Pour l'obtention du Diplôme de

**MASTER EN SCIENCES COMMERCIALES**

Filière : Sciences Commerciales

**Option : MARKETING DES SERVICES**

**Thème**

**Le Marketing des services de santé**

*Essai d'analyse du degré de satisfaction des usagers des établissements publics de santé*

*Cas du CHU Khalil Amrane de Bejaia*

*Soutenue le 23/09/2018*

*Devant le jury composé de :*

MEHNAOUI ABDESELAM	Maitre-assistant,	Université de BEJAIA,	Président
FOUDI Brahim	Maitre-assistant	Université de BEJAIA	Rapporteur
FERROUDJ Kahina,	Maitre assistante,	Université de BEJAIA	Examinatrice

Année Universitaire 2017/2018



# Dédicaces

---

**Je dédie ce travail :**

**A mes chers parents.**

**A mes chers frères : Hacen, Chafik, Jugurta.**

**A ma sœur Djahida et son mari Abderahman.**

**A mes nièces : Katia, Elina.**

**A mes chers copines : Dalila, Houria, Souad.**

**A tous mes amis sans exception.**

**RADIA**

# Dédicaces

---

**Je dédie ce modeste travail :**

**A ma douce et tendre maman,**

**A mes sœurs Ourida, Zahia, Zina et Rachida,**

**A mes frère Rabah, Mourad, Mohand, Kamel,**

**Ainsi qu'à l'ensemble de ma famille et mes amis,**

**Sans oublier Kamel Meddour.**

**KARIMA**

# Remerciements

---

On remercie Dieu de nous avoir donné la force, et la volonté  
pour bien achever ce modeste travail.

En préambule, on souhaite adresser ici tous nos remerciements aux  
personnes qui nous ont apporté leur aide et qui ont ainsi contribué à  
l'élaboration de ce mémoire.

Monsieur FOUADI notre promoteur, pour son encadrement, ces conseils  
scientifiques et sa disponibilité.

Notre profond respect va aux membres de jury pour  
Avoir accepté de juger ce travail.

Nous remerciant par ailleurs

Le professeur. Abdelmalek DANOUNE, directeur générale du CHU de  
Bejaia

Dr. MEKROUD, médecin chef de service des urgences chirurgicale

Dr. BRAHIMI, chef de service des urgences chirurgicales

Mr. K DJOUADI et Mr. L ZAOUDI, les responsables de bureau du  
système d'information des ressources humaines

Enfin, on adresse nos plus sincères remerciements à tous nos proches  
et amis qui nous ont toujours soutenue et encouragée au cours de la  
réalisation de ce mémoire.

## Liste des abréviations

---

<b>Abréviation</b>	<b>Désignation</b>
TQM	Totale Qualité Management
PDCA	Plan, Do, Check, Act
OMS	Organisation Mondiale de Santé
PAQ	Projet d'Assurance Qualité
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
IOM	Institution de médecine des Etats-Unis
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
IS	Ingénierie Système
ISO	Organisation Internationale de normalisation

# SOMMAIRE

---

<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>01</b>
<b>CHAPITRE I: NOTIONS SUR LES SERVICES, LA QUALITE ET LA SATISFACTION DES SOINS</b>	
Section01 : Notions de base de service et servuction.....	06
Section02 : Notions sur la qualité.....	21
Section03 : Généralité sur la satisfaction.....	24
<b>CHAPITRE II : LA SANTE ET QUALITE DES SOINS</b>	
Section01 : Notions sur la sante et système de sante.....	30
Section02 : Les services sanitaires, la combinaison marketing/service.....	39
Section03 : Qualité des soins.....	44
<b>CHAPITRE III: ÉVALUATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SOINS OFFERTE PAR LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS</b>	
<b>CHU KHALIL AMRAN DE BEJAÏA</b>	
Section01 : Présentation de l'établissement CHU KHALIL Amran.....	63
Section02 : Méthodologie de l'enquête.....	68
Section03 : Analyse et interprétations des résultats.....	70
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>110</b>

---

# **INTRODUCTION GENERALE**

---

## **Introduction générale**

Parmi les principales préoccupations humaines, la santé a toujours eu une place primordiale. Elle constitue l'une des composantes majeures du bien-être humain. Cependant le rapport des sociétés avec la maladie a bien changé, et il change encore.

Depuis 1945 les attentes et la perception de la santé ont profondément été modifiées<sup>1</sup>, le système de santé pose apparemment de nombreux problèmes d'adaptation à ce nouveau contexte. Il est perçu par exemple comme pouvant être un frein à la compétitivité des entreprises à cause des changes grandissantes qu'il demande pour combler les besoins toujours croissants de financement. Mais sortant il n'apparaît plus comme répondant totalement aux attentes de la population. Malgré sa satisfaction encore notée pour les soins courants que procure le système, la population montre de plus en plus une exigence croissante vis-à-vis de sa santé. Elle semble rechercher une forte protection d'un bien-être et d'une qualité de vie, plutôt que la réparation de maladies pouvant être évitées.

Le monde de fonctionnement des établissements de santé a également beaucoup évolué, avant, il s'appuyait sur la culture et la tradition orale, les carences organisationnelles étaient nombreuses. L'analyse montre d'ailleurs que ce sont souvent des défauts d'organisation aux interfaces entre les services et des relations inefficaces entre les différentes catégories d'acteurs de monde hospitalier qui détériorent la qualité des prestations.

Le terme qualité dans les établissements de santé, est vaste et générique. Il englobe la qualité de l'organisation générale de l'établissement, celles de son management, la qualité de l'organisation des soins, la qualité de la prise en charge du patient (au sens d'efficacité des soins en terme de respect des pratiques et de résultats), la qualité technique des soins et la recherche de la satisfaction du patient, aucun de ces aspects n'est exclusif, l'établissement a le devoir de les maîtriser et de les améliorer tous.

---

<sup>1</sup> Claude Vilcot, Herve Loclet « *Les indicateurs qualité en santé* », éd Dunod, Paris, p 23

Pour améliorer la qualité des soins il faut améliorer la qualité des services offerts car le domaine des services est l'un des plus délicats à explorer

Un service sanitaire est une réponse aux besoins est exigences des clients, et à ce contexte, les établissements sanitaires présentent une gamme de services regroupés en deux grandes catégories (un service sanitaire de soins et service de prévention).

Le service sanitaire de soins s'agit de tous les services sanitaires liés directement à la santé de l'individu. Il inclut le service de diagnostic service thérapeutique, service de soins, service chirurgicales, service de garde sanitaire, service d'obstétrique, rééducation, etc. le service de prévention ; ce type est lié à la santé de l'individu d'une façon indirecte par la prévention de l'être-humain. Il concentre sur la santé de la société en générale à travers les activités de la lutte contre les maladies contagieuses, épidémique, et contre les effets négatifs des individus et des projets sur l'écologie et l'être-humain. Sans oublier aussi les services de l'éducation, d'apprentissage et de l'orientation sanitaire,

Le service sanitaire engendre une forte communication entre le prestataire et le bénéficiaire. Le service sanitaire est un droit pour tous. Le service sanitaire est un devoir humain est social avant tout sans prendre en compte l'obstacle religieux, la race, l'Age, le sexe, le niveau de vie (notamment pour les établissements sanitaire public). La qualité des services sanitaires est importante et jugée, par l'opinion des patients.

C'est le moment d'appliquer le marketing dans les établissements sanitaire afin de répondre aux nouvelles exigences des patients, deux démarche ont récemment été importées dans le secteur des services publics : Le marketing et la qualité. Elles sont complémentaires car elle représente un état d'esprit qui conduit à placer l'utilisateur ou le client au centre des préoccupations du service (rare sont aujourd'hui les organisations privées ou publiques, qui n'ont pas placé le client au cœur de leur processus marketing et qui n'utilisent pas au moins quelques-unes des méthodes et des technique d'écoute les clients).

les deux démarches visent également la satisfaction du client, dont la démarche marketing est plus tournée vers l'extérieur que la démarche qualité qui ne peut exister sans elle, puis qu'il s'agit de mieux répondre aux besoins des clients. la sécurité, le soin, l'innocuité, voilà tout l'enjeu d'une bonne gestion des produits de santé, connaître les besoins de santé (le marché) comprendre les attentes des patients et des consommateur, mettre encore des moyens pour informer professionnels de santé et utilisateurs finaux.

Le marketing des produits de santé une pressante une dimension éthique particulière, donc l'importance de la fonction marketing est indéniable dans le secteur de santé car le marketing est un élément différenciant incontournable.

Il est temps pour les établissements sanitaires algériens de se révéler et voire la manière de jour, et devenir conscient de sa responsabilité sociale, pour service et offrir un service de qualité au client, et atteindre les finalités d'un service public.

La mauvaise prise en charge des malades au niveau des hôpitaux publics a toujours été décriée par le citoyen, et elle n'est pas ce qu'il y a de mieux, sans oublier les éternelles pannes des équipements médicaux (scanner, imagerie médicale....)

Les rendez-vous sont de plus en plus éloignés, ce qui pousse les malades de se diriger vers le privé pour un scanner ou une IRM même pour une prise en charge médicale, ces derniers profitant de l'occasion et cherchent à capter les patients dans les conditions d'hospitalisation meilleures qu'en hôpital.

Nous avons choisi ce thème selon les critères suivants en ordre de priorité et d'importance :

- Le patient est un être-humain avant tous : il s'agit maintenant pour l'établissement sanitaire de devenir conscient de sa responsabilité sociale, servir les missions de l'établissement sanitaire et permettrait de mieux atteindre les finalités d'un service public.
- Une demande de réaliser la satisfaction de la clientèle et de répondre à ses besoins autant quantitativement que qualitativement.
- Les nouvelles normes ISO9000 (version 2000) correspondent à la servuction sanitaire.
- Les clients sont de plus en plus informés : de par l'hyper concurrence et la facilité d'accès à l'information notamment par le vecteur des nouvelles technologies.

Dans cette perspective, notre recherche a plusieurs objectifs clés dont les plus importants sont :

- Qualité de la prise en charge des patients ;

- Qualité relationnelle entre les soignants et les patients ;
- Le confort, l'hygiène, et la propreté.

La question centrale à laquelle nous tenterons d'apporter des éléments de réponse est celle de savoir **quelle est l'appréciation globale des usagers de la qualité des services de soins prodigués par le CHU de Khalil Amrane de Bejaia ?**

Cette problématique pourrait aussi s'articuler autour des questions suivantes

- Les services de l'hôpital Khalil Amrane, sur le plan des ressources, répondent-ils aux attentes des patients.

- Les procédures de prise en charge des patients répondent-elles aux normes requises ?

- Les résultats sur le plan médical sont-ils au niveau des attentes des usagers de la l'hôpital.

Afin de répondre à ces multiples interrogations, nous allons émettre trois hypothèses sur lesquelles ce travail va se baser :

- La pratique du marketing est fondamentale pour toute organisation, même si elle est publique.
- L'effet positif de la qualité des soins sur la satisfaction du patient dans les établissements de santé public.
- La mesure de la satisfaction des patients peut contribuer à l'amélioration de la performance des établissements de santé et à mieux répondre aux besoins des patients.

Pour répondre aux différentes questions et vérifier ces différentes hypothèses de cette recherche, on a adopté une méthodologique descriptive et analytique.

Le présent mémoire comporte deux grandes parties : une partie théorique comportant deux chapitres. Le premier chapitre apporte des généralités sur le service, la qualité et sur la satisfaction des soins. Le deuxième chapitre porte sur le système de santé, marketing des services sanitaire et méthodes d'évaluation de la qualité des soins.

Dans la partie pratique, nous essayons de tester les hypothèses formulées en s'appuyant sur une étude empirique dans établissement public de santé au niveau de Bejaïa (CHU Khalil Amran)

---

# **CHAPITRE I**

**Notions sur les services, la qualité et la satisfaction des  
soins**

---

## **Introduction**

L'activité économique liée aux services dépasse aujourd'hui celle des produits classiques. Le développement des services et la complexité de leur offre peuvent générer une certaine confusion dans l'esprit des consommateurs. <sup>2</sup>Une activité de service se caractérise essentiellement par la mise à la disposition d'une capacité technique ou intellectuelle. À la différence d'une activité industrielle, elle ne peut pas être décrite par les seules caractéristiques d'un bien tangible acquis par le client. Compris dans leur sens le plus large, les services regroupent un vaste champ d'activité allant des transports à l'administration en passant par le commerce, les activités financières et immobilières, les services aux entreprises et aux particuliers, l'éducation, la santé et l'action sociale. Dans la pratique statistique, cet ensemble est regroupé sous le terme d'activités tertiaires.

## **SECTION 1 : NOTIONS DE BASE DE SERVICE ET SERVUCTION**

Avec le développement économique, une proportion croissante d'activités se déplace vers les services.

### **1. Historique de service**

Le concept de servuction a été conçu par deux auteurs français Pierre Eiglier et Eric Langeard puis a été développé en association dans des publications postérieures de deux auteurs anglo-saxons, Christopher Lovelock et James Bateson. Les trois publications de référence qui marquent ce qu'on pourrait appeler l'apparition sur la scène publique (scientifique) de ces approches des services. Elles datent de 1987 même si, bien entendu, ces publications s'appuyaient sur des travaux antérieurs : ce sont le livre de Jean-Claude Delaunay et Jean Gadrey *Les enjeux de la société de service* (c'est l'école lilloise), la thèse d'André Barcet *La montée des services vers une économie de la servuction* (c'est l'école lyonnaise, développée aussi par Joël Bonamy) et le livre de Pierre Eiglier et Eric Langeard, *Servuction, le marketing des services* (approche venant des sciences de la gestion)

---

<sup>2</sup> [www.marketing-etudiant.fr/.../marketing-services.php](http://www.marketing-etudiant.fr/.../marketing-services.php)

### **1.1 Définition de service**

Un service « une activité ou une prestation à un échange essentiellement intangible et qui ne donne lieu à aucun transfert de propriété. Un service peut être associé ou non à un produit physique »<sup>3</sup>

Le service est une activité économique qui crée de la valeur et fournit des avantages aux consommateurs à un moment et en un lieu donnés pour apporter le changement désiré en faveur du bénéficiaire du service

Un service est une action ou une prestation offerte par une partie à une autre. Bien que le processus puisse être lié à un produit physique la prestation est transitoire souvent intangible par nature et ne résulte pas normalement de la possession de l'un des facteurs de production<sup>4</sup>.

On peut distinguer un service d'un produit par les caractéristiques suivantes : l'intangibilité, la périssabilité, la variabilité, il est consommé en même temps qu'il est produit

### **1.2 La relation entre un service et un produit**

Il existe un continuum entre biens et services en ce sens que les offres sont généralement des associations de bien et de service

- ✓ D'une part les biens sont de plus en plus souvent accompagnés de services associés conseils des vendeurs, service après-vente, information et traitement des réclamations par les services consommateurs des entreprises ...etc.
- ✓ D'autre part de nombreux services ne peuvent être fournis sans un support matériel

---

<sup>3</sup>Kotler et Dubois « marketing management » 11<sup>em</sup> édition Pearson éducation

<sup>4</sup>Brousse(J) « le marketing des services » édition d'organisation, Paris 2000 p51

Le tableau n°1 présente le degré d'association de bien et de service.<sup>5</sup>

<b>Services à faible Composante Matérielle</b>	<b>Services à forte Composante Matérielle</b>	<b>Bien à faible Composante de Services</b>	<b>Bien à forte Composante de Services</b>
Médecin généraliste Coiffure Enseignement Primaire et Secondaire	Location de voiture Transport aérien Hôtellerie Restauration	Essence en libre- service Lessive Fourniture de bureau	Téléphone Téléviseurs Ordinateur Automobiles

Source : Lendrevie(J) et autres, « Mercator », 8ème édition, Dunod, Paris, 2006, p952

### 1.3 Les composantes importantes de service global

Généralement, quatre composantes entrant à des degrés divers dans les offres de service

**Schéma n°1 : les composantes importantes de service global**



#### 1.3.1 Une compétence spécialisée

Les entreprises des services ne sont pas seulement en concurrence entre elles, mais aussi avec leurs propres clients (le restaurant avec la maitresse de maison). Et pour réussir à pénétrer de

<sup>5</sup> HANOUNE Eric et Philippe Very « du produit vers le service, stratégie d'évaluation de l'entreprise industrielle vers les activités de service » 1<sup>er</sup> édition groupe de Boeck S.A, Paris 2011, P.48

tels marchés, l'entreprise de service doit faire mieux et/ou à moindre coût à moins qu'elle ne compense les incapacités de son client.<sup>6</sup>

Dans ce type d'activité, il s'agit en somme de prouver que l'on peut apporter au client davantage de bénéfices que ce qu'il obtiendrait en prenant lui-même en charge les opérations.

### **1.3.2 La création de contacts et de relations sociales**

Une autre fonction tient à l'innovation dans les relations entre les clients ou d'autres sources de valeur. Cette innovation joue sur des liens nouveaux, ou sur des liens classiques appliqués à de nouveaux contextes. C'est ce que font les banques ou compagnies d'assurances chacune à leur façon « l'avenir réserve de nombreuses opportunités à ceux qui auront des nouvelles idées ».

### **1.3.3 Le transfert de savoir-faire**

L'entreprise de service dont le rôle essentiel est d'apporter une technicité ou des capacités de traitement, n'existe que parce qu'elle détient un avantage relatif

La nature de cet avantage tient à une compétence ou à un savoir-faire spécifique. La maîtrise de compétences, l'accès à une organisation administrative d'envergure ou à une technologie de pointe exigeant d'opérer à grande échelle, sont autant d'atouts que ne possède pas le client.

De telles entreprises ne sont viables que dans la mesure où le client n'a pas l'avantage pour une compétence ou un savoir-faire donnés. Cette situation met l'entreprise de service face à un dilemme : vaut-il mieux combler cette lacune en fournissant le service ou en apportant son savoir-faire ?

L'exemple de la banque permet d'illustrer ce point. En effet, de nombreuses banques ont prospéré parce que leurs clients industriels s'intéressaient peu à la stratégie financière ou à la gestion de trésorerie, ou ne maîtrisaient pas ces questions. Cette incompetence ou méconnaissance de la part des clients profitait aux banques qui leur vendaient facilement des services financiers.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> R NORMANN, 1994, le management des services, interdictions, Paris, P, 76-77

<sup>7</sup> R NORMANN, op cit, P, 78 -79

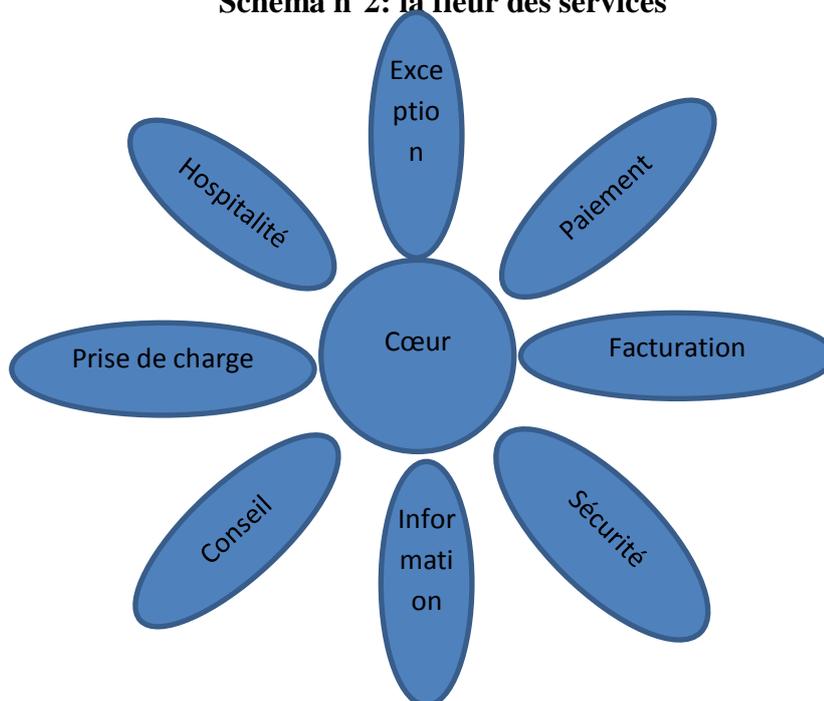
### 1.3.4 Le management et l'organisation en tant que prestation :

De nombreuses entreprises en viennent à proposer des systèmes de gestion plutôt que des services stricto sensu (un service de gestion d'hôtel, des systèmes de traitement des déchets, un service de nettoyage des hôpitaux)

### 1.4 La fleur de service

La figure ci-après présente ce qu'on appelle « fleur des services », dont les services supplémentaires sont placés autour de service central, et dans l'ordre dans lequel les clients y sont en général confrontés.

**Schéma n°2: la fleur des services**



Source : LAPERT(D), Op.cit, p.37

Le schéma met en lumière certaines fonctions qui entourent un service ou un produit à savoir :

#### **Service facilitant**

- L'information : L'utilisation d'un produit ou d'un service nécessite d'avoir des informations, en particulier pour les nouveaux patients et les prospects. Elles sont fournies généralement par les employés ou encore par les vidéos, les logiciels de démonstration, les bornes interactives et les sites internet.

- La prise de commande : lorsque le client décide d'acheter l'entreprise utilise un service supplémentaire qu'on appelle la prise de commande ce processus doit être courtois, rapide et efficace pour que les clients le trouve aussi agréable que possible<sup>8</sup>
- La facturation : tous services marchands dans lieu à une facturation, les factures doivent être exactes, lisible, complètes et compréhensible.
- Le paiement : implique dans tous les cas un acte de la part de client une grand diversité d'option existe pour facilite le paiement des factures

### **Service de soutien**

- Le conseil : c'est un service de soutien qui est fait pour influencer nos jugements pour discerner leurs besoins leurs désirs et pour leurs proposer une meilleur solution<sup>9</sup>.
- L'hospitalité : les entreprises doivent s'assurer que leurs employés traitent les clients convenablement, comme des invités, la qualité de l'hospitalité peut augmenter ou réduire la satisfaction engendrée par le service ou le produit de base.
- La sécurité : les entreprises se doivent de fournir un niveau de sécurité suffisant aux clients. aujourd'hui plus qu'hier, la sécurité devient pour les clients un facteur décisif et différenciation
- Les exceptions : sont une forme des services supplémentaires qui sortent du cadre standard d'une livraison normale.

Il y a différents types d'exceptions :

- **Les demandes spéciales** : sont souvent liées à des besoins personnels exceptionnels, respecter un régime alimentaire ou diététique, recevoir des soins médicaux<sup>10</sup>, etc.

Ce type de requêtes spéciales concerne plus particulièrement les services de

Traitement de la personne.

---

<sup>8</sup> D LAERT, op cit, P, 37-39

<sup>9</sup> D LAERT, op cit, P, 43

<sup>10</sup> D LAERT, op cite, P, 44

- **La résolution des problèmes** : elle se présente essentiellement lorsque le processus normal de livraison échoue à cause d'accident, défaut des équipements ou lorsque les clients rencontrent des difficultés à utiliser le produit.

**-Le traitement des plaintes, les suggestions et les compléments.** : Cette activité doit être facile pour les clients d'exprimer leur insatisfaction, de proposer des améliorations ou de faire des compléments.

**-La restitution** : en cas de problème, les clients s'attendent à recevoir un dédommagement, ce dernier peut prendre la forme de réparation ou d'échange sous garantie, d'accords juridiques, de remboursement, d'offre de services gratuits, etc.<sup>11</sup>

### **1.5 Les grandes catégories d'un service<sup>12</sup>**

- ✓ Services de soins et de santé :
- ✓ Service d'accueil, de tourisme et de voyage
- ✓ Service financier
- ✓ Service professionnel
- ✓ Sports, arts et service de loisir
- ✓ Service de distribution
- ✓ Service de l'éducation et de la recherche scientifique
- ✓ Service de télécommunications
- ✓ Service de réparation et de maintenance
- ✓ Service gouvernemental et quasi- gouvernemental

## **2. Historique de servuction**

Autour de mot « service » on trouve deux mots clés : service et servir ; ils viennent tous les deux de latin *servitium*, signifiant esclavage. On voit tout de suite la connotation extrêmement péjorative du terme, en opposition totale avec celle de produit. Par ailleurs si l'on trouve bien dans « servir » et « service » les notions d'action et de résultats il n'existe pas de mot équivalent à production pour exprimer le processus de création de fabrication de service.

---

<sup>11</sup> D LAERT, op cite, P, 44

<sup>12</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/Catégorie:Métier\\_des\\_services](https://fr.wikipedia.org/wiki/Catégorie:Métier_des_services)

C'est pourquoi devant ce manque un néologisme est proposé le terme servuction désignant le processus de création de service.<sup>13</sup>

Les développements qui suivent sont consacrés à l'examen de la servuction des services les différents éléments nécessaires à son existence ces caractéristiques et propriétés principales ainsi que les implications que l'on peut en tirer de point de vue de la stratégie marketing

### **2.1 Comparaison entre servuction et production**

Concevoir et fabriquer un produit fait référence à un ensemble de processus qui porte le nom de « production » il n'existe pas d'équivalent pour les processus de création et de fabrication de service.<sup>14</sup> Selon P. EIGLIER et E. LANGEARD propose donc celui de servuction le service est donc le résultat d'une servuction comme le produit est le résultat d'une production. Il importe de préciser que ce concept n'existe pas pour combler un vide mais pour marquer l'existence d'une entité qui recouvre des mécanismes et des démarches singuliers ayant des points communs avec ceux de la production mais particulièrement adaptés à la nature des services et à la spécificité du comportement des clients dans une relation de service.

### **2.2 Définition de la servuction**

Organisation des moyens matériels et humains nécessaires à la prestation de service. Elle distingue les interactions entre clients, entre les clients et le front office, et entre front office et back-office

La notion de service est liée à celle de la servuction

« la servuction c'est l'organisation systématique et cohérente de tous les éléments physiques et humains nécessaires à la réalisation d'une prestation de service dont le niveau de qualité a été préalablement déterminé<sup>15</sup> »

### **2.3 Le système de servuction**

Le système de servuction est un système qui opérationnalise la fabrication livraison et la consommation du service pour le client il se compose de deux sous-systèmes

---

<sup>13</sup> .( Eiglier (p) et Langeard(e) « la servuction, le marketing des services » édition DUNOD, Paris 1996, P.18.

<sup>14</sup> [http:// www.cyber. utp-nancy.fr/demos/MSL](http://www.cyber.utp-nancy.fr/demos/MSL)

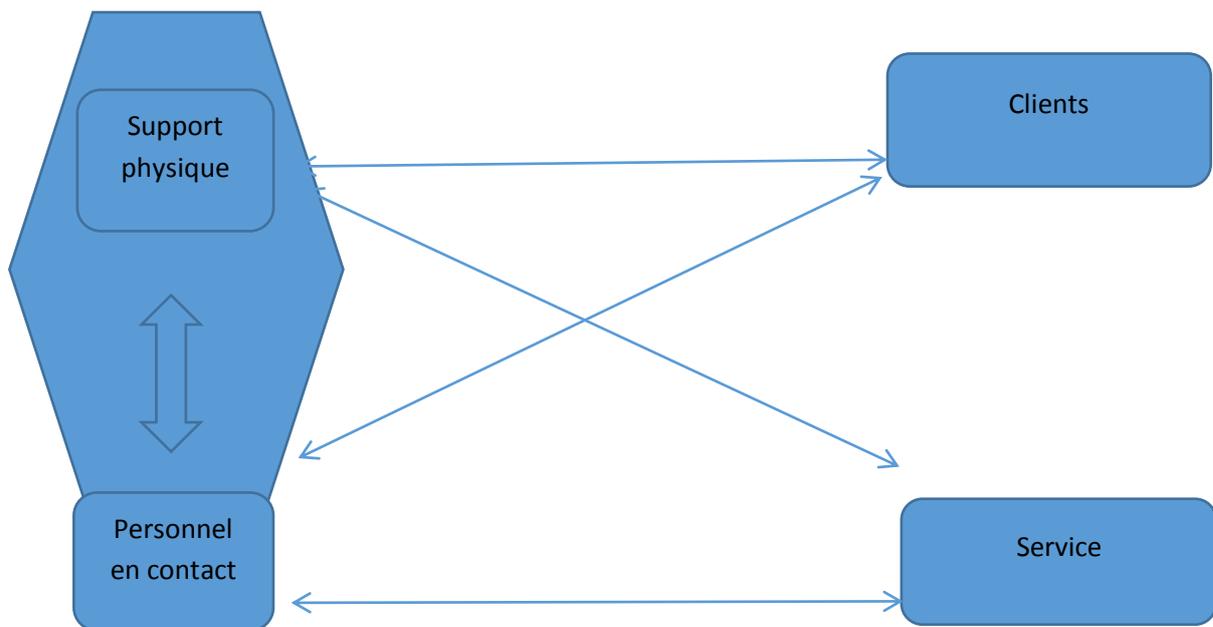
<sup>15</sup> EIGLIER (P), LANGEARD (E), op, cit. p 18.

- ❖ Un système d'input : les entrants nécessaire à la fabrication de service
- ❖ Un système des outputs : le résultat issu

#### **2.4 Les modes d'organisation pour délivrer le service.**

Pour offrir un service est nécessaire que l'entreprise peut s'appuyer sur un système d'organisation

**Schéma n°3 : fabrication du service : la servuction**

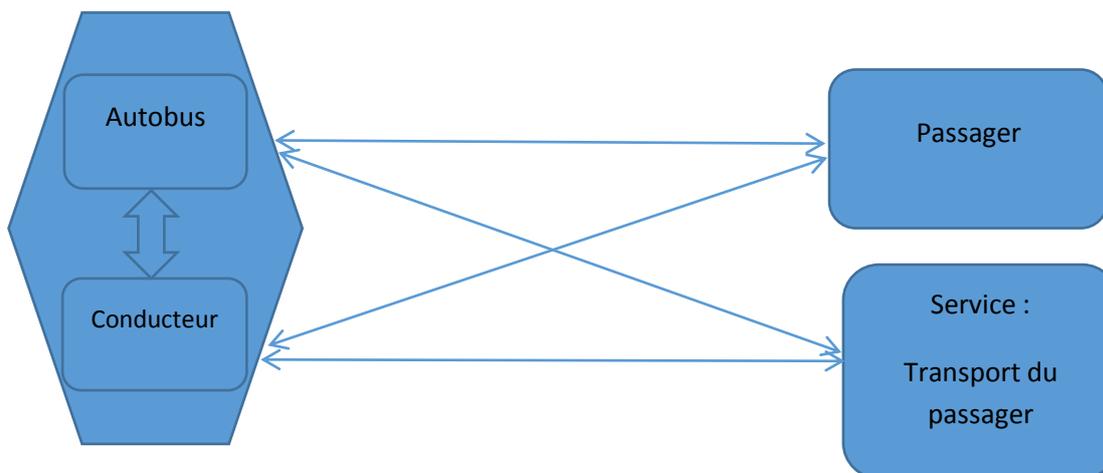


Entreprise de service

**Source :** Pierre Eiglier « marketing et stratégie des services », édition ECONOMICA, France, 2004, p13.

On a l'exemple suivant

**Schéma n°4: fabrication du service de transport urbain**



Entreprise du transport urbain

**Source** : Pierre Eiglier, op.cit. .p 13.

Le schéma ci-dessus montre les interactions entre ces éléments, dont la nature et le contenu cruciaux pour que le service soit correct. Ces interactions sont d'abord celles du conducteur et de machine, il a conduit de façon correcte ; il y a ensuite son interaction avec le client qui monte dans le bus ; il y a enfin les interactions du client passager avec l'autobus, il trouve une place, il s'assied et attend. Il faut noter en outre que ce même client passager a plus un comportement de production que de consommation : il respecte un horaire de passage, comme un employé, il se met dans la file d'attente et montre son billet, il avertit le conducteur de devoir s'arrêter à l'arrêt de sa destination.

En effet, ce système d'organisation pour délivrer un service a deux parties :

#### **2.4.1 Le front office**

Il comprend : la prestation ou le service, le client, les autres clients et le support matériel nécessaire pour rendre la prestation<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> LOGIEZ (C), VINAY (E),op, cit, p.61.

- Le client : c'est le consommateur impliqué dans la fabrication du service. C'est un élément primordial, sa présence est absolument indispensable. Sans lui le service ne peut exister. Son rôle est fondamental car il est responsable en partie de la qualité de la prestation de service.
- Le support physique : c'est le support matériel qui est nécessaire à la production du service, et dont se serviront soit le personnel en contact soit le client, et le plus souvent les deux.
- Le personnel en contact : il s'agit des personnes employées par l'entreprise, et qui sont en contact direct avec les clients. A la différence du client et du support physique, le personnel en contact peut ne pas exister dans certain service.
- Le service : le service est le résultat de l'interaction entre trois éléments basique qui sont : le client, le support physique et le personnel en contact. Ce résultat constitue le bénéfice qui doit satisfaire le besoin des clients.

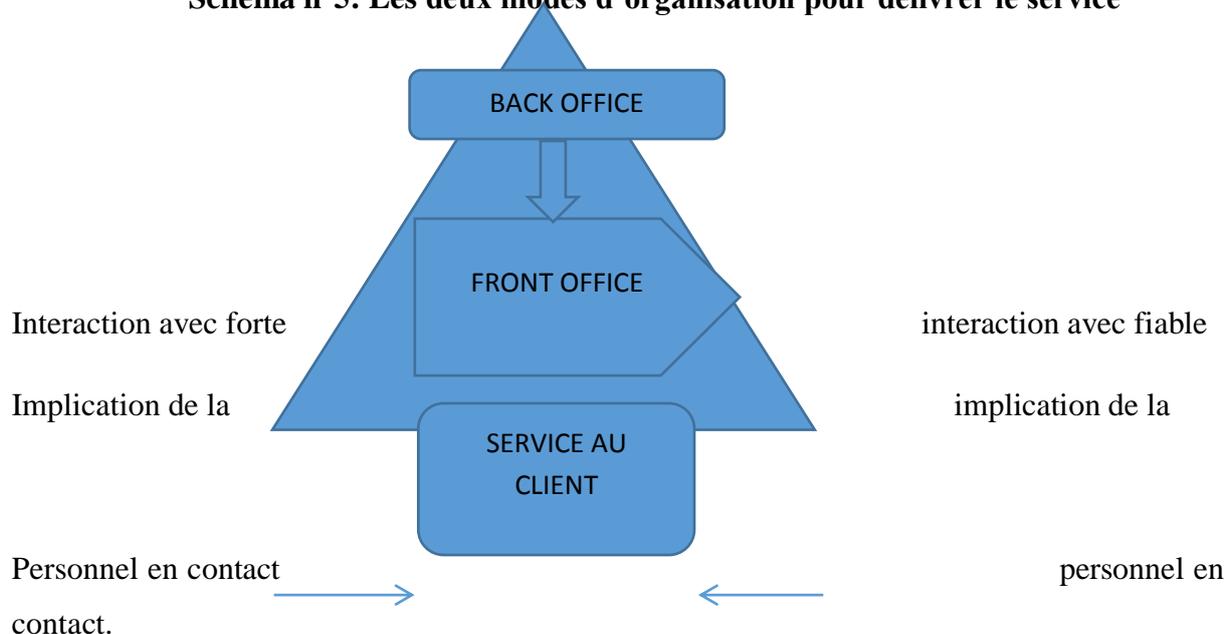
#### **2.4.2 Le back office**

Il n'est pas visible aux yeux du client. Le back office de l'entreprise concerne :

- Le système d'organisation interne à l'entreprise

C'est la partie non visible pour les clients, elle est constituée de toutes les fonctions classiques de l'entreprise : finance, marketing et certains fonctions spécifiques qui sont nécessaire à la réalisation du service-t-elle que : l'approvisionnement l'entretien du matériel, et le nettoyage.

**Schéma n°5: Les deux modes d'organisation pour délivrer le service**



Source : Dupont, « Management des services », 2000, p 32.

On appelle service une activité ou une prestation soumise à l'échange mais qui ne donne pas lieu à un transfert de propriété. Il peut ou non accompagner un produit tangible. Les services sont intangibles, indivisibles, variables et périssables. Chacune de ces caractéristiques entraîne des problèmes de marketing spécifique. Il faut en particulier « concrétiser » l'intangible, réduire les variations, et influencer les mouvements d'offre et de demande pour réduire les inconvénients de la périssabilité.

Une entreprise de services est confrontée à trois défis. Il lui faut :

- Différencier son offre, son système de commercialisation, et/ou son image ;
- Gérer la qualité des prestations fournies en regard des attentes de la clientèle ;
- Toujours améliorer la productivité de son personnel tout en le sensibilisant à l'écoute et au respect des clients.

## 2.5 Définitions de processus de service

La notion de processus de réalisation du service est plus explicite et plus utile pour exprimer l'offre de service.<sup>17</sup>

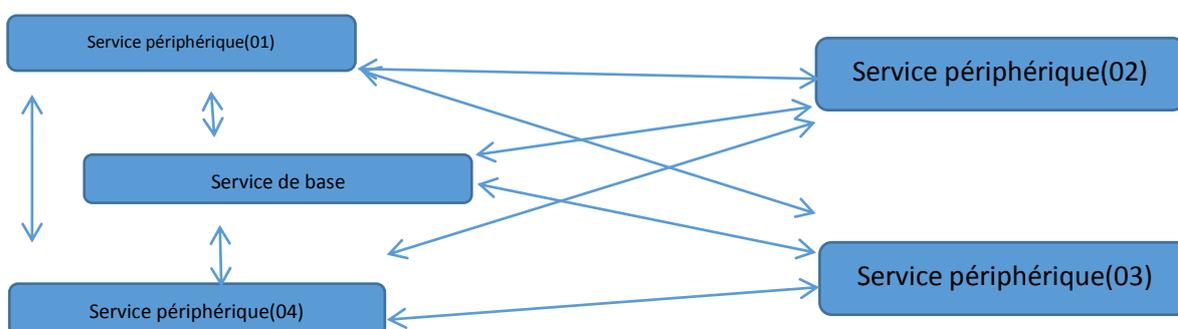
### 2.5.1 Les type de processus de service

#### 2.5.2.1 L'offre de service

Tout le concept d'offre de service repose sur la constitution que toute l'entreprise de service ne propose pas un service, mais plusieurs services à la clientèle. Les services n'ont pas la même importance : on peut distinguer trois types : le service de base, les services périphériques et les services supplémentaires.

- Le service de base : il peut être de deux points de vue de celui du client d'abord : le service de base est celui qui va satisfaire le besoin principal du client. Le service de base est la raison même d'exister de l'entreprise de services : elle ne peut supprimer ce de base sans changer de métier ou cesser son activité.<sup>18</sup>
- Le service périphérique : est un service de moindre importance, offert par l'entreprise de service et qui ne répond à aucune des deux conditions de service de base principale. Si le service de base principal est unique, les services périphériques peuvent être nombreux, ainsi que la montre le schéma suivant.

**Schéma n°6: l'offre de service**



Source : Eiglier(p), op.cit., p32.

<sup>17</sup> Kotler (P), O.P cit.P.129

<sup>18</sup> Brousse (J), « le marketing des services » édition organisation, Paris, 2000, P 59

Ce schéma illustre ce concept d'offre de services, faites d'un service de base et de services périphériques. Ce schéma permet de pousser la réflexion un peu plus loin : tous ces services, que l'on peut qualifier d'élémentaires, sont interdépendants ; chacun est en relation avec tous les autres. En d'autres termes, la satisfaction du client sera influencée par la qualité de chacun des services élémentaires dont il bénéficiera<sup>19</sup>.

- Les services supplémentaires : c'est l'ensemble des services qui accompagnée service de base, pour faciliter la commercialisation et améliorer la valeur d'un bien ou d'un service. Il a de nombreux types de services supplémentaires. Nous les avons séparées en services supplémentaires facilitant et de soutien. Les services facilitant : « information, prise de commande, facturation et paiement ». les services de soutien : « conseil, hospitalité, sécurité et les exceptions ».

#### **2.5.2.1.2 Le redesign des processus de service**

Le redesign des processus de service s'impose lors qu'ils vieillissent, ne conviennent plus et deviennent obsolètes pour la firme mais aussi pour les patients. Cela ne signifie pas nécessairement que le processus technologique, de nouveaux dispositifs, de nouvelles offres ou de nouvelles attentes de la part des patients remettent en question les processus préalablement établie. MICHELLT. Rabkin MD, ancien président de l'hôpital de baht I Israël de boston, nomme ce problème la « rouille institutionnelle » : « les institutions sont comme l'acier » ; elles rouillent ce qui était par le passé lisse, brillant et beau tend à devenir rouille<sup>20</sup>.

Les responsables en charge des projets de redésing des processus de services ne souhaitent généralement pas allouer trop de budget même pour obtenir une qualité meilleure. Ils cherchent plutôt à augmenter la productivité tout en maintenons la qualité même si nous savons que la restriction ou la remobilisation des façons dont les taches en back stage. Les efforts de redésing consistent avant tout à remplir les critères de performance suivants :

- Réduire le nombre d'échec dans les processus de service

---

<sup>19</sup> EIGLIER (P), Op.cit. P 29.

<sup>20</sup> LAPERT (D), op, cit, p.27

- Réduire la durée de cycle de production d'un processus de service entre son initialisation par le patient et son accomplissement
- Augmentation de la productivité
- Accroître la satisfaction du patient

### **2.5.2.2 Le blueprint**

Pour concevoir des services qui répondent aux besoins des patients et qui soient efficace, les responsable de toute les fonctions de l'établissement doivent travailler ensemble, pour concevoir et mettre au point un processus de service, le blueprint se révèle être un outil particulièrement utile.<sup>21</sup>

Le blueprint est un outil qui permet de visualiser les processus de livraison du service, représentant les interactions avec les patients en front stage, les locaux, les équipements et les activités de back stage qui ne font pas partie de l'expérience de service. C'est un outil très puissant d'identification.

---

<sup>21</sup> LENDREVIE(J), LEVY(J), OP, cite, P.915

## **SECTION2- NOTIONS SUR LA QUALITE**

La qualité est aujourd'hui une préoccupation majeure des établissements sanitaires. Au-delà d'une simple réduction des coûts attachés à la non-qualité, la recherche de la qualité des soins exprime le souci d'une satisfaction permanente des usagers, à l'extérieur de l'établissement sanitaire, comme à l'intérieur.

### **2.1 Définition**

Comment peut-on définir la qualité d'un produit ou d'un service ? Les interprétations sont variées, comme « le degré d'excellence », « l'adéquation avec les besoins », « l'optimisation des ressources » ou « la conformité avec les spécifications ou exigences ». la notion même de qualité a évolué au fil du temps<sup>22</sup>.

La définition normative de la qualité a également beaucoup changé. En 1979, AFNOR la définissait comme « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs ». Elle se définit actuellement selon la norme ISO 8402 : Management de la qualité et assurance de la qualité : vocabulaire comme « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites ». Les besoins sont bien sur ceux des clients. Ajoutons que ces besoins peuvent être présents ou futurs.

Enfin, les conceptions les plus récentes de L'ISO définissent aujourd'hui la qualité comme étant « l'obtention de la satisfaction durable du client, en répondant à ses besoins et attentes, au sein d'un organisme s'engageant à améliorer constamment son rendement et son efficacité ».

Pour kaoru Ishikawa, « la qualité consiste à développer, concevoir et fabriquer des marchandises les plus économiques, utiles, satisfaisantes pour l'acheteur. Gérer la qualité, c'est aussi gérer le prix de revient, le prix de vente et le bénéfice ».

Philip B. Crosby, qui était responsable de la qualité du groupe ITT, a défini la qualité comme « la rencontre des exigences », c'est -à- dire l'explication par le client de ses besoins. Sa théorie. Est que la qualité est synonyme de conformité aux exigences. Pour lui, il faut se débarrasser de l'approche conventionnelle et aborder la qualité comme un outil de

---

<sup>22</sup> HERVE Lecllet, CLAUDE Vilcot « Construire le système qualité d'un établissement de santé » édition AFNOR p, 3

management. La qualité s'applique aux produits, aux services et au fonctionnement de l'entreprise.

Pour Joseph Juran, c'est « l'aptitude à l'usage ».

Pour Pat Townsend, c'est « ce que le client perçoit quand il sent que le produit ou le service rencontre ses besoins et correspond à ses attentes ». Il distingue la qualité de perception de la qualité de fait, c'est-à-dire de l'offre objective. En d'autres termes, c'est la réponse ajustée à une attente.

Tom Peters, dans son livre *la passion de l'excellence* (cité par J.Teboul), insiste sur l'aspect dynamique des avantages de séduction qu'offre la qualité : « nous ne voulons pas satisfaire le client, nous voulons le séduire, nous voulons le faire vibrer d'envie ! ». Nous sommes bien là dans une logique de conquête.

## **2.2 Les formes de la qualité**

La qualité se dicline sous deux formes

- La qualité interne : elle correspond à l'amélioration du fonctionnement interne de l'entreprise, l'objectif de cette qualité est de limiter en maximum les dysfonctionnements internes de l'entreprise. La qualité interne passe par une étape d'identification et de formalisation des processus internes réalisés à une démarche qualité<sup>23</sup>
- La qualité externe : « la qualité pour le client résulte de la comparaison entre ce qu'il attend le client attend qu'un produit ou service possède un certain nombre de caractéristiques et ce qu'il perçoit une fois le produit ou service conçu et réalisé le client perçoit des caractéristique qu'il compare à ses attentes<sup>24</sup> »

La qualité externe correspond à la satisfaction des clients. Il s'agit de fournir un produit ou un service conforme aux besoins des clients.

---

<sup>23</sup> JAMBART (J) « *L'assurance qualité* » édition ECONOMICA, Paris, 2001, p.13.

<sup>24</sup> CANARD (F) « *Le management de la qualité* » édition LEXTENSO, Paris, 2009, p.17

### **2.3 La qualité totale**

La notion de la qualité totale est apparue les années soixante-dix au Japon pour connaître un essor considérable dans les années 80-90

Le management total de la qualité ; en anglais, Total Quality Management (TQM) : est un « mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous les membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour les membres de l'organisation et pour la société<sup>25</sup> »

La qualité implique la participation et la motivation de tous les membres de l'organisation de plus haut niveau de la direction aux employés simples visant un succès à long terme par la satisfaction de la clientèle et par la réalisation de la performance au sein de l'entreprise.

De ce fait, la qualité totale, pour une entreprise est une « politique qui tend à la mobilisation permanente de tous ses membres pour améliorer la qualité de ses produits et services la qualité de son fonctionnement et la qualité de ses objectifs en relation avec l'évolution de son environnement<sup>26</sup> »

### **2.4 Les objectifs à la qualité**

Ces objectifs dépendent du bord sur lequel l'on se situe pour analyser la qualité. Pour cela les experts de la qualité distinguent des « partenaires pour la qualité » ces derniers sont l'entreprise et les clients.

#### **2.4.1 Pour l'entreprise**

Les objectifs « internes », quant à eux, viennent des obligations de l'entreprise envers son personnel et envers ses actionnaires. Elle recherche la rentabilité la compétitivité et la progression. L'amélioration de la qualité de ses fournitures et prestations, acquise par une meilleure maîtrise des processus, est un facteur essentiel de rentabilité et de compétitivité.

L'entreprise doit satisfaire le client. Elle est conduite à épouser le point de vue de celui-ci quant à la qualité, elle doit lui procurer la qualité voulue et les éléments de confiance en cette

---

<sup>25</sup> ERNOUL ROGER, « *Le grand livre de la qualité* », édition AFNOR, 2010, p 10.

<sup>26</sup> Ibid ; P.10.

qualité, elle doit aussi respecter les clauses contractuelles en matière de qualité, de prix et de délai.

#### **2.4.2 Pour les clients**

Le client est l'acteur le plus important de l'entreprise, car il détermine de façon significative le développement même de celle-ci. Son objectif, en termes de qualité des produits ou services proposés à lui par l'entreprise est des plus délicats.

Les objectifs du client, face aux produits et aux services d'une entreprise, sont réunis sous l'appellation « exigence du client ». Ses relations avec l'entreprise sont le plus souvent limitées à la satisfaction de ses exigences, et donc de ses attentes.

La qualité constitue l'un des outils les plus importants de la compétitivité qui permet à l'entreprise de préserver son image de marque, elle implique une amélioration continue visant l'excellence par la qualité totale.

### **SECTION3 : GENERALITE SUR LA SATISFACTION**

La satisfaction des clients, est une notion essentielle dans la recherche marketing, différé beaucoup selon les chercheurs, ce qui explique les nombreuses méthodes de mesure.

Dans cette section nous aborderons les différentes définitions de satisfaction, ses caractéristiques, et les différentes méthodes de mesure.

#### **1. Définition :**

Pour ISO 9000, la satisfaction peut se définir comme « l'opinion du client sur le niveau de réponse d'une transaction à ses besoins et attentes. »<sup>27</sup>

Selon le dictionnaire « Rebert » la satisfaction de bien-être est « le plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire ou simplement d'une chose souhaitable ».

La satisfaction des clients est dans les activités, obtenues par une offre bien adaptée aux attentes des clients. Alors dans l'abondant littérature consacrée au domaine de services, la

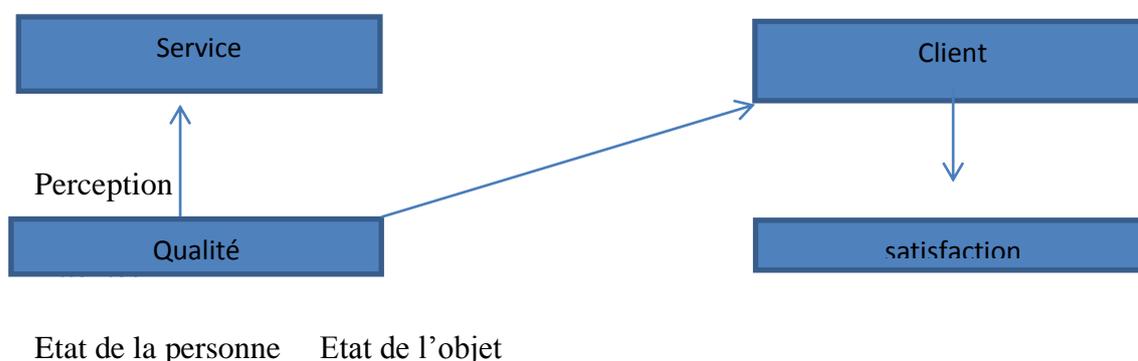
---

<sup>27</sup> MONIN(J) « la satisfaction qualité dans les services, outil de performance et d'orientation clients », édition AFNOR, Paris, 2001, P.108.

notion de qualité et de satisfaction sont étroitement liée et le plus souvent perçue subjectivement ou non, en fonction des attentes des clients. Le jugement de la qualité des services résulte d'une comparaison des attentes de service à la performance actuelle. Les attentes en matière de service font apparaître deux notions :

- Le service désiré : c'est le niveau de service que le client souhaite recevoir, qu'il estime mériter pour un prix donné ;
- Le service adéquat : c'est le niveau de service que le client est prêt à accepter, se rapproche de niveau minimal de service désiré

**Schéma n°7: qualité et satisfaction**



**Source** : Eiglier (p), op.cit. p73.

Selon KOTLER et DUBOIS, « la satisfaction client est le jugement des clients vis-à-vis d'une expérience de consommation ou d'utilisation résultant d'une comparaison entre ses attentes à l'égard du produit et ses performance perçue <sup>28</sup>».

Selon MEGIVERN et autres (1992), définissent la satisfaction comme un « degré de congruence entre les attentes du patient relatives aux soins et services désirés, et sa perception concernant. La qualité du service réellement offert ».

Différents types de satisfaction ont été dans la littérature :

<sup>28</sup> KOTLER et DUBOIS, « Marketing management », 11<sup>ème</sup> édition Pearson éducation, Paris, 2003, p 40

- La satisfaction spécifique à une transaction : c'est l'évaluation par rapport à une expérience d'achat/consommation spécifique ;
- La satisfaction par rapport à une marque ou satisfaction cumulée : est l'évaluation d'un ensemble d'expériences de même type ;
- La satisfaction microéconomique : c'est la satisfaction de tous les consommateurs au niveau de l'entreprise ;
- La satisfaction macroéconomique : c'est satisfaction au niveau d'une culture ou d'une société

## **1.2 Le modèle de satisfaction**

Les recherches dans le domaine de la satisfaction ont mis en évidence un certain nombre d'antécédents de ce concept, tels que les attentes, la performance perçue, la dis confirmation des attentes, la qualité, les attributions, l'équité et les réactions affectives. La dis confirmation des attentes est habituellement d'une des variables des modèles de satisfaction qui explique le mieux la satisfaction<sup>29</sup>.

Le modèle de satisfaction décrit la formation de la satisfaction comme un processus comparatif incluant quatre construits principaux :

- le jugement porté sur la performance du produit/service au cours de l'expérience de consommation, on pourrait parler aussi de qualité perçue.
- Les attentes(les expectations) formée par le consommateur préalablement à l'achat et à la consommation du produit/ service concerné ; on pourrait parler aussi de qualité attendue ;
- La comparaison entre la performance et les attentes va donner naissance à la dis confirmation qui peut être positive (cas ou les performances sont supérieures aux attentes),

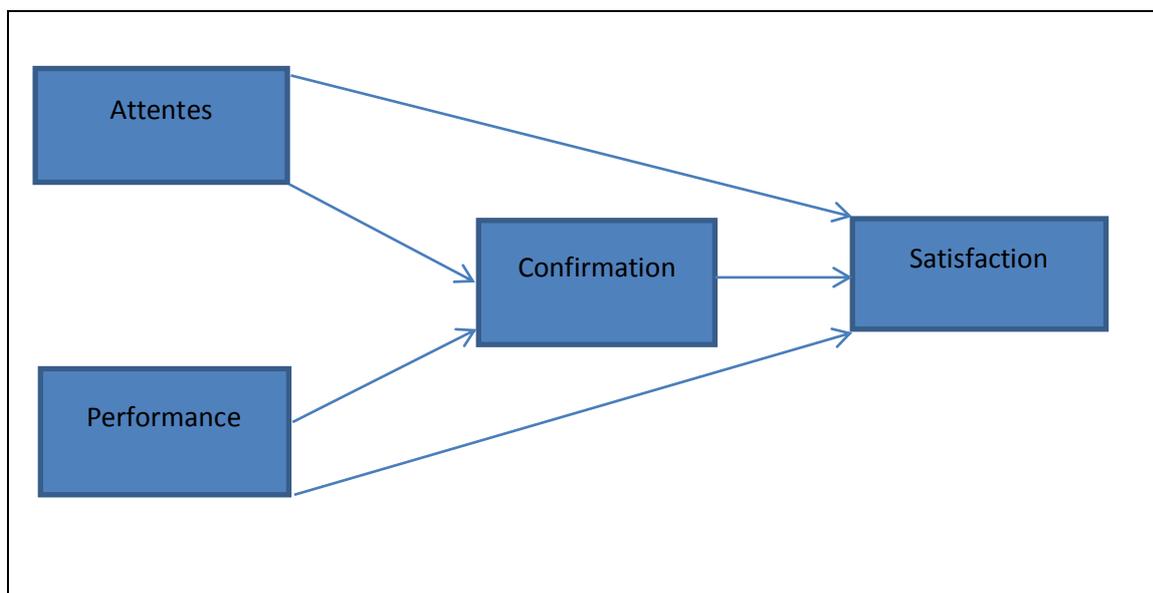
Neutre (cas d'égalité ; on pourrait alors parler et confirmation), ou négative (cas ou les performances sont inférieures au standard de référence des consommateurs) ;

---

<sup>29</sup> KESSAS ZAKIA, « *Thèse magistère* », op.cit., p 98.

- Les dis confirmation va générer l'évaluation globale de l'expérience de confirmation, c'est –à-dire la satisfaction. pour le modèle de base, la dis confirmation est une variable médiatrice par laquelle transite l'influence de la performance et des attentes sur la satisfaction. Des tests de ce modèle ont montré qu'au moins dans certains cas, il pouvait
- exister des relations directes entre les performances et/ou les attentes et la satisfaction.

**Schéma n°8: le modèle de satisfaction**



**Source :** Yver EVRARD ;(1993) ; « la satisfaction des consommateurs : état de recherche » ; revue française du marketing ; ADETEM édition ; n 144-145 ; p, 58.

### **1.3 Les trois degré de satisfaction selon coté(1996)**

Côté explique que le niveau de satisfaction est tourne vers trois éléments ;

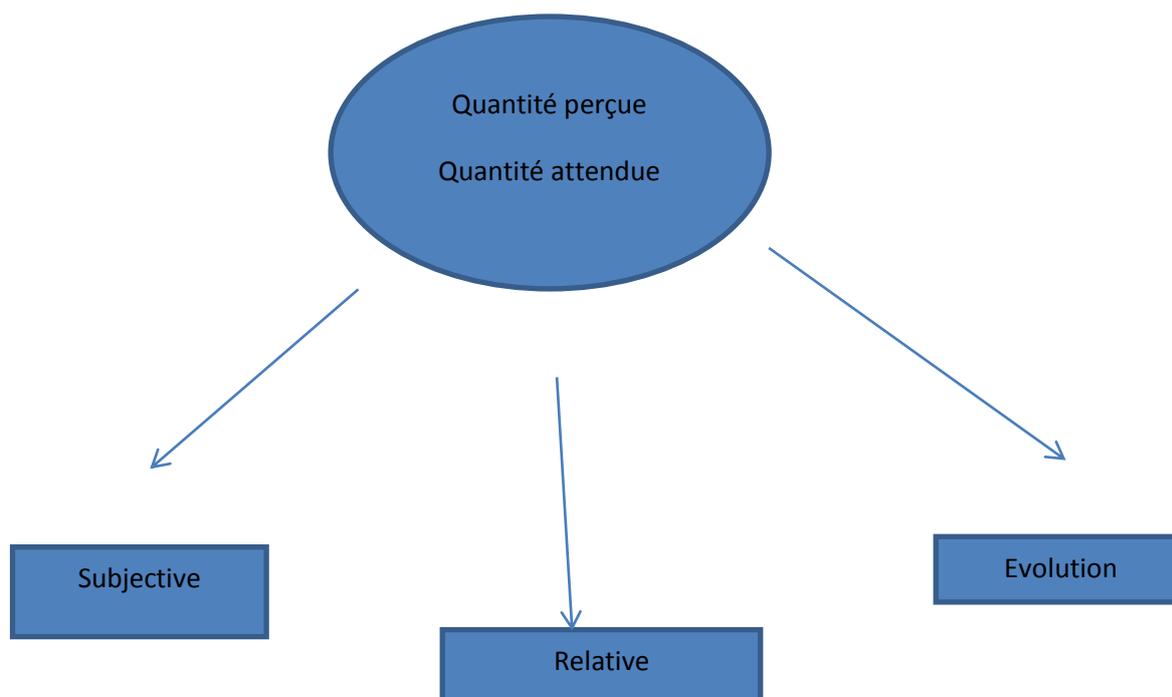
- l'aptitude du service à satisfaire les attentes de base du patient « le niveau de qualité minimale » : ce niveau correspondant aux attributs de base (soins, alimentation, sécurité du milieu, propreté des lieux, etc.) que le patient s'attend d'obtenir.

- L'aptitude du service à répondre aux attentes du patient » niveau de qualité espéré » : il est relié à l'aptitude du service à satisfaire les attentes et besoins réels, exprimés par le patient.
- L'aptitude du service à aller au –delà des attentes du patient » le niveau de qualité supérieur » : est atteint par des activités qui visent à dépasser les attentes des patients, il est relié à des attributs que l'organisation met en place pour séduire jusqu'à un certain point la clientèle<sup>30</sup>.

### 1.4 Les trois caractéristiques majeures de la satisfaction

Le mode d'évaluation qu'à un client vis-à-vis d'un produit/service réponse sur un ensemble de critères et pour cela, il est clair de voir comment se forme son jugement sur chacun de ses critères. Trois caractéristiques majeures de la satisfaction, qui sont la subjectivité, la relativité, et enfin l'évolutivité. Comme présente le schéma suivant :

**Schéma n°9: les trois caractéristiques de la satisfaction**



**Source :** RAY(D), « mesurer et développer la satisfaction client », 3<sup>ème</sup> édition d'organisation, paris, 2002, p.24.

<sup>30</sup> GREBIER (R), « *La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients* », Université Montréal, Canada, PDF, p 6.

- subjectivité : la satisfaction des clients dépend de leur perception de produit/service et non pas de la réalité objective ;
- relativité : la satisfaction varie selon les niveaux d'attentes « ce ne soient pas les meilleurs produits qui se vendent le mieux... car ce qui compte n'est le fait d'être le meilleur, mais d'être le plus adapté aux attentes des clients ».
- l'évolutivité : la satisfaction évolue avec le temps à deux niveaux différents, en fonction à la fois des attentes et des standards, et de cycle d'utilisation des produits.
- L'évolution des attentes et des standards : les clients définissent leurs attentes en fonction de l'état actuel des offres « standards ».or, comme la loi de la concurrence incite les fournisseurs à augmenter leurs performances relatives afin d'être préférés. Cette course fait inexorablement évoluer le niveau moyen des offres et donc les standards de déférence. Le moment où le marché et donc les attentes des clients ont évolué plus vite que les performances de l'entreprise, le taux de satisfaction est faible et l'entreprise perd des parts de marché et au contraire.
- L'évolution pendant le cycle de vie et l'utilisation de produit/service : En termes de mesure de satisfaction, le moment le plus crucial se situe donc enfin de « consommation » du produit/service acheté, juste avant l'achat suivant. Une satisfaction positive à ce moment précis constitue un pré requis bien qu'insuffisant.

### **1.5 La cible de la satisfaction et ses objectifs**

La cible de la satisfaction est définie par l'entreprise en fonction des objectifs qu'elle a retenus ; elle consiste<sup>31</sup> :

- tous les clients actuels connus ;
- un secteur de marché comparant des clients actuels ou potentiel ;
- un secteur de clientèle, par exemple une zone géographique.

Parmi les objectifs de la satisfaction, on peut citer :

---

<sup>31</sup> OUYAHIA Siham, « *Système de management de la qualité de satisfaction de la clientèle* », Thèse de fin d'étude en science commerciale, université de Bejaia, 2015

- connaître l'image de l'entreprise ;
- connaître son positionnement par rapport à la concurrence ;
- la satisfaction est une source de fidélisation, plus les usagers sont satisfait plus leur fidélité s'accroît.
- Identifier des attentes nouvelles ou des projets des usagers.

### **1.6 Les attentes des usagers**

Les usagers souhaitent s'adresser à l'établissement, au service, au professionnel, susceptible de leur assurer les soins de la meilleure qualité possible. Ils ont quasi le souci que les dysfonctionnements dont ils ont pu partir fassent l'objet de corrections, afin que d'autres n'en soient pas victimes. Cela apparaît dans la plupart des plaintes. Enfin, de nombreuses études et témoignages insistent sur l'importance pour les usagers du dialogue avec les soignants, témoignages insistent sur l'importance pour les usagers du dialogue avec les soignants, particulièrement le médecin, sur leur besoin d'information sur la maladie diagnostiquée, sur les soins envisagés.

Les sentiments général qui prévaut chez les représentants des usagers rencontrés par la mission est que le dispositif de soins est encore très opaque pour un grand nombre d'usagers, seuls les initiés peuvent s'y diriger en étant certains de s'orienter toujours dans la bonne direction. Les usagers réclament en conséquence des mesures de la performance des établissements prenant en compte la satisfaction des usagers dont ils veulent connaître tous les résultats. Certains estiment que c'est à partir des indicateurs de qualité définis par les experts que le jugement sur un établissement ou un service doit être exprimé et porté à la connaissance de tous. D'autres considèrent que le jugement des seuls experts n'est pas suffisant que le point de vue du patient est précieux car étant le premier concerné par les soins, il a une expérience du fonctionnement d'un service peut être moins savante mais plus concrète.

La qualité des soins est donc la performance attendue par les usagers, ne se confond pas toujours avec la conception que s'en font les professionnels de santé. Cela explique les différentes d'opinions existantes sur la place à accorder à la mesure de la satisfaction des

usagers entre représentants d'usagers, et entre usagers et professionnels. Les usagers apprécient la qualité des soins en la reliant à la qualité de la relation qu'ils ont avec les professionnels de la santé moins aux processus cliniques ou aux résultats des soins pour lesquels ils ont plutôt tendance à s'entremettre aux praticiens et aux organisations<sup>32</sup>.

### **1.7 Le lien entre la satisfaction et le profit de l'entreprise**

Il existe des relations très fortes entre la satisfaction et la rentabilité de l'entreprise, suivant deux approches complémentaires, on peut les structurer comme suit :

-« le profit dépend de la part de marché, or celle-ci est directement liée à la qualité perçue relative<sup>33</sup> ».

-« la fidélité des usagers maximise le profit. Et, sauf contre-exemple rare, pas de fidélité sans satisfaction. »

Selon le programme PIMS (profit impact of marketing stratégie), une entreprise ayant une forte part de marché a une qualité perçue relative (grâce à une augmentation des prix relatifs et à une diminution des coûts relatifs), et elle a, en moyenne, un retour sur investissement près de six fois plus qu'une entreprise du même secteur qui ne remplit pas ces deux conditions<sup>34</sup>.

### **1.8 Surveillance et mesure de la satisfaction**

La norme ISO 10004 recommande aux organismes l'établissement de processus efficaces de surveillance et de mesure de la satisfaction du client ce processus fournit des informations efficaces pour assurer l'atteinte des objectifs ainsi de boucler le cycle PDCA (plan, Do, check, ACT) d'amélioration continue en renseignant l'entreprise sur les forces et faiblesses de son offre et de ses prestations. En se référant aux exigences de la norme ISO 9000 relatives aux conditions de modélisations d'un processus, celui-ci être efficace (atteinte des objectifs) et

---

<sup>32</sup> Rapport réalisé par Alain LOPEZ et Pierre-Louis REMY, Mars 2007, p.9.

<sup>33</sup> RAY (D), « mesure et développer la satisfaction clients », 3<sup>ème</sup> édition, édition d'ORGANISATION, Paris, 2002, P 8.

<sup>34</sup> Créée en 1972 aux Etats-Unis signifiant une base de données ; 2600 domaines d'activité stratégiques répartis aux Etats-Unis et en Europe apportent des éléments chiffrés sur la rentabilité réelle des actions marketing.

fiable (maîtrise des aléas) ; donc le processus de surveillance et de mesure de satisfaction doit être ainsi<sup>35</sup>.

Selon la norme ISO 9001 : 2008, dans le paragraphe relatif à la satisfaction du client « l'organisme doit surveiller les informations relatives à la perception du client sur le niveau de satisfaction de ses exigences par l'organisme comme une des mesures de la performance du système de management de la qualité. Les méthodes permettant d'obtenir et d'utiliser ces informations doivent être déterminées.<sup>36</sup> »

Le client (patient) estime que la qualité de service offert ou dépasse ses attentes. La mesure de la satisfaction client est un outil d'écoute indispensable pour orienter la stratégie qualité d'une entreprise et rendre performant les choix d'investissement de celui-ci. De ce fait, la mesure de la satisfaction doit être menée auprès des clients eux-mêmes, par le biais d'indicateurs et d'enquêtes de satisfaction.

Plusieurs indicateurs sont à citer et parmi ces derniers nous développons deux qui sont principaux pour mesurer la satisfaction.

### **1.8.1 Les réclamations**

Selon la norme ISO 9000 :2005, système de management de la qualité- principes essentiels et vocabulaire, une réclamation est « toute expression de mécontentement adressée à un organisme, concernant ses produits ou le processus même de traitement des réclamations, duquel une réponse ou une solution est explicitement ou implicitement attendue ».

Selon la norme ISO 10001, « les réclamations des clients sont un indicateur habituel d'un faible niveau de satisfaction du client, mais leur absence n'implique pas nécessairement un niveau élevé de satisfaction du client. », donc un niveau de réclamation est un signe d'une mauvaise qualité ; le traitement de ces dernières peut être bon indicateur de satisfaction s'il est bien suivi.

---

<sup>35</sup> Selon la norme ISO 9000 : 2005, un processus de mesure signifie un « ensemble d'opérations permettant de déterminer la valeur d'une grandeur ».

<sup>36</sup> Site officiel de l'organisation internationale de normalisation, la norme ISO 10004 : 2012 : Management de la qualité satisfaction du client, consulter Mai 2017.

### **1.8.1 Le taux de défection des clients**

Le taux d'abandon du client de service ou du produit qu'il consommait peut être aussi un indicateur utile qui reflète l'insatisfaction du client ; un élevé de celui-ci est annonciateur d'un problème de satisfaction du client. Il est utilisé en particulier dans la mesure de la fidélité.

### **1.8.2 Méthodes de mesure de la satisfaction**

Chaque entreprise doit définir l'approche qui lui convient ; en fonction de son activité, de sa relation avec les clients et des objectifs recherchés. Les principales méthodes de mesure utilisées sont :

#### **1.8.3.1 Enquête de satisfaction**

Les enquêtes de satisfaction sont un élément essentiel pour l'amélioration continue de la satisfaction, et de la fidélisation. Ces enquêtes ont pour but ultime la mesure de la satisfaction des clients.

On distingue quatre types ou bien quatre façons de mener ce genre d'enquêtes : enquête en face à face, enquête postale, enquête en ligne, et enquête téléphonique.

La première encourage la valorisation du client et possède un taux de retour très intéressant à savoir 100% d'information, l'inconvénient de ce type d'enquête (face à face) réside dans le cout et la difficulté de son organisation.

La deuxième, qui est l'enquête postale ; elle est courte, plus simple. Ce type de consultation permet d'aborder des sujets qui nécessitent de la réflexion et de recueillir un maximum de commentaires.

Le troisième type l'enquête en ligne (électronique) est une méthode très performante en procurant une solution réactive, rapide à mettre en place et à administrer ; il existe des logiciels très puissants qui permettent l'accès et le traitement d'une masse très importante d'information. Cette enquête est considérée plus rapide que l'enquête précédente vue la réduction des délais d'acheminement.

En fin, la dernière enquête qui est l'enquête téléphonique ; réalisée en appelant les personnes à interroger au domicile ou au lieu de travail pour l'échange d'opinion<sup>37</sup>,

## **1.9 La satisfaction des clients : un vecteur vers fidélisation**

### **1.9.1 Les avantages pour les clients**

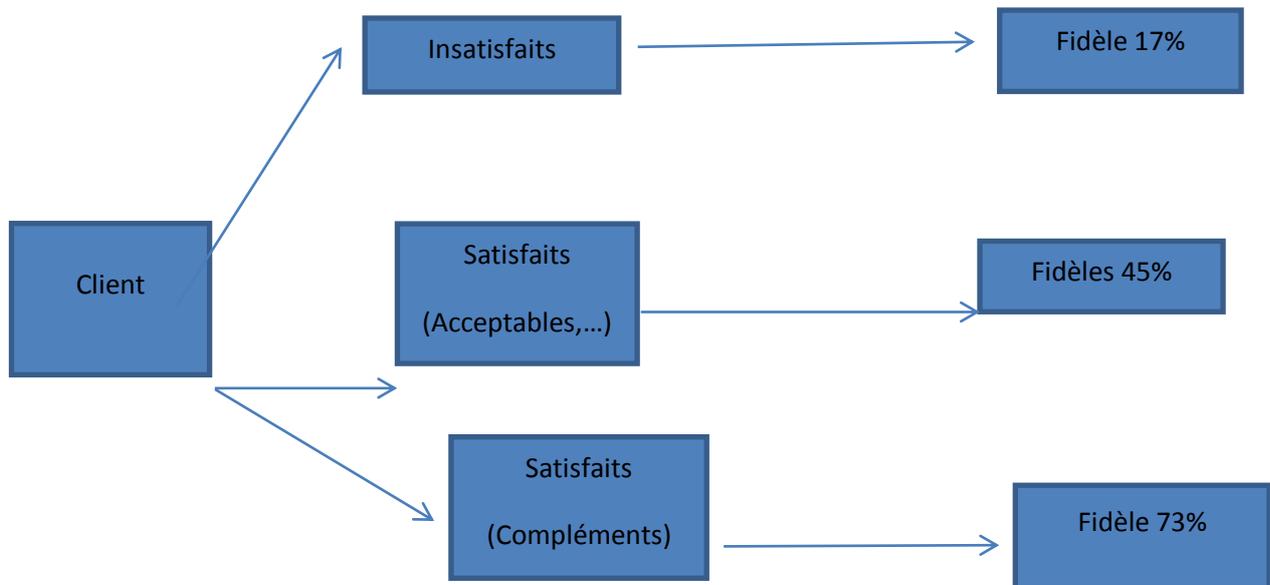
Le client demeure fidèle à son fournisseur tant qu'il a l'impression que ses gains (qualité, satisfaction, bénéfice) sont supérieurs à ses coûts (financiers et non-financiers). Une relation à long terme permet :

- A l'établissement (fournisseur) avisée d'offrir de meilleur service grâce à sa grande compréhension des besoins de son client. En revanche, avec des nouveaux clients qu'ils connaissent moins.
- De construire une confiance mutuelle : le client sait que son fournisseur ne le laisser pas tomber en cas de nécessité. Aussi, le client ne changera pas de fournisseur par simple caprice (rendre la relation d'affaire plus routinière c'est-à-dire moins de contrôle et puis réduction des dépenses).
- Au client de gagner psychologiquement par les liens chaleureux qu'il finit par établir avec son fournisseur (l'intimité entre les patients et son médecin)

---

<sup>37</sup> AUBLANT (J), « La métrologie, outil du management de la qualité totale dans les industries des nanotechnologies », Annales des Mines- Réalités industrielles, CAIRN, Février 2010, p.54-62.

### Schéma n10: satisfaction et fidélité



**Source** : TARP, 1986 dans le marketing et stratégies des services, p 86.

Ce schéma montre, le niveau de fidélité des clients en fonction de leur niveau de satisfaction de la manière suivante : seule la satisfaction complétée est génératrice de fidélité ; par contre, l'insatisfaction ou même l'indifférence dans l'évolution d'un service conduit à des niveaux d'infidélité considérables.

#### **1.9.2 Les avantages pour l'organisation**

Dans le concept de conserver les clients l'entreprise réduit ses coûts et accroît sa rentabilité à travers de la bonne connaissance des clients et de ses besoins, ce qui minimise les erreurs et les coûts (financiers et affectifs).

Simplifier la gestion et prévoir plus facilement ses propres besoins en personnel, en service ou son fond de roulement.

- Le profil « satisfaction-fidélisation » du client :
- Le profil « satisfaction-fidélisation » du client peut varier d'un secteur de service à l'autre.

- Apôtre : correspondant à un haut niveau de satisfaction, et une fidélisation accrocheurs ;
- Mercenaire : malgré un faux niveau de satisfaction offert par l'entreprise, la fidélité du client est non garantie, sa loyauté étant conditionnée par un intéressement individualisé ;
- Terroristes : A l'opposé de l'apôtre, le client est fort mécontent et très peu loyal ; il diffuse autour de lui sa frustration liée à une expérience négative jamais corrigée par le prestataire, il distille aussi une mauvaise réputation qui peut être un cauchemar pour tout prestataire, un mercenaire non satisfait peut aisément basculer et devenir terroriste ;
- Otage : malgré une insatisfaction importante, il ne peut se passer du prestataire et est contraint de lui rester fidèle, ce client n'a pas d'alternative, par exemple : service d'électricité, aide publique locale, transport commun, « hôpitaux » pour les patients à faible revenu. »

La qualité est aujourd'hui une préoccupation majeure des établissements sanitaires. Au-delà d'une simple réduction des coûts attachés à la non-qualité, la recherche de la qualité des soins exprime le souci d'une satisfaction permanente des usagers, à l'extérieur de l'établissement sanitaire, comme à l'intérieur. Dans ces conditions, les démarches d'évaluation et d'amélioration de cette qualité prennent de plus en plus d'importance dans les modes de gestion des hôpitaux. Un niveau élevé de satisfaction réduit la sensibilité au prix, accroît la résistance aux offres des concurrents, améliore la réputation de l'établissement sanitaire, et amoindrit les conséquences des problèmes de qualité.

## **Conclusion**

Les caractéristiques des services soulignent l'importance de l'interface des deux personnes (acheteur/vendeurs) lors de la prestation d'un service. Cette interaction influence la différenciation et la présentation d'un service le contrôle de la qualité la performance et la satisfaction de patient se retrouve donc partie prenante d'un processus commerciale dans lequel il doit jouer le double rôle de production et consommation dans le contexte caractérisé d'une prestation de service.

---

# **CHAPITRE II**

**La santé et qualité des soins**

---

## **Introduction**

Le problème de la qualité des soins se pose depuis de très nombreuses années dans la plupart des pays industrialisés par rapport à d'autres pays équivalents. Et pour l'OMS, des soins de qualité sont efficaces, appropriés, sûrs, accessibles, acceptables pour le patient, et les moins coûteux.

Le projet d'assurance qualité (PAQ) s'emploie depuis 1990 à améliorer la qualité des soins de santé dans le monde entier, cette expérience a généré dix années de connaissances et d'information quant à l'application des concepts d'assurance qualité dans des endroits aussi différents que le Niger, Chili, Russie, et la Jordanie. Cette démarche vers l'assurance qualité a décentré qu'elle est un moyen de dispenser des services de santé de qualité efficaces et d'un bon rapport coût-efficacité.

Le concept de qualité des soins recouvre des points de vue différents entre patients et praticiens, le patient a des attentes vis-à-vis des soins et des perceptions variables qu'il exprime en termes de satisfaction ou de non satisfaction.

## **SECTION1 : NOTIONS SUR LA SANTE ET SYSTEME DE SANTE**

### **1.1. Définition de la santé**

« La santé est un état de complet bien-être physique mental et sociale et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité<sup>38</sup> »

D'après la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de Santé), la santé se définit comme un état de bien-être complet, comprenant l'état physique, mental, social, environnemental... Donc la santé n'est pas seulement le fait d'être malade ou d'être atteint d'une infirmité. C'est une notion relative, ressentie par chaque individu. Aucune mesure réelle ne peut mesurer la santé, puisque la santé est le fait de satisfaire tous ses besoins (affectifs, nutritionnels, relationnels, sanitaires...). En médecine, la santé est l'absence de maladie.

---

<sup>38</sup> [blogensante.fr/fr/2013/09/01/definir-la-notion-de-sante](http://blogensante.fr/fr/2013/09/01/definir-la-notion-de-sante) adapté

## **1.2. La santé publique**

La santé publique est une discipline qui prend en charge toutes les dimensions, administratives, sociales, politiques et économiques, de la santé. Elle s'occupe de préserver la santé, de la protéger au niveau d'un groupe d'individus, d'un pays ou mondial. Elle s'occupe de tous les aspects de la santé, tant au niveau préventif que curatif, avec la mise en place des systèmes d'urgence, de la recherche, des risques sanitaires, de l'éducation... Elle gère l'ensemble des moyens mis en place pour soigner et promouvoir la santé.

## **1.3. Définition d'un système**

Un système est un ensemble d'éléments organisés et en interaction dynamique, orientés vers l'atteinte d'un objectif bien défini. Un système est un ensemble complexe d'éléments en interaction permanente<sup>39</sup>.

Dans un système, toute modification d'un élément entraîne celle d'un autre élément au moins. En plus des interactions entre ses composantes, un système est **OUVERT** sur son environnement avec lequel il est aussi en interaction.

Un système est décrit comme un ensemble d'éléments en interaction entre eux et avec l'environnement, intégré pour rendre à son environnement les services correspondants à sa finalité. Un système présente donc des propriétés nouvelles résultant des interactions entre ses constituants : si l'on intègre des éléments pour faire un système, c'est bien pour bénéficier des effets de synergie résultant de leurs interactions. L'art de l'IS est d'obtenir, du fait des interactions, les comportements synergiques recherchés en maintenant les comportements émergents non intentionnels dans des limites acceptables<sup>40</sup>.

En IS, la définition du système comporte :

- celle de ses sous-systèmes et constituants (matériels, logiciels, organisations et compétences humaines) et de leurs interfaces, sièges des interactions recherchées,

---

<sup>39</sup> [www.who.int/healthsystems/about/fr](http://www.who.int/healthsystems/about/fr)

<sup>40</sup> <https://www.afis.fr/nm>

is/Pages/Ing%C3%A9nierie%20Syst%C3%A8me/Le%20syst%C3%A8me%20et%20sa%20d%C3%A9finition.aspx

- celles des processus de leurs cycles de vie permettant de les concevoir, produire, vérifier, distribuer, déployer, exploiter, maintenir en condition opérationnelle et retirer du service, et donc des produits contributeurs nécessaires à ces processus.

Cette approche de la définition induit une démarche descendante d'ingénierie s'appuyant sur une décomposition itérative du système en blocs constitutifs dont elle définit les constituants avec leurs interfaces ainsi que les produits contributeurs à leur cycle de vie.

#### **1.4. Les objectifs d'un système**

Une organisation se confond à son objectif. Elle se définit par rapport à la tâche qu'elle se donne. Pour être efficace, un système doit avoir un but bien déterminé, un objectif spécifique, une finalité qui lui est propre.

#### **1.5. L'organisation d'un système**

Pour assurer son équilibre et sa pérennité sur le long terme, un système a besoin d'être organisé et régulé.

RÉGULER un système consiste à organiser les interactions entre les différentes composantes à l'intérieur de chaque sous-système, entre les sous-systèmes et entre le système et son environnement. Plus le nombre d'éléments qui lui assure son fonctionnement est grand, plus le système est complexe... donc plus difficile à réguler.

Un système est ainsi plus ou moins complexe, plus ou moins organisé... donc plus ou moins entropique. Dans un système, on parle souvent de « causalités circulaires ».

Il s'agit d'un enchaînement d'événements en boucle qui se renforce avec le temps, qui se transforme en cercle vertueux... ou bien dégénère en cercle vicieux.

## **2. Système de santé**

### **2.1. Définition**

« Un système de santé est un ensemble plus ou moins cohérent de moyens de financement, d'information, de prévention et de traitement organisé en vue de maintenir ou d'améliorer la

santé<sup>41</sup>». C'est aussi un ensemble d'acteurs et d'institutions interconnectés, constituant un tout organique.

L'État, qui est le seul agent qui a des objectifs au niveau du système de santé dans son ensemble et surtout les moyens d'en modifier le fonctionnement, est le régulateur légitime du système.

Le système de santé est constitué d'un ensemble d'éléments hétérogènes quant à leur nature, leur structure et leur fonctionnement.

La COMPLEXITÉ d'un système peut être appréhendée à partir du nombre de ses éléments, de leur diversité et de leurs interactions. Cette complexité engendre des difficultés de régulation. Un système de santé est donc complexe : s'appuyer sur des cheminements simpliste entre les causes et les effets ne présente aucun intérêt et mieux vaut envisager des systèmes d'interdépendance.

Un **système de santé** décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zones géographiques ou entités communautaires, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé.

Il réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels (médecins, cliniques, hôpitaux et pharmacies), des soins informels (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche. Un système de santé comporte de très nombreux autres éléments — soit tout ce qui contribue à promouvoir ou à protéger la santé.

L'étude d'un système de santé permet de dépeindre par juridictions, la nature et le fonctionnement de la prise en charge médicale et sociale, le financement et la gestion des dépenses liées à la santé, les moyens de lutte, de préventions ou de promotion de la santé mis en place dans le cadre de politiques sanitaires, du déploiement et de la formation des ressources humaines ou encore des moyens de recherche scientifique mis en place.

---

<sup>41</sup> <http://ressources.auneg.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/co/Definition%20du%20systeme%20de%20sante.html>

## 2.2. Les objectifs de système de santé

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) les résultats obtenus par tout système de Santé doivent être évalués sur le plan de la qualité et de l'équité au regard de trois objectifs

- **L'état de santé de la population**, pour lequel l'indicateur majeur retenu est l'EVCI (Espérance de Vie corrigée de l'incapacité)
- **La réactivité du système**, soit le respect des droits humains du malade et de ses proches :
  - Respect du malade (respect de la dignité de la personne, confidentialité des informations médicales, possibilité de participer aux choix médicaux...)
  - Possibilité de choisir le prestataire
  - Attention accordée au client (rapidité de la prise en charge, qualité des locaux et de la nourriture à l'hôpital...)
  - Accès à des réseaux d'aide sociale pour les patients et leurs proches en difficulté.
- **L'équité de la contribution financière** en regard de la capacité financière des personnes

Importance du prépaiement (prime ou cotisation) : celui-ci peut engendrer des contraintes d'épargne ou des restrictions de budget excessives chez les ménages concernés.

Indépendance de la contribution vis-à-vis du risque : le mode de prépaiement ne doit pas être lié à la probabilité de maladie ou à l'utilisation des services de soins.

Lien entre contribution et capacité de paiement : les formes de prépaiement doivent être progressives ou du moins être proportionnelles au revenu.

De manière synthétique, l'OMS considère « que les soins de santé sont financés de manière parfaitement équitable si le rapport entre le total des dépenses de santé et le total des dépenses non alimentaires est identique pour tous les ménages, indépendamment de leur revenu, de leur état de santé ou de leur utilisation du système de santé <sup>42</sup>»

Les systèmes de santé ont ainsi trois objectifs fondamentaux<sup>43</sup> :

- améliorer la santé de la population desservie ;

---

<sup>42</sup> Gilles Caire, op.cit. Adapter

<sup>43</sup> [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch1\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_fr.pdf) p, 9

- répondre aux attentes des gens ;
- assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé.

### **2.3. Les acteurs de système de santé**

On peut considérer que l'organisation d'un système de soins s'apparente à un jeu de construction, qui comporterait 4 « boîtes » de pièces<sup>44</sup>

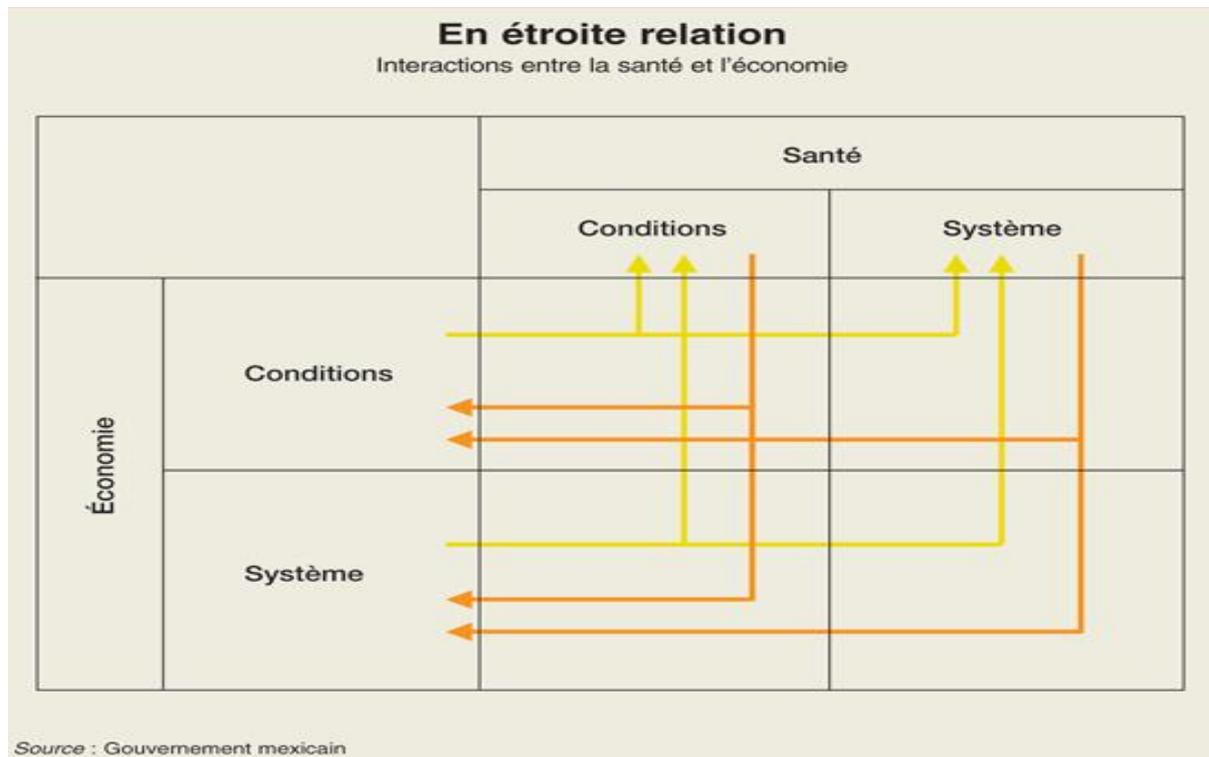
1. La première boîte correspond à la demande de soins, elle contient les pièces suivantes : population, usagers, entreprises, salariés, travailleurs indépendants.
2. La seconde boîte correspond à l'offre de soins, elle contient les pièces suivantes : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, hôpitaux. On peut distinguer au niveau de l'offre 2 niveaux de soins : les soins primaires, qui sont les soins de première ligne, répondant à une demande de soins exprimée directement par la population (consultation et visite de médecine générale, accueil d'urgence à l'hôpital) et les soins secondaires répondant à une demande médiatisée par les professionnels de première ligne (soins de spécialistes, prescription d'examen complémentaires et de médicaments, hospitalisation programmée).
3. La troisième boîte correspond au tiers-financier, elle contient, selon les systèmes, les pièces : assurance-maladie, assurances privées, mutuelles, Etat, Régions. Cette boîte est indispensable, car l'échange de biens et services de santé ne peut pas se concevoir dans le cadre des lois du marché (théorie libérale), avec un utilisateur choisissant et payant intégralement sa consommation de soins.
4. La quatrième boîte correspond à l'Etat et aux pouvoirs publics qui, quels que soient le système politique, doivent impérativement s'engager dans le fonctionnement du système pour des missions de définition de normes, de cadre réglementaire d'exercice, de fixation des règles du jeu, de régulation générale du système... etc.

---

<sup>44</sup> <http://ressources.auneg.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfcaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/co/Les%20principaux%20acteurs%20de%20tout%20systeme%20de%20soins.html>

## 2-4-Le lien entre la santé et l'économie

**Figure n°1 : Combinaisons santé/économie**



La performance en matière de santé est fortement dépendante de l'économie, mais aussi des systèmes de santé eux-mêmes. Et nous ne devons pas sous-estimer ce lien.

Investir dans la santé n'est pas seulement souhaitable, c'est surtout essentiel dans la plupart des sociétés. Cela dit, nos systèmes de santé se trouvent confrontés à des enjeux difficiles et complexes du fait, notamment, des pressions nouvelles qu'exercent le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et le recours intensif à des technologies médicales coûteuses mais vitales.

Dans le même temps, il nous faut répondre aux attentes de plus en plus grandes des citoyens et tenter de résoudre les inégalités qui touchent les différents groupes de la population en matière d'accès aux services et des soins de santé.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la question des mesures à prendre pour garantir la viabilité financière des systèmes de santé, tout en contribuant de façon positive à la performance macroéconomique, constitue aujourd'hui l'un des enjeux majeurs des responsables politiques, dans toute la zone OCDE.

Une bonne partie des travaux menés dans le cadre du Projet de l'OCDE sur la santé visaient justement cet objectif : fournir à ces responsables politiques les données leur permettant d'améliorer l'efficacité dans le secteur de la santé tout en assurant l'universalité d'accès et l'équité, ainsi qu'en élevant la qualité des soins.

D'ores et déjà, la nécessité de concevoir les politiques de financement de la santé et de déterminer les investissements correspondants en tenant compte des interactions avec l'économie est une idée qui s'impose.

De fait, l'état de santé (mortalité, morbidité, invalidité) dépend non seulement du niveau de vie, mais aussi de la performance effective du système de santé, tout comme la croissance, le revenu, l'investissement et l'emploi subissent l'influence de plusieurs facteurs : performance et qualité du système économique, cadre réglementaire, politique commerciale, capital social, marché du travail, etc.

### **Analyse des interactions**

Les performances en matière de santé et les performances économiques sont interdépendantes. Comme la pauvreté – et avec elle notamment, la malnutrition et la mortalité infantiles – réduit l'espérance de vie, les populations des pays riches jouissent d'un meilleur état de santé que celles des pays pauvres.

Et, de fait, le revenu national influence directement le développement des systèmes de santé, notamment via le système d'assurance et les dépenses publiques. Alors que le revenu national détermine principalement le niveau des dépenses de santé, ces dernières augmentent, toutefois, à un rythme supérieur, une réalité mise en évidence dans les travaux que la Commission

macroéconomie et santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mené, en 1997, sur un groupe de 167 pays.

Le cadre institutionnel est un autre élément dont on connaît bien l'importance. Autrement dit, pour élever le niveau des investissements dans le domaine de la santé, il faudra sûrement opérer des coupes ailleurs, dans le système économique.

En tant que décideurs ayant des responsabilités publiques, nous ne devons jamais oublier que les choix que nous prenons dans une sphère affectent les situations, les acteurs et les politiques dans d'autres sphères.

Nous souhaitons tous une amélioration des systèmes de santé, mais il ne faut pas sous-estimer l'impact de la santé sur l'économie. L'enjeu est double : il nous faut réussir à coordonner les politiques de santé et les politiques économiques pour améliorer les résultats sur le plan de la santé ; et minimiser les éventuels effets négatifs, tout en exploitant au maximum les synergies.

Or, nous ne pouvons atteindre ces objectifs seuls, nous devons pouvoir nous appuyer sur les données internationales et l'expérience partagée que des organisations comme l'OCDE peuvent nous apporter.

## **SECTION 2 : LES SERVICES SANITAIRE, LA COMBINAISON MARKETING/SERVICE**

Les hôpitaux publics sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'Etat (Ministère de la santé). Attachés aux collectivités territoriales (à une commune le plus souvent), ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion sur le plan juridique et financier. Ils sont soumis au droit public, notamment en ce qui concerne leurs achats, qui doivent se conformer au code des marchés publics.

Sont regroupés sous l'appellation « hôpital public » trois types d'établissements publics, définis par leur mission : les centres hospitaliers régionaux (CHR), les centres hospitaliers (CH), les hôpitaux locaux.

### **2.1. Le service sanitaire**

#### **2.1.1. Définitions**

Le service est une réponse aux besoins et exigences des clients. Et à ce contexte, Les établissements sanitaires présentent une gamme des services regroupés en deux grandes catégories :

##### **-service sanitaire de soins**

il s'agit à tous les services sanitaires liés directement à la santé de l'individu, il inclut le service de diagnostic, service thérapeutique, service de soin (soit un soin ambulatoire ou hospitalier), service chirurgicales, service de garde sanitaire, service d'obstétrique, rééducation

##### **-service de prévention :**

ce type est lié à la santé de l'individu d'une façon indirecte par la prévention de l'être-humain, il concentre sur la santé de la société en générale à travers les activités de la lutte contre les maladies contagieuses, épidémique, et contre les effets négatives des individus et des projets sur l'écologie et l'être-humain, son oublier aussi les services de l'éducation, d'apprentissage et de l'orientation sanitaire.

#### **2.1.2 Quelques caractéristiques de service sanitaires<sup>45</sup> :**

La présence de l'intéressé est nécessaire

- ✓ Le service sanitaire est disponible pour ce qui est besoins ;

---

<sup>45</sup> KESSAS Zakia «Thèse magister » 2011

- ✓ Le service sanitaire est produit et consommé sanitaire est simultanément ;
- ✓ La demande de service sanitaire est varié par le temps, selon plusieurs critères par exemple l'âge (un nouveau née, jeune homme, vieux homme) ou bien aussi l'émergence de nouvelles maladies dans des périodes précises (les intoxications au moment d'été) ;
- ✓ Le service sanitaire engendre une forte communication entre le prestataire (personnel médical/paramédical) et le bénéficiaire (le patient/sa famille) ;
- ✓ Le service sanitaire est un droit pour tous (principes de service public) ;
- ✓ Le service sanitaire est un devoir humain et social avant tout sans prendre en compte les obstacles religieux, la racine, l'âge, le sexe, le niveau de vie (notamment pour les établissements sanitaires publics) ;
- ✓ La qualité des services sanitaires est importante et jugée par l'opinion des patients ;

## **2.2. L'extension du marketing**

Le marketing apparait aujourd'hui dans de nombreux secteurs, on parle volontiers de marketing des services dans le secteur marchand, le marketing des services publics dans le secteur des organisations à but non lucratif, ou encore de marketing politique.

### **2.2.1 Marketings des services publics**

Deux démarches ont récemment été importées dans le secteur des services publics, le marketing et la qualité. Elles sont complémentaires, car, elles représentent un état d'esprit qui conduit à placer l'utilisateur ou le client au centre des préoccupations du service (rares sont aujourd'hui les organisations privées ou publiques, qui n'ont pas placé le client au cœur de leur processus marketing et qui n'utilisent pas au moins quelques-unes des méthodes et des techniques d'écoute les clients)<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> D GOTTELAND, 2005, l'orientation marché « nouvelle méthode, nouveaux outils », édition d'organisation, Paris, P, 19-adapter-

### **2.2.2 Marketing de santé**

C'est un processus consistant à permettre aux personnes d'accroître leur pouvoir sur leur santé et d'améliorer leur santé. Ce processus englobe non seulement les mesures visant à renforcer les capacités des personnes, mais aussi les mesures prises pour modifier les conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, de manière à réduire leur incidence sur la santé publique et la santé individuelle.

Les deux démarches visent également la satisfaction du client, dont la démarche marketing est plus tournée vers l'extérieur que la démarche qualité, qui ne peut exister sans elle puisqu'il s'agit de mieux répondre aux besoins des clients.

QUATREBARBES a proposé la définition suivante du marketing de service public

«Le marketing de service public est défini comme étant un art de promouvoir des prestations mettant en œuvre des missions d'intérêt général démocratiquement définies et évaluées en apportant au débat démocratique et à la décision politique <sup>47</sup>»

### **2.2.2. Evolution du marché de la santé vis-à-vis du marketing**

#### **2-2-2-1 Avant : réticence vis-à-vis du marketing**

Le marketing primordial dans d'autres secteurs d'activités, est longtemps resté secondaire dans le secteur de la santé. Les principales raisons en sont les suivantes :

#### **→ 1 Particularités du marché de la santé**

##### **a-Dissociation entre paiement et consommation**

Sur le marché de la santé, les coûts sont, en grande majorité, pris en charge par la collectivité et non pas par les clients. En effet, le client contribue de manière indirecte au financement par l'intermédiaire des impôts, des cotisations ou des primes d'assurances.

Le caractère obligatoire du paiement et la dissociation entre paiement et consommation font que le patient n'est pas véritablement concerné par le prix de ce qu'il consomme.

---

<sup>47</sup> P COUTELLE- BRILLET, V DES CARETS, op cit, P, 233

### **b-Asymétrie de l'information**

L'utilisateur est ignorant de ses véritables besoins, il ne connaît ni la quantité ni la qualité du bien qu'il veut ou qu'il doit consommer. Il ne peut pas vraiment intervenir dans des décisions et orientations thérapeutiques, en raison de sa sous information

#### **→ Ethique**

Le marketing est souvent perçu comme le moyen de vendre n'importe quoi à n'importe quel prix. Il se résumerait à des techniques de manipulation dont le seul objectif est la recherche du profit. La santé n'étant pas un bien comme un autre, le corps médical est souvent réticent au marketing considérant qu'il réduit la dignité de la profession médicale.

→ Obligation en vigueur : La législation vaudoise est relativement stricte en matière de publicité. En effet, elle interdit aux professionnels de la santé de faire de la publicité. En revanche, pour les établissements sanitaires, la publicité est autorisée pour les prestations hospitalières, mais interdite pour les soins ambulatoires (loi vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique).

### **2.2.2.2 Aujourd'hui : reconnaissance de l'importance du marketing**

La reconnaissance de l'importance du marketing est relativement récente. En effet, le marketing s'est développé dans les établissements sanitaires au milieu des années 1980, en voici les principales raisons :

#### **→ L'orientation vers le client**

La mission fondamentale d'un établissement sanitaire est de soigner ses patients, il est pourtant aussi indispensable que le patient soit satisfait des soins qu'il a reçus.

En effet, même si le patient ne peut pas toujours bien juger de la qualité des soins obtenus, il porte cependant toujours une opinion sur la structure de soins qui l'a accueillie.

Cette opinion positive ou négative, est importante pour

L'établissement en question, car le patient détient une liberté de choix (choix de fournisseur et de l'établissement dans lequel il souhaite se faire soigner), sa décision s'effectue, le plus souvent, sur des informations transmises de bouche à oreille ou sur le conseil du médecin traitant, alors, la réputation de l'établissement devient un élément clé.

L'approche marketing va permettre aux établissements sanitaires d'étudier les besoins des patients de manière à les satisfaire, et par là, d'améliorer leur image.

#### → **Une forte concurrence**

La concurrence existe et s'accroît même au sein de l'appareil de distribution des soins, si les médecins parallèles concurrencent les médecins traditionnels, la clinique concurrence l'hôpital, les hôpitaux se font concurrence entre eux, et les cliniques également.

A l'intérieur de l'établissement sanitaire, une discipline rivalise même avec une autre. Cette croissance de la concurrence est liée à la surcapacité des moyens de production de soins. D'autre part, le patient, qui devient de plus en plus exigeant, s'organise et s'informe, il met lui-même les établissements en concurrence en comparant les prestations offertes, en accordant souvent une prépondérance aux arguments de confort.

#### → **La maîtrise des dépenses de santé**

Pendant de nombreuses années, les hôpitaux ont pu ajuster les recettes aux dépenses, cette période de croissance est révolue. Le système de protection sociale connaît une crise de financement. En absence d'autorégulation du système, les pouvoirs publics s'efforcent de freiner les dépenses de santé.

### **2.3 L'importance de nouveau concept du marketing dans le secteur de la santé**

L'importance du marketing dans le champ de la santé liée aux plusieurs critères<sup>48</sup>

- le volume des investissements financiers et humains dans la santé (une somme importante est investie pour la construction et l'aménagement des hôpitaux et des centres sanitaires ;
- la croissance continue des besoins aux services et biens offerts par les entreprises concernées, cette augmentation est liée principalement au développement de la conscience des citoyens ;
- progrès technologique, et l'émergence des nouveaux équipements pour les consultations, des nouvelles techniques pour les interventions chirurgicales –par le microscope)

---

<sup>48</sup> KESSAS Zakia «Thèse magister » 2011

### **SECTION3 : QUALITE DES SOINS**

Le problème de la qualité de soins se pose depuis de très nombreuses années dans la plupart des pays industrialisés par rapport à d'autres pays équivalents. Et pour l'OMS, des soins de qualité sont efficaces, appropriés, surs, accessibles, acceptables pour le patient, et les moins Couteux.<sup>49</sup>

#### **3.1. Définition du concept de qualité des soins**

La qualité des soins est une démarche fondamentale qui fut définie par plusieurs auteurs.

A DONABEDIAN a proposé une définition de la qualité de soins

«Un soin de grande qualité est un soin qui assure le mieux possible le bien-être du patient, après que celui-ci a pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même<sup>50</sup>».

«C'est le niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité de résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles<sup>51</sup> ».

L'organisation mondiale de la santé OMS a défini la qualité des soins comme étant une

« capacité de "garantie " à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...], lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la santé, au meilleur cout pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... ».

«La qualité des soins signifie légitimation sociale des soins, justification des soins fournis, accès aux soins et justice sociale, continuité des soins, mais aussi gestion du personnel de soins,<sup>52</sup>»

<sup>49</sup> GAY (B) et autres « *Médecine générale* », édition MASSON, Paris, p 309.

<sup>50</sup> C GABA-LEROY ; A-M BONNEKY ; D MARANDE ; P MICHET ; 2003 ; » prévention des risques dans l'unité de soins ; Mosson édition ; Paris ; PDF ; P, 115

<sup>51</sup> Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (interrégional ouest) ; 14 juillet 1999; amélioration de la qualité en hygiène hospitalière ; Rennes cedex 9 ; PDF ; P, 05

<sup>52</sup> Conférence des hôpitaux académiques de Belgique ; read van universitaire ; Soins de qualité et accréditation; 2007 ; « point de vue de la CHAB-RUZB » ; price waterhouse coopers health research institute ; keeping score ; Belgique ; PDF ; P, 002-adapter

La définition la plus largement employée vient de l'institut de médecine des Etats-Unis (IOM), la qualité des soins est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ».

Cette définition a touché plusieurs points :

Le terme service de santé se rapporte à un éventail de services qui touchent la santé (intégration aussi des maladies mentales), en outre, cette définition s'applique à tous les types de fournisseurs de soins (médecins, paramédicaux, etc.), et d'établissements (hôpital, maison de repos, etc.). Aussi, l'inclusion à la fois des « Individus et des populations » attire l'attention sur les différentes perspectives qui doivent être envisagées.

Cette définition souligne que les soins de bonne qualité augmentent la « probabilité » de résultats souhaités, un soin de qualité ne peut pas toujours produire le résultat souhaité.

### **3.2. Les dimensions de la qualité des soins**

A PARASURAMAN, A ZEITHAML et L BERRY ont élaboré une liste des déterminants de la qualité des services, qui semble relativement indépendante du domaine d'activité considérée par ordre d'importance. Dans le domaine de santé, cette liste est représentée par les éléments suivants<sup>53</sup> :

#### **2.2.1. L'efficacité**

C'est souvent, la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin. Ce que l'on mesure : il existe également toute une série de mesure qui permettent aux patients et d'autres acteurs du système de santé d'évaluer la qualité technique des soins (correspond aux actes diagnostiques et thérapeutiques fournis par les dif-

---

<sup>53</sup> P KOTLER, K –I KELLER, B DUBOIS, D MANCEAU, 2006, Marketing management, Pearson édition, France ,12<sup>e</sup> édition, P, 478-479

férents professionnels de santé .Il s'agit d'élaborer avec des preuves cliniques l'opportunité des soins fournis<sup>54</sup> .

### **3.2.2. La sécurité**

C'est l'absence de danger, de risque et de doute. Elle est basée sur le principe de ne pas nuire aux patients La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes. Ce que l'on mesure : on peut regrouper les indicateurs relatifs à la sécurité des soins en quatre grandes catégories :

- a- Infections nosocomiales (des plaies, celles liées aux soins médicaux, aux escarres)<sup>55</sup>
- b- Evénements sentinelles (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupages sanguins, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire).
- c- Complications opératoires et préopératoires (embolies pulmonaires ou accidents d'anesthésie).
- d- D'autres événements indésirables (fracture de la hanche ou chute à l'hôpital).

### **3.2.3. L'accessibilité**

C'est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment .donc, les services de soins de santé ne sont pas limités par des obstacles géographiques, économiques, sociaux, organisationnels ou linguistiques. La ponctualité est un concept liée à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement, elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire de soins). Ce que l'on mesure : on évalue la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durées d'attente. Les indicateurs les plus souvent employés sont : les délais d'attente pour la chirurgie programmée et les délais d'attente aux urgences, les sorties retardées, le temps d'accès aux médecins généralistes et spécialistes, les problèmes d'accès liés au cout des soins.

---

<sup>54</sup> Zaynep OR ; Laure COM-RUELLE ; décembre 2008 ; » la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris ;PDF ; op cit, ; P,11-15 -adapter

<sup>55</sup> Zaynep OR ; Laure COM-RUELLE ; décembre 2008 ; » la qualité des soins en France : comment la mesurer pour, l'améliorer ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris ;PDF ; op cit, ; P,11-15 -adapter

### **3.2.4. La réactivité**

la réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins et d'autres notions comme l'écoute, l'empathie, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part.

Ce que l'on mesure : la communication avec le médecin (« écoute soigneusement », « montre du respect », « explique clairement les choix »), le temps passé avec lui, la continuité (coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires) et l'acceptabilité des soins.

### **3.2.5. L'efficience**

Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables

## **3.3. L'évaluation de la qualité des soins**

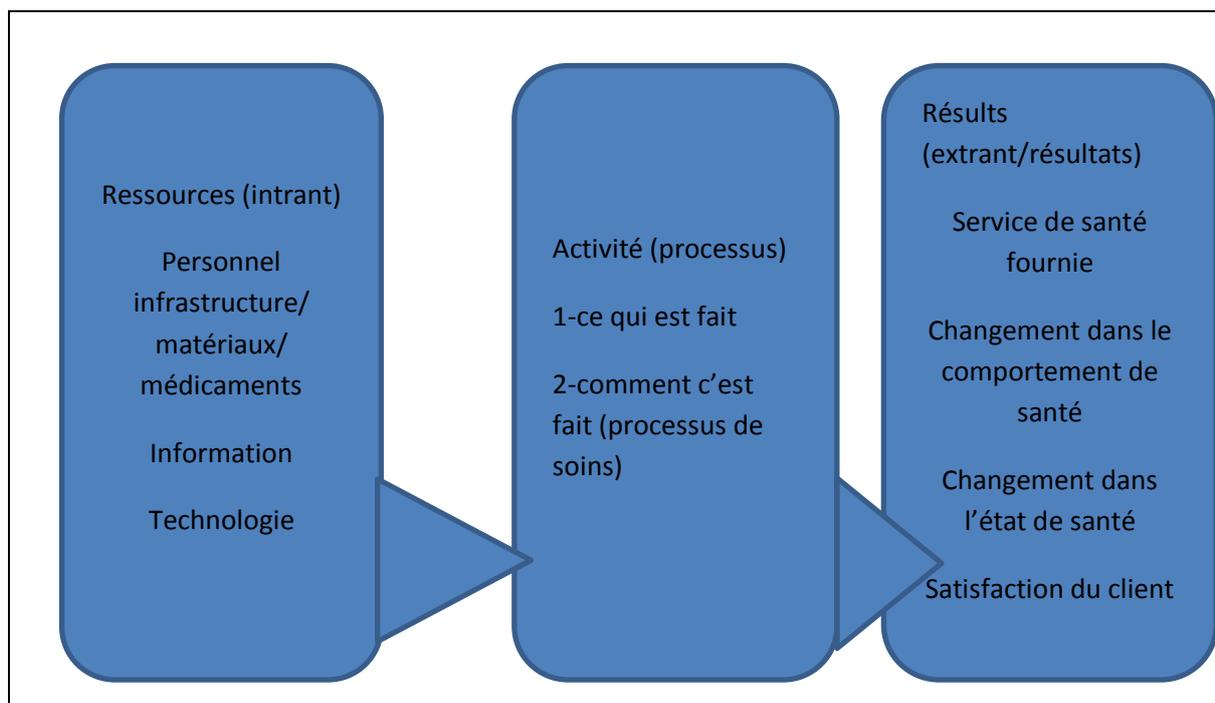
### 2-1 le modèle de DENABEDIAN

L'évaluation de la qualité des soins reste encore largement influencée par les recherches d'Avedis DENABEDIAN, dont les premières datent pourtant des années 1960.

DENABEDIAN part du principe que la probabilité d'obtenir le meilleur résultat est garantie par la délivrance de soins de la meilleure qualité technique possible, cette dernière exige un environnement structurel et organisationnel correct. En plus, les explorations et les soins doivent être réalisés par des professionnels qualifiés dans une structure adéquate. DENABEDIAN adopte l'approche processus pour analyser les soins en individualisant trois niveaux d'analyse

- Les données d'entrée des processus de soins (input) : les structures et les ressources ;
- Les processus de soins eux-mêmes ;
- Les données de sortie qui sont les résultats intermédiaires ou à court terme (output) et les résultats ultimes à long terme qui sont les modifications de l'état de santé et les conséquences sur la qualité de vie (autocom).

**Figure n°2** : entrants, processus et extrants/résultats selon le modèle d' DENABEDIAN



**Source** : Rashad MASSOUD ; décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for human services ; USA ; PDF ; P, 04

### 3.3.1. Les structures et les ressources

Ce sont les différents moyens et ressources qui permettent à un établissement de santé de remplir sa mission et de délivrer les soins : locaux, installations, équipements, ressources matérielles, ressources humaines (qualifications, effectifs et organisation), systèmes d'information, encadrement, mode de fonctionnement, qualité et quantité des ressources financiers, lois et réglementations, contextes politiques , géographiques, socio-économique<sup>56</sup>, etc.

<sup>56</sup> C VILCOT, H LECLLET, op cit, P, 02-03- adapté

### **3.3.2. Les processus**

#### **3-3-2.1 Définition**

Un processus est défini comme étant 1« une succession d'étapes à travers lesquelles les entrants provenant de fournisseurs sont convertis en extrants pour les consommateurs ».

#### **3.3.2.2 Typologies de processus dans le domaine de santé**

- Algorithmes cliniques : sont les processus par lesquels les décisions cliniques sont prises.
- Processus de circulation de l'information : sont les processus par lesquels l'information est partagée entre les différentes personnes qui interviennent dans les soins de santé.
- Processus de circulation des fournitures : sont les processus par lesquels les matériels (médicaments, fournitures, produits alimentaires) circulent à l'intérieur du système.
- Processus de circulation des patients : sont les processus par lesquels les patients circulent à l'intérieur de l'établissement médical où ils demandent et reçoivent des soins.
- Processus de circulation multiple : la plupart des processus sont en fait multiples étant donné que des patients, des fournitures, des informations et autres éléments sont impliqués simultanément dans le même processus de soins.

#### **3.3.2.3 Les différentes activités faites par producteur de soins**

La typologie des différentes activités délivrées par un producteur de soins que ce soit un individu ou un établissement, permet de distinguer :

- ✓ Les activités cliniques directes : elles s'adressent sans intermédiaire à l'utilisateur (une intervention chirurgicale).
- ✓ Les activités cliniques indirectes : elles sont effectuées pour l'utilisateur en son absence (les examens de biologie).
- ✓ Les activités non-cliniques : elles ne relèvent pas des soins, mais qui concernent l'organisation et permettent aux soins d'être réalisés dans de bonnes conditions (maintenance des équipements, les activités administratives, etc.).

### **3.3.3 Les résultats**

Les résultats représentent les conséquences des soins sur l'état de santé d'un patient ou d'une population (taux de mortalité, taux de guérison), sur sa qualité de vie, le survenue de complication leur satisfaction, leur bien-être et leur qualité de vie. Ce sont aussi les résultats financiers et comptables de l'établissement de santé<sup>57</sup>.

**NB** : si elle est bien menée, l'évaluation doit également mesurer l'impact des processus de soins, c'est-à-dire les effets des soins sur la santé et sur la qualité de vie et sur d'autres effets positifs ou négatives des soins en termes d'éventuels effets pervers.

La notion impact est plus globale que la notion résultat. Ainsi, un soin peut avoir un résultat positif à court terme et un impact négatif à long terme.

## **4. Techniques d'évaluations**

### **4.1. Les audits**

Ensemble de techniques qui permet d'évaluer, d'analyser des informations, des procédures, des méthodes et des systèmes dans une organisation.

Cette activité de contrôle et de conseil consiste en une expertise par un agent compétent et impartial, qui permet de faire le point sur l'état des lieux, afin d'en dégager les éventuels points faibles et non conformes aux référentiels. Ceci afin de mener, par la suite, les actions adéquates qui permettront de corriger les écarts et les dysfonctionnements constatés. Cet outil d'amélioration continue s'attache notamment à détecter les anomalies et les risques dans le secteur d'activités qu'il examine. Auditer dans un service, c'est écouter les différents acteurs pour comprendre et faire comprendre le système en place et celui à mettre en place.

La norme iso 9000 distingue les audits internes et externes :

#### **4-1-1-L'audit interne**

Il est réalisé par ou au nom de l'organisme lui-même pour des raisons internes et peut constituer la base d'une auto déclaration de conformité.

---

<sup>57</sup> Laboratoire de la qualité des soins ; « méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins » ; ANDRES ; université de Constantine ; Algérie ; PDF ;P03-adapter

#### **4-1-2-L'audit externe**

Il est réalisé par des organismes externes indépendants.

#### **4-1-3-L'audit clinique**

C'est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats des soins, avec l'objectif de les améliorer.

Toute démarche d'audit comprend une phase d'investigation à partir d'un référentiel et doit inclure un diagnostic conduisant à des préconisations. La construction du référentiel est fondamentale et, ce qui fait la différence avec une évaluation, est la nécessité du lien diagnostic/préconisation. Les audits dans les services de soins sont pratiqués par des cadres de santé ou auditeurs de cabinets externes.

L'objectif de l'audit n'est pas de surprendre ou de stigmatiser les pratiques existantes, mais de réaliser une photographie, la plus précise possible d'activités de soins. Au préalable, à partir des référentiels du service, des protocoles et procédures de soins, un dossier d'évaluation est constitué de grilles d'observation et d'entretien avec des indicateurs et des critères précis.

### **5. Indicateur qualité de soins, un outil quantitatif de mesure**

#### **5.1. Définitions**

Les indicateurs de la qualité sont des données mesurables permettant de caractériser une situation dans l'espace et dans le temps. C'est une indication chiffrée

C'est aussi une information choisie assurée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus (ANAES).

L'indicateur permet en général de faire le point sur une situation, de se situer par rapport à un objectif, d'effectuer des comparaisons dans le temps et entre les services<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, 2003, prévention des risques danq l'unité de soins, édition Masson, Paris, P, 125

## **5.2. Les indicateurs de qualité de soins et les indicateurs d'activités**

L'identification d'un indicateur de soins permet de faire la distinction entre l'indicateur de qualité et l'indicateur d'activité, ce dernier exprimé en donnée brute représente un volume d'actes (nombre de patients accueillies, nombre d'actes de radiologie, etc), et n'a pas de lien avec des actions d'amélioration de qualité. Alors que l'indicateur qualité est toujours assurée à un processus (diagnostic médical), il est un outil de management qui reflète la qualité du processus ciblé.

## **5.3. Typologies des indicateurs**

Trois types d'indicateur sont utilisés selon les orientations citées par A DANABEDIAN<sup>59</sup> :

### **5-3-1 Indicateurs de structure**

Il s'agit de ressources humaines et matérielles nécessaires à la réalisation des soins (matériels utilisés, disponibilité des salles, accessibilité de service, spécialisation des praticiens, etc.).

### **5-3-2 Indicateurs de résultats**

Ils ne permettent pas d'apprécier les dysfonctionnements en causes et insuffisants pour apprécier des actions correctives, mais ils mesurent la qualité finale de la prestation (satisfaction des patients sur les conditions de séjour, sur l'accueil en consultation, délais d'attente en salle de transfert préopératoire, taux d'escarres, de chutes<sup>60</sup>, etc.).

## **5.4. Caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soins**

Parmi les exigences de qualité que l'on considère généralement à l'égard d'un indicateur, il y en a cinq que l'on retrouve pratiquement dans tous les travaux : la validité, la fiabilité, la sensibilité, la spécificité et la robustesse<sup>61</sup>.

### **5.4.1 La validité**

C'est la capacité de mesurer réellement ce que cet indicateur doit mesurer.

---

<sup>59</sup> C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, op cit, P, 115

<sup>60</sup> C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, op cit, P, 115

<sup>61</sup> [http://www.scinf.umontreal.ca/cours/sol6230/DI\\_aporama/indicateurs, de qualité PDF, P, 08](http://www.scinf.umontreal.ca/cours/sol6230/DI_aporama/indicateurs_de_qualite_PDF_P_08)

#### **5.4.2 La fiabilité**

C'est de produire des résultats constants où l'application est fait répétitivement sur le phénomène dans le même état ;

#### **5.4.3 La sensibilité**

L'indicateur doit aussi montrer une grande sensibilité à détecter les moindres variations des phénomènes qu'il représente ;

#### **5.4.4 La spécificité**

L'indicateur doit être propre au phénomène (concept) étudié ;

#### **5.4.5 La robustesse**

C'est de faire référence à sa capacité de résister à l'utilisation que l'on en fait ;

Alors les indicateurs permettent soit de :

- Mesurer l'attente des objectifs du processus<sup>62</sup> ;
- Mesurer la perception des résultats par les clients ;
- Intervenir sur le déroulement de processus ;

### **6. Les enjeux de la qualité en santé**

Les enjeux qui gravitent autour de la qualité en santé sont nombreux. Nous pouvons les regrouper en trois grandes catégories<sup>63</sup>.

#### **6.1. Les enjeux fonctionnels ou opérationnels**

La faiblesse des établissements de santé réside dans leurs carences organisationnelles. De nombreuses qui sont autant de niches de non-qualité. Les programmes de la gestion des risques révèlent également l'importance d'une politique de veille constante permettant d'identifier le plus tôt possible les dysfonctionnements.

---

<sup>62</sup> Mc BELEVILL ;L CLERC ;19 juin 2008 ; « rôle et mise en place d'indicateurs qualité » ; journée AFIP/AFAR intervention ; N\*02 ; PDF ;P, 08

<sup>63</sup> Qualité en santé, 150 questions pour agir, 2em tirage « HERVE Lecllet, CLAUDE Vilcot » AFNOR

## **6.2. Les enjeux humains et sociaux**

Les dysfonctionnements, les événements indésirables et les incidents, plus ou moins graves, qui entravent quotidiennement le déroulement normal du travail ont des conséquences néfastes sur les personnels, sur la qualité des soins et sur les couts.

Ils entraînent de la non-qualité produite, de l'insatisfaction, des tensions et des litiges. Des conséquences juridiques ou judiciaires sont de plus en plus fréquentes, d'autant plus que la contrainte réglementaire augmente. L'activité sanitaire évolue inexorablement d'une obligation de moyens vers une obligation de résultats.

## **6.3. Les enjeux économiques**

La non-qualité coute chère aux entreprises du secteur marchand. En 1992, le cout de la qualité des entreprises françaises représentait 10% de leur chiffre d'affaire, soit 400 milliards de francs, c'est ce que feigelbaum appelait « l'usine cachée ». Il en est certainement de même dans le secteur sanitaire. La démarche d'accréditations associée à la maitrise des dépenses de santé introduit la notion de rapport qualité/prix en santé. Les établissements qui seront jugés chers pour un faible niveau de qualité auront certainement fort à craindre.

## **7. L'amélioration de la qualité en santé : une exigence qui porte ses fruits depuis quelques années**

D'une exigence déontologique fondamentale de la pratique médicale, la qualité est devenue un enjeu collectif, fortement investi par l'ensemble des acteurs de la santé. La qualité de soins et plus largement du système de santé constitue désormais un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes nouvelles des professionnelles, des citoyens et des acteurs de la décision publique. Et depuis le début des années 1990, les initiatives des acteurs de terrain rejoignent les initiatives publiques pour améliorer la qualité en santé, elles convergent pour définir la qualité comme un impératif médical, une exigence sociale, une nécessité économique et politique<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> HAS (haute autorité de santé) ; décembre 2007 ; « définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé –pour un débat public » ; France ; PDF ; P, 01

## **7.1 Améliorer la qualité des soins**

### **7.1.1 Les outils pour améliorer la qualité des soins**

L'analyse de la littérature médicale permet de distinguer quatre types d'outils pour améliorer la qualité des soins<sup>65</sup> :

- Outils relatifs aux connaissances et aux compétences : par la formation médicale initiale et continue, lecture de revue, recommandations et références médicales, etc.
- Outils relatifs à la décision médicale et concourante à l'amélioration de la qualité : aide-mémoire, informatique, etc.
- Outils relatifs au contrôle de la qualité : audit clinique, retour d'information, groupes de pairs, etc.
- Outils relatifs à l'amélioration de la qualité : démarche et assurance qualité, etc.

La philosophie qui sous-tend les stratégies d'amélioration de la qualité reconnaît que ce sont à la fois les ressources (intrants) et les activités (processus) qui doivent être abordés ensemble afin d'assurer ou d'améliorer la qualité des soins (extrants/résultats).

### **7.1.2. Comment améliorer les pratiques médicales**

#### **7.1.2.1 Le capital humain au milieu d'un établissement hospitalier**

Le capital humain est une ressource, une force et une richesse à préserver en tant qu'investissement immatériel indispensable pour répondre aux missions de l'établissement hospitalier<sup>66</sup>.

Les interactions entre les patients et les employés de l'établissement hospitalier ont une influence significative sur la nature et la perception du service, elles influencent fortement les patients.

Une des conditions de succès des entreprises de service en générale, et les établissements hospitaliers en particulier, est alors de déployer des efforts importants en recrutement, formations et motivations des employés. Il sera nécessaire de définir avec précision les finalités et de

---

<sup>65</sup> Y MATILLON ; 2000 ; « qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire » ; ANAES\* service évaluation en secteur libéral ; Paris ; P ,16

<sup>66</sup> J ABBAD op cit , P, 65 –adapter

recourir à des praticiens formés et compétents, afin de s'adapter parfaitement aux tâches et aux missions à accomplir (éviter, ou tout au moins réduire tout dysfonctionnement)<sup>67</sup>.

- il n'y a pas de service de qualité sans homme de qualité :

La qualité des services dépend, tout au moins en partie, de l'interaction entre nos équipes et nos clients. De ce point de vue, il paraît naturel d'examiner en profondeur la manière dont on gère les ressources humaines dans les entreprises de service.

Cette préoccupation donne lieu de répondre aux exigences suivantes :

La gestion des hommes répond-elle aux exigences liées au service ? Quel est son impact sur la performance de ce service ? Des employés motivés facilitent et rendent plus productives la rencontre d'ordre transactionnel ?

### **7.1.3 Comment améliorer le processus de soins**

L'amélioration de processus des soins, non seulement engendre de meilleurs résultats pour le patient, mais réduit aussi le coût de la prestation de service, elle élimine le gaspillage, le travail inutile et le travail à refaire. Cette amélioration de la qualité intègre le contenu des soins et le processus de prestation des soins.

#### **7.1.3.1 Mode d'amélioration**

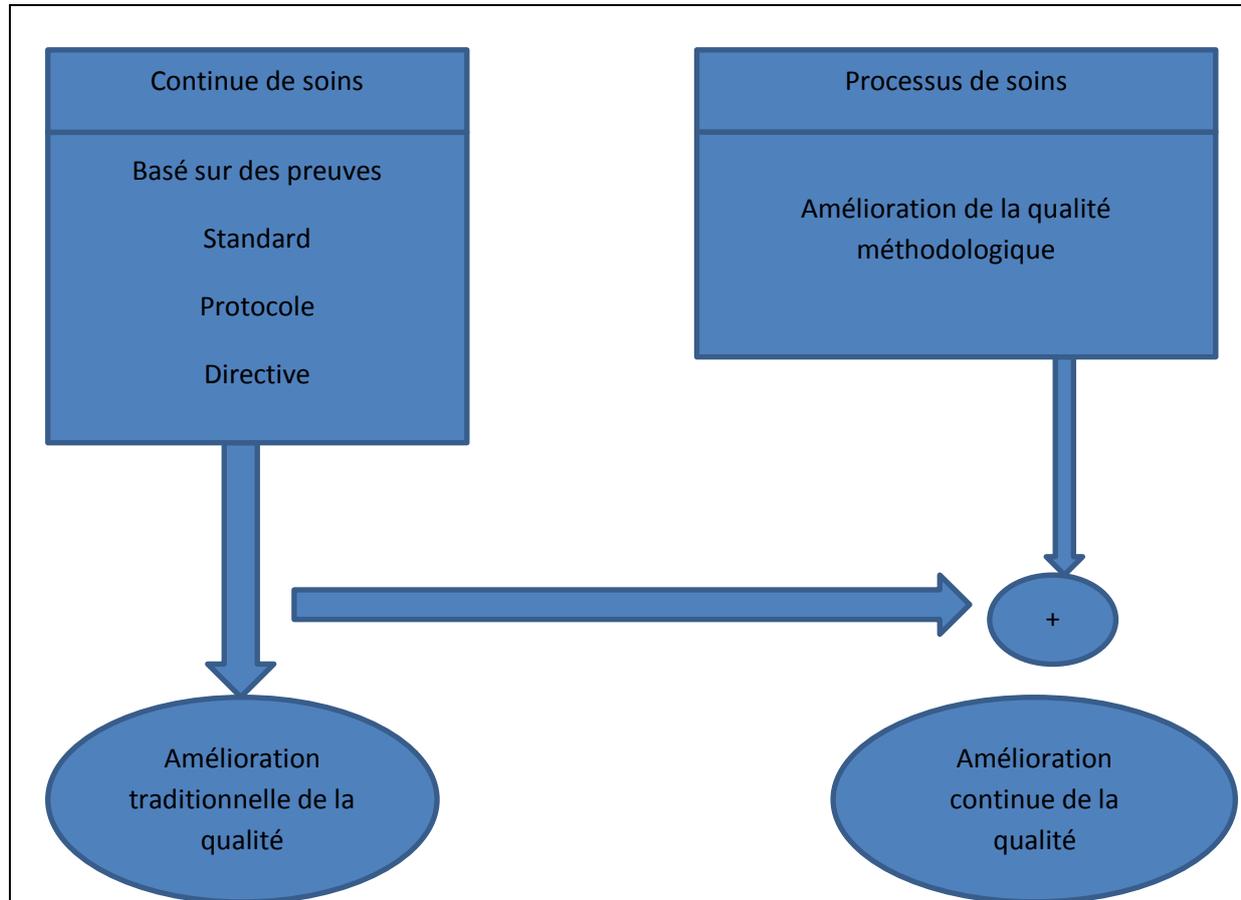
Lorsque le contenu des soins est examiné, alors c'est le moment de passer en revue et d'actualiser la prise en charge clinique des patients, afin d'obtenir des améliorations pour ce qui est des soins cliniques. Pour ce faire, il est logique d'utiliser la documentation médicale basée sur des preuves et les informations les plus probantes qui soient, afin d'actualiser les pratiques cliniques.

Le moment où nous examinons le processus des soins, l'objectif est de renforcer les capacités en ce qui concerne la prestation de soins de santé, pour que ces capacités permettent la mise en œuvre du contenu actualisé.

---

<sup>67</sup> G KR POILROUX, 2000, management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux

Figure n°3 : l'amélioration continue de la qualité des soins



Source : Rashad MASSOUD ; décembre 2002 ; « un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for human services ; USA ; PDF ; op cit ; P, 04

### 7.1.3.1 Exemples sur l'amélioration de processus

L'exemple suivant illustre la façon dont un système de prise en charge des nouveaux-nés souffrant du syndrome de détresse respiratoire intégré des changements dans le contenu et le processus de prestation des soins, ces changements ont fourni le résultats espéré, à savoir une amélioration de la qualité des soins.

## **8. Organisation du système qualité**

La performance, la souplesse d'utilisation et la pérennité du système qualité reposent sur la pertinence de son organisation<sup>68</sup>.

### **8.1. Autorité, missions et responsabilités**

L'établissement de santé doit définir par écrit son mode d'organisation et de fonctionnement.

L'organigramme de l'ensemble de l'établissement doit être établi. Cela permet ainsi de préciser :

- les liens hiérarchiques et fonctionnels qui relient les professionnels (ils sont nombreux et complexes) ;
- la place et l'autorité de chacun dans l'organisation de l'établissement de santé ;
- les zones de responsabilités de chacun : c'est l'élaboration des définitions de fonctions ;
- l'organisation de la communication entre les professionnels.

### **8.2. Représentant de la direction**

Le représentant de la direction n'est pas forcément affecté à temps plein à cette fonction.

### **8.3. Architecture de la documentation du système qualité**

Le système du documentaire est un élément fondamental de la réussite du système de management de la qualité d'un établissement de santé.

Le système documentaire doit être adapté à la taille de l'établissement, à ses besoins, au nombre et à la qualification des personnes concernées, à la complexité des tâches à réaliser et des méthodes employées.

Le schéma de la pyramide documentaire situe la place du système documentaire dans l'environnement politique, législatif et managérial de l'établissement de santé.

---

<sup>68</sup> Construire le système qualité d'un établissement de santé « HERVE Lecllet, CLAUDE Vilcot » édition AFNOR p, 28

**TABLEAU n°2** : système documentaire dans l'environnement politique, législatif et managérial de l'établissement de santé

Politique Et objectif	Pyramide documentaire	Aspect du management	Support
Législation	textes de loi	légale	sécurité, droits, Environnement,
Politique générale	projet d'établissement	stratégique	Accréditation ANAES
1. politique qualité	Manuel qualité	organisationnel	
2. processus existants	procédures	fonctionnel	par exemple ISO 9000,
3. savoir-faire Technique	instructions de travail (ou protocoles, Modes opératoires...)	opérationnel	méthodes de terrain, documents de Travail Courants
4. Documents Usuels, Relevés Qualité, Indicateur	Enregistrements (revues, audits, actions correctives et actions préventives, enregistrements techniques, bons de livraison, comptes rendus)	factuel	preuves des actions qualité entreprise traçabilité

**Source** : construire le système qualité é d'un établissement de santé « HERVE Leclot, CLAUDE Vlcot » p, 28

La pyramide documentaire dans l'établissement de santé.

Le dossier du patient constitue un enregistrement relatif à la qualité.il comprend :

- le dossier médical, sous forme papier ou informatisée, ou sont consignés les nombreux documents : observations, ordonnances, comptes rendus divers, résultats d'analyses, lettres de transfert,... ;

- le dossier de soins qui permet la traçabilité de tous les actes et soins réalisés par le personnel soignant.

Les établissements de santé ont des obligations réglementaires à respecter et d'importantes responsabilités dans la gestion, la tenue et la conservation du dossier du patient.

L'ensemble de ces obligations fait du dossier du patient un document sensible et essentiel. C'est donc un support de traçabilité d'une importance fondamentale.

### **9. Planification de la qualité**

La planification de la qualité est une phase essentielle puisque c'est d'elle que dépend la cohérence de la mise en œuvre et du déroulement de la démarche. Planifier la qualité, c'est répondre à la question : comment arriver aux objectifs fixés ? Il faut pour cela élaborer des plans qualité qui précisent ce que l'on veut obtenir et comment l'obtenir.

La planification de la qualité se situe en permanence à deux niveaux distincts :

- le niveau stratégique : c'est par exemple, la planification managériale pour préparer l'application du système qualité, la planification d'un nouveau service ou la prise en charge d'une nouvelle pathologie ou encore l'allocation des ressources.
- le niveau opérationnel : c'est par exemple, la réalisation d'un projet dans une unité fonctionnelle, qui doit être en harmonie avec la politique générale de l'établissement.

Un plan qualité doit

- ✓ définir des objectives qualités dans une activité donnée ;
- ✓ nommer un responsable, une autorité ;
- ✓ identifier les ressources nécessaires en personnel (savoir-faire, compétence, connaissances, temps) ;
- ✓ identifier les processus et les procédures à maîtriser ;
- ✓ identifier des points de contrôle aux étapes appropriées ;
- ✓ lister les procédures écrites et les documents de référence concernés ;

- ✓ prévoir les procédures d'audit à y appliquer ;
- ✓ prévoir comment modifier le plan qualité, si nécessaire ;
- ✓ définir comment évaluer l'atteinte des objectifs.

L'établissement de santé doit pouvoir démontrer que les activités planifiées sont effectivement menées, que les exigences sont satisfaites et que les résultats sont vérifiés ou évalués.

Des nouvelles activités, des nouveaux contrats ou des nouveaux projets peuvent nécessiter de développer des plans qualité spécifiques. Les plans qualité des activités courantes peuvent être intégrées dans le management quotidien de l'activité.

Schématiquement, la planification de la qualité peut être résumée en six grandes étapes.

1. **La prise de décision de la direction** d'engager une démarche qualité structurée sur la base de la réflexion stratégique engagée dans l'établissement.
2. **La mise en place d'une structure de pilotage** (comité de pilotage, responsable qualité, référents qualité,...) dont la fonction est de coordonner et superviser les actions engagées.
3. **La formation de l'ensemble des personnels** (à commencer bien sûr par la structure de pilotage) aux concepts de base des démarches qualité dont l'assurance de la qualité.
4. **Le diagnostic** qui met en évidence les points forts et les points faibles en dégageant notamment les écarts majeurs entre l'existant et les exigences du référentiel.
5. **La définition de plans d'actions** prioritaires et hiérarchisés. La mise en œuvre des plans d'actions doit être précédée d'une étude de faisabilité permettant la prévision des ressources nécessaires (matérielles, humaines, financières, en temps,...), l'identification des compétences, la constitution des groupes de projet, les calendriers prévisionnels de réalisation, les formations complémentaires.
6. **La communication régulière** sur l'état d'avancement des projets qui doit permettre le déploiement de la politique qualité, l'appropriation et l'implication accrue des personnels, la communication et la valorisation des résultats obtenus.

## **Conclusion**

La qualité est aujourd'hui une préoccupation majeure des établissements sanitaires<sup>69</sup>. Au-delà d'une simple réduction des coûts attachés à la non-qualité, la recherche de la qualité des soins exprime le souci d'une satisfaction permanente des usagers, à l'extérieur de l'établissement sanitaire, comme à l'intérieur. Dans ces conditions, les démarches d'évaluation et d'amélioration de cette qualité prennent de plus en plus d'importance dans les modes de gestion des hôpitaux.

Un niveau élevé de satisfaction réduit la sensibilité au prix, accroît la résistance aux offres des concurrents, améliore la réputation de l'établissement sanitaire, et amoindrit les conséquences des problèmes de qualité.

---

<sup>69</sup> P AMEREIN, D BARCZYK, R EVRARD, F ROHARD, B SIBAUD, P WEBER, 2001, marketing, édition Nathan, France, P, 190

---

# **CHAPITRE III**

**Évaluation de la qualité des services de soins  
offerte par les établissements hospitaliers  
publics CHU KHALIL Amran de Bejaïa**

## **Introduction**

La finalité d'un service est de satisfaire un usager, et que l'un des dimensions d'évaluation est de savoir la façon dont les usagers pensent de lui.

Après avoir traité les concepts théoriques relatifs à notre thématique dans les chapitres précédents, ce dernier chapitre a un volet pratique. Il a pour objectif de révéler la réalité de l'établissement hospitalier public algérien. À travers CHU Khalil Amran de Bejaïa en termes de service offert aux patients et l'étude de la satisfaction de ces derniers. A cet effet, et pour mieux répondre à notre problématique, ce présent chapitre sera organiser en trois section, la première sera consacré à la présentation de l'établissement CHU Khalil Amran, quant à la deuxième section explique la méthodologie de notre enquête, enfin la dernière Section présente analyse et interprétation les résultats de notre enquête.

## **SECTION 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT CHU KHALIL AMRAN**

### **1.1. Présentation de l'organisme d'accueil**

Le CHU de Bejaïa a été créé par le décret exécutif n° 09-319 du 17 Chaoual 1430 correspondant au 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires annexée au décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaabane 1418 correspondant au 23 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

La liste des centres hospitalo-universitaires annexée au décret exécutif n°97- 467 du 2 chaabane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisé est complétée comme suit :

- Dénomination: CHU Bejaïa
- Siège: Hôpital Khelil Amrane
- Consistances Physique:
  - Hôpital Khellil Amrane
  - Hôpital Frantz Fanon

- Hôpital Targua Ouzemmour (Clinique Mère-Enfant)

### **1.1.1. Historique du CHU de Bejaia**

Le secteur sanitaire<sup>70</sup> de Bejaïa comprend plusieurs structures de santé, parmi lesquelles il y a l'hôpital Khellil Amrane.

Le secteur sanitaire de Bejaïa couvre sur une superficie de 460,65 Km<sup>2</sup>. Il assure une couverture sanitaire aux 240.258 habitants des sept (07) communes suivantes : Bejaia, Oued-Ghir, Tichy, Tala hamza, Boukhelifa, Aokas et Tizi-Nberber.

Le secteur sanitaire est géré par la direction de l'hôpital Khellil Amrane, situé au chef-lieu de la commune de Bejaïa. Il est doté d'un budget de fonctionnement et d'une autonomie de gestion. Jusqu'en 1991, date de l'inauguration et de l'entrée en fonction de l'EPH Khellil Amrane, le secteur sanitaire de Bejaïa n'était doté que de deux hôpitaux : Aokas et Frantz Fanon, hérités de la période coloniale.

En 2011, l'hôpital Khellil Amrane est devenu le siège du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaïa. La création de ce dernier est faite suite à l'inauguration de la faculté de médecine<sup>71</sup>.

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le CHU est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions : de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

L'organisation du CHU de Bejaia se compose de trois unités ;

- L'unité Khellil Amrane ; située au village Smina.
- L'unité Frantz Fanon ; sise à l'ancienne ville, Bordj Moussa.

---

<sup>70</sup>Décret n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire

<sup>71</sup>Décret exécutif n° 09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires.

- L'unité Targa ouzamour (clinique maternité) ; située au village Tala Merkha.

### **1.1.2. Missions du CHU**

Dans le cadre des missions prévues ci-dessus, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

#### **a) En matière de santé :**

- D'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;
- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

Outre les tâches prévues aux alinéas ci-dessus, le C.H.U. assure pour la population résidant à proximité et non couvertes par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire.<sup>72</sup>

#### **b) En matière de formation :**

- D'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;
- De participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

#### **c) En matière de recherche :**

- D'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ;

---

<sup>72</sup> Décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire.

- D'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé.

### **1.1.3. Objectifs du CHU.**

- Maintenir un haut niveau d'investissement.
- Soutenir la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire. il s'agit d'accompagner les recompositions internes, les regroupements de plateaux techniques, les partenariats entre les établissements publics et privés.
- Soutenir les opérations répondant aux critères d'efficience.
- développer les systèmes d'information hospitaliers.
- Assurer les mises aux normes de sécurité de sécurités à caractère exceptionnel.

Présentation de pavillon des urgences chirurgicales

### **1.1.4. Ressource humains**

Tableau n°3 : Ressource humain

<b>Désignation</b>	<b>Nombre</b>
Dentiste générale	01
Pharmacien générale	08
Médecin générale	46
Médecin générale principaux	06
Médecin générale chefs	18
Médecin spéciale assistant chefs	02
Médecin spéciale principaux	20
Médecin spéciale assistant	77

Source : documents interne de l'établissement

### **1.1.5 Présentation de pavions des urgences chirurgicale**

- Médecin chef de service : **Dr MEKROUD**
- Capacité litière : **15 lits Homme 12 Femme 03 Déchoquage**
- **Personnel médical :**
- Médecin Généraliste : **19**
- Médecin Spécialiste : **00**
- Personnel paramédical : **31 entre IDE et ATS, Une psychologue**
- Nombre d'unité : **02**
- Date de création : **1989**

#### **Situation**

Hôpital Khalil Amrane

#### **Activité principale**

Gestion des urgences vitales médicales et chirurgicales

#### **Contenu**

-Tri

- Mise en observation

- Déchoquage

- Soins

- Plâtres

**Consultation :**

**Perspectives du service :**

- \* Ouverture d'une unité BLOC opératoire d'urgence et Réonat, chirurgie.
- \* Séparation du tri et de l'observation des urgences médicales et chirurgicales.
- \* Débuter l'activité opératoire d'urgence dans un bloc d'urgence appartenant au service UMC.
- \* Thrombolyse des avec ischémiques.
- \* Formation continue des médecins et paramédicaux
- \* CES Médecine d'urgence

**Les services offerts par l'hôpital**

Cellule d'accueil et d'orientation des cancéreux

Anesthésie réanimation

Chirurgie générale

Médecine interne

Bloc opératoire central

Laboratoire Central

Pédiatrie

Cardiologie

Neurochirurgie

Orthopédie traumatologie

Imagerie médicale

Urgences médicaux Chirurgicale

## **SECTION 02 : METHODOLOGIE DE L'E ENQUETE**

Dans le but de bien mener notre travail de fin d'étude et de répondre à la problématique posée au début, nous avons pensé à une enquête sur la qualité des services offerts dans l'établissement sanitaire public de point de vue des patients. Nous avons réalisé un questionnaire auprès de ses patients pour mieux répondre à leur besoin et détecter leurs motivations et freins lors de l'hospitalisation, la méthode que nous allons appliquer pour réaliser notre étude est de nature quantitative /descriptive basée sur un questionnaire en tant qu'outil d'investigation.

Nous pouvons définir l'enquête comme étant aussi : « une méthode d'investigation qui consiste à recueillir l'information recherchée en interrogeant et en écoutant un ensemble d'individus sur leurs comportements, sur leurs opinions ou sur leurs valeurs. L'information est obtenue en utilisant le mode déclaratif ». <sup>73</sup>

Pour ce faire, dans cette section, nous allons présenter notre enquête comme suit :

Premièrement, l'objectif de notre enquête en suite la détermination la Source de l'information et la durée de l'enquête, puis la composition de l'échantillon que nous avons choisi, et l'élaboration du questionnaire et enfin l'analyse des résultats obtenus.

### **1- L'objectif de l'enquête**

Notre enquête par questionnaire a pour objectif d'analyser la qualité de service dans les établissements sanitaire public à savoir :

- L'étude de la satisfaction des patients vis-à-vis des services de l'hôpital.
- Le déroulement des relations entre l'ensemble de personnels à l'hôpital et les patients.

### **2- Source de l'information et la durée de l'enquête**

- a- **Source d'information** : c'est l'information primaire car elle est directement récoltée sur le terrain auprès du patient.
- b- **La durée de l'enquête** : l'enquête s'est déroulée un mois de 20 mai au 20 juin.

---

<sup>73</sup> CAUMONT.D « Les études de marché », Edition Dunod, paris, 1998, p.45.

3- **Echantillon** : pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons choisis un échantillon d'une taille de 282 personnes dans la wilaya de Bejaia exactement à l'hôpital KALIL AMRAN, avec méthode d'échantillonnage non probabiliste (par convenance).

4- **Le questionnaire** : Avant de passer à la manière dont nous avons élaboré le questionnaire de notre enquête, nous tenons à présenter la définition du questionnaire :

«Le questionnaire est l'ensemble de questions dans le but de générer l'information nécessaire à l'accomplissement des objectifs de l'étude <sup>74</sup>».

Durant la réalisation du questionnaire, nous avons élaboré un questionnaire qui résume l'objet de notre étude, il compte 53 questions qui se composent d'une fiche signalétique qui compte sur des informations personnelles, et des questions de fréquentation dans le but de toucher aux objectifs souhaités. L'élaboration de deux types de questions des questions fermées suivies par des propositions limitées ou des choix unique.

#### **a- Choix du type de questions**

La majorité des questions est présentée sous formes de questions fermer à choix unique : 1, 3, 4, 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53.

1 question fermée à choix trichotomique : 6.

4 questions fermées à choix dichotomique : 2, 7, 8

#### **b- Objectifs des questions**

Question : 1, 2, 3, 4 pour la fiche signalétique.

Question : 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 c'est des questions concernant l'état de santé du patient

Question : 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 c'est questions concernant l'accueil de l'établissement dans plusieurs services (standard téléphonique, unité d'hospitalisation, examens complémentaires et les urgences)

Question : 23, 24, 25, 26 concernant la pré-admission

---

<sup>74</sup> GINNELLONIET .J, et Vernet. E, *Etudes de marché* ; Les éditions Vuibert, Paris, 1995, P178.

Question : 27, 28, 29, 30 concernant le transport et mobilité, il s'agit de savoir la disponibilité des moyennes de transport

Question : 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, concernant les conditions de séjour a savoir la qualité de l'hôtellerie, prestation complémentaire, restauration, comportement du personnels et en fins la qualité de la prise en charge médicale.

### **5- L'analyse des résultats**

Après la saisie des données collectées suite à notre enquête, nous avons analysé et interprété les résultats obtenus via le logiciel (sphinx). Cette méthode consiste à traiter chaque variable (question) à part, ce qui nous permettra de bien analyser chaque question sous forme d'un tableau. Ainsi, on va calculer le nombre de réponses à chaque question et d'en calculer leur poids en pourcentage, suivi d'une représentation graphique.

## **SECTION 3 : ANALYSE ET INTERPRETIONS DES RESULTATS**

Après l'obtention des donnée, la seconde étape consiste à l'analyse et l'interprétions des résultats : le traitement des résultats de notre enquête s'est fait par le biais de la méthode de tri à plat et le tri croisé

**Le tri à plat** : c'est la plus simple, il traite chaque question à part. Ce qui nous permettra de vérifier nos hypothèses. Elle nous permet de dénombrer les réponses de chaque question et d'en calculer le pourcentage pour chaque réponse.

### **Le tri croisé**

Le tri croisé permet de comparer les réponses à plusieurs questions. Le temps consacré à l'analyse de ces résultats était assez important. Le tri croisé permet souvent de vérifier l'existence d'une relation entre deux paramètres et, ainsi, expliquer certains comportements. Dans notre cas, nous avons mené ce tri pour confirmer définitivement les constats que nous avons établis lors du tri à plat.

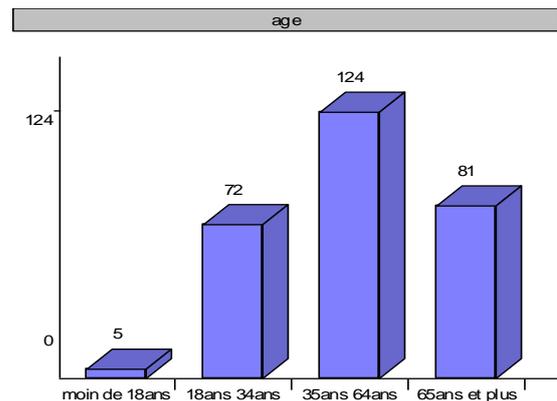
## 1. Analyse et interprétions des résultats par le tri à plat

Après l'obtention des données, la seconde étape consiste en l'analyse et l'interprétions des résultats : le traitement des résultats de notre enquête s'est fait par biais de la méthode tri à plat et tri croisé

### AXE N°1: IDENTIFICATION DU PROFILE DES ENQUITES

#### 1.1. La répartition des enquêtés selon les tranches d'âge

age	Nb. cit.	Fréq.
moins de 18ans	5	1,8%
18ans 34ans	72	25,5%
35ans 64ans	124	44,0%
65ans et plus	81	28,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



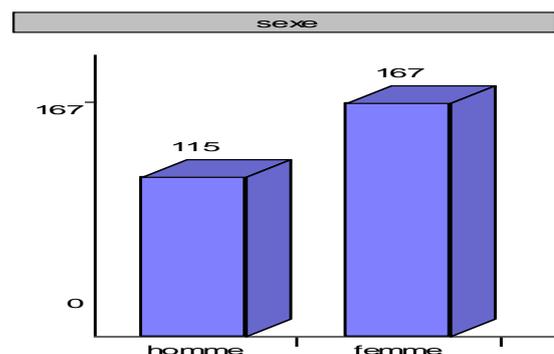
Source : Dépouillement de la question N01

#### Commentaire

A travers les résultats obtenus on remarque que le pourcentage le plus important (44%) est celui des patients plus au moins âgée entre [35ans et 64ans] c'est la catégorie qui domine suivi de 28.7% ayant plus de 65ans, c'est deux tranche d'âge sont les plus risqué de tombé malade.

#### 1.2. Répartition des enquêtés par leur sexe

sexe	Nb. cit.	Fréq.
homme	115	40,8%
femme	167	59,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



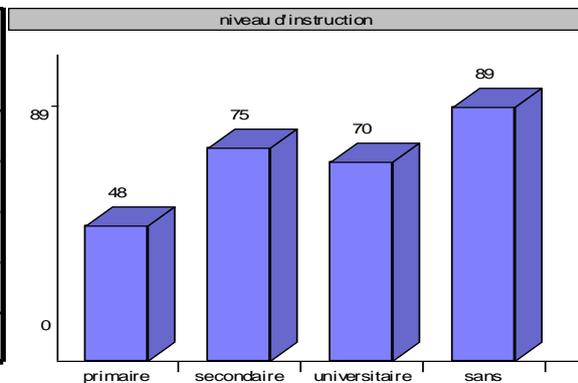
Source : Dépouillement de la question N02

**Commentaire**

À travers cette figure, nous constatons que la majorité des enquêtes sont des femmes avec 59.2%, on remarque que les femmes sont les plus exposées à tomber malade que les hommes

**1.3. Répartition des enquêtés par le niveau d'instruction**

niveau d'instruction	Nb. cit.	Fréq.
primaire	48	17,0%
secondaire	75	26,6%
universitaire	70	24,8%
sans	89	31,6%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



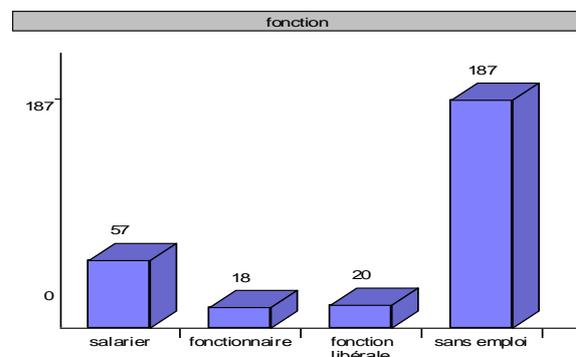
Source : Dépouillement de la question N03

**Commentaire**

A partir des résultats obtenus on remarque que la plupart des interrogées ils n'ont pas de niveaux d'instruction avec 31.6%, et les patients qui ont un niveau d'instruction supérieure sont de 24.8%, car les personnes qui n'ont pas un niveau d'instruction sont risqué de tomber malade.

**1.4. Répartition des enquêtés par leur fonction**

fonction	Nb. cit.	Fréq.
salarier	57	20,2%
fonctionnaire	18	6,4%
fonction libérale	20	7,1%
sans emploi	187	66,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



Source : Dépouillement de la question N04

## Commentaire

Les résultats obtenus mettent en évidence la répartition des patients selon leur fonction. Nous constatons que la majorité des patients ils n'ont pas d'emploi 66.3% elle est suivie de 20.2 % des patients salarier, en remarque aussi que les personnes fonctionnaires et qui pratiquent une fonction libérale est très peu avec 6.4% et 7.1% seulement, car c'est une institution public, c'est pour ça les gens qui n'ont pas d'emploi vise à se soigner gratuitement.

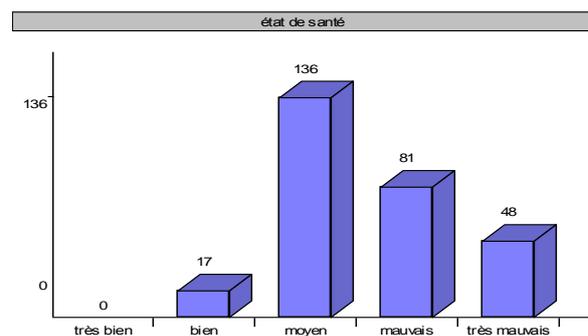
## Synthèse de l'Axe N°1

A travers les résultats obtenus nous constatons que ; Les personnes âgés de [35ans-64ans] et plus de65ans sont les plus dominant parce que plus que les avance dans l'âge le risque de tombé malade est élevé dont la majorité c'est des femmes, aussi la plupart n'ont pas un niveau d'instruction ou ont un niveau secondaire, en dernier la majorité n'ont pas d'emploi.

### AXE N°2 : ETAT DE Santé

#### 2.1. Répartition des enquêtés selon leur état de santé général

état de santé	Nb. cit.	Fréq.
très bien	0	0,0%
bien	17	6,0%
moyen	136	48,2%
mauvais	81	28,7%
très mauvais	48	17,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



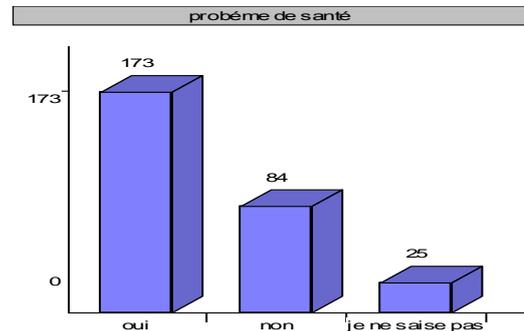
Source : Dépouillement de la question N05

## Commentaire

A travers la présentation graphique nous trouvons que presque la moitié a un moyen état de santé (48.2%), 28.7% ont une mauvaise et 17% ont un très mauvais état de santé. C'est la catégorie moyenne qui domine.

## 2.2. Répartition des enquêtés selon leur problème de santé

problème de santé	Nb. cit.	Fréq.
oui	173	61,3%
non	84	29,8%
je ne sais pas	25	8,9%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



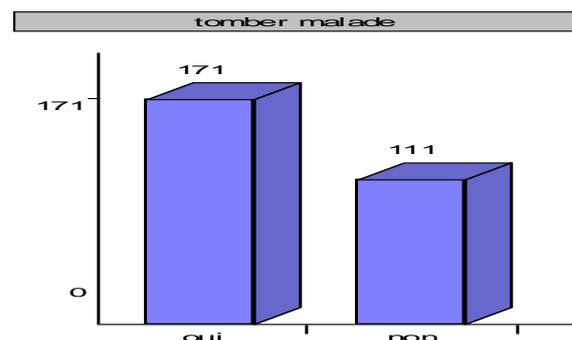
Source : Dépouillement de la question

### Commentaire

Les résultats obtenus nous montrent que la majorité des interrogés ont un problème de santé chronique avant d'être hospitalisés avec 61.3%, mais 29.8% des patients n'ont pas ce problème, en dernier on a 8.9% qui ne savent pas encore à ce que ils ont une maladie chronique ou pas.

## 2.3. Répartition des enquêtés selon la fréquence de leur maladie

tomber malade	Nb. cit.	Fréq.
oui	171	60,6%
non	111	39,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



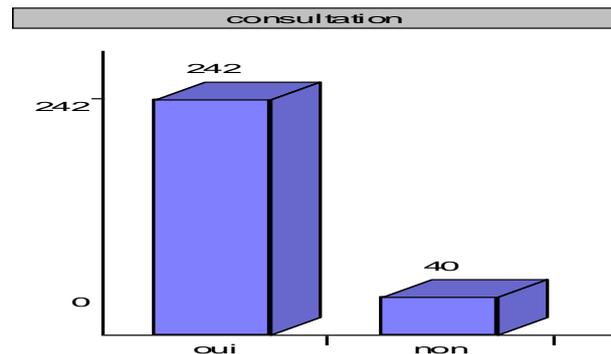
Source : Dépouillement de la question N07

### Commentaire

A travers le graphique ci-dessus on remarque que plus que la moitié ont déjà l'habitude de tomber malade, ils sont considérés alors comme des habitués des lieux et non des consommateurs occasionnels.

### 2.4 Répartition des enquêtés selon leur habitude de consultation den médecin

consultation	Nb. cit.	Fréq.
oui	242	85,8%
non	40	14,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



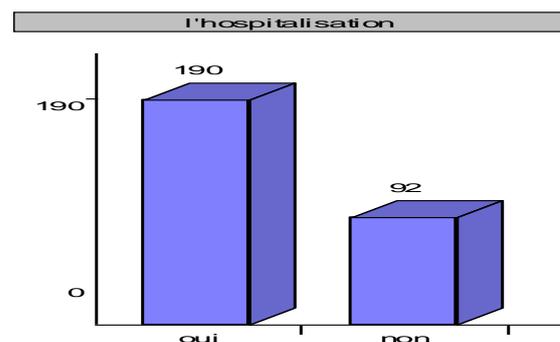
Source : Dépouillement de la question N08

#### Commentaire

Les résultats obtenus montrent que 85.8% des interrogées consultant le médecin en cas de mal aise, car ils ont peur d'être on mauvaise état de santé.

### 2.5 Répartition des enquêtés selon leur historique d'hospitalisation

l'hospitalisation	Nb. cit.	Fréq.
oui	190	67,4%
non	92	32,6%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



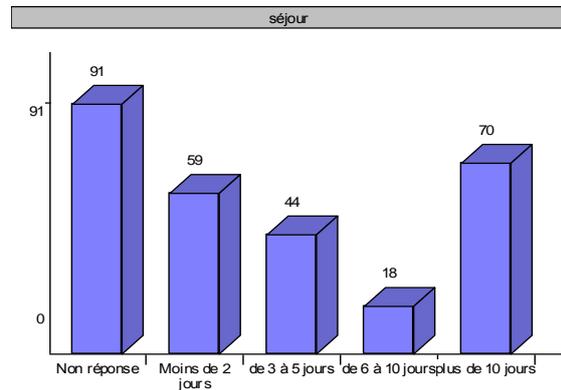
Source : Dépouillement de la question N09

#### Commentaire

A travers le graphe ci-dessus nous remarquons que la majorité des patients est déjà hospitalisé avec 67.4%, cause d'une maladie chronique et pour les 23.6% c'est la premier fois d'être hospitalisés.

## 2.6 Répartition des enquêtés selon la durée de leur hospitalisation

séjour	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	91	32,3%
Moins de 2 jours	59	20,9%
de 3 à 5 jours	44	15,6%
de 6 à 10 jours	18	6,4%
plus de 10 jours	70	24,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



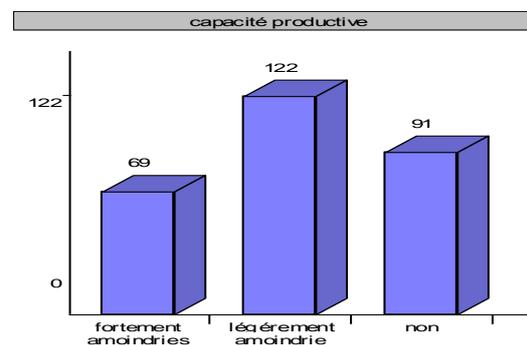
Source : Dépouillement de la question N10

### Commentaire

Dans le graphe ci-dessus en remarque que 32.3% des patients n'ont pas de réponse car ils ne sont pas déjà été hospitaliser. Mais 24.8% sont déjà hospitalisé plus de 10 jours, cause de leurs état de santé grave, et afin d'avoir les soins nécessaires.

## 2.4. Répartition des enquêtés selon les conséquences de leur état de santé sur leur productivité

capacité productive	Nb. cit.	Fréq.
fortement amoindries	69	24,5%
légèrement amoindrie	122	43,3%
non	91	32,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



Source : Dépouillement de la question N11

### Commentaire :

On remarque que 43.3% des usagers ont des capacités légèrement amoindrie cause de la maladie qui ont, mais 32.3% ont pas ce problème.

### Synthèse de l'axe n°2

La majorité sont en état de santé moyenne c'est la tranche qui domine, dont plus que la moitié ont une maladie chronique et la plus part ont l'habitude de tombé malade, aussi presque 100% de la population interrogée consultants le médecin en cas de mal aise, mais la majorité sont déjà être hospitaliser dont une partie importante a été hospitaliser plus de 10jours, enfin presque la moitié ont des capacités productive légèrement amoindrie cause de la maladie qui ont.

### AXE N°3 : QUALITE DE L'ACCUEIL

**Que pensez-vous de la qualité de la prise en charge au sein des services suivant ?**

#### 1-ACCUEIL

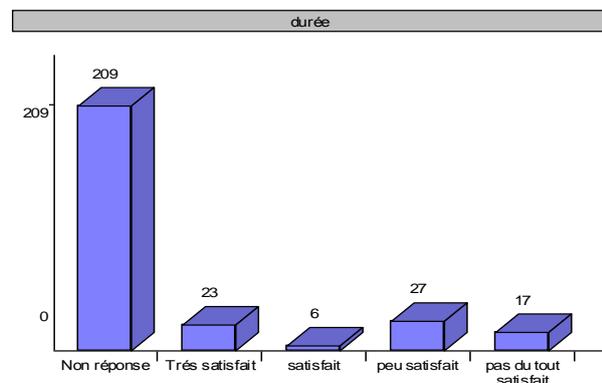
##### a-standard téléphonique

#### 3.1. Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes

durée	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	209	74,1%
Trés satisfait	23	8,2%
satisfait	6	2,1%
peu satisfait	27	9,6%
pas du tout satisfait	17	6,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,52 Ecart-type = 1,17**

Source : Dépouillement de la question N12



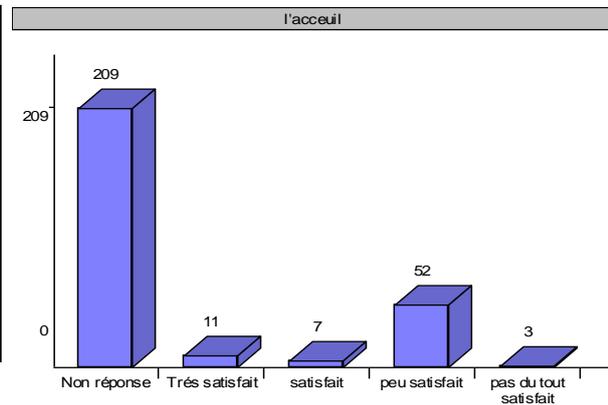
#### Commentaire

On remarque que la majorité ne répondant pas (74.1%), car ils n'utilisent pas le téléphone comme moyenne de renseignement, mais 8.2% des patients sont très satisfait des délais d'attente de téléphone.

### 3.2. Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil

l'accueil	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	209	74,1%
Très satisfait	11	3,9%
satisfait	7	2,5%
peu satisfait	52	18,4%
pas du tout satisfait	3	1,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,64 Ecart-type = 0,79**



**Source :** Dépouillement de la question N13

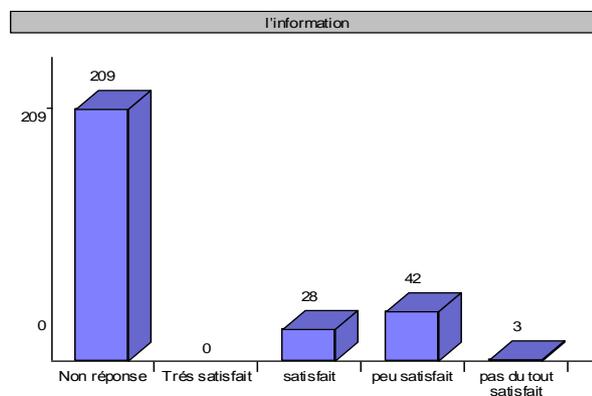
#### Commentaire

A partir de graphe ci-dessus nous remarquons qu'une grande partie des patients n'ont pas de réponse (74.1%), et 18.4% sont peu satisfaits, cause de manque du personnel en ce service, mais on a 3.9% sont très satisfait de la qualité d'accueil des personne qui répons au téléphone.

### 3.3. Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information

l'information	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	209	74,1%
Très satisfait	0	0,0%
satisfait	28	9,9%
peu satisfait	42	14,9%
pas du tout satisfait	3	1,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,66 Ecart-type = 0,56**



**Source :** Dépouillement de la question N14

**Commentaire**

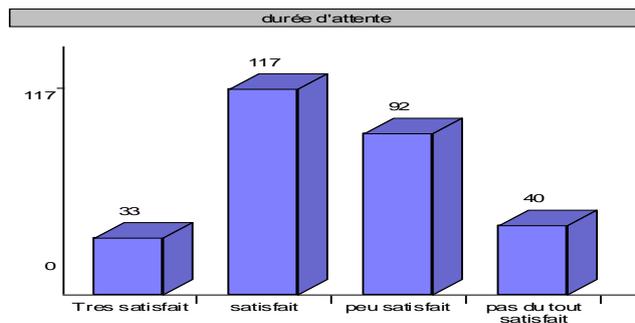
Aussi dans le graphe ci-dessus on constate que la majorité n'a pas de réponse avec 74.1% et 14.9% sont peu satisfaits de la qualité d'information offerte, car ils ne reçoivent pas l'information souhaitée.

**b-L' hospitalisation**

**3.4. Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes à l'hospitalisation**

<b>durée d'attente</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Tres satisfait	33	11,7%
satisfait	117	41,5%
peu satisfait	92	32,6%
pas du tout satisfait	40	14,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,49 Ecart-type = 0,88**



Source : Dépouillement de la question N15

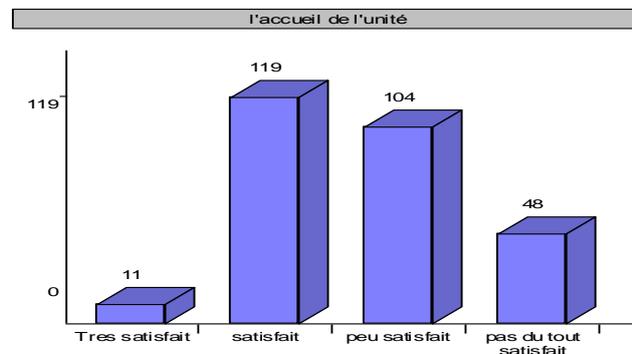
**Commentaire**

A travers les résultats obtenus on remarque qu'une partie importante des patients interrogée (41.5%) sont satisfait des délais d'attente dans l'unité d'hospitalisation car ils les est traite rapidement, mais parfois les délais d'attente seront long cause de la fille d'attente et le manque du personnel.

**3.5. Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil à l'hospitalisation**

<b>l'accueil de l'unité</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Tres satisfait	11	3,9%
satisfait	119	42,2%
peu satisfait	104	36,9%
pas du tout satisfait	48	17,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,67 Ecart-type = 0,80**



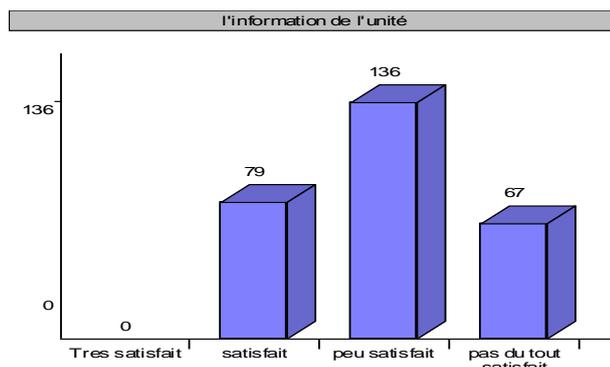
Source : Dépouillement de la question N16

**Commentaire**

A travers les résultats obtenus on remarque que le pourcentage le plus important des patients sont satisfaits de l'accueil de l'unité d'hospitalisation (42.2%), car ils sont bien accueillis, suivi de 36.9% sont peut satisfait cause de manque du personnels et du matériels.

**3.6. Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information**

l'information de l'unité	Nb. cit.	Fréq.
Tres satisfait	0	0,0%
satisfait	79	28,0%
peu satisfait	136	48,2%
pas du tout satisfait	67	23,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



Moyenne = 2,96 Ecart-type = 0,72

Source : Dépouillement de la question N17

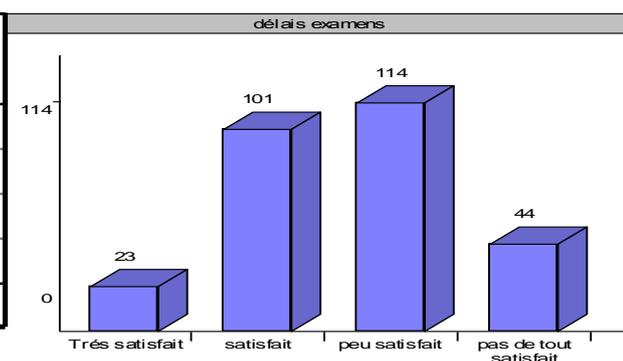
**Commentaire**

On remarque que la majorité des patients sont peu satisfaits (48.2%) de la qualité de l'information, cause de manque des informations, et 28% sont satisfaits car ils ne cherchent pas à comprendre.

**c-Examens complémentaires**

**Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attente**

délais examens	Nb. cit.	Fréq.
Trés satisfait	23	8,2%
satisfait	101	35,8%
peu satisfait	114	40,4%
pas de tout satisfait	44	15,6%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



Moyenne = 2,63 Ecart-type = 0,84

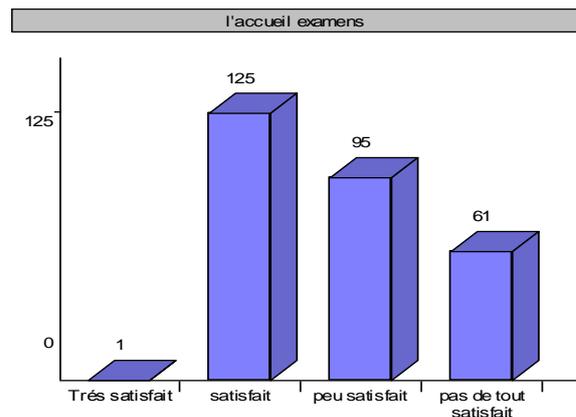
Source : Dépouillement de la question N18

**Commentaire**

On remarque que la majorité des patients sont peu satisfaits 40.4% des délais d'attente pour accéder aux examens complémentaires, car il faut de temps pour faire une radio ou échographie... etc. suivi de 35.8%des patients sont satisfait.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil**

<b>l'accueil examens</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Trés satisfait	1	0,4%
satisfait	125	44,3%
peu satisfait	95	33,7%
pas de tout satisfait	61	21,6%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,77 Ecart-type = 0,79**

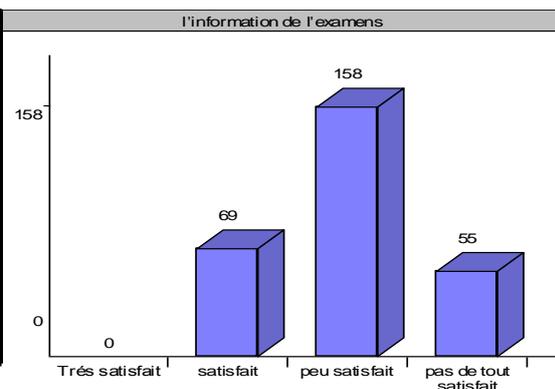
Source : Dépouillement de la question N19

**Commentaire**

Les résultats obtenus montrans que une partie importante des patients sont satisfaits de l'accueil de personnel dans ce service car ils sont très accueillent c'est la catégorie qui domine.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information**

<b>l'information de l'examens</b>	<b>Nb. cit.</b>	<b>Fréq.</b>
Trés satisfait	0	0,0%
satisfait	69	24,5%
peu satisfait	158	56,0%
pas de tout satisfait	55	19,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,95 Ecart-type = 0,66**

Source : Dépouillement de la question N20

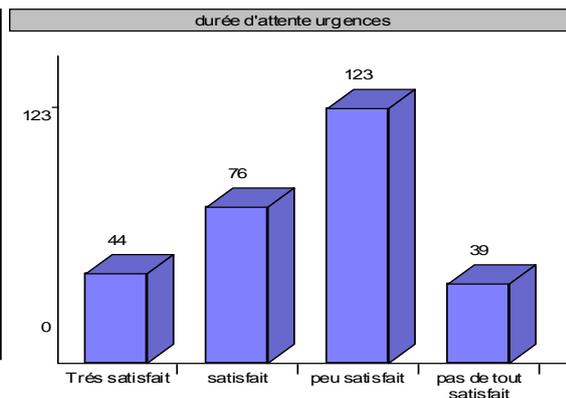
**Commentaire**

A propos des informations concernant les examens complémentaires on remarque que plus que la moitié des patients sont peu satisfaits (56%), car ils ne reçoivent pas des informations claires.

**c- Evaluation de la qualité des Urgences**

**Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes aux urgences**

durée d'attente urgences	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	44	15,6%
satisfait	76	27,0%
peu satisfait	123	43,6%
pas de tout satisfait	39	13,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,56 Ecart-type = 0,92**

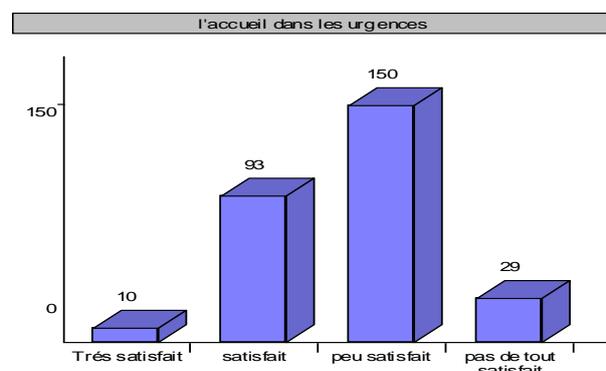
Source : Dépouillement de la question N21

**Commentaire**

Les délais d'attente dans les urgences sont trop long, ce là s'explique par le pourcentage élevé avec 43.6% peu satisfaits, il est dû au manque du personnel ou leurs absence.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil aux urgences**

l'accueil dans les urgences	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	10	3,5%
satisfait	93	33,0%
peu satisfait	150	53,2%
pas de tout satisfait	29	10,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,70 Ecart-type = 0,70**

Source : Dépouillement de la question N22

### Commentaire

La majorité des interrogés sont peu satisfaits de l'accueil avec 53.2%, car ils ne sont pas bien accueillis, suivi de 33% sont satisfaits de l'accueil dans ce service.

### Synthèse de l'axe n°3

D'abord, la majorité des interrogés ont pas de réponse à cause de la non utilisation de téléphone (74%). Pour le reste la plus part sont insatisfait à propos de ce service ; Ensuite on remarque un changement dans les avis dont la plus part des patients sont satisfait des délais d'attente et de l'accueil dans l'unité d'hospitalisation ; Et pour les examens complémentaires la majorité sont satisfait des délais d'attente et de la qualité de l'information, mais par contre on a presque la moitié des patients sont insatisfait de la qualité d'accueil ;

Enfin une large majorité des patients sont insatisfait dans le service des urgences soit dans l'accueil ou les délais d'attente.

## AXE N°4 : QUALITE DE L'HOSPITALISATION

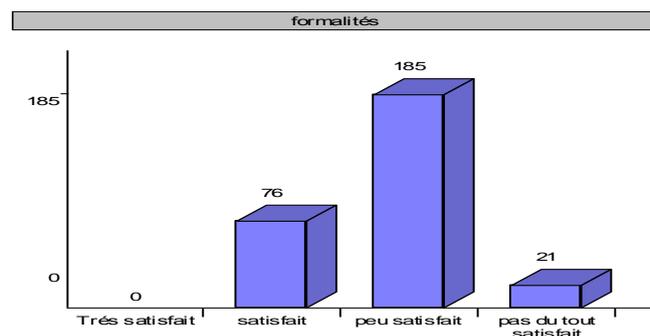
### 2-La pré-admission

#### 4.1. Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des modalités des pré-admissions

formalités	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	0	0,0%
satisfait	76	27,0%
peu satisfait	185	65,6%
pas du tout satisfait	21	7,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,80 Ecart-type = 0,55**

Source : Dépouillement de la question N23



### Commentaire

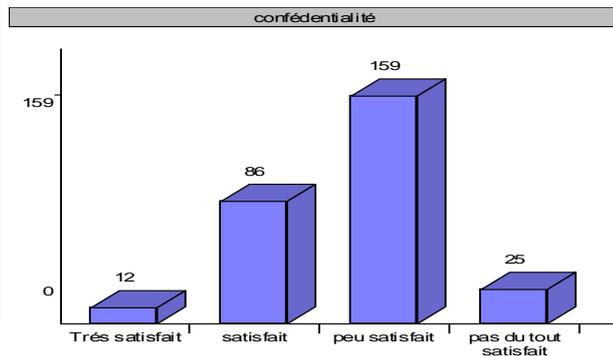
On remarque que plus que la moitié des patients exprime leur sentiment d'insatisfaction des délais des formalités avec 65.6%, car ne seront pas bien informés. C'est la catégorie qui domine.

#### 4.2. Répartition des appréciations des enquêtés selon la confidentialité

confidentialité	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	12	4,3%
satisfait	86	30,5%
peu satisfait	159	56,4%
pas du tout satisfait	25	8,9%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,70 Ecart-type = 0,69**

Source : Dépouillement de la question N24



#### Commentaire

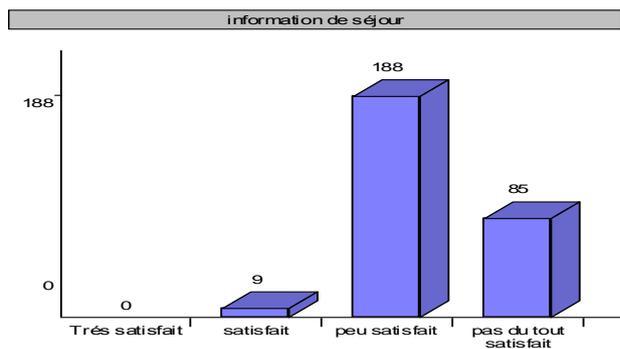
A travers le graph ci-dessus on remarque que la partie dominante des patients interrogés sont peu satisfaits avec 56.4%, suivie de 30.5% des patients qui sont satisfait.

#### 4.3. Répartition des appréciations des enquêtés selon les conditions de séjour

information de séjour	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	0	0,0%
satisfait	9	3,2%
peu satisfait	188	66,7%
pas du tout satisfait	85	30,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 3,27 Ecart-type = 0,51**

Source : Dépouillement de la question N25



#### Commentaire

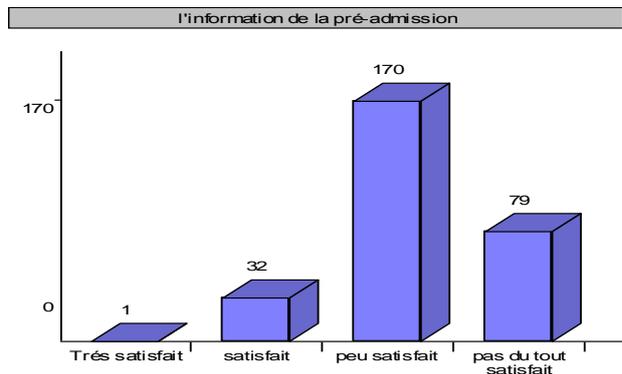
Aussi dans ce graphe les résultats obtenus montrent que la majorité des usagés sont peu satisfaits des informations sur les conditions de séjour avec 66.7% suivie de 30.1% qui ne sont pas du tout satisfaits ce qui explique un manque énorme dans les informations, car les patients ne seront pas informés sur les conditions de séjour.

#### 4.4. Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information à la pré-admission

l'information de la pré-admission	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	1	0,4%
satisfait	32	11,3%
peu satisfait	170	60,3%
pas du tout satisfait	79	28,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

Moyenne = 3,16 Ecart-type = 0,62

Source : Dépouillement de la question N26



#### Commentaire

A travers les résultats obtenus nous remarquons que plus que la moitié (60.3%) des patients sont insatisfaite de la qualité de l'information reçue et parfois ils ne comprennent même pas ce que les médecins expliquent.

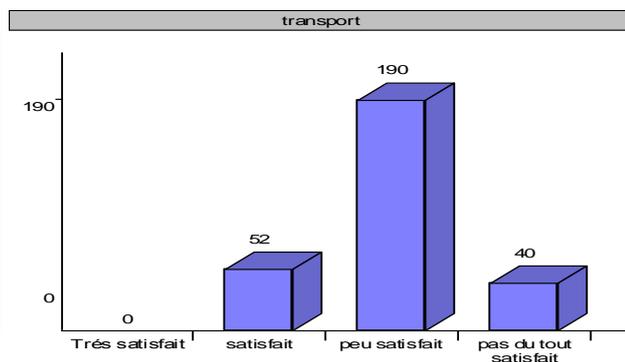
### 3- Evaluation de la qualité du transport et modalité

#### 4.5. Répartition des appréciations des enquêtés selon les modalités du transport

transport	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	0	0,0%
satisfait	52	18,4%
peu satisfait	190	67,4%
pas du tout satisfait	40	14,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

Moyenne = 2,96 Ecart-type = 0,57

Source : Dépouillement de la question N27



#### Commentaire

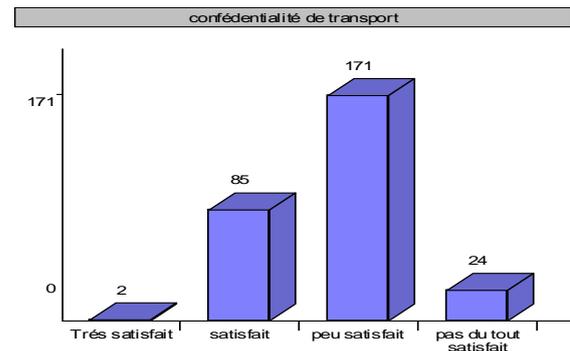
D'après le graphe ci-dessus on remarque que la majorité des patients sont peu satisfaits des conditions de transport avec 67.4% cause de manque du personnel et de matériels de transport.

**4.6. Répartition des appréciations des enquêtés selon le respect de la confidentialité**

confidentialité de transport	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	2	0,7%
satisfait	85	30,1%
peu satisfait	171	60,6%
pas du tout satisfait	24	8,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,77 Ecart-type = 0,60**

Source : Dépouillement de la question N28



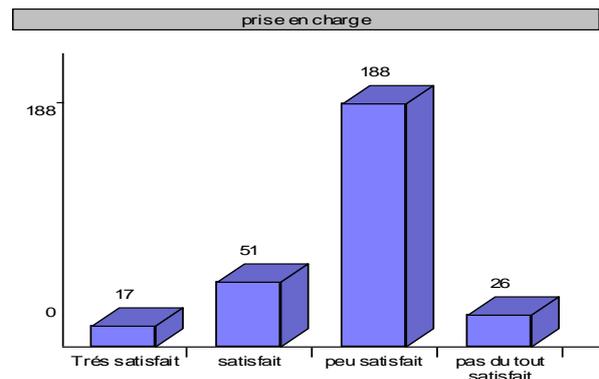
**Commentaire :**

Les résultats obtenus nous montrent qu'une grande partie des patients sont insatisfaits car y a pas de respect de la confidentialité de transport, mais aussi on a un pourcentage important des patients satisfaits, car cette catégorie elle ne demande que se soigner.

**4.7. Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attente dans les transports**

prise en charge	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	17	6,0%
satisfait	51	18,1%
peu satisfait	188	66,7%
pas du tout satisfait	26	9,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,79 Ecart-type = 0,69**



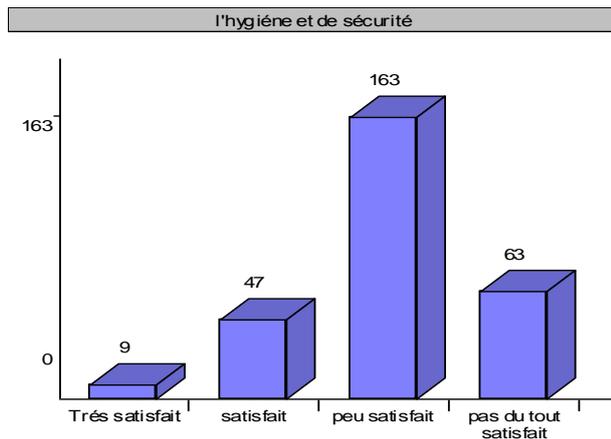
Source : Dépouillement de la question N29

**Commentaire**

On peut observer qu'une large majorité des patients questionnés sont insatisfaits des délais de prise en charge, car lors de la rentrée à l'hôpital ne seront pas pris en charge directement.

**4.8. Répartition des appréciations des enquêtés selon l'hygiène et sécurité dans le transport**

l'hygiène et de sécurité	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	9	3,2%
satisfait	47	16,7%
peu satisfait	163	57,8%
pas du tout satisfait	63	22,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,99 Ecart-type = 0,72**

Source : Dépouillement de la question N30

**Commentaire**

D'après le graphe ci-dessus nous remarquons que la majorité des patients sont insatisfaits des conditions d'hygiène et de sécurité dans le transport cause de manque d'agents.

**Synthèse de l'axe n°4 :**

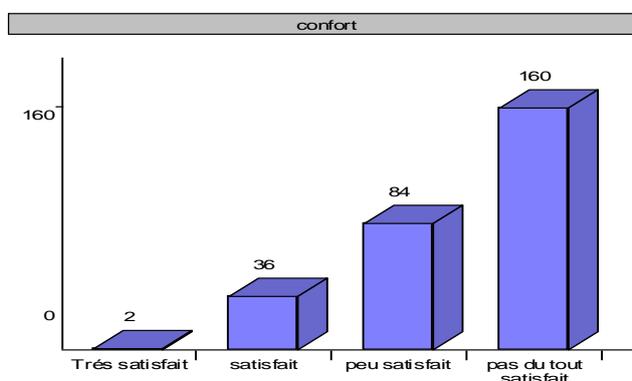
Une majorité des interrogée exprime leur avis d'insatisfaction à propos de la qualité d'hospitalisation, dont on a plus que la moitié des patients sont insatisfait des services de la pré-admission, et le même cas pour les conditions de transport.

**AXE N°5 : CONDITION DE SEJOUR**

**a/ Evaluation de la qualité de l'hôtellerie**

**5.1. Répartition des appréciations des enquêtés selon le confort et équipement dans les chambres**

confort	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	2	0,7%
satisfait	36	12,8%
peu satisfait	84	29,8%
pas du tout satisfait	160	56,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 3,43 Ecart-type = 0,74**

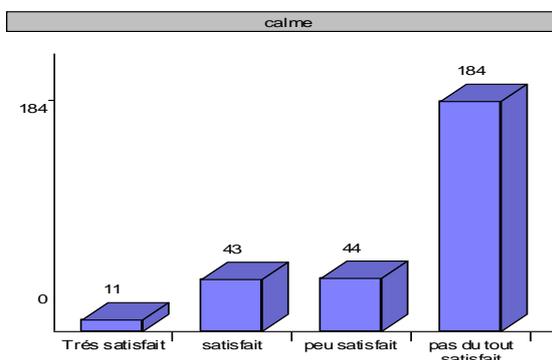
Source : Dépouillement de la question N31

**Commentaire**

Il est clair que plus que la moitié sont insatisfaits à propos de confort et équipement de leur chambre (manque des lits, plus de trois personnes par chambre...).

**5.2. Répartition des appréciations des enquêtés selon le calme durant le séjour**

calme	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	11	3,9%
satisfait	43	15,2%
peu satisfait	44	15,6%
pas du tout satisfait	184	65,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 3,42 Ecart-type = 0,89**

Source : Dépouillement de la question N32

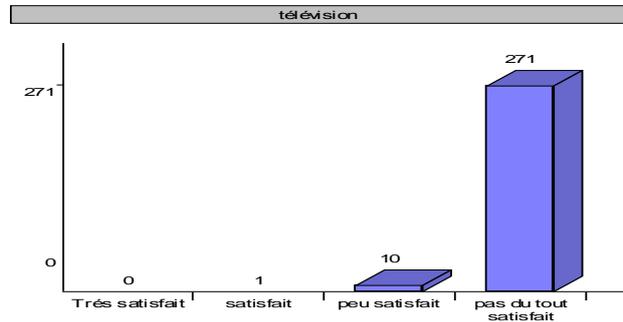
**Commentaire**

D'après les résultats obtenus on constate l'insatisfaction de plus de 80% des patients pour cause de manque de calme au sein des services d'hospitalisation réside dans le fait de bruit crée par les patients et les garde malades.

**b- Evaluation des prestations complémentaires**

**5.3. Répartition des appréciations des enquêtés selon les moyens de distraction (Télévision)**

télévision	Nb. cit.	Fréq.
Trés satisfait	0	0,0%
satisfait	1	0,4%
peu satisfait	10	3,5%
pas du tout satisfait	271	96,1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

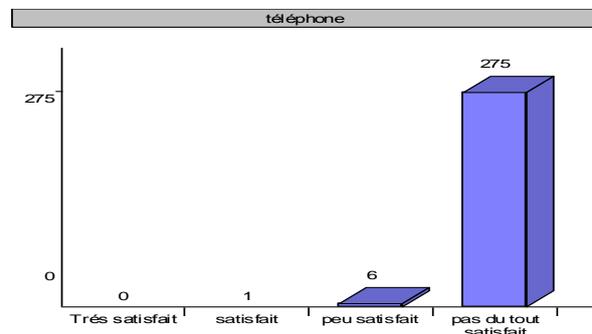


**Moyenne = 3,96 Ecart-type = 0,22**

Source : Dépouillement de la question N33

**5.6. Répartition des appréciations des enquêtés selon les moyens de distraction (Téléphone)**

téléphone	Nb. cit.	Fréq.
Trés satisfait	0	0,0%
satisfait	1	0,4%
peu satisfait	6	2,1%
pas du tout satisfait	275	97,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

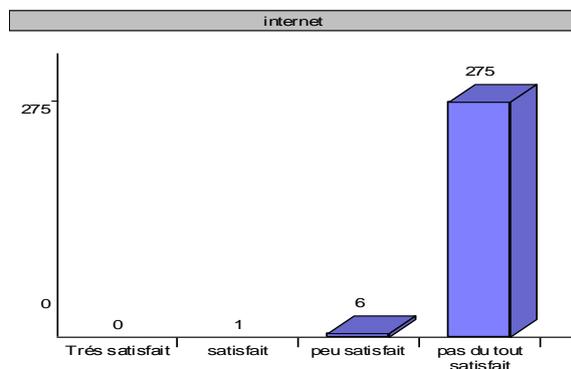


**Moyenne = 3,97 Ecart-type = 0,19**

Source : Dépouillement de la question N34

**5.7. Répartition des appréciations des enquêtés selon les moyens de distraction (Internet)**

internet	Nb. cit.	Fréq.
Trés satisfait	0	0,0%
satisfait	1	0,4%
peu satisfait	6	2,1%
pas du tout satisfait	275	97,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 3,97 Ecart-type = 0,19**

Source : Dépouillement de la question N35

**Commentaire :** 33, 34et35

On observe les résultats obtenus on constate l'insatisfaction de 99% des patients pour cause d'absence des services complémentaire (télévision, téléphone et internet).

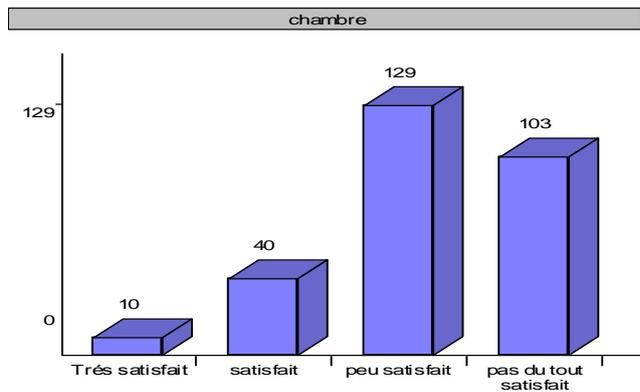
**c- Evaluation de la qualité de l'hygiène et propreté globale**

**5.8. Répartition des appréciations des enquêtés selon la propreté dans la chambre**

chambre	Nb. cit.	Fréq.
Trés satisfait	10	3,5%
satisfait	40	14,2%
peu satisfait	129	45,7%
pas du tout satisfait	103	36,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 3,15 Ecart-type = 0,79**

Source : Dépouillement de la question N36



**Commentaire**

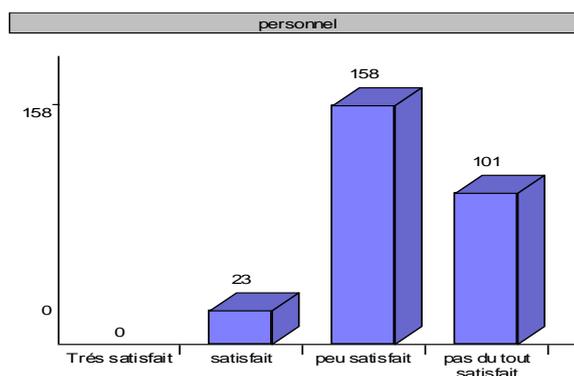
Concernant l'hygiène, il y a lieu de signaler qu'il y avait un manque de personnel chargé de nettoyage ce qui explique l'insatisfaction des patients quant à cet aspect d'hospitalisation, mais on a plus de 14% des patients sont satisfait.

**5.9. Répartition des appréciations des enquêtés selon la propreté de l'habit du personnel**

personnel	Nb. cit.	Fréq.
Trés satisfait	0	0,0%
satisfait	23	8,2%
peu satisfait	158	56,0%
pas du tout satisfait	101	35,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 3,28 Ecart-type = 0,60**

Source : Dépouillement de la question N37

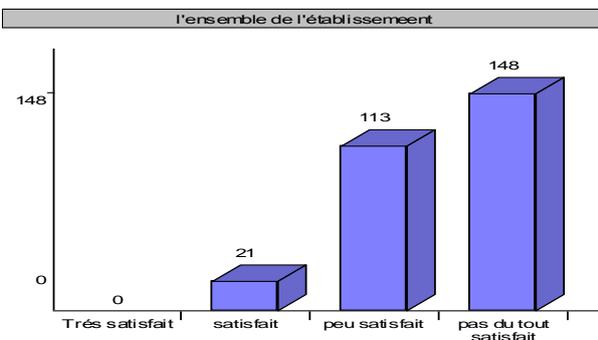


**Commentaire**

On remarque plus de 90% sont insatisfaits de l'habit du personnel, et seulement 8% sont satisfaits à propos de ce point.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la propreté dans l'ensemble de l'établissement**

l'ensemble de l'établissement	Nb. cit.	Fréq.
Trés satisfait	0	0,0%
satisfait	21	7,4%
peu satisfait	113	40,1%
pas du tout satisfait	148	52,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 3,45 Ecart-type = 0,63**

Source : Dépouillement de la question N38

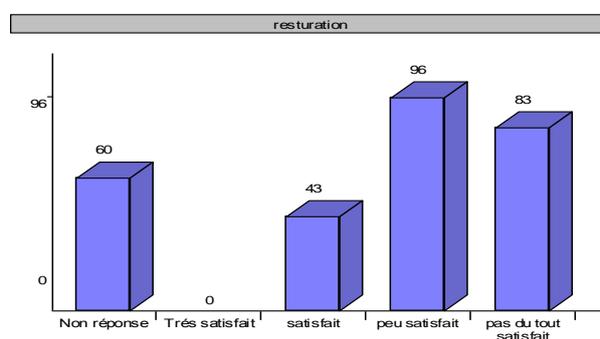
**Commentaire**

Concernant l'hygiène dans l'ensemble de l'établissement, il y a lieu de signaler que plus de 90% des patients sont insatisfait, cause de manque d'agents en se service.

**d- Evaluation de la restauration**

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des repas**

resturation	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	60	21,3%
Trés satisfait	0	0,0%
satisfait	43	15,2%
peu satisfait	96	34,0%
pas du tout satisfait	83	29,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 3,18 Ecart-type = 0,73**

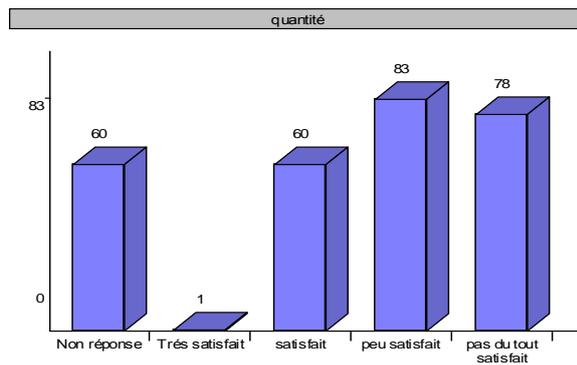
Source : Dépouillement de la question N39

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la quantité des repas**

quantité	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	60	21,3%
Trés satisfait	1	0,4%
satisfait	60	21,3%
peu satisfait	83	29,4%
pas du tout satisfait	78	27,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 3,07 Ecart-type = 0,80**

Source : Dépouillement de la question N40

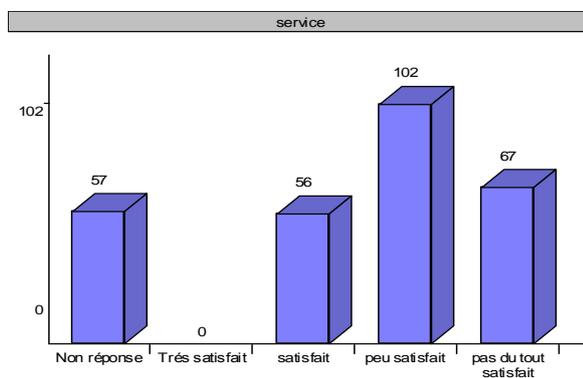


**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité du service de restauration**

service	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	57	20,2%
Trés satisfait	0	0,0%
satisfait	56	19,9%
peu satisfait	102	36,2%
pas du tout satisfait	67	23,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 3,05 Ecart-type = 0,74**

Source : Dépouillement de la question N41

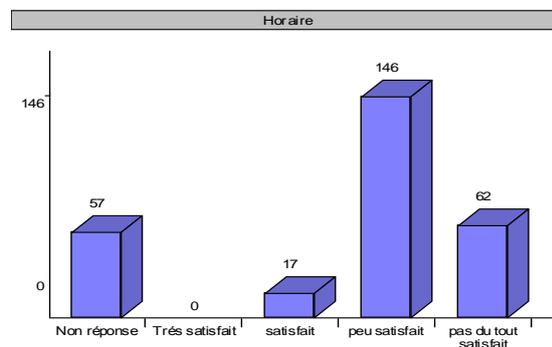


**Répartition des appréciations des enquêtés selon les horaires du service de restauration**

Horaire	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	57	20,2%
Trés satisfait	0	0,0%
satisfait	17	6,0%
peu satisfait	146	51,8%
pas du tout satisfait	62	22,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 3,20 Ecart-type = 0,56**

Source : Dépouillement de la question N42

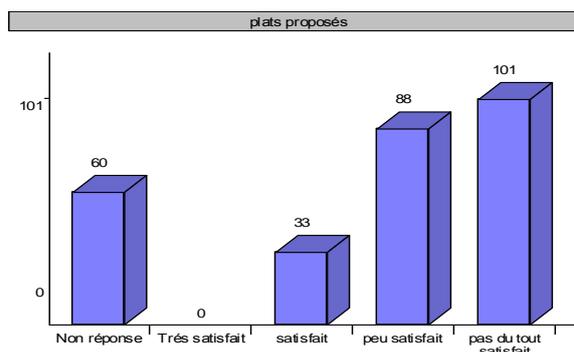


**Répartition des appréciations des enquêtés selon la variété des plats proposés**

plats proposés	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	60	21,3%
Très satisfait	0	0,0%
satisfait	33	11,7%
peu satisfait	88	31,2%
pas du tout satisfait	101	35,8%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 3,31 Ecart-type = 0,72**

Source : Dépouillement de la question N43

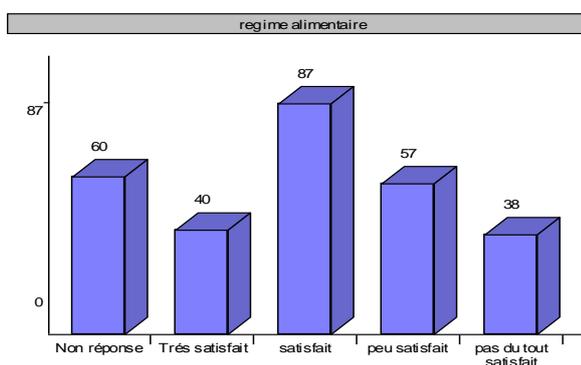


**Répartition des appréciations des enquêtés selon le respect de régime alimentaire**

regime alimentaire	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	60	21,3%
Très satisfait	40	14,2%
satisfait	87	30,9%
peu satisfait	57	20,2%
pas du tout satisfait	38	13,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

**Moyenne = 2,42 Ecart-type = 0,97**

Source : Dépouillement de la question N44



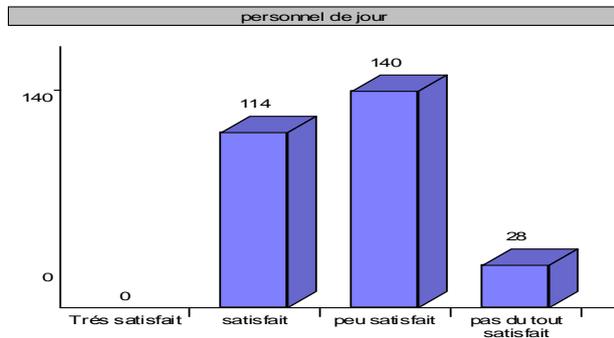
**Commentaire :** (39, 40, 41, 42, 43,44)

On remarque que la grande partie des patients sont insatisfait des repas offerts (qualité, la quantité, variété des menus) et des horaire de service dû au retard dans le service, main on remarque pour le respect de régime alimentaire presque la moitié (plus de 40%) sont satisfait, car ils respectant leurs régime alimentaire. On a aussi remarqué qu'une partir importante des malades ne prennent même pas ces repas.

**e- Evaluation du comportement du personnel**

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de jour**

personnel de jour	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	0	0,0%
satisfait	114	40,4%
peu satisfait	140	49,6%
pas du tout satisfait	28	9,9%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,70 Ecart-type = 0,64**

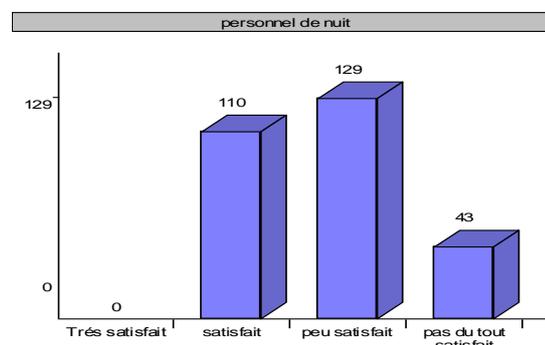
Source : Dépouillement de la question N45

**Commentaire**

On remarque que presque la moitié des patients expriment leurs avis d'insatisfaction à propos de comportement du personnel de jour car il y avait un manque de contacts entre les malades et l'ensemble de personnel. Cependant 40% sont satisfait.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de nuit**

personnel de nuit	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	0	0,0%
satisfait	110	39,0%
peu satisfait	129	45,7%
pas du tout satisfait	43	15,2%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,76 Ecart-type = 0,70**

Source : Dépouillement de la question N46

**Commentaire**

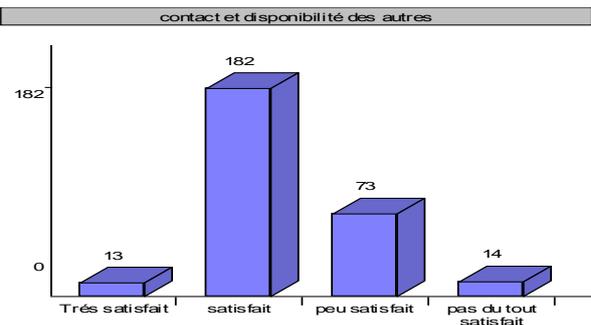
Concernant le personnel de nuit on peut signaler que plus que la moitié sont insatisfait (plus 60%) de la qualité de contact et disponibilité du personnel de nuit suite à l'absence d'effectifs pendant la nuit.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la Qualité du contact et disponibilité des autres personnels**

contact et disponibilité des autres	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	13	4,6%
satisfait	182	64,5%
peu satisfait	73	25,9%
pas du tout satisfait	14	5,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

Moyenne = 2,31 Ecart-type = 0,64

Source : Dépouillement de la question N47



**Commentaire**

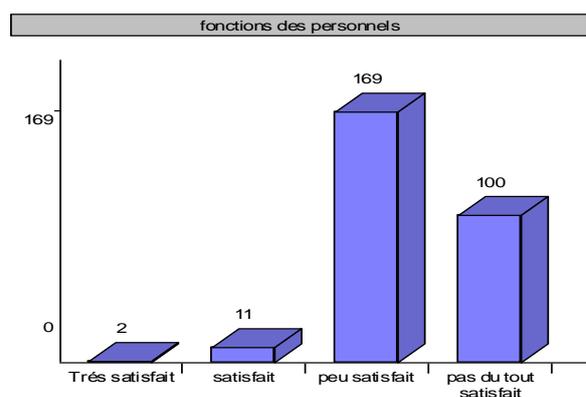
On remarque que la grande partie des patients sont satisfait 69.1% de contacte et disponibilité des autre personnel

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la Identification des fonctions du personnel au sein de l'établissement**

fonctions des personnels	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	2	0,7%
satisfait	11	3,9%
peu satisfait	169	59,9%
pas du tout satisfait	100	35,5%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>

Moyenne = 3,30 Ecart-type = 0,58

Source : Dépouillement de la question N48



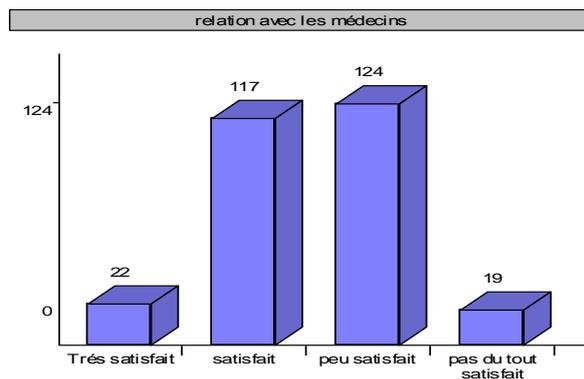
**Commentaire**

Par contre dans le graphe ci-dessus on remarque que la grande majorité des malades sont insatisfait (96.4%) de ne pas identifier les fonctions du personnel au sein de l'établissement. Car le patient aime bien sache qui le médecin et qui l'infirmier, mais ils n'arrivent pas à les identifier.

**f- Evaluation de la qualité de la prise en charge médicale**

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de la relation avec les médecins**

relation avec les médecins	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	22	7,8%
satisfait	117	41,5%
peu satisfait	124	44,0%
pas du tout satisfait	19	6,7%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,50 Ecart-type = 0,74**

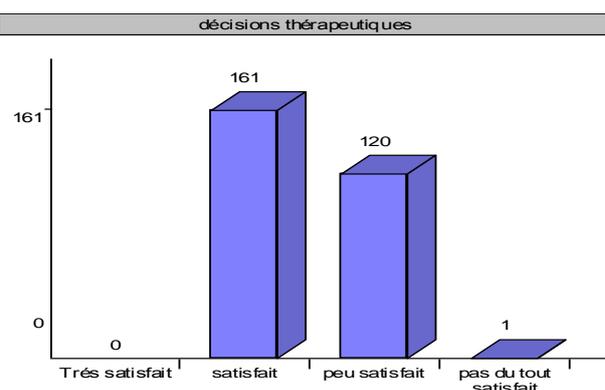
Source : Dépouillement de la question N49

**Commentaire**

On remarque que les pourcentages est presque homogène ; 49.3% sont satisfait et 50.7% sont insatisfait de leurs relation avec les médecins, tout dépend de médecin.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la Façon d'associer le patient aux décisions thérapeutiques**

décisions thérapeutiques	Nb. cit.	Fréq.
Très satisfait	0	0,0%
satisfait	161	57,1%
peu satisfait	120	42,6%
pas du tout satisfait	1	0,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,43 Ecart-type = 0,50**

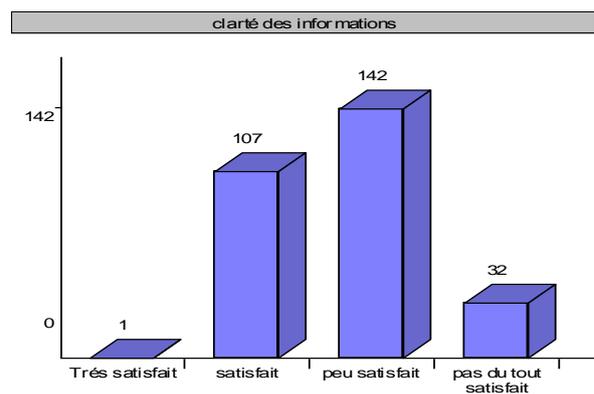
Source : Dépouillement de la question N50

**Commentaire**

A travers le graphe ci-dessus nous constatons que plus que la moitié exprimant leurs avis de satisfaction (57.1%) de la façon dont ils ont été associés aux décisions thérapeutiques, car ils ont eu l'occasion de participer à ces décisions-là.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la clarté des informations sur votre état de santé**

clarté des informations	Nb. cit.	Fréq.
Trés satisfait	1	0,4%
satisfait	107	37,9%
peu satisfait	142	50,4%
pas du tout satisfait	32	11,3%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



**Moyenne = 2,73 Ecart-type = 0,66**

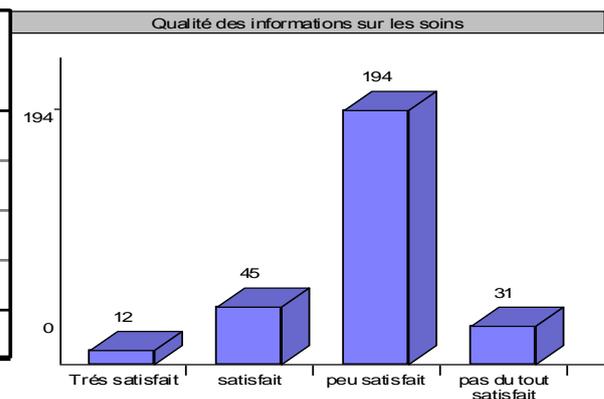
Source : Dépouillement de la question N51

**Commentaire**

On remarque que la majorité des patients sont insatisfait (61.7%) ce qui explique que les médecins ne sont pas claire lors d'annoncé des informations concernant leurs état de santé.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des informations sur les soins, actes médicaux ou examens proposés**

Qualité des informations sur les soins	Nb. cit.	Fréq.
Trés satisfait	12	4,3%
satisfait	45	16,0%
peu satisfait	194	68,8%
pas du tout satisfait	31	11,0%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>282</b>	<b>100%</b>



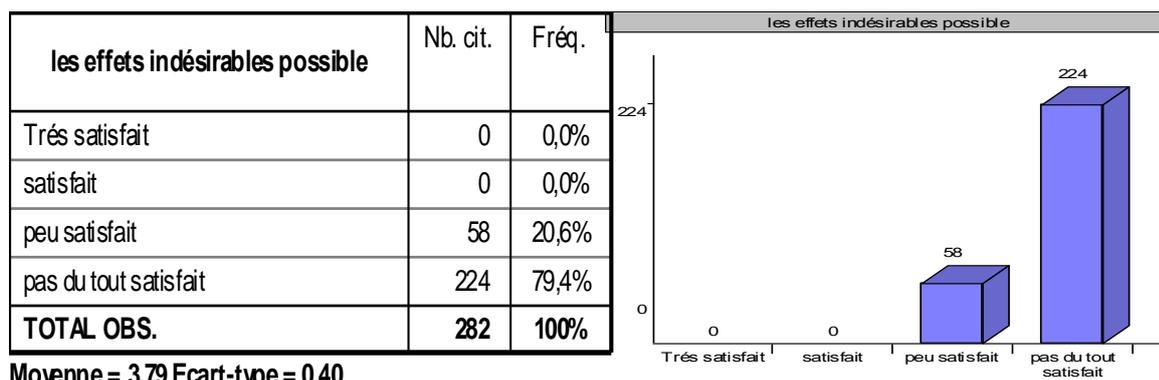
**Moyenne = 2,87 Ecart-type = 0,65**

Source : Dépouillement de la question N52

**Commentaire**

A travers les résultats obtenus nous constatons que la grande majorité des malades (79.8%) sont insatisfait de la qualité des informations sur les soins, car les patients ne reçoivent pas des informations fiables à propos de leurs soins et traitement....etc.

**Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des informations sur les effets indésirables possible des examens ou traitements**



Source : Dépouillement de la question N53

**Commentaire**

On remarque que 100% des patients questionné sont insatisfait de la qualité des informations sur les effets indésirables des traitements, parce que les médecins ne déclaré pas quelle seront les effets indésirable de traitement avant de commencé à le prendre.

**Synthèse de l'axe n°5**

A travers les résultats obtenus on remarque que, la majorité des patients sont insatisfait de la qualité de l'hôtellerie car y a pas de confort et ni de calme durant le séjour ; Dont on a presque 100% des patients sont insatisfait cause de l'absence des prestations complémentaires telle que la télévision, internet et téléphone ;

On ce qui concerne la propreté et l'hygiène on trouve que la majorité sont insatisfait cause de manque du personnels charger de ce service ; Ensuite pour la restauration, ils y avaient des patients qui ne prend pas les repas de l'hôpital, et pour le reste on remarque l'insatisfaction

des services offert ; Mais on remarque une certaine satisfaction à propos du comportement du personnel de service ;

En dernier on trouve que les patients sont plus au moins satisfaits de la qualité de la prise en charge médicale.

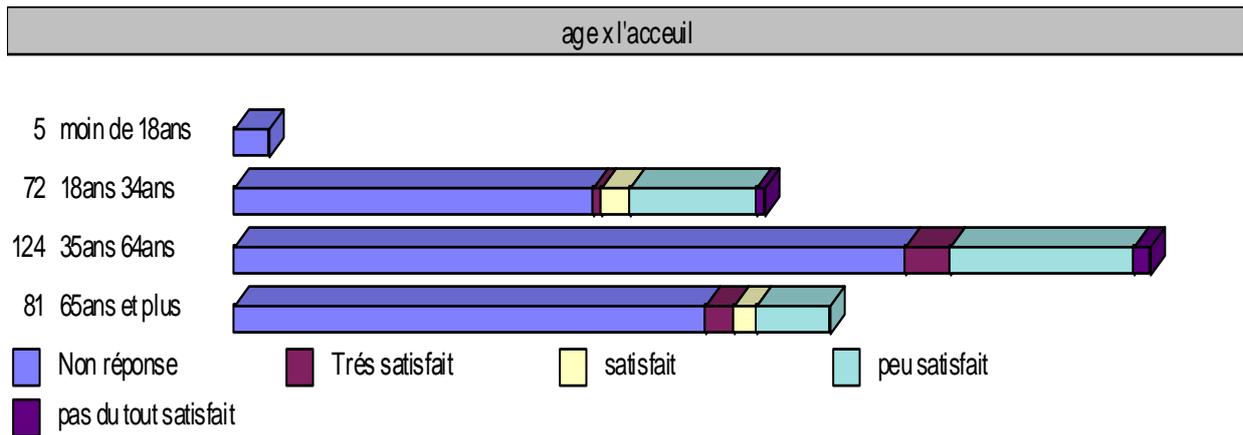
### Synthèse globale des résultats de l'enquête

- ❖ Nous constatant d'après l'enquête que la majorité des patients sont insatisfait de la qualité des soins.
- ❖ Nos patients estiment que la qualité de l'information est médiocre suite au manque d'informations et la compréhension des réponses qui limite leur participation.
- ❖ Les patients hospitalisés au sein de CHU Khalil Amran sont en majorité insatisfaits de service d'hôtellerie de l'hôpital.
- ❖ Et enfin les patients sont insatisfait de la disponibilité des matérielles médicales et des moyennes de transport suit au manque de ces dernier au sien de l'établissement.

### Analyse et interprétations des résultats par le tri croisé

#### Le croisement de la question n°1 et n°13

<b>l'acceuil</b>	<b>Non réponse</b>	<b>Trés satisfait</b>	<b>satisfait</b>	<b>peu satisfait</b>	<b>pas du tout satisfait</b>	<b>TOTAL</b>
<b>age</b>						
moins de 18ans	5	0	0	0	0	<b>5</b>
18ans 34ans	49	1	4	17	1	<b>72</b>
35ans 64ans	91	6	0	25	2	<b>124</b>
65ans et plus	64	4	3	10	0	<b>81</b>
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>52</b>	<b>3</b>	<b>282</b>



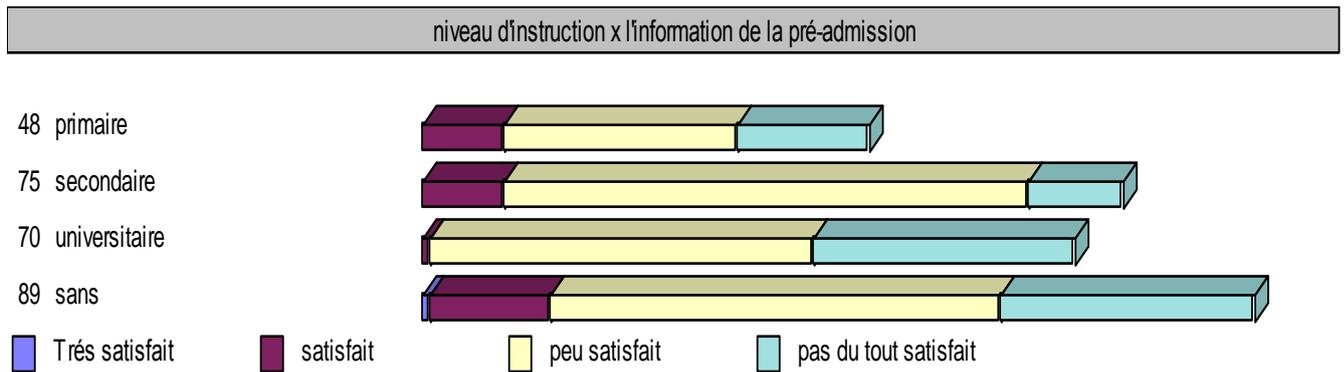
Source : Dépouillement de la question n°1 et n°13

### Commentaire

D'après l'observation de tableau et le graphe ci-dessus on remarque qu'une partie importante des patients n'ont pas de réponse car ils n'utilisèrent pas le téléphone afin d'accéder aux informations souhaité ils se présentant personnellement, mais on a aussi un nombre important de patients qui sont insatisfait de l'accueil de standard téléphonique, si la catégorie plus au moins âgée qui domine [35ans\_64ans].

### Le croisement de la question n°3 et n°25

l'information de la pré-admission	Trés satisfait	satisfait	peu satisfait	pas du tout satisfait	TOTAL
<b>niveau d'instruction</b>					
primaire	0	9	25	14	<b>48</b>
secondaire	0	9	56	10	<b>75</b>
universitaire	0	1	41	28	<b>70</b>
sans	1	13	48	27	<b>89</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>170</b>	<b>79</b>	<b>282</b>



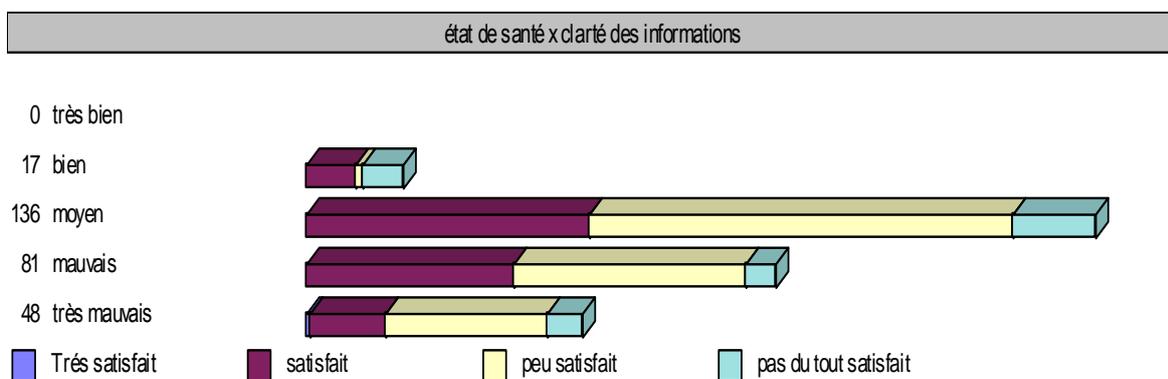
Source : Dépouillement de la question n°3 et n°25

### Commentaire

A travers les résultats obtenus on observe que la plus part ils n'ont pas un niveau d'instruction, et on a un nombre presque homogène entre les patients qui ont un niveau secondaire et universitaire, enfin le reste de la population interrogée ont un niveau primaire.

### Le croisement de la question n°5 et n°51

clarté des informations	Très satisfait	satisfait	peu satisfait	pas du tout satisfait	TOTAL
<b>état de santé</b>					
très bien	0	0	0	0	<b>0</b>
bien	0	9	1	7	<b>17</b>
moyen	0	49	73	14	<b>136</b>
mauvais	0	36	40	5	<b>81</b>
très mauvais	1	13	28	6	<b>48</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>107</b>	<b>142</b>	<b>32</b>	<b>282</b>



Source : Dépouillement de la question n°5 et n°51

### **Commentaire**

D'après le tableau et le graphe ci-dessus on trouve que la majorité sont en moyenne état de santé et la plus part sont insatisfait des informations reçue à propos de leur état de santé, expriment qu'ils ne reçoivent pas des informations claire et par foins ils n'arrivent même pas à comprendre ce que les médecins disent.

A travers les résultats cités ci-dessus, on propose les recommandations et les suggestions suivantes

### **Conclusion**

Ce dernier chapitre nous a permis de bien identifier les insuffisances des hôpitaux public, travers le cas de CHU Khalil Amran de Bejaïa, en adoptant les avis des patients hospitalisé au sien de cette établissement.

La qualité des soins, la qualité médiocre de l'accueil, le manque d'information sur les prestations et les services offerts par l'hôpital, suivi par la disponibilité des moyennes humaines et matériels, sont les principales insuffisances relevées.

---

# **CONCLUSION GENERALE**

---

## **Conclusion générale**

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur crédible pour mettre en évidence ainsi que pour corriger certains dysfonctionnements dans des établissements de soins.

L'objectif de notre étude était d'apprécier le degré de satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins hospitaliers dans les établissements publique et d'identifier les principaux facteurs qui interviennent dans cette satisfaction.

La satisfaction est un objectif régulièrement rappelé, depuis peu d'années dans tous les domaines de service public, notamment le secteur de santé. La mesure et l'évaluation de la satisfaction des patients s'appuient davantage sur des éléments subjectifs, sur des perceptions que sur des critères normatifs. La satisfaction des patients est un concept qui peut être défini comme l'étendue de l'écart entre les attentes des patients et leurs perceptions.

La satisfaction représente un indicateur qui permet de corriger les dysfonctionnements de ce secteur, ce n'est pas le fournisseur de la prestation qui peut définir le résultat d'un service offert à un usager, c'est la satisfaction de l'usager qui fait partie des composantes de ce résultat.

Les résultats indiquent que les aspects des soins avec lesquels les patients sont insatisfaits concernent les services d'accueils tels que le standard téléphonique, l'unité d'hospitalisation et les urgences, aussi l'information médicale reçue, la qualité des repas et même les horaires de distribution des repas. Le calme et la perturbation de repos du patient, la disponibilité du personnel de nuit (un infirmier pour 10 malades). La rapidité de réponse aux appels des patients.

Cette insatisfaction des patients par rapport à ces différents domaines est également une préoccupation majeure des patients et leurs familles que des responsables de la santé, des personnels médicaux et paramédicaux.

Notre étude nous a permis de confirmer que les facteurs de l'environnement interne et même les facteurs du contact humain, ont une influence significative et plus importante sur la qualité des soins auprès du patient, sans pour autant écarter les facteurs liés à l'application des connaissances et des techniques par les praticiens, et leurs influences sur la qualité des soins.

#### Points essentielles

Les outils de marketing sont à prendre en considération dans les stratégies d'établissement, dans un contexte de concurrence croissante entre établissements hospitaliers.

- ❖ L'application du marketing : composante incontournable du management.
- ❖ Les problématiques de la santé deviennent au cœur des préoccupations des Algériens (multiplication des émissions télévisuelles, radiophoniques, magazines et sites web dédiés à la démocratisation médicale).
- ❖ Consumérisme sanitaire et médical : attente de plus en plus forte d'informations sur les établissements de santé.
- ❖ On parle d'utilisateur-client, connaissance des attentes des patients
- ❖ Mise en place d'une politique volontariste de communication externe et de marketing qui permettrait une meilleure attractivité de l'établissement.
- ❖ Exigence accrue de transparence et besoin de compréhension de l'utilisateur.
- ❖ Les établissements publics doivent faire face à la concurrence accrue dans le secteur de la santé.
- ❖ Elle doit améliorer la qualité de ces services pour attendre la satisfaction des patients.
- ❖ L'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients.

# Références bibliographiques

---

## LISTES DES OUVRAGES

---

- **AFNORGINNELLONIET .J, VERNETTE E**, « Etudes de marché » ; Les éditions Vuibert, Paris, 1995,
- **BROUSSE J**, « le marketing des services » édition d'organisation, Paris 2000.
- **CANARD F** « Le management de la qualité » édition LEXTENSO, Paris, 2009
- **CAUMONT.D** « Les études de marché », Edition Dunod, Paris, 1998,
- **ERNOUL R**, « Le grand livre de la qualité », édition AFNOR, 2010
- **GINNELLONIET .J, VERNETTE. E**, « Etudes de marché »; Les éditions Vuibert, Paris, 1995
- **HANOUNE E, PHILIPPE V**, « Du produit vers le service, stratégie d'évaluation de l'entreprise industrielle vers les activités de service » 1<sup>er</sup> édition groupe de Boeck S.A, Paris 2011,
- **HERVE L, CLAUDE V** «Qualité en santé, 150 questions pour agir, 2em tirage » édition AFNOR
- **HERVE L, CLAUDE V**, « Construire le système qualité d'un établissement de santé » édition
- **HERVE L, CLAUDE V**, « Construire le système qualité d'un établissement de santé » édition AFNOR, 2001.
- **JAMBART J** « L'assurance qualité » édition ECONOMICA, Paris, 2001,
- **KLAUDE V, HERVE L**, « Les indicateurs qualité en santé » édition AFNOR ;
- **KOTLER P, KELLER K, B DUBOIS, D MANCEAU**, « Marketing management », Pearson édition, France ,12<sup>e</sup> édition, 2006

- **KOTLER, DUBOIS** « marketing management » 11em édition Pearson éducation, 2003.
- **M ZOLLINGER , E LAMARQUE** , « marketing et stratégie de la banque » , édition Dunod, Paris,5e édition , 2008.
- **MONIN J** « la satisfaction qualité dans les services, outil de performance et d'orientation clients », édition AFNOR, Paris, 2001, P.108.
- **NORMANN R**, « le management des services », Interdictions, Paris, 1994.
- **RAY D**, « mesure et développer la satisfaction clients », 3éme édition, édition d'ORGANISATION, Paris, 2002.
- **GABA C, EROY L, -M BONNERY A, LARANDE D, MICHET P**, « Prévention des risques dans l'unité de soins », édition Masson, Paris,2003

#### **LISTES DES ARTICLES ET REVUS** \_\_\_\_\_

- **AUBLANT J**, « La métrologie, outil du management de la qualité totale dans les industries des nanotechnologies », Annales des Mines- Réalités industrielles, CAIRN, Février 2010
- **CHAB-RUZZB**; « Price waterhouse coopers health research institute ; keeping score ; Conférence des hôpitaux académiques de Belgique »; read van universitaire ; Soins de qualité et accréditation; 2007 Belgique ; PDF
- **GABA-LEROY C; BONNEKY A-M; MARANDE D; MICHET P**; ; « Prévention des risques dans l'unité de soins » ; Mosson édition ; Paris ; PDF2003
- **GREBIER R**, « La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients », Université Montréal,
- **HAS (haute autorité de santé)** ;; « définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé –pour un débat public » ; France ; PDF, décembre 2007
- **Laboratoire de la qualité des soins** ; « méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins » ; ANDRES ; Université de Constantine ; Algérie ; PDF

- **MATILLON Y** ; « qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire » ; ANAES, service évaluation en secteur libéral ; Paris, 2000
- **ZAYNEP OR ; LAURE COM-RUELLE**, « la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer » ; IRDES édition ; DT N° 18 ; Paris ;PDF décembre 2008

## MEMOIRE ET THESE

---

- **ASMAE SABRI**, « Servuction et marketing des services », Mémoire, Université Abdelmalek Essaâdi, National school of management, Tanger.2003.
- **KESSAS Z**, « L'application du marketing des services dans les établissements hospitaliers : comment atteindre la satisfaction des patients », Mémoire, Université Tlemcen, 2011.
- **OUYAHIA S**, « Système de management de la qualité de satisfaction de la clientèle », Thèse de fin d'étude en science commerciale, université de Bejaia, 2015.

## SITE INTERNET

---

- [http:// www.cyber. utp-nancy.fr/demos/MSL](http://www.cyber.utp-nancy.fr/demos/MSL)
- [https://fr.wikipedia.org/wiki/Catégorie:Métier\\_des\\_services](https://fr.wikipedia.org/wiki/Catégorie:Métier_des_services)
- [www.who.int/healthsystems/about/fr](http://www.who.int/healthsystems/about/fr)
- <http://ressources.auneg.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/co/Definition%20du%20systeme%20de%20sante.html>
- [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch1\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_fr.pdf)
- <http://ressources.auneg.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/co/Les%20principaux%20acteurs%20de%20tout%20systeme%20de%20soins.html>

- <https://www.webmarketing-com.com/.../46390-marketing-sante-promouvoir-secteur-u>
- <https://www.webmarketing-com.com/.../46390-marketing-sante-promouvoir-secteur-u>
- <http://www.scinf.umontreal.ca/cours/sol6230/DI> aporama/indicateurs, de qualité PDF,

## **TEXTES JURIDIQUES**

---

Décret n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire

Décret exécutif n° 09-319 du 6 octobre 2009 complétant la liste des centres hospitalo-universitaires.

Décret exécutif n° 97-466 du 2 décembre 1997, relatif à la constitution du secteur sanitaire.

## Table des schémas

---

<b>N° de schéma</b>	<b>Désignations</b>	<b>N° de page</b>
<b>01</b>	<b>Les composantes de service global</b>	<b>08</b>
<b>02</b>	<b>La fleur du service</b>	<b>10</b>
<b>03</b>	<b>Production du service : la servuction</b>	<b>14</b>
<b>04</b>	<b>Production du service de transport urbain</b>	<b>15</b>
<b>05</b>	<b>Les deux modes d'organisation pour délivrer le service</b>	<b>17</b>
<b>06</b>	<b>L'offre de service</b>	<b>18</b>
<b>07</b>	<b>Qualité et satisfaction</b>	<b>25</b>
<b>08</b>	<b>Le modèle de satisfaction</b>	<b>27</b>
<b>09</b>	<b>Les caractéristiques de la satisfaction</b>	<b>28</b>
<b>10</b>	<b>Satisfaction et fidélité</b>	<b>35</b>

## Table des figures

<b>N° de la figure</b>	<b>Désignations</b>	<b>N° de page</b>
<b>01</b>	<b>Combinaison santé/économie</b>	<b>37</b>
<b>02</b>	<b>Entrants, processus et extrants/résultats selon le modèle d'DENABEDIAN</b>	<b>56</b>
<b>03</b>	<b>L'amélioration continue de la qualité</b>	<b>65</b>
<b>04</b>	<b>La répartition des enquêtés selon les tranches d'âge</b>	<b>79</b>
<b>05</b>	<b>Répartition des enquêtés par leur sexe</b>	<b>79</b>
<b>06</b>	<b>Répartition des enquêtés par le niveau d'instruction</b>	<b>80</b>
<b>07</b>	<b>Répartition des enquêtés par leur fonction</b>	<b>80</b>
<b>08</b>	<b>Répartition des enquêtés selon leur état de santé général</b>	<b>81</b>
<b>09</b>	<b>Répartition des enquêtés selon leur problème de santé</b>	<b>82</b>
<b>10</b>	<b>Répartition des enquêtés selon la fréquence de leur maladie</b>	<b>83</b>
<b>11</b>	<b>Répartition des enquêtés selon leur habitude de consultation d'un médecin</b>	<b>83</b>
<b>12</b>	<b>Répartition des enquêtés selon leur historique d'hospitalisation</b>	<b>84</b>
<b>13</b>	<b>Répartition des enquêtés selon la durée de leur hospitalisation</b>	<b>84</b>

<b>14</b>	<b>Répartition des enquêtés selon les conséquences de leur état de santé sur leur productivité</b>	<b>85</b>
<b>15</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes</b>	<b>86</b>
<b>16</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil</b>	<b>86</b>
<b>17</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information</b>	<b>87</b>
<b>18</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes à l'hospitalisation</b>	<b>87</b>
<b>19</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil à l'hospitalisation</b>	<b>88</b>
<b>20</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information</b>	<b>88</b>
<b>21</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes</b>	<b>89</b>
<b>22</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil</b>	<b>89</b>
<b>23</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information</b>	<b>90</b>
<b>24</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes aux urgences</b>	<b>90</b>
<b>25</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil aux urgences</b>	<b>91</b>
<b>26</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des modalités des pré-admissions</b>	<b>92</b>

<b>27</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la confidentialité</b>	<b>92</b>
<b>28</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les conditions de séjour</b>	<b>93</b>
<b>29</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information à la pré-admission</b>	<b>93</b>
<b>30</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les modalités du transport</b>	<b>94</b>
<b>31</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon le respect de la confidentialité</b>	<b>94</b>
<b>32</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attente dans les transports</b>	<b>95</b>
<b>33</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon l'hygiène et sécurité dans le transport</b>	<b>96</b>
<b>34</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon le confort et équipement dans les chambres</b>	<b>96</b>
<b>35</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon le calme durant le séjour</b>	<b>97</b>
<b>36</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les moyens de distraction (Télévision)</b>	<b>97</b>
<b>37</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les moyens de distraction (Téléphone)</b>	<b>97</b>
<b>38</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les moyens de distraction (Internet)</b>	<b>98</b>

<b>39</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la propreté dans la chambre</b>	<b>98</b>
<b>40</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la propreté de l'habit du personnel</b>	<b>99</b>
<b>41</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la propreté dans l'ensemble de l'établissement</b>	<b>99</b>
<b>42</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des repas</b>	<b>100</b>
<b>43</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la quantité des repas</b>	<b>100</b>
<b>44</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité du service de restauration</b>	<b>100</b>
<b>45</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les horaires du service de restauration</b>	<b>101</b>
<b>46</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la variété des plats proposés</b>	<b>101</b>
<b>47</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon le respect de régime alimentaire</b>	<b>102</b>
<b>48</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de jour</b>	<b>102</b>
<b>49</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de nuit</b>	<b>103</b>
<b>50</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la Qualité du contact</b>	<b>103</b>

	<b>et disponibilité des autres personnels</b>	
<b>51</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la Identification des fonctions du personnel au sein de l'établissement</b>	<b>104</b>
<b>52</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de la relation avec les médecins</b>	<b>104</b>
<b>53</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la Façon d'associer le patient aux décisions thérapeutiques</b>	<b>105</b>
<b>54</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la clarté des informations sur votre état de santé</b>	<b>105</b>
<b>55</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des informations sur les soins, actes médicaux ou examens proposés</b>	<b>106</b>
<b>56</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des informations sur les effets indésirables possible des examens ou traitements</b>	<b>107</b>
<b>57</b>	<b>L'âge et l'accueil</b>	<b>108</b>
<b>58</b>	<b>Niveaux d'instruction et information sur les conditions de séjour</b>	<b>109</b>
<b>59</b>	<b>Etat de santé et clarté des informations sur votre état de santé</b>	<b>109</b>

## Table des tableaux

<b>N° de tableaux</b>	<b>Désignations</b>	<b>N° de page</b>
<b>01</b>	<b>Combinaison bien/service</b>	<b>08</b>
<b>02</b>	<b>Système documentaire dans l'environnement politique, législatif et managérial de l'établissement de santé</b>	<b>67</b>
<b>03</b>	<b>Ressource humain</b>	<b>74</b>
<b>04</b>	<b>La répartition des enquêtés selon les tranches d'âge</b>	<b>79</b>
<b>05</b>	<b>Répartition des enquêtés par leur sexe</b>	<b>79</b>
<b>06</b>	<b>Répartition des enquêtés par le niveau d'instruction</b>	<b>80</b>
<b>07</b>	<b>Répartition des enquêtés par leur fonction</b>	<b>80</b>
<b>08</b>	<b>Répartition des enquêtés selon leur état de santé général</b>	<b>81</b>
<b>09</b>	<b>Répartition des enquêtés selon leur problème de santé</b>	<b>82</b>
<b>10</b>	<b>Répartition des enquêtés selon la fréquence de leur maladie</b>	<b>83</b>
<b>11</b>	<b>Répartition des enquêtés selon leur habitude de consultation d'un médecin</b>	<b>83</b>
<b>12</b>	<b>Répartition des enquêtés selon leur historique d'hospitalisation</b>	<b>84</b>
<b>13</b>	<b>Répartition des enquêtés selon la durée de leur hospitalisation</b>	<b>84</b>
<b>14</b>	<b>Répartition des enquêtés selon les conséquences de leur état de santé</b>	<b>85</b>

	<b>sur leur productivité</b>	
<b>15</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes</b>	<b>86</b>
<b>16</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil</b>	<b>86</b>
<b>17</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information</b>	<b>87</b>
<b>18</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes à l'hospitalisation</b>	<b>87</b>
<b>19</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil à l'hospitalisation</b>	<b>88</b>
<b>20</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information</b>	<b>88</b>
<b>21</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes</b>	<b>89</b>
<b>22</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil</b>	<b>89</b>
<b>23</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information</b>	<b>90</b>
<b>24</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attentes aux urgences</b>	<b>90</b>
<b>25</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'accueil aux urgences</b>	<b>91</b>
<b>26</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des</b>	<b>92</b>

	<b>modalités des pré-admissions</b>	
<b>27</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la confidentialité</b>	<b>92</b>
<b>28</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les conditions de séjour</b>	<b>93</b>
<b>29</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de l'information à la pré-admission</b>	<b>93</b>
<b>30</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les modalités du transport</b>	<b>94</b>
<b>31</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon le respect de la confidentialité</b>	<b>94</b>
<b>32</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les délais d'attente dans les transports</b>	<b>95</b>
<b>33</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon l'hygiène et sécurité dans le transport</b>	<b>96</b>
<b>34</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon le confort et équipement dans les chambres</b>	<b>96</b>
<b>35</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon le calme durant le séjour</b>	<b>97</b>
<b>36</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les moyens de distraction (Télévision)</b>	<b>97</b>
<b>37</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les moyens de distraction (Téléphone)</b>	<b>97</b>

<b>38</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les moyens de distraction (Internet)</b>	<b>98</b>
<b>39</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la propreté dans la chambre</b>	<b>98</b>
<b>40</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la propreté de l'habit du personnel</b>	<b>99</b>
<b>41</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la propreté dans l'ensemble de l'établissement</b>	<b>99</b>
<b>42</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des repas</b>	<b>100</b>
<b>43</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la quantité des repas</b>	<b>100</b>
<b>44</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité du service de restauration</b>	<b>100</b>
<b>45</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon les horaires du service de restauration</b>	<b>101</b>
<b>46</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la variété des plats proposés</b>	<b>101</b>
<b>47</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon le respect de régime alimentaire</b>	<b>102</b>
<b>48</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de jour</b>	<b>102</b>

<b>49</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité du contact et disponibilité du personnel soignant de nuit</b>	<b>103</b>
<b>50</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la Qualité du contact et disponibilité des autres personnels</b>	<b>103</b>
<b>51</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la Identification des fonctions du personnel au sein de l'établissement</b>	<b>104</b>
<b>52</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité de la relation avec les médecins</b>	<b>104</b>
<b>53</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la Façon d'associer le patient aux décisions thérapeutiques</b>	<b>105</b>
<b>54</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la clarté des informations sur votre état de santé</b>	<b>105</b>
<b>55</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des informations sur les soins, actes médicaux ou examens proposés</b>	<b>106</b>
<b>56</b>	<b>Répartition des appréciations des enquêtés selon la qualité des informations sur les effets indésirables possible des examens ou traitements</b>	<b>107</b>
<b>57</b>	<b>L'âge et l'accueil</b>	<b>108</b>
<b>58</b>	<b>Niveaux d'instruction et information sur les conditions de séjour</b>	<b>109</b>
<b>59</b>	<b>Etat de santé et clarté des informations sur votre état de santé</b>	<b>109</b>

# Table des matières

---

Dédicace

Remerciement

Liste des abréviations

INTRODUCTION GENERALE..... 01

## CHAPITRE I : NOTIONS SUR LES SERVICES, LA QUALITE ET LA SATISFACTION DES SOINS

INTRODUCTION 01 ..... 06

### SECTION N°1 : NOTIONS DE BASE DE SERVICE ET SERVUCTION

1-Historique de service..... 06

1-1- définition de service..... 07

1-2- la relation entre un service et un produit ..... 07

1-3- les composantes importantes de service global ..... 08

1-3-1- une compétence spécialisée ..... 08

1-3-2- la création de contacts et de relations sociale ..... 09

1-3-3- le transfert de savoir-faire ..... 09

1-3-4- le management et l'organisation en tant que prestation ..... 10

1-4- la fleur de service ..... 10

1.4.1. Service facilitant ..... 10

1.4.2. Service de soutien ..... 11

1-5-Les grandes catégories d'un service..... 12

2- Historique de servuction..... 12

2-1- Comparaison entre servuction et production ..... 13

2-2- Définition de la servuction ..... 13

2-3- Le système de servuction..... 13

2-4-Les modes d'organisation pour délivrer le service ..... 14

2-4-1- le front office ..... 15

2-4-2- le back office ..... 16

2-5- définitions de processus de service ..... 18

2-5-1- les types de processus de service ..... 18

2-5-2-1- l'offre de service ..... 18

2-5-2-2-Le redesign des processus de service ..... 19

2-5-2-3- le blueprint..... 20

## **SECTION N°2- NOTIONS SUR LA QUALITE**

<b>2-1-définition</b> .....	21
<b>2-2-les formes de la qualité</b> .....	22
<b>2-3- la qualité totale</b> .....	23
<b>2-4- les objectifs à la qualité</b> .....	23
<b>2-4-1-pour l'entreprise</b> .....	23
<b>2-4-2- pour les clients</b> .....	24

## **SECTION3 : GENERALITE SUR LA SATISFACTION**

<b>1-Définition</b> .....	24
<b>1-2 Le modèle de satisfaction</b> .....	26
<b>1-3 Les trois degré de satisfaction selon coté(1996)</b> .....	27
<b>1-4. Les trois caractéristiques majeures de la satisfaction</b> .....	28
<b>1-5. la cible de la satisfaction et ses objectifs</b> .....	29
<b>1-6. les attentes des usagers</b> .....	30
<b>1-7- Le lien entre la satisfaction et le profit de l'entreprise</b> .....	31
<b>1-8- Surveillance et mesure de la satisfaction</b> .....	31
<b>1-8-1 : les réclamations</b> .....	32
<b>1-8-2- Le taux de défection des clients</b> .....	33
<b>1-8-3- Méthodes de mesure de la satisfaction</b> .....	33
<b>1-8-3-1- Enquête de satisfaction</b> .....	33
<b>1-9- La satisfaction des patients : un vecteur vers fidélisation</b> .....	34
<b>1-9-1- Les avantages pour les clients</b> .....	34
<b>1-9-2 les avantages pour l'organisation</b> .....	35

<b>CONCLUSION 1</b> .....	37
---------------------------	----

## **CHAPITRE II LA SANTE ET QUALITE DES SOINS**

<b>INTRODUCTION2</b> .....	38
----------------------------	----

### **SECTION1 : NOTIONS SUR LA SANTE ET SYSTEME DE SANTE**

<b>1. Définition de la santé</b> .....	38
<b>1.1. La santé publique</b> .....	39

1.2. Définition d'un système .....	39
1.3. les objectifs d'un système.....	40
1.4. L'organisation d'un système .....	40
<b>2. Système de santé .....</b>	<b>40</b>
2.1. Définition.....	40
2.2. Les objectifs de système de santé .....	42
2.3. Les acteurs de système de santé .....	43
2.4. Le lien entre la santé et l'économie.....	44
 <b>SECTION2 : LES SERVICES SANITAIRE, LA COMBINAISON</b>	
<b>MARKETING/SERVICE</b>	
2.1. Le service sanitaire.....	47
2.1.1. Définitions .....	47
2.1.2. Quelques caractéristiques de service sanitaires.....	47
2.2. L'extension du marketing.....	48
2.2.1. marketings des services publics .....	48
2.2.2. Marketing de la santé.....	49
2.2.3. Evolution du marché de la santé vis-à-vis du marketing.....	49
2-2-3-1 Avant : réticence vis-à-vis du marketing.....	49
2.2.3.2 aujourd'hui : reconnaissance de l'importance du marketing .....	50
2-3 l'importance de nouveau concept du marketing dans le secteur de la santé.....	51
 <b>SECTION3 : QUALITE DES SOINS</b>	
3-1-définition du concept de qualité des soins .....	52
3.2. Les dimensions de la qualité des soins .....	52
3.3. L'évaluation de la qualité des soins .....	55
3.3.1. Les structures et les ressources .....	56
3.3.2. Les processus .....	57
3-3-2-1. définition .....	57
3-3-2-2 Typologies de processus dans le domaine de santé.....	57
3-3-2-3 les différentes activités faites par producteur de soins .....	57

3-3-3 les résultats .....	58
<b>3-4-Techniques D'évaluations .....</b>	<b>58</b>
3-4-1-Les Audits.....	58
<b>3.5. Indicateur Qualité De Soins, Un Outil Quantitatif De Mesure .....</b>	<b>59</b>
3.5.1. Définitions .....	59
3.5.2. Les indicateurs de qualité de soins et les indicateurs d'activités .....	60
3.5.3. Typologies des indicateurs.....	60
3.5.4. Caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soins.....	60
<b>3.6. Les enjeux de la qualité en santé.....</b>	<b>61</b>
3.6.1. Les enjeux fonctionnels ou opérationnels.....	61
3.6.2. Les enjeux humains et sociaux .....	62
3.6.3. Les enjeux économiques .....	62
<b>3.7. l'amélioration de la qualité en santé : une exigence qui porte ses fruits depuis quelques années .....</b>	<b>62</b>
3.7.1 Améliorer la qualité des soins .....	63
<b>3.8. Organisation du système qualité .....</b>	<b>66</b>
3.8.1. Autorité, missions et responsabilités.....	66
3.8.2. Représentant de la direction.....	67
3.8.3. Architecture de la documentation du système qualité .....	67
<b>3.9. Planification de la qualité .....</b>	<b>68</b>
<b>CONCLUSION 02.....</b>	<b>70</b>
<b>CHAPITRE III Évaluation de la qualité des services de soins offerte par les établissements hospitaliers publics CHU KHALIL Amran de Bejaïa</b>	
<b>INTRODUCTION3.....</b>	<b>71</b>
<b>SECTION 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT CHU KHALIL AMRAN</b>	
<b>1.1. Présentation de l'organisme d'accueil.....</b>	<b>71</b>
1.1.1. Création.....	71
1.1.2. Historique du CHU de Bejaïa .....	72
1.1.3. Missions du CHU.....	73

1.1.4. Objectifs du CHU .....	74
1.1.5. Ressource humains .....	74
1.2. Présentation de pavions des urgences chirurgicale .....	66
1.3. Les services offerts par l'hôpital .....	67
<b>SECTION 02 : METHODOLOGIE DE L'E ENQUETE</b>	
2.1. L'objectif de l'enquête .....	76
2.2. Source de l'information et la durée de l'enquête .....	76
2.3. Echantillon .....	77
2.4. Le questionnaire .....	78
2.5. L'analyse des résultats .....	78
<b>SECTION 3 : ANALYSE ET INTERPRETATIONS DES RESULTATS</b>	
3.1. Analyse et interprétations des résultats .....	78
3.1.1. Le tri à plat .....	78
3.1.2. Le tri croisé .....	78
CONCLUSION3.....	110
CONCLUSION GENERALE .....	111
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
<b>Annexe</b>	
Table des schémas	
Table des figures	
Table des tableaux	

## Résumé

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur intéressant pour mettre en évidence et corriger certains dysfonctionnements des établissements publics de soins.

La présente recherche a pour but d'apprécier le degré de satisfaction de la population desservie par CHU Khalil Amran, et identifier les principaux facteurs qui influencent cette satisfaction. Pour cela, nous avons procédé, dans la partie empirique, par questionnaire sur 282 patients interrogés.

Cette étude montre qu'une large majorité des patients présente leur avis d'insatisfaction vis-à-vis des délais d'attentes, de la qualité de l'accueil, des services d'hôtellerie, aussi de l'information fournie et de la qualité soins et de l'hôtellerie.

**Mots clés :** Marketing sanitaire, Service sanitaire, Qualité des soins, Satisfaction des patients.

## Abstract

Patient satisfaction is an important dimension of quality of care and an interesting indicator for highlighting and correcting certain malfunctions in health care facilities.

The present research aims to assess the degree of satisfaction of the population served by CHU Khalil Amran, and identify the main factors that influence this satisfaction, we made an empirical study of 282 patients interviewed, this study shows that a wide The majority of patients present their opinion of dissatisfaction with the waiting times, the quality of care and reception, as well as the information provided and the hotel services.

## ملخص

يعد رضا المرضى بعداً هاماً لجودة الرعاية ومؤشراً مثيراً للاهتمام لإبراز وتصحيح بعض الأعطال في مرافق الرعاية الصحية

يهدف البحث الحالي إلى تقييم درجة رضا المرضى الذين يخدمهم المركز الاستشفائي الجامعي خليل عمران ، وتحديد العوامل الرئيسية التي تؤثر على هذا الارتياح ، وقد قمنا بإجراء دراسة تجريبية على 282 مريضاً تمت مقابلتهم ، وتبين هذه الدراسة أن غالبية كبيرة من المرضى قدموا رأيهم بعدم الرضا عن أوقات الانتظار ، ونوعية الرعاية والضيافة ، وكذلك المعلومات المقدمة والخدمات الفندقية