

UNIVERSITE A-MIRA DE BEJAÏA.
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES

Mémoire

En vue de l'obtention du diplôme

de Magistère en Sciences Economiques

Option : Economie de la Santé et Développement Durable

Thème

La contribution de la communication hospitalière dans
l'amélioration de la qualité des prestations des services
hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Présenté par :

M^{elle} FERROUDJ Kahina

Sous la direction du :

Dr. ALI-ZIANE Mouhand Ouamar

Jury de soutenance :

Président : Pr. KAID Tlilane Nouara, Université de Béjaïa.

Examineur : Dr. HADDAD Zahir, Université de Béjaïa.

Invité : Dr. CHABI Tayeb, Université de Béjaïa.

Rapporteur : Dr. ALI-ZIANE Mouhand Ouamar, Maître de Conférences A, Université de
Bouira.

Dédicace

Je tiens à dédier ce présent travail :

- *A mes très chers parents qui n'ont cessé de m'encourager, me soutenir et me réconforter. Que dieu les récompense et leur accorde sa grâce.*
- *A mon frère Boualem*
- *A mes petites sœurs Khadidja et Lynda.*
- *A mon fiancé Mahfoud et toute sa famille*
- *A mon petit cousin Alexine*
- *Et à tout mes amis*

FERROUDJ Kahina

Remerciement

Mes remerciements s'adressent :

Tout d'abord au bon dieu pour le courage et la bonne santé qu'il nous a donné pour faire ce travail.

J'aimerais témoigner ma gratitude principalement :

A mon directeur de mémoire Dr. ALI-ZIANE Mouhand Ouamar, pour ses encouragements et orientations.

A notre responsable de post-graduation : Pr. KAID TLILANE Nouara

Je remercie Mr BOUAZA de l'établissement d'Akbou pour son aide.

Je remercie également le personnel des centres de documentation du

Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Mr ARIBI et Mr ABDI et le personnel de l'école nationale de santé publique pour leur aide.

Je tiens aussi à remercier tous les membres du jury : Pr. KAÏD TLILANE Nouara Dr. HADDAD Zahir et Dr. CHABI Tayeb pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Que ceux que je n'ai pas cités, trouvent ici, l'expression de mes profondes reconnaissances.

FERROUDJ Kahina

SOMMAIRE

Dédicaces	I
Remerciements	II
Sommaire	III
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA COMMUNICATION	
Introduction	6
SECTION 1 : EVOLUTION ET DEFINITION DU CONCEPT COMMUNICATION	7
SECTION 2 : LE CHAMP DE LA COMMUNICATION D'ENTREPRISE	20
SECTION 3 : LA COMMUNICATION HOSPITALIERE	32
SECTION 4 : PERSPECTIVE SUR LA MISE EN PLACE DE LA COMMUNICATION HOSPITALIERE EN ALGERIE	45
Conclusion.....	52
CHAPITRE II : NOTIONS DE QUALITE DE PRESTATION DE SERVICE HOSPITALIER	
Introduction	53
SECTION 1 : NOTIONS DE SERVICE	54
SECTION 2 : NOTIONS DE QUALITE DE SERVICE.....	67
SECTION 3 : QUALITE DE SERVICE HOSPITALIER.....	77
Conclusion.....	92
CHAPITRE III : LA PLACE DE LA COMMUNICATION HOSPITALIERE DANS L'EPH D'AKBOU : ENQUETE AUPRES DES PATIENTS	
Introduction	93
SECTION 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER D'AKBOU.....	94
SECTION 2 : CONCEPTION ET REALISATION DE L'ENQUETE.....	99
SECTION 3 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE.....	102
Conclusion.....	143
CONCLUSION GENERALE	145
Annexes	149
Liste des tableaux	166
Liste des schémas	169
Liste des figures	170
Bibliographie.....	171

Introduction générale

INTRODUCTION GENERALE

La communication est un lien organique qui permet d'échanger les informations entre les individus d'où son enjeu majeur dans le management stratégique d'un établissement. Mais le problème de communication au sein des organisations est posé à l'échelle mondiale, il est à l'origine de plusieurs dysfonctionnements qui peuvent freiner leurs performances.

En effet, depuis une décennie au moins, nous assistons à une demande accrue en formation à la communication et aux relations humaines dans l'ensemble des secteurs d'activité du pays¹. Une prise de conscience semble s'être opérée en même temps qu'une ouverture d'esprit aux conceptions et aux pratiques managériales modernes dont le management participatif².

En fait, les décideurs dans les différentes organisations (entreprises économiques, organismes à caractère administratif, genre « hôpital » ...etc.), s'ils ont longtemps cru pouvoir gérer sans associer les «acteurs», et en réduisant la communication à sa plus simple expression, celle d'ordres à donner, de consignes à diffuser ou à répercuter. Ils s'aperçoivent, maintenant, qu'il est important de promouvoir la place de la communication dans le fonctionnement de l'établissement.

Actuellement, on observe un changement qui désormais intègre dans la gestion les aspects de communication. Certes, le management performant est un management motivationnel mais cela ne va pas sans la dimension humaine considérée dans ses potentialités, ses capacités et ses besoins.

Par ailleurs, l'hôpital est une organisation complexe où interfèrent de multiples acteurs qui communiquent en interne, auprès de ses salariés mais aussi en externe, vers ses patients, ses futurs patients, et divers autres publics.

¹ FARHAT B. « la communication : un vecteur de progrès au sein de l'hôpital », 13 Septembre 2004, in www.santetropicale.com/.../algerie/communic.htm

² Le management participatif est une conception de la gestion basée sur la participation. Il s'agit d'impliquer les travailleurs, de les associer à l'examen des problèmes, l'analyse des situations professionnelles, la recherche des solutions adéquates concernant aussi bien le traitement des dysfonctionnements qui affectent une structure d'une organisation.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Pour cela, l'hôpital doit communiquer sur ses prestations ou ses produits c'est-à-dire expliqué en quoi consiste son offre car selon MEDROUH A. «Un hôpital qui communique est une unité vivante»³.

La communication hospitalière s'inscrit donc dans une stratégie globale d'amélioration de la gestion de l'établissement. Elle constitue aussi l'un des piliers de soutien des démarches qualité et de ce fait un élément de cohérence et de reconnaissance pour l'ensemble du personnel, un état d'esprit qui se caractérise par la capacité et la volonté d'écoute, d'échange, de concertation ; c'est un ensemble d'outils au service d'objectifs, c'est la réponse à des demandes pressantes de nos personnels et de nos patients, c'est un monde au service de l'hôpital et de l'utilisateur. On constate d'ailleurs, une demande forte des patients en matière de communication et d'information sur la qualité de la prestation hospitalière.

La communication a un rôle à jouer dans le projet d'établissement, dans l'accompagnement des nouvelles technologies, sans oublier ses missions originelles telles que l'amélioration de l'accueil, la circulation de l'information et l'image de marque. Toute notre société réclame la transparence, des explications, une qualité accrue des services publics en particulier, le tout étant légitime. En effet, selon PODEUR A. « communiquer c'est partager et porter des valeurs. C'est aussi promouvoir la transparence, ne pas occulter les difficultés »⁴.

Les usagers font pression relayés par les médias pour accéder à des informations claires et à des relations directes. La médiatisation des situations de crise (accidents, erreurs médicales, aléas thérapeutiques) exigent rigueur, anticipation, transparence car selon PODEUR A. « la communication doit être porteuse de sens et d'explication, dans un souci d'objectivité et de mesure. Car expliquer c'est déjà remporter une partie de l'adhésion »⁵.

³ MEDROUH A. « La communication en milieu hospitalier en débat CHU Nadir-Mohamed », in [http://www.djazairress.com/fr/depeche de Kabylie/87147;jsessionid...](http://www.djazairress.com/fr/depeche-de-Kabylie/87147;jsessionid...) (Le 30/09/10).

⁴ PODEUR A. 1ères rencontres de la communication hospitalière, publié le 18/03/2007 : in <http://www.creer-hopitaux.fr/.../tous-les-articles/?...>

⁵ Op cit.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

En Algérie, l'organisation des infrastructures sanitaires est actuellement dans une phase de transition entre un passé planifié et un avenir de l'économie de marché. Pour cela, les structures de santé doivent mettre en œuvre des mécanismes et des stratégies en mesure de leur assurer une adaptation à tous ces changements socio-économiques.

Ainsi, les exigences de qualité et d'humanisation largement exprimées par la société, constituent des données nouvelles et des contraintes qui vont se combiner pour imposer à l'établissement sanitaire à sa nouvelle fonction de communication hospitalière. Ainsi d'après le ministre de la santé lors de ses tournées dans les hôpitaux⁶ a insisté chaque fois sur « l'humanisation des conditions d'accueil des malades dans les hôpitaux », était des priorités pour le secteur.

L'objet de notre travail consiste alors à évaluer la place de la communication hospitalière à travers un état des lieux et une enquête auprès des patients de l'établissement public hospitalier d'Akbou, dont la diffusion de l'information et d'instauration d'un climat de confiance entre les personnels de santé et les usagers. Ainsi notre problématique peut se formuler de cette manière :

Quels seront les apports de la communication hospitalière aux prestations des services hospitaliers ?

Dans ce sens, un certain nombre de questions secondaires méritent d'être posées:

- Quelle est la place de la communication hospitalière dans le fonctionnement d'un établissement public de santé ? Et quelle est son rôle ?
- Quels sont les objectifs et les techniques de la communication hospitalière ?
- Quelles sont les interactions qui peuvent exister entre la communication hospitalière et la qualité des services hospitaliers ?

⁶ Ould Abbès veut des urgences plus «humaines», (15 Octobre 2010 in <http://www.elwatan.com/archives/edition.php?ed=2010-10-15>

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Notre réflexion est basée sur les hypothèses suivantes :

- La communication hospitalière contribue à une meilleure diffusion de l'information sur les prestations des services hospitaliers.
- La communication hospitalière peut être un élément important en matière de qualité de l'image de l'établissement public hospitalier.
- La communication hospitalière vise à mettre en valeur la qualité perçue des prestations des services hospitaliers et la satisfaction des patients.

La communication hospitalière est un sujet d'actualité. Elle constitue un enjeu majeur dans le management de l'établissement hospitalier, ce qui suscite une volonté de s'intéresser à cette pratique qui est portant peu utilisée dans les hôpitaux algériens.

Dans ce travail, nous avons tenté de répondre à la démarche méthodologique suivante : D'abord, une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects théoriques et règlementaires de la communication hospitalière. Plusieurs bibliothèques universitaires nationales ont été visités, à savoir : l'Université de Béjaïa, l'Institut National de Santé Publique (INSP), l'Ecole Nationale d'Administration (ENA).

De plus, nous avons réalisé une recherche documentaire relative au thème auprès des organismes suivants : le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTSS).

Outre la recherche documentaire et la collecte de données sur le thème et dans le but de combler les insuffisances de références bibliographiques et le manque de données disponibles au niveau national et local, nous avons procédé de la manière suivante : un état des lieux de la communication hospitalière de l'EPH d'Akbou et une enquête par questionnaire auprès de ses patients. La présentation de l'enquête et l'analyse de ses résultats sont exposées de façon plus détaillée dans le chapitre trois.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

En fonction des données disponibles, nous tenterons de mener à bien notre travail structuré en trois chapitres présentés comme suit :

Le premier chapitre traitera du cadre conceptuel et théorique de la communication en se basant sur l'évolution des fondements théoriques de la communication et ses différents types, puis la communication hospitalière en évoquant la communication interne et externe puis les différentes formes de la communication externe et son rôle dans la gestion d'un établissement de santé. En fin, des perspectives sur la mise en place de la communication hospitalière en Algérie et un aperçu sur la réglementation encadrant la communication hospitalière pour assurer sa mise en place dans les structures de santé.

Le second chapitre porte sur les notions de qualité de prestation de service hospitalier dans le quel nous allons montrer dans un premier temps les notions du service ou sa réalisation nécessite la présence du client pour que se dernier existe. Notion de qualité de service pour montrer en deuxième temps l'importance de la communication dans l'évaluation de la qualité de service par les clients et en fin la place de la communication dans la politique qualité d'une entreprise de service. A la fin du chapitre, nous exposons la qualité de service hospitalier pour montrer l'importance de la politique de communication dans la qualité des services hospitaliers car la réalisation d'un service hospitalier de qualité ne s'effectue que par l'écoute du patient.

Dans le troisième chapitre, qui relie l'état des lieux de la communication hospitalière de l'établissement public hospitalier d'Akbou et les résultats de l'enquête. Nous avons essayé de présenter l'étude empirique réalisée auprès des patients de l'établissement hospitalier d'Akbou. Nous avons d'abord exposé la politique de la communication hospitalière dans cet établissement. Ensuite, nous avons tenté d'analyser les réponses fournies par les enquêtés en essayant de montrer la réalité de la communication hospitalière de l'établissement avec ses usagers et l'importance de la communication dans l'amélioration de la qualité des prestations services hospitaliers et l'image de l'établissement.

Chapitre I :

Cadre théorique et conceptuel de la communication

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA COMMUNICATION

Introduction

La communication est aujourd'hui un élément essentiel du succès de toutes organisations (entreprises, organismes publics et associations). Elle constitue la pierre angulaire d'une bonne gestion d'une entreprise. Elle est présentée comme une démarche homogène qui vise à tracer un territoire pour l'entreprise et à l'imposer aux diverses formes de communication.

La communication d'entreprise dont le principal rôle est la promotion de l'image ainsi que les produits de l'entreprise. Elle englobe deux dimensions majeures, l'une ne va pas sans l'autre. La première est la communication interne qui sert plutôt à rendre meilleure le climat interne de l'entreprise en améliorant les relations entre ses différents membres. Alors que la communication externe sert à mieux insérer l'entreprise dans son environnement externe à savoir la société.

En effet, Fayn et Fréchou sont parmi les premiers chercheurs qui ont transposé la communication d'entreprise vers l'hôpital⁷. Aujourd'hui, un hôpital ou une clinique comme tout organisme parle, communique et se préoccupe des relations humaines au sein du personnel, vis-à-vis de ses patients et avec l'extérieur. Elle est devenue une préoccupation universelle.

Pour cela, il est important de s'interroger sur leur cadre théorique et sur l'existence éventuelle de sciences de la communication. Avant d'aborder la communication dans le monde sanitaire, il est important de donner quelques notions générales concernant la communication.

Dans le présent chapitre, nous tenterons de montrer, dans une première section, définition et caractéristiques du concept communication, l'évolution des fondements théoriques de la communication à savoir la communication : transmission d'un message, l'apport de cybernétique, l'école de Palo Alto et sémiotique ainsi qu'une tentative de synthèse des différentes théories de la communication.

⁷ ABDELOUAHID R. « La communication interne au niveau de l'unité de soins hospitalière : objet, mécanismes et outils cas de l'hôpital Ibn Sina ». Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme des E.P.M de 2ème cycle. Section : Surveillant des Services Sanitaires, Institut de formation aux Carrières de Santé Rabat (IFCSR), Maroc, 2006.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Dans une deuxième section, nous essayerons de traiter le champ de la communication d'entreprise à savoir la communication interne et externe, les différents types de communication externe, les étapes de la démarche stratégique en communication et les conditions de réussite de la stratégie.

Dans la troisième section, nous essayerons de retracer l'histoire de la communication hospitalière à savoir les clients de l'hôpital, les différentes formes de communication hospitalière ainsi que son rôle. Enfin dans la quatrième section des perspectives sur la mise en place de la communication hospitalière en Algérie.

SECTION 1 : EVOLUTION ET DEFINITION DU CONCEPT COMMUNICATION

De nombreux théoriciens de la communication ont cherché à conceptualiser ce qu'était « une communication ». Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive, tant les modèles sont nombreux et complémentaires. Nous chercherons à en donner une évolution générale en donnant les plus connus de ces modèles et l'apport qu'ils ont induit.

1.1. Définition du concept communication

Etymologie : du latin *communicare*, mettre en commun, de *communis*, commun. La communication est l'action de communiquer, de *transmettre des informations ou des connaissances* à quelqu'un ou, s'il y a échange, de les mettre en commun (ex : le dialogue).

Le mot communication désigne aussi le contenu de ce qui est communiqué (ex : avoir une communication urgente à faire) ou le fait d'être en relation avec quelqu'un (ex : couper une communication).

En sociologie et en linguistique, la communication est l'ensemble des *phénomènes* qui peuvent intervenir lorsqu'un individu transmet une information à un ou plusieurs autres individus à l'aide du langage articulé ou d'autres codes (ton de la voix, gestuelle, regard, respiration...) ⁸.

⁸ « Toupictionnaire » : le dictionnaire de politique in : <http://www.toupie.org/index.html>

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

La *communication* (souvent abrégée en *com*) est l'action, le fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un, l'ensemble des moyens et techniques permettant la diffusion d'un message auprès d'une audience plus ou moins vaste et hétérogène et l'action pour quelqu'un, une entreprise d'informer et de promouvoir son activité auprès du public, d'entretenir son image, par tout procédé médiatique⁹.

En d'autre terme, communiquer, c'est transmettre un message à un partenaire. L'individu prend contact avec le monde extérieur, l'environnement, les autres : il traite l'information qui lui parvient, la décode, l'analyse, la compare, l'évalue et prend des décisions pour agir. Il établit constamment des confrontations entre ce qu'il sait et ce qui lui arrive de nouveau : cette activité mentale conduit l'activité physique ou matérielle, elle est la structure même des raisonnements et des résolutions de problème¹⁰.

Dans *une entreprise*, la communication est l'ensemble des techniques et moyens lui servant à se présenter elle-même, son activité ou ses produits et services. Les objectifs peuvent être d'améliorer son image, d'accroître sa notoriété ou d'augmenter les contacts avec des clients potentiels¹¹.

1.2. Caractéristiques de la communication

Communiquer, c'est d'échanger des informations. Dans toute situation de communication, il y a un émetteur et un récepteur :

1.2.1. Emetteur /récepteur

- Il peut y avoir un seul émetteur et un seul récepteur : communication interpersonnelle comme l'entretien face à face ou téléphonique;
- Un seul émetteur et plusieurs récepteurs communication de masse comme l'exposé ou le publipostage;
- Plusieurs émetteurs et plusieurs récepteurs : communication de groupe;

⁹ Communication in : <http://www.wikipédia.htm>

¹⁰ GILLEQUIN-MAAREK C. /SOLEILHA N. « Guide de la communication », édition CRDP de Midi-Pyrénées, Delagrave.

¹¹ « Toupictionnaire » : le dictionnaire de politique in : <http://www.toupie.org/index.html>

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- Emetteurs et récepteurs peuvent appartenir à la même organisation (communication interne) ou à des organisations différentes (communication externe);
- La communication peut avoir lieu dans le même lieu (communication directe) ou à distance (vision conférence).

1.2.2. Le message

- Communication verbale (langage) : l'expression de l'information est codée : elle utilise un langage qui doit être compréhensible par le récepteur (vocabulaire utilisé, langage des signes,...); le style est important, il ne doit pas être empathique; le ton exprime autant que le langage lui-même; la communication peut être cryptée (sur Internet).
- Communication non verbale (paralangage) : tout ce qui est autour du langage est communication : les gestes (les mains, les jambes, le sourire,...), le regard (fuyant, intense,...), le comportement (manière de marcher, de se tenir debout,...), « le look » (vêtements, maquillage, parfum,...), la qualité de la personne (supérieur hiérarchique, collaborateur, ami,...), le lieu (bureau, restaurant, couloir,...), la distance (face à face, téléphone, vidéoconférence,...), etc.

1.2.3. Les bruits

Une communication peut être perturbée par des éléments (appelés souvent « bruits ») :

- *Le bruit réel* : il est difficile de communiquer dans le bruit : d'un atelier, d'imprimantes, de sonneries de téléphone, etc.
- *Les interférences* : sur les lignes téléphoniques ou vidéo.
- *Les problèmes de compréhension du langage* : compréhension du vocabulaire employé, de la langue étrangère, des comportements différents selon les cultures, etc.
- *Le volume d'informations* : un rapport trop long, une conférence interminable, etc.

1.2.4. Le code

Pour communiquer, l'émetteur et le récepteur doivent disposer d'un code commun. La communication se caractérise alors surtout par l'utilisation d'un code établissant les correspondances entre un signe et son sens qui doit être commun aux interlocuteurs.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

L'absence de code commun entre émetteur et récepteur est l'une des sources d'échecs de la communication.

1.2.5. La distance

Dans l'espace, une communication peut être :

- Localisée (concentrée à un endroit) telle une discussion;
- A localisée (disponible de n'importe quel endroit) par exemple, internet, extranet;
- Délocalisée (le lieu d'émission est loin du lieu de réception) : c'est le cas d'une discussion téléphonique.

1.2.6. Le canal

Le canal de transmission exemple : vive voix, téléphone.

1.2.7. L'information en retour (feed-back)

C'est la perception qu'a l'émetteur des réactions du récepteur : il doit s'adapter et adapter sa communication.

1.3. Les freins de la communication

Il existe deux types d'obstacles :

1.3.1. Obstacles liés aux personnes

- L'émetteur emploie un vocabulaire qui n'est pas adapté au récepteur ;
- Le récepteur manque d'écoute ou d'attention ;
- L'émetteur ou le récepteur éprouvent des sentiments qui peuvent nuire à la compréhension du message (influence du comportement non verbal inconscient) ;
- L'émetteur ou le récepteur sont influencés par le contexte relationnel et modifient leur comportement en conséquence.

1.3.2. Obstacles liés au contexte environnemental

- Il y a des bruits perturbants (musique, sonneries, conversations, ...) ;
- Il y a des intervenants extérieurs qui interfèrent (clients, collègues, ...) ;
- Il y a des supports de communication (ordinateur, TV, messages écrits, ...) qui attirent l'attention mais qui ne font pas partie du message initial;
- Les supports de communication utilisés fonctionnent mal.

1.4. Evolution des théories de la communication

A travers le temps et les écoles, la signification du terme « communication » a fait du chemin.

1.4.1. La communication, transmission d'un message

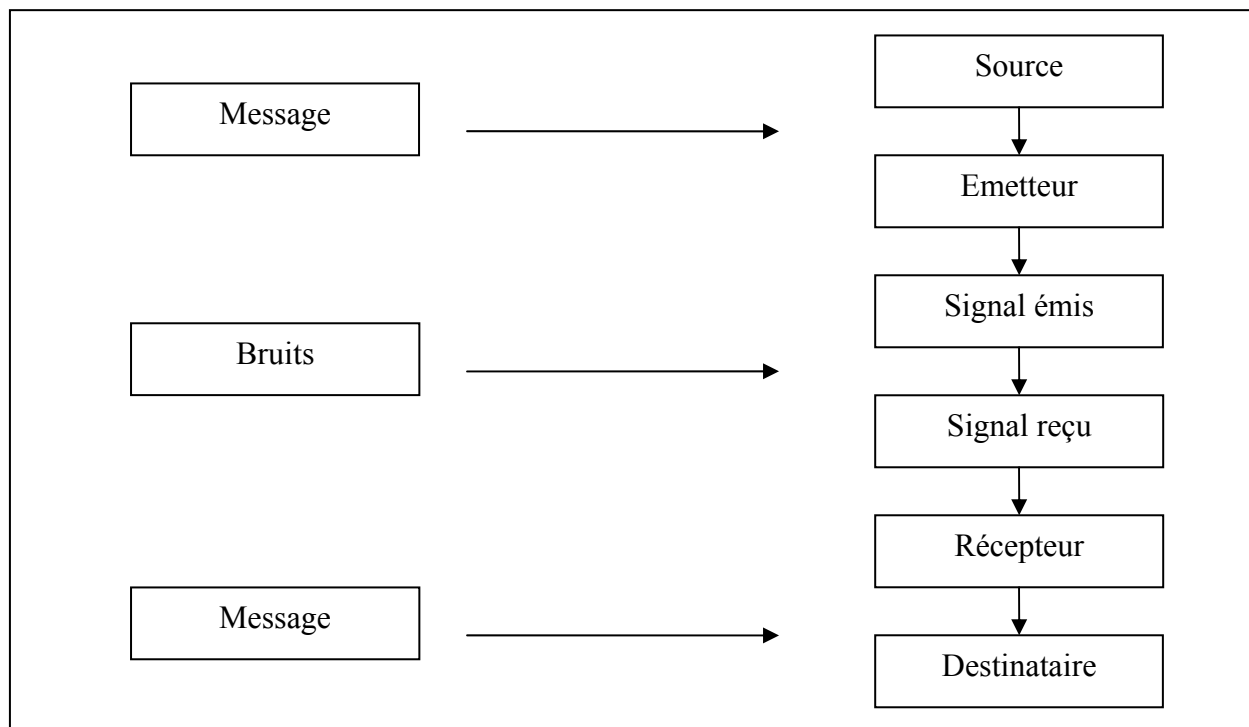
L'origine des théories de la communication et de la conception scientifique de la communication en tant que transmission d'un message se trouve aux Etats-Unis à la fin des années 40 les travaux de Wiener (1948) et Shannon (1949).

L'élève de Wiener, Claude Shannon, a étudié d'une façon mathématique la circulation de l'information et a mis au point le schéma désormais célèbre de l'émetteur et du récepteur séparés par un certain nombre de parasites ou « bruit » qui gênent le passage d'une communication linéaire, dans laquelle l'information est figurée par une flèche reliant les deux interlocuteurs.

Shannon travaillant pour l'entreprise Bell Téléphone a pour mission d'améliorer les transmissions télégraphiques (vitesse de transmission des informations, quantités d'informations transmises, déperdition d'informations en cours de transmission...). Le modèle de Shannon est linéaire et peut être schématisé dans un système de communication qui comprend :

- Une source d'information : elle est à l'origine du message qu'elle produit;
- Un émetteur : il transforme le message en signaux;
- Un canal : il transporte les signaux du message;
- Un récepteur : il reçoit les signaux et reconstruit le message;
- Un destinataire : il est la personne à qui le message est envoyé;
- Les bruits : ils peuvent venir perturber les signaux pendant la transmission.

Schéma 01: Le système de communication de Shannon



Source : Jean-Marc DECAUDIN : « la communication marketing », 2^e édition Economica 1999 p 14.

Dans ce modèle, l'un des objectifs essentiels est que le message subisse le moins de déformation possible. Les travaux de Shannon ont débouché en 1949 sur la publication de « The Mathematical Theory of Communication » ouvrage qui a servi de base à toutes les théories de la communication durant les vingt-cinq années suivantes et inspiré psychologues, sociologues, sémanticiens et autres linguistes.

1.4.2. L'apport de cybernétique

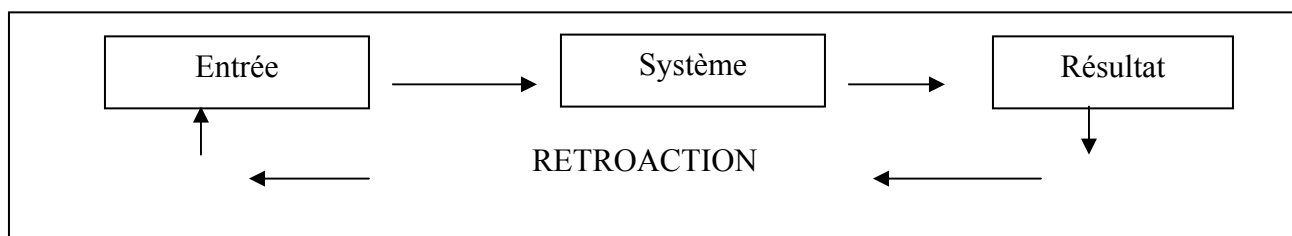
Développées en parallèle aux travaux de Shannon, les recherches de Norbert Wiener (1948) apportent un concept essentiel à toute théorie de la communication : la rétroaction ou feed-back. Ces recherches sont issues de ses études sur la conduite de tir des canons anti-aériens pendant la Seconde Guerre mondiale. En cherchant à définir la direction du tir du canon en fonction de la position future de l'avion attaquant, Wiener a recours au principe déjà connu de rétroaction; mais il va donner une portée universelle à ce principe et en fera le fondement de la cybernétique. Le processus circulaire de la rétroaction permet à l'action d'atteindre son objectif.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

La cybernétique désigne la science du pilotage par rétroaction, en d'autre terme, l'art d'ajuster sa trajectoire en fonction de l'effet produit sur autrui. Ainsi, mon discours provoque chez mon interlocuteur une réaction mesurable, dont je me servirai pour améliorer mon message. Le feedback me permet de réguler ma communication et donc mes relations avec mon environnement.

Ce principe périmé l'idée de linéarité dans un système, étant donné que l'effet rétroagit sur la cause, ce qui peut être schématisé comme suit :

Schéma 02 : La rétroaction

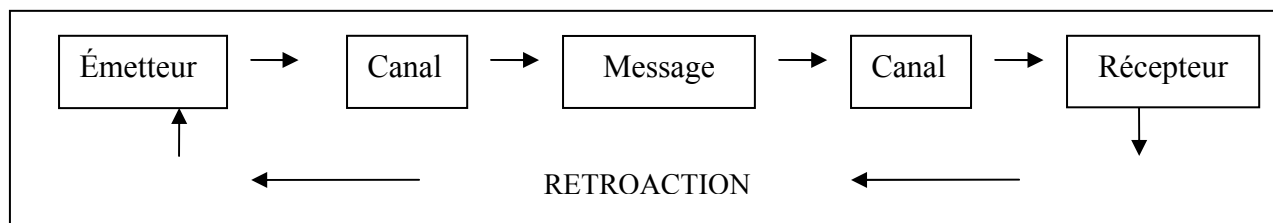


Source : Jean-Marc DECAUDIN : « la communication marketing », 2^e édition Economica, 1999 p16.

La cybernétique, en se développant, a donné lieu à la systémique dont il est possible d'appliquer les principes au modèle de Shannon pour l'enrichir et le rapprocher de la réalité de la communication. Ces principes sont au nombre de trois :

- Le principe d'interaction ou d'interdépendance qui montre qu'on ne peut comprendre un élément sans connaître le contexte dans lequel il agit (ou interagit);
- Le principe de totalité qui souligne que le tout est supérieur à la somme des parties;
- Le principe de rétroaction.

Schéma 03 : Communication et rétroaction



Source : Jean-Marc DECAUDIN : « la communication marketing », 2^e édition Economica 1999, p16.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

L'opposition entre le principe de linéarité de Shannon et celui de circularité de Wiener n'est qu'apparente; leur complémentarité est évidente comme, par exemple, en marketing ou l'émetteur (l'entreprise) se nourrit en permanence de la rétroaction (l'étude de la perception de sa communication) pour modifier et améliorer le message qu'elle envoie vers le récepteur (consommateur).

1.4.3. L'école de Palo Alto

De multiples chercheurs de disciplines diverses (anthropologues, sociologues, linguistiques, cliniciens) se sont groupés autour de L'école de Palo Alto en Californie dénommé aussi «collège invisible». Ce groupe de chercheurs (Bateson, Watzlawick, Birdwistell, Haley, Don Jackson, Hall...) ont remis en cause le modèle de Shannon considéré comme inadéquat aux sciences sociales. Le modèle est qualifié de modèle d'ingénieur applicable uniquement au domaine technique.

Leur recherche repose sur une théorie plus globale de la communication organisée autour de quelques principes essentiels :

- ❖ La communication est une interaction dans laquelle la relation entre les interlocuteurs est aussi importante que les interlocuteurs eux-mêmes ou que le message transmis;
- ❖ L'axiome « on ne peut pas ne pas communiquer » est fondamental pour comprendre les processus de communication. En effet, tout est communication : geste, silence, mouvement...le fait de refuser de communiquer est en soi un message.
- ❖ Le contexte de la communication est essentiel pour la comprendre. L'individu vit dans un ensemble de règles, une sorte de code de comportement, et les utilise obligatoirement dans sa communication, qu'il en soit l'émetteur ou le récepteur.
- ❖ Tout message comporte deux dimensions : un contenu explicite et un contenu implicite. Le message exprime une information et renseigne sur la nature de la relation entre les interlocuteurs. Il faut alors évoquer la métacommunication qui se greffe sur toute communication.

L'approfondissement de cette voie conduit à s'interroger sur les apports de la sémiotique dans la compréhension des phénomènes de communication.

1.4.4. Sémiotique et communication

La sémiotique, développée à partir des travaux de Charle Sanders Peirce, Ferdinand de Saussure et Roland Barthes, se définit comme l'étude des systèmes de signes non linguistiques. Selon Barthes « Elle a donc pour objet tout système de signes, quelle qu'en soit la substance, quelles qu'en soient les limites : les images, les gestes, les sons mélodiques, les objets et les complexes de ces substances que l'on retrouve dans des rites, des protocoles ou des spectacles constituent, sinon des « langages » du moins des systèmes de signification.

Les termes de sémiologie et de sémiotique sont utilisés mais ils recouvrent la même science, la science des systèmes du signe; simplement, l'un de ces termes, sémiologie, est plus utilisé par les Européens et l'autre sémiotique, par les Anglo-Saxons. Cette science décompose le signe en deux termes, le signifiant et le signifié, reliés entre eux par un mode de signification ¹² :

- Le signifiant est l'expression du signe;
- Le signifié est le contenu du signe;
- La relation entre signifiant et signifié est conventionnelle, c'est-à-dire qu'elle est la conséquence d'un accord entre l'émetteur du signe et le récepteur; cette convention est essentielle pour une compréhension du signifié par le récepteur.

Néanmoins, cette convention peut être explicite comme pour les codes techniques, le code de la route, les règles d'un jeu, par exemple¹³, ou implicite comme pour les codes poétiques ou les codes artistiques, par exemple¹⁴. Le codage du signifié en signifiant apparaît ainsi comme une étape essentielle de la construction d'un message compréhensible par son destinataire. Une communication sera efficace (et surtout comprise) si à chaque signifiant correspond un et un seul signifié et si, inversement, à chaque signifié correspond un et un seul signifiant. On peut alors dire que le signe est « monosémique » et le récepteur n'aura aucune difficulté à comprendre le sens du message de l'émetteur.

¹² P. Guiraud, la sémiologie, Que Sais-Je ? PUF, 1977. In, Jean-Marc DECAUDIN : « la communication marketing », 2^e édition Economica 1999.

¹³ Les panneaux routiers peuvent illustrer une convention explicite; un Z sur un panneau (signifiant) veut dire « virage dangereux » (signifié), ce que l'on peut apprendre dans un Code de la route (convention explicite).

¹⁴ Un oiseau blanc s'envolant dans un ciel bleu azur (signifiant) se lit comme un message de liberté (signifié) ; cette image poétique a été vulgarisée par la publicité permettant une lecture « culturelle » du message (code implicite).

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Mais, dans le quotidien, il arrive, très souvent qu'un seul signifiant corresponde à plusieurs signifiés tout comme un seul signifié peut s'exprimer à travers plusieurs signifiants. Ainsi l'image de l'oiseau dans le ciel bleu évoquée dans l'exemple précédent peut signifier, outre la liberté, la légèreté, le respect de l'environnement, l'espoir, l'avenir...on peut alors dire que le signe est « polysémique ».

L'émetteur doit donc choisir son code ; ce choix est lié à la distinction entre dénotation et connotation. Il y a dénotation lorsque le signifié est construit objectivement en tant que tel, alors que la connotation exprime une valeur subjective liée au signe du fait de sa forme ou de sa fonction. Par exemple, un tablier vert et une toque verte (signe) dénotent une fonction sociale (le chirurgien) mais connotent un certain prestige (la position sociale valorisée).

En effet, tout émetteur de signe doit choisir et définir son mode d'expression en fonction de ses objectifs et de son environnement. Enfin, il faut remarquer que le signe a une substance et une forme; plus exactement, le signifié et le signifiant ont chacun une substance et une forme.

Tableau 01 : Les rapports signe-substance-forme

Signifiant	Substance	Techniques utilisées pour créer le signifiant.
	Forme	Organisation des couleurs, des formes, des sons, des espaces qui composent le signifiant.
Signifié	Substance	Le concept, l'idée abstraite à laquelle renvoie le signifié.
	Forme	L'insertion du signifié dans un système (systématique ou non).

Source : Jean-Marc DECAUDIN : « la communication marketing », 2^e édition Economica 1999, p 19.

Le tableau 02 présente l'exemple de l'analyse d'un feu rouge de la circulation routière.

Tableau 02 : L'exemple de feu rouge

Signifiant	Substance	Signal optique électrique.
	Forme	Disque rouge.
Signifié	Substance	Renvoie au concept d'interdiction.
	Forme	Appartient au système systématique de signalisation routière qui se décompose en signes stables et constants.

Source : Jean-Marc DECAUDIN : « la communication marketing », 2^e édition Economica 1999, p 19.

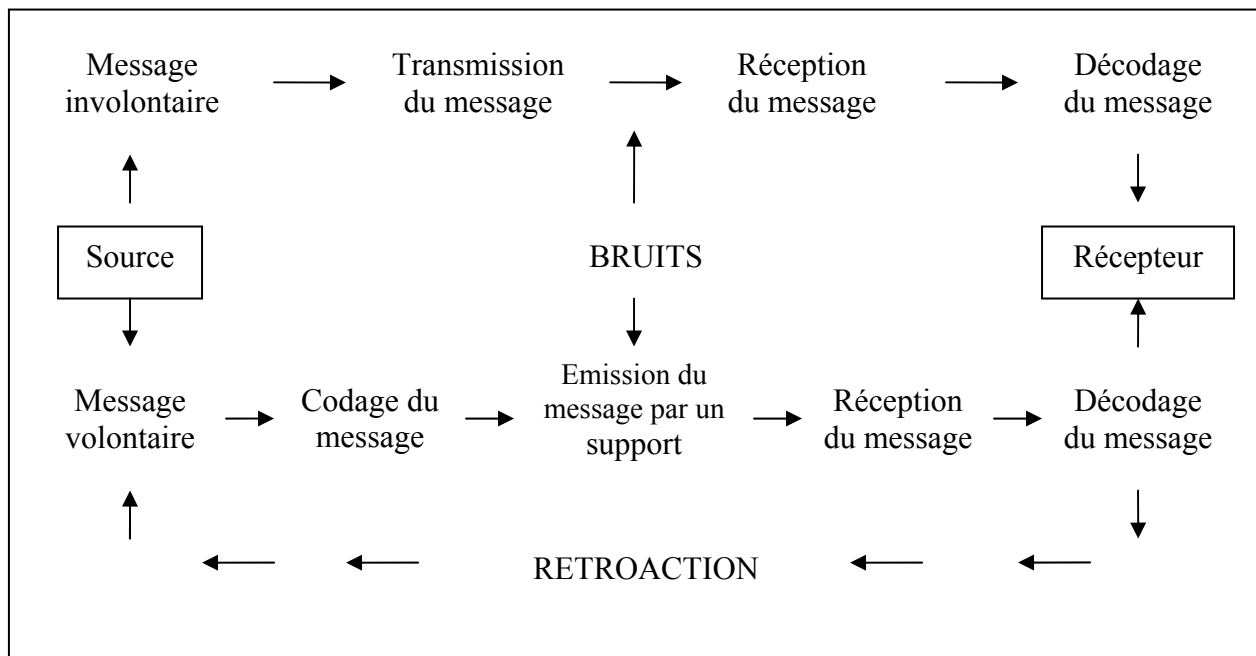
La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

L'apport de la sémiotique à la communication marketing est considérable; en effet, cette approche a permis de souligner la double lecture du consommateur : l'entreprise qui émet un message doit savoir que le consommateur lira ce message mais décodera également toutes les connotations liées à ce message. Cette double lecture influencera l'attitude du consommateur par induction.

1.5. Une tentative de synthèse des différentes théories de la communication

L'enrichissement de la compréhension des processus de communication passe par une volonté d'intégrer les différentes théories de la communication dans un système global et non par le rejet de certaines de ces théories (voir le schéma 04). Le modèle de Shannon peut ainsi être enrichi par la rétroaction (Wiener), par la sémiologie (codage et décodage des messages), par l'école de Palo Alto (émission permanente involontaire et non contrôlée de messages en complément des émissions volontaires de messages).

Schéma 04 : Synthèse sur le système de communication



Source : Jean-Marc DECAUDIN : « la communication marketing », 2^e édition Economica 1999, p 20.

1.5.1. La source

La source de la communication marketing est une entreprise ou une organisation, souvent aidée par une agence de communication, le récepteur étant le consommateur grand public ou l'acheteur industriel. Il convient d'abord de souligner que ces interlocuteurs se trouvent dans une position asymétrique. De plus, le récepteur n'est pas toujours conscient de la source réelle du message; il est possible, en effet, de distinguer une source réelle et une source apparente perçue par le récepteur comme la seule source du message. Cette volonté qu'à la source réelle de se dissimuler derrière une source apparente correspond à une recherche d'efficacité souvent sous le couvert d'une soi-disant objectivité. Par exemple, le publireportage a pour objectif de faire apparaître une publicité comme un article de journal avec toute neutralité et l'objectivité liées à cet article.

1.5.2. Message volontaire/message involontaire

L'entreprise qui communique émet volontairement un message qu'elle va tenter de coder le plus parfaitement possible. Ce codage doit tenir compte des trois fonctions du langage définies par Jakobson :

- La fonction phatique, c'est-à-dire établir et développer le contact avec autrui, attirer son attention;
- La fonction conative, en d'autres termes susciter la réaction d'autrui;
- La fonction expressive qui correspond à l'expression d'une attention, d'une opinion, d'une présence ou d'une notoriété.

Mais l'entreprise émet en permanence des messages sans qu'il y ait une volonté affirmée ou une intention formelle de communiquer. En effet, une photo du PDG dans la presse économique en illustration d'un article, la vision d'un produit présent dans un foyer lors d'un reportage télévisé, la façade de l'usine que les passants découvrent, l'annonce du cours de l'action dans une émission boursière, le compte rendu d'une grève dans la presse écrite ou audiovisuelle...sont autant de messages que le récepteur verra sans que l'entreprise ait forcément pu les coder ni voulu les transmettre.

1.5.3. Le support de communication

Les supports de communication ne sont pas de simples courroies de transmission neutres des messages reliant les émetteurs et les récepteurs. Ne serait-ce que par leurs natures et leurs caractéristiques spécifiques, ils jouent un rôle réel et influencent les messages et leurs réceptions;

Il existe deux types de supports ou canaux de communication :

- Les canaux contrôlable par l'entreprise; ils sont qualifiés ainsi car l'entreprise, source de la communication, a le contrôle total du message diffusé, de sa définition, de sa construction, de sa mise en œuvre; il est possible de les scinder en canaux personnel (un vendeur face à un acheteur, c'est-à-dire une relation individuelle) et en canaux de masse (la publicité à la télévision);
- Les canaux incontrôlables par l'entreprise ainsi qualifiés car l'entreprise, source de la communication, n'ont pas la maîtrise du message diffusé par ces canaux.

1.5.4. Les bruits

La communication marketing s'insère dans un contexte général de communications, de messages, d'informations de toutes natures (personnelle, familiale, amicale, sociale, professionnelle...) souhaités, désirés ou non cet ensemble constitue des bruits risquant de brouiller la réception des messages marketing par le consommateur. De plus, la communication marketing se caractérise par une très forte concurrence (celle des produits directement concurrents mais aussi l'ensemble des communications marketing, c'est-à-dire des milliers de messages commerciaux diffusés dans les différents médias) qui risque de provoquer une difficulté ou une confusion de réception. Une évaluation des messages diffusés en France donne près de 1300000 publicités par an sans compter l'affichage.

1.5.5. Le récepteur

Le récepteur d'une communication marketing est un consommateur, un acheteur (professionnel ou non), un prescripteur, un leader d'opinion ... Réfléchir sur le récepteur renvoie aux différentes explications et théories du comportement du consommateur. Mais il convient de souligner que la réception effective est essentielle au système de communication alors que la source peut émettre involontairement un message : c'est la raison pour laquelle on a pu dire que le récepteur est de

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

facto créateur de tout message¹⁵ ou que, comme le dit P. Bourdieu « chaque récepteur contribue à produire le message qu'il perçoit et apprécie, en y important tout ce qui fait son expérience singulière et collective »¹⁶. Cette interprétation du message par le récepteur peut être la source de malentendus dans la communication quotidienne et la source d'inefficacité dans la communication des entreprises et de leurs marques.

SECTION 2 : LE CHAMP DE LA COMMUNICATION D'ENTREPRISE

Dans un environnement de plus en plus concurrentiel, la communication est devenue un outil stratégique non seulement pour les entreprises, mais également pour les administrations, collectivités, et associations. D'où découlent deux formes de communication : communication interne pour informer et fédérer les salariés. Communication externe pour promouvoir les institutions, les marques, les produits et les services.

2.1. Distinction entre communication interne et communication externe

La communication d'entreprise peut être définie comme la production d'information sur le milieu interne et externe et comme la création d'interface. On distingue habituellement :

2.1.1. La communication interne

La mission quotidienne de la fonction communication interne, est de participer au bon fonctionnement de l'entreprise, en favorisant la cohérence, l'unité, des relations sociales harmonieuses, la cohésion et la pluralité, et une culture commune. La mission à long terme et innovante de la fonction communication interne, est de promouvoir la prise de risque, l'imagination, l'invention et la singularité, en vue de favoriser le développement de l'entreprise. La communication interne peut aider à changer la culture de l'entreprise. La fonction ressources humaines maîtrise les mécanismes de diffusion. On y connaît les hommes et les circuits d'échanges; mais elle apprécie l'aide de la fonction communication en techniques, pour élaborer

¹⁵ THAYER L. in SFEZ L., critique de la communication, Points, Seuil, 1992, in Jean-Marc DECAUDIN : « la communication marketing », 2^e édition Economica 1999, p 22.

¹⁶Jean-Marc DECAUDIN : « la communication marketing », 2^e édition Economica 1999, p 22.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

un journal ou organiser une convention. En dehors de la publicité et de la promotion des produits, l'entreprise communique avec d'autres cibles que les clients : les pouvoirs publics, les collectivités locales, l'opinion, les actionnaires, le marché financier, le marché du travail. La communication interne est une des déclinaisons de la communication d'entreprise. Elle est la composante d'un système global d'organisation des flux d'information et des échanges. Visant un équilibre informationnel. Elle accompagne la stratégie de l'entreprise, c'est-à-dire le projet économique, social et financier.

La communication interne est un levier pour la communication externe. La communication externe ne fonctionne bien que s'il y a aussi une bonne communication interne. Une bonne communication interne est en effet le garant d'une plus grande implication du personnel.

2.1.2. La communication externe

La mission quotidienne de la fonction communication externe, est de créer la rencontre de l'entreprise avec les besoins et les demandes des marchés. La mission à long terme et innovante de la fonction communication externe, est d'aider à la réussite de l'entreprise par les relations avec les environnements de l'entreprise, d'annoncer les stratégies et de faire connaître les progrès de l'entreprise. La communication externe est un facteur de compétitivité face à la concurrence de plus en plus vive. La fonction communication participe alors à la définition de la stratégie. La sous-traitance permet de réaliser des économies en publicité et en promotion.

La communication externe est à l'affût de tout événement (lancement d'un nouveau produit, inauguration d'un bâtiment, mise en place d'une politique sociale, création d'une fondation, actions de mécénat), comme prétexte d'opérations de communication. Le facteur le plus important est le style de management. Si les ressources humaines sont considérées comme stratégiques, la communication peut être ambitieuse. Si l'entreprise mise sur l'homme et utilise la délégation et la décentralisation, la communication tiendra un rôle important dans la mise en œuvre de cette politique.

La communication devrait être fine et ciblée. Interne ou externe, la communication doit être de plus en plus professionnelle, pour participer efficacement à la stratégie, mettre en œuvre avec une immense technicité.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 03 : Analyse comparative des communications interne et externe

	Communication interne	Communication externe
Champ d'intervention	Environnement interne	Environnement externe
Place de la communication au sein de l'entreprise	Communication liée à l'identité et à la culture de l'entreprise et en liaison avec La politique générale de l'entreprise	Communication liée à la politique générale de l'entreprise et au marketing
Objectifs	- « Créer une entité unique et homogène » ¹⁷ ; - « Développer la solidarité et la cohésion » ¹⁸	-Développer la notoriété et l'image de l'entreprise; -Promouvoir les produits et les marques
Cibles	Personnel de l'entreprise, Syndicat de l'entreprise, Direction, Filiales et groupe, Actionnaires ¹⁹	Tous les autres publics plus les publics cités en communication interne en ce qui concerne la communication institutionnelle
Message	Messages identitaires	Message commercial, identitaire et message de légitimité
Durée du message	Message en partie « intemporel » en ce qui concerne sa partie identitaire et à moyen/long terme pour le message issu de la politique générale de l'entreprise	Message de court/moyen terme pour le message lié au marketing et long terme pour le message résultant de la politique générale de l'entreprise
Techniques utilisées	Supports d'intégration (journal d'entreprise, réunion, etc.)	Supports de diffusion, de légitimité et d'intégration
Types de communication	Communication ascendante, Communication descendante, Communication latérale	Communication institutionnelle Communication commerciale

Source : BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007, p 47.

¹⁷ NGUYEN-THANH F. : « La communication : une stratégie au service de l'entreprise », p 27, Economica, 1991 in BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007.

¹⁸ BONEU F. : « L'entreprise communicante. Démarches et méthodes de communication interne », les Editions Liaisons, 1990, in BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007.

¹⁹ REGOUBY C. : « La communication globale : comment construire le capital image de l'entreprise », les Editions d'Organisation, 1988, in BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007.

2.2. Les différents types de communication externe

On distingue plusieurs types de communication externe :

2.2.1. La communication commerciale

La communication commerciale cherche à créer des attitudes favorables à l'achat et à influencer les circuits de distribution pour qu'ils commercialisent les produits.

- La communication -produit vise à faire connaître un produit ou un service, à informer sur ses caractéristiques pour générer une image favorable qui doit être cohérente avec l'image de la marque.
- La communication de marque est particulièrement importante pour les produits qui sont sur des marchés très concurrentiels (l'automobile, l'informatique, etc.) ou pour les produits à forte valeur imaginaire (les parfums, les produits de beauté, les vêtements, etc.). Elle contribue à créer un territoire de marque distinctif qui permet de fidéliser les consommateurs²⁰.

Par ses destinataires ou son public, on distingue la communication grand public²¹ dite communication B to C ou B 2 C, et la communication vers un public industriel dite communication B to B ou B 2 B.

2.2.2. La communication institutionnelle (corporate)

La communication institutionnelle, longtemps négligée sinon ignorée comparativement à la communication axée sur les produits (publicité, marketing), a désormais acquis ses lettres de noblesse, d'abord au niveau des entreprises puis dans les administrations et autres institutions à but non lucratif. Toutefois, elle est encore mal connue dans les pays africains où les chargés de communication ou de relations publiques sont encore trop peu nombreux, en particulier dans les services publics. On désigne par communication institutionnelle toute action de communication

²⁰ DEMONT-LUGOL L. / KEMPF A. / RAPIDEL M. / SCIBETTA C. : "Communication des entreprises: stratégies et pratiques", édition Armand Colin, 2006, 2 édition, p 23

²¹ SILEM A. : « Lexique de gestion », édition dalloz, 2005. Et SILEM A. : « Lexique de gestion », édition dalloz, 2000.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

qu'entreprend une institution en direction d'un public interne ou externe et visant à atteindre des buts qui lui sont favorables : son image, sa mission, ses valeurs, ses activités, ses produits ou ses réalisations, etc. Elle peut s'adresser :

- à ses partenaires (actionnaires, banquiers, fournisseurs, etc.) pour leur donner confiance;
- au grand public ou à des catégories précises d'individus (consommateurs potentiels, clients actuels, etc.) pour se faire connaître et se faire apprécier;
- aux individus pris en tant que citoyens pour montrer ses grands combats (le développement durable, les actions en faveur de la santé, la lutte contre la pauvreté...)

2.2. 3. La communication de crise

C'est une communication qui tente de réduire l'impact sur son image de problèmes de toute nature, industrielle, environnementale, financière, sociale, etc., liés à son activité et susceptible de lui nuire gravement.

La communication de crise peut se présenter aussi selon trois visions. La première, issue de lecture de professionnels ayant eu à gérer une crise, considère « que la communication vise à expliquer aux cibles de l'entreprise et aux victimes en priorité, les efforts réalisés par l'entreprise pour éviter toute crise et les études et actes entrepris pour atténuer le plus possible les effets de celle-ci afin d'éviter que tout nouvel événement de la sorte se reproduise »²². La seconde repose sur des travaux réalisés par des chercheurs surtout en psychologie : « la communication de crise s'efforce de reconstruire une situation partagée, donne du sens aux événements »²³. La troisième pourrait être revendiquée par les gestionnaires : « la communication de crise est l'ensemble des communications qui visent à préserver les intérêts de l'organisation avant qu'un événement majeur se déclenche et pendant tout son déroulement »²⁴.

²² GOOD, Président d'Aaron-Abrams Marketing Group, Los Angeles, cité dans Barton Laurence, "Crisis in Organisations II", South-Western College Publishing, Cincinnati, 2001, p 43. In BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007, p 280.

²³ MUCCHIELLI A. : « communication interne et management de crise », les éditions d'Organisation, Paris, 1993. In BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007, p 280.

²⁴ BOISTEL P. op. cit. , p 280.

2.2.4. La communication événementielle

La communication événementielle est présentée comme « un système composite de communication mis en œuvre par une organisation autour de l'association de son nom ou de sa marque à un événement à caractère socioculturel (sportif, artistique, scientifique, etc.) »²⁵. Elle correspond à « une appellation générique donnée au sponsoring, au mécénat, au parrainage et à toute technique reposant sur l'utilisation d'un événement quelconque (existant ou créé spécifiquement) »²⁶. Ainsi que ces définitions le suggèrent, il s'agit d'un ensemble de techniques parfois très éloignées les unes des autres. L'événementiel recouvre trop d'opérations très différentes pour que l'on puisse le qualifier avec plus de précision que de communication vivante. Foires, expositions, salons, symposiums, événements sportifs ou culturels (parrainage), opérations portes ouvertes, n'ont en effet guère en commun que le recours à des rassemblements d'individus autour de circonstances bien définies. A l'événement lui-même s'ajoute éventuellement son exploitation médiatique. En vérité ce peut être :

- Soit une communication de contact entre l'annonceur et sa clientèle potentielle, donc une communication proche de la relation commerciale,
- Soit une communication d'image, dans laquelle la marque cherche à récupérer les connotations positives de l'événement²⁷.

On peut distinguer la communication aussi selon ses techniques en :

- **La communication hors média** : forme de communication qui permet de toucher des cibles plus restreintes et d'établir des relations étroites avec le public visé. Elle inclut le marketing direct, la promotion des ventes, les relations publiques, le parrainage et le mécénat :

- *Le marketing direct* : vise à établir une liaison personnalisée et interactive avec un client potentiel en vue de déclencher un acte d'achat.

²⁵ BAUX P. : « Modèles de persuasion et parrainage sportif », Revue française de Marketing, n° 131,1991/1, p 51-67, in BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007, p. 245.

²⁶ DECAUDIN J-M. : « La communication marketing, concepts, techniques, stratégies », Economica, Gestion, 1995, in BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007, p 245.

²⁷ MICHEL H. : « la maîtrise du rendement de la communication commerciale : nouveaux challenges ? Revue française du Marketing, n° 192-193, 2-3-5, 145-158. In BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007, p 246.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- *La promotion des ventes* : c'est donner plus ou faire payer moins l'avantage ainsi offert doit stimuler les achats. La promotion agit donc principalement sur le comportement, c'est pour cela qu'elle rencontre autant de succès.
- *Le parrainage* : est un soutien apporté à une manifestation, à une personne, à un produit ou à une organisation en vue d'en retirer un bénéfice direct.
- *Le mécénat* : est un soutien financier ou matériel apporté sans contrepartie directe de la part du bénéficiaire à une œuvre ou à une personne pour l'exercice d'activités présentant un caractère d'intérêt général.
- *Les relations publiques* : elles regroupent l'ensemble des activités de communication non publicitaires menées par l'entreprise en vue d'établir, d'entretenir ou de développer de bonnes relations avec ses différents publics. Son rôle est de saisir toutes les occasions pour développer des relations privilégiées avec toutes les personnes présentant un intérêt afin de véhiculer une image positive.

- **La communication médias** : forme de communication qui couvre les formes de communication non interactives et qui permet de toucher un large public. Six grand média peuvent être distingués :

- *La presse* : la presse écrite reste le média le plus utilisé par les annonceurs, grâce à sa richesse et sa diversité. Elle a bien résisté au développement de l'audiovisuel et du multimédia.
- *L'affichage* : média historiquement le plus ancien, l'affichage s'est adapté aux évolutions technologiques et sociologiques.
- *La radio* : est un média très « grand public » puisque 99% des foyers sont équipés d'ou moins un poste et que la durée d'écoute moyenne est de 190 minutes par jour.
- *La télévision* : elle est le média dominant des sociétés contemporaines. Principale source d'information et principal loisir pour une grande partie de la population mondiale, la télévision occupe une place centrale. Preuve de cette suprématie, les autres médias lui consacrent toute l'attention due à une star : émission de radio, rubriques et suppléments dans les journaux et magazines, site Internet, tout contribue à placer la télévision au sommet de la hiérarchie des médias.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- *Le cinéma* : elle est un média intéressant d'un point de vue publicitaire. C'est le média du spectacle, de l'émotion qui bénéficie d'une excellente mémorisation. Mais il reste néanmoins marginal.
- *L'Internet* : il est avant tout un réseau de communication, un ensemble de « tuyaux » ou « d'autoroutes de l'information ». ce sont les contenus diffusés qui en font un média spécifique, mais aussi un point de convergence de tous les autres médias : il diffuse la presse, la radio, la télévision, le cinéma. Il est aussi le média de tous les médias, en concurrence cependant avec le téléphone mobile.

2.3. Les étapes de la démarche stratégique en communication

La communication est aujourd'hui une composante importante de l'entreprise. C'est pourquoi la recherche de l'efficacité est un souci permanent. Elle impose le respect d'une démarche très rigoureuse de type stratégique, comportant sept étapes.

➤ *1^{er} étape : analyse de la situation et diagnostic*

Quel que soit le type de communication envisagé (commerciale, institutionnelle...), une analyse très approfondie de la situation de départ est indispensable. Elle porte sur les faits mais aussi sur les opinions des divers intervenants. Les points suivants sont abordés :

- L'annonceur et l'organisation qu'il dirige (entreprise, administration, association, etc.);
- L'objet de la communication : produit, service, cause à défendre, l'organisation elle-même;
- Son environnement commercial (le marché est-il vaste ou étroit ? est-il en expansion ou en récession ?), social (quels sont les grands courants de pensée dont il faut tenir compte ?), réglementaire (la réglementation du moment impose-t-elle des contraintes ?);
- Ses concurrents : sont-ils nombreux ? Quelle est leur force? Quelle est leur stratégie?
- Les personnes concernées par l'objet de la communication : acheteurs, utilisateurs, meneurs d'opinion, opinion publique. Qui sont-elles ? Que pensent telles ? Comment réagissent-elles ? Qu'attendent-elles ?
- L'état de la communication : comment l'annonceur a-t-il communiqué par le passé ? Quels messages ? Sous quelle forme ? Vers quelles cibles ? Avec quels moyens ?

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Un diagnostic général conclut cette analyse en faisant apparaître les forces et faiblesses de l'organisation, les opportunités et les menaces de l'environnement.

➤ *2^e étape : choix d'un positionnement*

- C'est le fait de donner une personnalité à un produit, une marque, une organisation pour qu'ils occupent une place précise dans l'esprit du public.
- C'est un résultat d'un travail de sélection rigoureux, pour isoler l'élément qui a le plus de chance d'accéder à l'esprit du public.
- C'est un choix stratégique à long terme qui confère au produit, à la marque ou à l'organisation, une personnalité précise et durable. Il détermine leur image.
- Un bon positionnement répond à plusieurs critères. Il doit être crédible, distinctif par rapport à la concurrence, attractif : il doit avoir une résonance dans l'esprit du public, répandre à sa sensibilité et à ses attentes.

➤ *3^e étape : choix des objectifs*

Le but de n'importe quelle communication est de convaincre quelqu'un de faire quelque chose ou d'adopter une certaine attitude. La tâche du responsable de la stratégie est de décider qui est cette personne et ce qu'elle doit être amenée à faire.

Les objectifs orientent la stratégie et permettent de contrôler l'efficacité des moyens mis en œuvre. Ils facilitent une analyse de ce qui s'est passé pendant la campagne.

La communication se donne pour rôle d'agir sur :

- La notoriété et l'information : renseigner sur l'existence d'un nouveau produit, les résultats de l'entreprise, etc.;
- L'image : modifier favorablement les attitudes et les opinions vis-à-vis d'un produit, d'une marque, d'une entreprise, d'un dirigeant, d'une cause politique ou sociale;
- Le comportement : inciter le consommateur à utiliser le produit d'une manière différente, le salarié à mieux accueillir le client, le journaliste à se déplacer à une conférence de presse, etc.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

➤ **4^e étape : choix des cibles**

Les cibles représentent les groupes de personnes que l'on veut toucher par la communication.

Il existe deux types de critères pour définir les cibles :

- Des critères quantitatifs : socio- démographiques, géographiques, de consommation et d'équipement. Ils permettent de déterminer approximativement la taille de la cible et de voir si elle est compatible avec le budget disponible;
- Des critères qualitatifs : psychologiques, de style de vie, de centre d'intérêt. Outre le choix de certains médias, ils influencent le style de la création.

Il est aussi important de hiérarchiser les cibles pour gérer efficacement les ressources budgétaires.

Cela signifie :

- Déterminer la cible principale, à qui sera destiné l'essentiel des actions de communication;
- Choisir un cœur de cible : c'est un sous-ensemble de la cible principale
- Identifier les autres cibles, sur lesquelles il faut agir pour renforcer l'efficacité de la campagne;
- Ecarter les cibles peu pertinentes ou qui paraissent hors de portée pour des raisons budgétaires.

➤ **5^e étape : choix d'un message**

Tout message contient une promesse. Celle-ci est le meilleur argument proposé à la cible pour la convaincre de faire quelque chose. La promesse d'un bénéfice doit répondre à deux conditions :

- La crédibilité : le message peut comporter une preuve objective, un témoignage, des références démontrant la véracité de la promesse.
- La cohérence avec le positionnement : un produit, une marque, ou une organisation bien positionnée se sont fait une place précise dans l'esprit du public sur une longue période. La promesse porte sur un point très précis qui renforce le positionnement en confirmant la place occupée dans l'esprit de la cible.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

➤ **6^e étape : choix des moyens de communication**

Le choix des outils de communication dépend :

- Des objectifs de la campagne;
- Des cibles;
- Du budget disponible.

La diffusion de messages, par achat d'espace dans les médias publicitaires (affichage, presse, radio, télévision, cinéma et Internet) permet de toucher des publics très larges ou au contraire des cibles précises. Ces médias répondent surtout à des objectifs de notoriété et d'image. L'achat d'espace publicitaire représente environ un tiers des dépenses de communication des entreprises. L'essentiel des budgets est consacré aux autres techniques de communication, dont le choix se fait en fonction des objectifs poursuivis :

Tableau 04 : Les techniques de la communication en fonction des objectifs

Objectifs	Moyens (hors médias publicitaires)
Notoriété	Parrainage, événements
Information	Edition de document, Site Internet de l'entreprise, Salons, Foires Relations presse
Image	Mécénat Relations publiques
Comportement	Mercatique directe Promotion

Source : DEMONT-LUGOL L. / KEMPF A. / RAPIDEL M. / SCIBETTA C. : "Communication des entreprises: stratégies et pratiques", édition Armand Colin, 2006, 2^e édition, p 19.

➤ **7^e étape : la planification des moyens**

Le dernier stade du travail consiste à planifier la mise en œuvre des moyens dans le temps, en fonction d'un calendrier précis et sous contrainte budgétaire.

2.4. Les conditions de réussite de la stratégie de la communication

La démarche stratégique n'est pas linéaire, les moyens dépendent du message à véhiculer, mais aussi des cibles. Celles-ci, selon leur taille et leur nature, imposent des objectifs différents. De nombreux allers et retours entre objectifs, cibles, messages et moyens sont donc indispensables pour obtenir la meilleure combinaison possible.

Le but recherché est d'obtenir la campagne de communication la plus efficace avec un budget imposé.

Le responsable de la communication doit s'entourer de collaborateurs compétents et fiables :

- En amont : des enquêtes peuvent être confiées à des chargés d'études quantitatives ou qualitatives. Des sociologues, psychologues, sémiologues interviennent également sur des points précis.

- En aval :
 - i. L'exécution est la mise en forme des idées créatives par le concepteur rédacteur et le graphiste; ils proposent des maquettes qui sont soumises à l'approbation de l'annonceur;

 - ii. La fabrication est assurée par des prestataires de services variés : imprimeurs ou sociétés de production audiovisuelle;

 - iii. La diffusion correspond, pour les médias, au travail des régies publicitaires; pour la communication directe, l'entreprise fait appel à la poste, à des sociétés privées de distribution de courriers et d'imprimés, à des centres d'appels téléphoniques...

La conception et la mise en œuvre d'une stratégie de communication exigent de son auteur des qualités rares et parfois contradictoires : rigueur, précision, sens des responsabilités, mais également créativité dans les décisions à prendre et sens du dialogue avec les collaborateurs.

SECTION 3 : LA COMMUNICATION HOSPITALIERE

S'interroger sur la communication à l'hôpital peut aujourd'hui encore paraître un peu iconoclaste, par rapport à la vocation première de l'hôpital qui est de soigner. Et pourtant, la communication n'est pas une pratique réservée aux organisations économiques seulement. Elle se développe aujourd'hui dans un nombre croissant de secteurs et notamment dans le fonctionnement des organismes administratifs tel que l'hôpital où on peut distinguer la communication interne (entre les membres de l'établissement) et la communication externe (entre l'établissement et ses clients : patients, autres hôpitaux, médecins externes, tutelles,...).

3.1. Naissance de la communication hospitalière

En France, dans les années 60, des premières actions de communication hospitalière se mettent en place (portes ouvertes, livret d'accueil...), on peut alors parler de relations publiques. On voit également paraître les premiers journaux internes, tel que le journal de Nîmes en 1962. Les hôpitaux bénéficient de moyens financiers confortables mais aucun poste de l'administration n'est dédié à la communication telle que nous la considérons aujourd'hui.

Dans les années 70, la communication hospitalière est à sens unique, les informations émanent de l'interne vers l'externe sans distinction dans les contenus en fonction des différents publics récepteurs.

Tandis que, les années 80 marquent une période difficile pour la communication hospitalière. Celle-ci commence à prendre une place importante et reconnue au sein de l'administration. Le public exige des institutions plus de communication et de transparence. Celui-ci cotise à la sécurité sociale et souhaite que son argent soit bien employé, il devient plus exigeant en matière de soin, de qualité d'accueil... Les hôpitaux publics doivent se montrer à la hauteur et justifier les sommes qui leur sont attribuées face à la concurrence montante des cliniques privées.

Les établissements privés sont les premiers à se doter de services marketing, presse, publicité. Les hôpitaux publics comprennent à leur tour qu'il est primordial de créer une nouvelle fonction au sein de l'administration et de lui donner les moyens d'agir, dès le départ, pour des raisons stratégiques, la fonction communication est rattachée à la direction de l'hôpital. Celle-ci doit en effet avoir une vue d'ensemble sur l'institution et être au courant de chaque

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

événement de la vie hospitalière. Les hôpitaux de Paris créent en 1977 un service d'information et de presse, les hospices civils de Lyon en 1978 se dotent d'un service de relations publiques et d'audiovisuel, ils seront suivis par les autres hôpitaux français quelques années plus tard²⁸.

3.2. Les clients de l'établissement de santé

Un établissement de santé a plusieurs types de clients, à l'intérieur et à l'extérieur de la structure. Un consensus est établi pour considérer que le client principal est *le patient et / ou sa famille*. C'est vers lui que convergent les activités et les prestations des nombreux autres clients des établissements de santé. Il est aussi nommé utilisateur final ou bénéficiaire principal.

Les autres clients de l'établissement de santé sont multiples²⁹:

- Les *médecins extérieurs* et les autres *établissements de santé* qui confient leurs patients à l'établissement. Ces relations s'inscrivent souvent dans le cadre d'une activité en réseau et la satisfaction de ces « clients partenaires » est essentielle pour la pérennité de l'établissement.
- Les *autorités de tutelles* (Caisse d'Assurance Maladie...) qui sont des clients moins directs mais qu'il convient aussi de satisfaire, notamment pour tout ce qui concerne les exigences administratives, réglementaires et budgétaires.
- Les *membres du personnel* (les personnels des services administratifs, les médecins des services) constituent autant de clients internes.
- Les *étudiants* des professions médicales et paramédicales. La qualité de la formation qui leur est dispensée dans l'établissement garantira la qualité des soins de demain.
- Les nombreux *fournisseurs de biens et de services* pour établir des relations clients-fournisseurs solides, fiables et efficaces.
- De manière plus systématique, la société prise dans sa globalité et l'ensemble des instances en relation avec l'environnement social, économique, politique et écologique.

²⁸ ALEXIA R. : « De la communication externe d'un CHU au marketing hospitalier », 2ème année, communication des organisations. Université Pierre Mendès France ITU 2 Grenoble, 2008.

²⁹ LECLET H. /VILCOT C. :« Construire le système qualité d'un établissement de santé », édition AFNOR, 2000, p 20.

3.3. La communication interne et externe dans le secteur de la santé

Dans le domaine sanitaire, on peut envisager trois types de communication³⁰ :

- Interpersonnelle: elle concerne l'échange d'informations entre les prestataires de soin et les patients.
- D'entreprise : il s'agit essentiellement de la communication faite par des établissements sanitaires (hôpitaux, cliniques), par des organisations à but non lucratif ou encore par des producteurs de technologies, comme les industries pharmaceutiques.
- De système : le département de la Santé Publique et d'autres entités publiques ou parapubliques sont également amenées à communiquer.

Nous nous concentrerons, dans le cadre de cette recherche, à la communication d'entreprise, en abordant principalement la communication externe d'hôpitaux publics à l'intention des patients.

3.3.1. La communication interne

La communication interne vise à améliorer la coopération entre direction et salariés, à créer de nouveaux réseaux de relations entre les différentes unités de l'établissement afin de partager les connaissances et d'améliorer la souplesse et la réactivité de la structure.

Elle est multidirectionnelle et se développe dans trois axes distincts³¹ :

- **La communication descendante** : permet de diffuser la culture qualité afin de faciliter son appropriation par les acteurs, de renforcer leur implication et de faire comprendre la politique qualité et les buts à atteindre. On peut imaginer plusieurs types de supports comme le journal d'entreprise, le site qualité sur intranet, les instances internes de réunion, les panneaux d'affichage des services, la création « d'espaces qualité » dans les lieux communs où sont affichés les informations et les comptes rendus des groupes de travail. La communication autour des résultats est un vecteur concret et puissant pour ancrer la démarche, pour la crédibiliser... et pour

³⁰ Koutaissoff D. « Marketing et communication des établissements sanitaires Vaudois : analyse et positionnement de 4 services de maternité », 2005.

³¹ LECLLET H. /VILCOT C. :« Construire le système qualité d'un établissement de santé », édition AFNOR, 2000, p 36.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

convaincre les réfractaires. Elle nécessite dans ce cas des formes adaptées (tableaux de bord, graphes, diagrammes,...).

- **La communication ascendante** : permet de connaître et de reconnaître les contributions individuelles, d'identifier les difficultés de mise en œuvre et de progression des travaux, les réactions, propositions, valoriser les résultats et les progrès.
- **La communication transversale** : permet l'apprentissage collectif, l'échange, la mutualisation et la capitalisation des expériences. Elle donne du liant entre les acteurs et favorise le décloisonnement institutionnel en créant un support de dialogue constructif centré sur le patient.

3.3.2. La communication externe

Pourquoi une personne choisit-elle de se faire soigner dans cet établissement plutôt que dans un autre ? Parce qu'elle a confiance ! Un patient croit à la compétence de tel ou tel médecin et à l'efficacité de telle ou telle structure de soins.

Cette confiance provient de :

- l'avis du médecin traitant : les médecins de ville sont en effet les premiers prescripteurs d'une institution. On ne choisit pas vraiment son chirurgien, on est conseillé par son médecin traitant. La communication avec cette communauté médicale est fondamentale, car elle est très influente.
- l'image et la réputation de l'établissement : l'image d'un établissement va bien sûr être influencée par la qualité de la prestation médicale et du personnel traitant, mais aussi par la qualité du « faire savoir », c'est-à-dire de l'efficacité des divers moyens de communication externe mis en œuvre.

L'objectif de la communication externe est donc de faire connaître l'établissement à l'extérieur, que ce soit la communauté médicale ou le grand public, pour attirer de la clientèle, faire connaître l'ensemble des prestations ou corriger un certain nombre d'a priori défavorables.

Un deuxième objectif de la communication externe est d'attirer les meilleurs collaborateurs, éventuellement de les débaucher lorsqu'une opportunité se présente. En attirant des

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

collaborateurs de qualité, on contribue également à une meilleure perception de l'établissement³².

La communication externe touche donc tant les patients que les professionnels de la santé et revêt un caractère important qui sera développée comme suit.

3.4. La communication externe dans un établissement de santé

La communication externe concerne prioritairement les clients (en premier lieu les patients) mais aussi les fournisseurs, les organismes de formation des professionnels, les tutelles et l'ensemble de l'environnement sociétal, en particulier les médias.

3.4.1. Les différents types de communication externe

Dans le domaine de la santé, on peut définir trois types de communication externe :

3.4.1.1. Communication de crise

Une situation de crise peut arriver à tout moment. Les éléments suivants peuvent mener à de telles situations: un patient ou un collaborateur mécontent, honoraires des médecins trop hauts, erreur médicale, tensions internes.

Les établissements publics, les CHU, ont souvent un dispositif prévu pour la communication de crise.

Le but d'un tel dispositif est non seulement de bien réagir lorsqu'une situation de crise se présente, mais également d'essayer de prévenir et d'anticiper ce type de situations : à savoir aller au devant des journalistes et, si besoin est, faire une déclaration afin d'éviter de perdre le contrôle de la situation.

Les objectifs d'une communication de crise sont les suivants :

- Empêcher une détérioration de l'image de marque et une perte de confiance ;
- Supprimer les craintes potentielles.

³² Debons, Françoise, L'importation des chirurgiens réputés, in « Bilan », 1995, n°5, p43-46. In Koutaissoff D. « Marketing et communication des établissements sanitaires Vaudois : analyse et positionnement de 4 services de maternité », 2005.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Pour Karin Müller, l'essentiel est d'avoir une communication ouverte, transparente et crédible³³. La manière de se présenter aux médias en communication de crise est effectivement décisive pour l'image et la confiance inspirée à l'opinion publique. Lorsqu'un hôpital ou un établissement sanitaire ne veut pas communiquer (donc répondre aux questions), cela éveille tout de suite l'intérêt des journalistes qui pensent immédiatement que l'établissement a quelque chose à cacher. Plus un établissement cherche à cacher des faits, plus les médias seront stimulés pour aller chercher par n'importe quel moyen l'information, et souvent au détriment de l'établissement en question. Une information non validée et diffusée par plusieurs émetteurs non coordonnés peut ternir très rapidement l'image d'un établissement.

Le comité de communication de crise se compose le plus souvent d'un représentant de la direction de l'établissement, d'un médecin et d'un porte-parole. En effet, il est essentiel d'avoir une collaboration étroite entre soignants et le service de la communication. Les soignants doivent être intégrés dans la cellule de crise qui doit répondre immédiatement aux journalistes ou à la population.

3.4.1.2. Communication marketing

L'approche marketing d'un établissement sanitaire diffère si celui-ci est public ou privé. Pour les établissements privés, il est primordial de se faire connaître. Car leur financement est basé sur les patients qu'ils soignent et non sur l'aide de l'Etat pour assurer leur financement; ils doivent donc attirer de la clientèle et par conséquent « vendre » leurs services. On peut donc parler, dans ce cas, d'opérations de marketing dans le sens de l'économie privée.

Cependant, pour les établissements publics, se faire connaître n'est pas une nécessité. Le besoin, pour les établissements publics, n'est donc pas d'attirer de la clientèle, mais de faire connaître l'ensemble des prestations offertes à la collectivité. Il s'agit d'avantage d'opérations de relations publiques que d'un marketing orienté vers la vente de services.

³³ Müller, Karin, Krisenkommunikation: was Spitalmitarbeitende wissen müssen, in „Compétence“, 2003, n°4, p. 25-27. In Koutaissoff D. « Marketing et communication des établissements sanitaires Vaudois : analyse et positionnement de 4 services de maternité », 2005.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akkou

➤ *Pour un hôpital universitaire*

Selon Bernard Gruson, il faut communiquer clairement sur ce qui se fait aux hôpitaux³⁴. Il est notamment nécessaire de donner des informations précises sur l'accès aux soins, les consultations, les conditions d'une hospitalisation et les thérapeutiques. Cela est essentiel pour obtenir un consentement éclairé du patient. Mais, pour Bernard Gruson, cette communication s'inscrit également dans un contexte plus large: « Notre plan stratégique a un accent important sur l'information et les droits des patients. Nous devons également communiquer sur nos résultats économiques. Sur ce que coûte un hôpital universitaire, sur ses contraintes, ses difficultés et aussi faire la promotion sur le développement de la science et de la recherche médicale ». S'agissant d'un hôpital public, dont le financement est assuré à hauteur de 60% par la subvention des pouvoirs publics, il est légitime que les citoyens et les habitants d'une communauté soient correctement informés de ce à quoi ils contribuent.

➤ *Pour une clinique privée*

Il est primordial de se faire connaître et d'attirer de la clientèle en communiquant sur sa différence. Pour cela, elle doit informer sur ses prestations, se différencier d'un établissement public, ce qui en marketing classique implique la définition d'un positionnement. Sur le site Internet de l'Association vaudoise de cliniques privées³⁵, on constate bien que le message principal est de donner au patient potentiel les raisons pour lesquelles il devrait se faire soigner dans une clinique privée plutôt qu'un établissement public. Ces raisons sont les suivantes : Libre choix du médecin, de l'hôpital, des délais et le confort.

• **Le libre choix du médecin** : Si tout un chacun bénéficie de la liberté de choisir son médecin pour les consultations en dehors de l'hôpital, seules les personnes disposant d'une assurance complémentaire d'hospitalisation en demi-privé ou privé peuvent choisir librement leur médecin en cas d'hospitalisation. Se faire opérer par le spécialiste de son choix peut s'avérer essentiel.

³⁴ Jacquiéry, Corinne, Communication externe aux HUG, un outil de démocratie, in « Compétence », 2003, n°4, p.15-18. In Koutaissoff D. « Marketing et communication des établissements sanitaires Vaudois : analyse et positionnement de 4 services de maternité », 2005.

³⁵ Association vaudoise des cliniques privées, www.swissclinics.ch. In Koutaissoff D. « Marketing et communication des établissements sanitaires Vaudois : analyse et positionnement de 4 services de maternité », 2005.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- ***Le libre choix de l'hôpital*** : Les complémentaires demi-privées ou privées permettent de se faire hospitaliser dans l'hôpital ou la clinique de son choix. Cette liberté peut être essentielle dans la mesure où certains médecins et spécialistes n'interviennent que dans le privé. Ce n'est peut-être pas essentiel dans la plupart des traitements, mais il suffit de peu pour faire la différence.
- ***Le libre choix des délais*** : Malheureusement et malgré un système hospitalier de qualité, les listes d'attente sont une réalité de plus en plus présente, dans les hôpitaux suisses également. Pour certaines interventions spécialisées, des délais importants peuvent être imposés aux patients assurés en division commune. Dans d'autres cas, les dates d'une intervention, même bénigne, seront imposées au patient sans possibilité de changement. Seules les personnes disposant d'une assurance complémentaire d'hospitalisation pourront choisir les délais et les dates de leur hospitalisation.
- ***Le confort et le réconfort*** : C'est indéniable ! Entrer à l'hôpital n'est jamais réjouissant et parfois très angoissant. Pouvoir disposer de confort, d'intimité et d'un soutien vraiment attentionné n'est alors pas un luxe! Malheureusement les conditions d'accueil des divisions communes ne sont pas toujours optimales : chambres à 4 lits, horaires de visites imposées, etc.

3.4.1.3. Communication in situ

Le dernier type de communication externe est la communication in situ, c'est-à-dire la communication qui se fait à l'intérieur de l'établissement sanitaire. Le public est comme nous l'avons vu sensible aux critères subjectifs et émotionnels : confort ambiant (confort esthétique) et confort fonctionnel (signalétique).

En effet, il est très important qu'en entrant dans un établissement la première impression qu'éprouve un usager soit positive. Dans un hôpital, l'accueil, l'un des premiers éléments de la communication perceptible, est un des composants dominants de l'identité de l'entreprise. « Lorsque l'on passe en revue les réclamations que les établissements hospitaliers reçoivent ou les remarques des questionnaires de satisfaction, on s'aperçoit qu'une très large majorité concerne les lacunes dans l'accueil et la communication »³⁶ pour Anthony Staines. De toute

³⁶ Staines, Anthony, Accueil et communication, in « Schweizer Spital – Hôpital Suisse », 1997, n°3, p. 19-21.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

évidence, le monde hospitalier a des progrès à faire, notamment concernant le temps d'attente, important facteur d'insatisfaction pour le patient.

Le temps d'attente doit être réduit au minimum. Au-delà, la gestion de l'attente doit s'organiser. Un certain nombre de facteurs, qui ne relèvent en aucun cas de la qualité des soins, agissent sur la perception de l'attente et par là même sur l'image globale que l'on se fait de l'établissement.

3.4.2. La cible de la communication externe

L'établissement sanitaire a plusieurs cibles de communication externe

- ***Le patient et/ ou sa famille*** : Dans le cadre de sa communication, l'hôpital doit tout d'abord s'adresser aux patients qui ont un statut un peu particulier et souvent contraint ! En effet, le malade hospitalisé réside parfois pendant plusieurs jours ou mois au sein d'un CHU tout en étant extérieur à celui-ci.

Les familles de ces patients sont elles aussi une cible importante vers qu'il faut communiquer pour les rassurer et leur expliquer le fonctionnement de l'hôpital. Les patients et leurs familles joueront un rôle de prescripteur, ils parleront à leur entourage de leur séjour, de l'accueil et de la qualité des prestations hospitaliers.

- ***Le grand public ou la « clientèle » potentielle*** : Sont des cibles qu'il ne faut pas oublier. Les personnes doivent connaître l'hôpital de manière positive car un jour ou l'autre, il est probable qu'elles soient amenées à entrer à l'hôpital dans le cadre d'une hospitalisation.

Si cette cible connaît l'hôpital et son fonctionnement, elle sera plus sereine et plus apte à choisir le CHU dans le cas d'une entrée programmée. Lorsqu'un établissement décide de faire une campagne d'affichage, il s'agit d'une communication « grand public ».

- ***Les associations de patients*** : Sont un groupe à ne pas négliger lors d'une communication envers les patients. Celles-ci peuvent également se constituer partie civile en cas de litige avec l'administration hospitalière.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akkou

- **Les médecins libéraux :** Sont des prescripteurs très importants, ils orientent les patients vers tel ou tel hôpital. Si le CHU communique auprès d'eux et arrive à les convaincre de la qualité des prestations qu'il dispense, le médecin sera plus à même de recommander le CHU à ses patients.
- **Les institutions :** Tels que les communes, les collectivités territoriales,...constituent des interlocuteurs privilégiés à ne pas négliger.
- **Les journalistes :** Sont des relais d'information particuliers et souvent craints. Ils sont effectivement en mesure de rédiger des articles cinglants sur des événements avérés ou non, portant préjudice à l'hôpital.

3.4.3. Les moyens de la communication externe

La communication externe passe principalement par deux moyens : la publicité et les relations publiques. Nous citons ici les passages les plus déterminants pour définir ces deux aspects :

- **La publicité :** « De tous les instruments du marketing, la publicité est l'instrument le plus visible, ce qui ne signifie pas forcément qu'elle soit le plus important. Les idées, les opinions et les préjugés à propos de la publicité ne manquent pas. Selon les points de vue et les systèmes de valeurs, la fonction de la publicité est d'informer, pour d'autres de manipuler. »³⁷

« L'usage des moyens publicitaires, et particulièrement ceux utilisant les grands médias comme la télévision, la radio ou la grande presse provoque la méfiance. Peu d'hôpitaux utilisent cette forme de communication. Cela choque qu'on puisse mettre sur le même plan un shampoing et la santé. »³⁸

- **Les relations publiques :** Les relations publiques ont pour but de propager une image ou une impression permettant de juger l'entreprise dans son ensemble.

« Les relations publiques fournissent des informations relatives aux activités de l'entreprise et à leurs résultats, et visent à établir une relation de confiance qui

³⁷ THOMMEN, J.-P. « Introduction à la gestion d'entreprise », Versus Zurich, 1997, p.187.

³⁸ DUBOIS, BERNARD, « Le marketing management hospitalier », Paris, Berger-Levrault, 1987, p.241.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

facilitera les contacts futurs entre l'entreprise et des partenaires potentiels ou d'autres groupes d'intérêts. »³⁹

Les cibles de la communication sont ici les personnes ou les organisations qui sont en relation avec l'entreprise; les relations publiques peuvent donc être les patients, la communauté médicale, les assureurs maladie, etc.

« Les moyens classiques sont très divers : l'accueil (l'admission), publication de brochures, d'un journal d'entreprise, d'interviews, colloques et conférences, soutien à des œuvres sociales, participations à des activités d'intérêt public, etc. »⁴⁰

3.5. Le rôle de la communication hospitalière

Il est impératif aujourd'hui que la communication soit intégrée à la stratégie de l'établissement et que tout directeur devrait se poser la question de l'intérêt de la communication en tant que manager⁴¹.

- ***La communication pour valoriser l'hôpital :*** Selon Burgarella D. la fonction communication ne connaît plus de crise de légitimité aujourd'hui, elle est bien intégrée à l'institution. Cependant, il constate qu'il y a une méconnaissance de l'information dans l'hôpital, surtout dans les grosses structures.

D'une part, il estime qu'avant de passer à une phase active, la communication doit passer par une phase d'écoute de la structure. D'autre part, il est possible de contourner le manque de moyens : les difficultés résident principalement dans les jeux de pouvoirs et leur nécessaire connaissance avant d'entreprendre toute action. Il pense également que la dimension universitaire doit aussi se retrouver dans la communication. Cette dernière doit développer la créativité.

De plus, l'hôpital doit exister en dehors de ses murs (l'hôpital est déjà présent hors de ses propres murs à travers l'Hospitalisation à Domicile par exemple) mais la communication doit aussi sortir de l'hôpital.

³⁹ THOMMEN, J.-P., « Introduction à la gestion d'entreprise », Versus Zurich, 1997, p.186.

⁴⁰ DUBOIS, BERNARD, « Le marketing management hospitalier », Paris, Berger-Levrault, 1987, p.241.

⁴¹ PEJU N. directeur de la communication, Fédération Hospitalière de France, Paris : « La communication hospitalière: pourquoi faire? »

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

En effet, les personnes adressant les patients à l'hôpital doivent être informées de ce qui se fait à l'hôpital. La « valeur » de la communication consiste donc bien à valoriser l'activité qui se pratique à l'hôpital.

Les relations avec le corps médical hospitalier ou les médecins de ville étant parfois difficiles à appréhender, le temps est donc un facteur incontournable. Il convient d'établir des relations de confiance stables entre les différents acteurs hospitaliers et non hospitaliers avant d'entreprendre des opérations originales.

Un communicant n'est donc pas un magicien, mais il a cependant un pouvoir non négligeable dans l'organisation d'une structure.

- ***La communication pour accompagner le changement*** : Selon Defouhecourt X. la communication est un outil au service du changement. Celui-ci opère de différentes manières : changement dû à une crise, changement lié aux réformes, changement stratégique (lié au développement d'une nouvelle activité stratégique), changement circonstanciel...

Pour l'intervenant, il s'agit désormais de valoriser le changement afin de susciter l'adhésion.

Une communication réussie ne consiste pas seulement en l'accompagnement du changement mais bien plus : elle doit être moteur du changement. En effet, la communication doit permettre d'expliquer, de donner du sens aux actions, de se poser les bonnes questions.

Cependant, la communication rencontre des freins : l'ignorance, l'incompréhension, l'inquiétude. La communication se doit dans ce cas d'informer et de poser des repères. La communication doit apporter de la confiance, de la transparence dans les relations.

La communication est une fonction récente. Néanmoins, l'intervenant pense qu'il ne faut pas renier le passé des hôpitaux. Pour savoir où on va, il faut savoir d'où l'on vient. C'est pourquoi, dans des opérations de recomposition, reconstruction, la communication doit avoir un rôle primordial afin d'accompagner le changement.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- **La communication pour gérer la crise :** Fritsch D. insiste sur le rôle de la communication pour gérer la crise. La société actuelle est prise par le temps ; anticiper le futur devint donc une nécessité. La gestion de crise fait partie intégrante de la gestion des risques.

La crise a un effet perturbant sur l'organisation au quotidien : il n'y a plus de normes, de repères. De plus, l'instantanéité prévaut non seulement dans nos sociétés mais surtout pour les journalistes.

De ce fait, la communication de crise n'est que le reflet d'une stratégie anticipée. Des outils doivent être préparés par l'hôpital afin de gérer une future crise : cellule de crise, plan de communication de crise, porte-parole,...etc.

La communication doit être anticipée par les hôpitaux en constituant à l'avance par exemple des dossiers de presse prêts à être utilisés (présentation de l'établissement, chiffres-clés...), des pages Internet et intranet actualisées régulièrement... De même, les relations avec les partenaires de crise sont à préparer et à entretenir même en dehors des périodes de crise.

Lors de l'apparition d'une crise, une bonne gestion de la communication doit passer par de bonnes relations avec les partenaires locaux, des informations brèves à échéance régulière pendant la crise et un suivi des retombées et conséquences après la crise.

Si la communication doit être permanente, il convient d'adapter l'information en respectant quelques principes lors d'une crise :

- Aller vite (les délais et longueurs constituant une faiblesse selon l'intervenant) ;
- Anticiper les interrogations ;
- Positionner ou repositionner la crise (quel est le vrai problème ?) ;
- Etre en phase avec la perception de l'événement.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

S'agissant de la communication avec les médias, l'intervenant rappelle la nécessité d'aller vite (les journalistes ont des contraintes de temps : le 13h, le 20h, l'envoi à l'imprimerie...) et présente des exemples de support de communication : une interview (orienter son discours en fonction de la cible), un communiqué bref (1 page reprenant la démarche QQQCP- qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi- avec un titre évocateur, des phrases courtes, des chiffres précis), une conférence...

L'intervenant insiste sur le fait que l'instantanéité prévaut lors d'une crise, sur la nécessité d'une cellule de communication en cas de déclenchement d'un plan blanc et sur l'identification de la personne devant communiquer avec les journalistes et de son remplaçant en cas d'absence.

En temps normal, l'hôpital fournit des informations aux journalistes alimentant ainsi leurs colonnes; l'hôpital fait vivre les journalistes.

En période de crise, l'inverse se produit : les journalistes vont vendre grâce à l'événement générateur de la crise, ils n'attendent donc pas l'hôpital pour vivre.

SECTION 4 : PERSPECTIVE SUR LA MISE EN PLACE DE LA COMMUNICATION HOSPITALIERE EN ALGERIE

La communication hospitalière s'inscrit donc dans une nouvelle méthode de gestion des structures publiques de santé. Par ailleurs, les insuffisances relationnelles qui caractérisent aujourd'hui les structures publiques de santé en Algérie les obligent à s'adapter aux changements socio-économiques que connaît le pays afin de garantir un service public de qualité et de satisfaire les besoins de ses usagers qui deviennent de plus en plus exigeants en matière d'accueil et de communication.

4.1. Accueil et orientation du public

Le patient est d'abord un être humain. Sa condition de malade impose à ceux qui vont le prendre en charge de se préoccuper autant de son accueil que de ses soins. En matière d'accueil, les premiers moments et plus particulièrement le premier contact sont essentiels. Le bureau des entrées, à travers son service accueil et orientation, est l'expression d'une première relation déterminante de l'image de marque de l'établissement.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

L'accueil comprend l'ensemble des mesures d'ordre moral, relationnel, matériel et organisationnel dont le but est de permettre aux demandeurs de soins, d'accéder dans les conditions de sécurité et de confort aux services prestations de l'établissement. Cet accueil nous paraît bien défini par la phrase suivante : « *il est nécessaire que le malade qui doit entrer dans un établissement de santé, loin de penser à un clos est mystérieusement hostile, sache par avance et sa famille avec lui, qu'il va trouver dans son hôpital, non seulement des soins attentifs éclairés mais un climat de sympathie ; non seulement un confort hôtelier convenable mais le respect de sa dignité* »⁴².

Cette phrase, résume d'une façon parfaite et complète ce que tout malade souhaiterait trouver à l'hôpital. L'objectif est de rendre moins brutale et moins pénible la rupture que représente le monde de l'hôpital par rapport au milieu familial quotidien du malade.

Pour cela, il est nécessaire de procéder à un aménagement et à la décoration des locaux d'accueil.

Les hôpitaux devraient accomplir des efforts importants de rénovation où la notion d'accueil doit être au centre même de cet effort. Chaque service hospitalier doit intégrer la fonction accueil et ce dès le stade de la programmation. A cet effet, on doit s'intéresser particulièrement :

- Au hall d'accueil et aux salles d'attente,
- A la structure même du bureau des entrées.

Pour assurer la fonction d'accueil, il est possible d'affecter des agents choisis pour leurs qualités de présentation, leurs aptitudes aux contacts et leur qualité humaine avérée. L'hôpital, peut recruter des « hôtesse » formées spécialement pour assurer cette fonction en milieu hospitalier.

Le personnel du bureau d'accueil doit être à la disposition des visiteurs. La tenue vestimentaire et comportement du personnel d'accueil doivent être irréprochables. Pour conclure, nous dirons que l'accueil doit être un soulagement, une sécurité, un réconfort et un respect de la personne humaine.

⁴² TAHAR H. et HACENE L. : « le bureau de entrées de l'hôpital public outil d'adaptation économique et instrument d'humanisation » ; promotion 28 ; 1995 Institut National d'Administration, Alger.

4.2. La communication

La communication est le processus par lequel un ensemble d'information sont échangées entre des personnes et/ou des structures en utilisant des techniques et des supports déterminés dans un but bien défini⁴³.

Selon le programme d'action pour 1997⁴⁴ du ministère de la santé et de la population (cf. annexe 01) relatif à l'amélioration du service public : accueil des citoyens consistes-en :

- Réhabilitation des bureaux d'accueil par meilleure signalisation ;
- Renforcement par les qualifiés, après formation et sensibilisation ;
- Aménagement et adaptation des horaires ;
- Généralisation de la mise en place du registre de doléances.

Le bureau des admissions est donc un lieu et un cadre privilégié de communication entre les demandeurs de soins (les usagers du service public hospitalier) et l'administration hospitalière; c'est un niveau de communication obligatoire et inévitable puisqu'il s'agit d'une étape qui conditionne l'accès aux soins hospitaliers. Il s'agit d'un moment décisif qui va conditionner l'attitude générale de l'utilisateur durant son séjour dans l'établissement.

Aussi, pour que cette première communication soit bien conduite, humanisée et efficace, il faut la préparer. Selon le programme d'action pour 1997⁴⁵ du ministère de la santé et de la population (cf. annexe 01) relatif à l'information et communication,

C'est le rôle de la cellule de communication d'élaborer un guide de communication à l'usage des personnels administratifs et d'accueils affectés au bureau des entrées. Le guide doit comporter des recommandations quant aux attitudes à adopter à l'égard des usagers et sélectionner même les formules d'accueil et d'orientation compréhensibles par les usagers.

En plus de la communication de courtoisie, le guide doit comporter les questions à poser et les réponses à donner à l'utilisateur. Le guide doit également prévoir les principales difficultés de

⁴³ CHIHA K. « la communication importance-moyens et politique globale en milieu hospitalier », institut nationale de santé publique, Alger, juillet 2002.

⁴⁴ BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; N° 1- 1^{er} semestre 1997 p 33.

⁴⁵ Op cit p 35.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

communication susceptibles d'être rencontrées et indiquer ou préposés les conduites à tenir.

La communication orale doit prendre le relais de la communication écrite ou visuelle (symbolique) quand ce dernier ne la comprend pas.

Il faut assurer un climat psychologique favorable aux usagers ainsi qu'une discrétion des informations qui leurs sont données ou demandées.

Pour cela, il faut prévoir des séparations entre la salle d'attente et les autres services. Certaines formules peuvent être conçues pour inciter, favoriser et développer le message en retour.

4.2.1. La charte du malade hospitalisé

L'accueil et la communication concourent à la fonction d'humanisation. Aussi, il est nécessaire d'éditer une charte du malade hospitalisé pour lui permettre de mieux se prendre en charge durant son séjour à l'hôpital. Ce document doit être remis au malade lors de son admission. Dans cette charte, doivent figurer, outre les droits et les devoirs du malade, toutes les recommandations à suivre ainsi que le règlement intérieur de l'hôpital⁴⁶ (cf. annexe 02).

Les droits du malade peuvent être résumés comme suit :

- Le droit de bénéficier de l'amélioration des relations entre l'administration et le public ;
- Le droit d'être bien accueilli pendant son séjour à l'hôpital ;
- Le droit d'accès à son dossier médical ;
- Le droit d'être protégé dans sa vie privée : le médecin de ce fait a un devoir de réserve et de discrétion (secret médical) ;
- Le droit à la vérité : le médecin, à la demande du malade, lui révèle la vérité sur son état de santé ;
- Le droit au respect, à la sincérité et à la clarté de la part des médecins, des infirmiers et de l'ensemble du personnel notamment ceux ayant une relation directe avec le malade;

⁴⁶ BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; CIRCLAIRE N° 74-258 du 12 Décembre 1974.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- Le droit à l'information sur le prix de journée d'hospitalisation, des modalités et procédures de paiement ;
- Le droit à l'évacuation sanitaire ;
- Le droit de respecter sa volonté exprimée de quitter l'hôpital contre avis médical sous réserve de signer une décharge dégageant ainsi la responsabilité de l'hôpital ;
- Le droit de conserver les effets et objets personnels, de les déposer au niveau de l'économat ;
- Le droit d'expédier et/ou de recevoir du courrier ;
- Le droit d'apporter des suggestions et observations sur la qualité des services assurés par l'ensemble des personnels de l'hôpital.

Les devoirs du malade se résument comme suit :

- Devoir de respecter les règles de vie et les habitudes propres à l'hôpital : horaires,... ;
- Devoir d'exécuter toutes les prescriptions et conseils du médecin traitant, des infirmiers ;
- Devoir de respecter toutes les formalités d'entrée et de sortie : le malade a pour obligation de donner toutes les informations demandées par le personnel du bureau des entrées dans le but de compléter son dossier administratif, de la prise en charge des frais d'hospitalisation ;
- Devoir de respecter les autres malades pour préserver le calme, la tranquillité et le repos : il convient d'user avec discrétion des appareils de radio, télé,... d'éviter les conservations trop bruyantes et d'atténuer les lumières ;
- Devoir d'éviter toute détérioration et gaspillage du patrimoine de l'hôpital ;
- Devoir de montrer une grande courtoisie à l'égard du personnel hospitalier, des autres malades et visiteurs ;
- Devoir de respecter le règlement intérieur de l'hôpital pour la partie qui le concerne.

Nous noterons qu'il existe une charte du malade hospitalisé (circulaire n° 74-258 du 12 décembre 1974 portant sur « l'humanisation des hôpitaux » mais qui est toujours ignorée par nos hôpitaux.

Toutefois, il est nécessaire de procéder à la modification de cette charte compte tenu des nouvelles données selon le circulaire n° 04 du 07 Aout 2003, portant sur la contribution à l'humanisation des hôpitaux (cf. annexe 03).

4.2.2. Le livret d'accueil

Généralement fourni au niveau du bureau des admissions, un livret ou « guide » du malade comportant la charte du malade hospitalisé. Ce document, mis à la disposition du malade et sa famille, doit contenir les principales caractéristiques de l'établissement ainsi que les renseignements indispensables :

- Présentation générale de l'établissement (emplacement, capacité, liste des services et leurs chefs,...),
- Tableau général des consultations : soins dispensés et horaires,
- Droits et devoirs du malade.
- Formulaire à remplir ainsi que les procédures d'accès aux services,
- Questionnaire de sortie,

Selon l'instruction n° 17 du 24 Octobre 2002, relative au programme d'amélioration des prestations⁴⁷ (cf. annexe 04) et dans le but d'amélioration des prestations un « résumé standard de sortie » doit être remis au patients renseigne sur les pathologies prises en charge et le mode de sortie devra être institué.

Nous suggérons l'édition de deux (02) types de livrets :

- Un livret rédigé en faveur des malades hospitalisés,
- Un autre livret au profit des malades externes (consultation).

Et cela pour éviter toute confusion des droits et des devoirs compte tenu des circonstances.

Ces livrets doivent être confectionnés de façon claire et précise mais surtout attirante en vue de retenir l'attention du lecture à travers :

- ✓ Les lettres typographiques (petites et grosses);
- ✓ L'utilisation des couleurs;
- ✓ Les illustrations.

Les documents précités doivent être rédigés en langue nationale et français pour amener le maximum de malades à remplir les questionnaires de fin de séjour. Dans ce formulaire, un ensemble de questions relatives aux conditions de séjour du malade lui sont proposées dans le but d'évaluer l'établissement hospitalier, notamment les services et prestations suivantes :

⁴⁷ BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; l'instruction n° 16 du 24.Octobre 2002

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- ✓ L'accueil et l'admission;
- ✓ La chambre;
- ✓ La qualité des soins infirmiers ;
- ✓ Les services des repas;
- ✓ Les heures de visite;
- ✓ L'impression générale.

En plus le malade peut formuler les commentaires et remarques qu'il juge nécessaires à aborder. Il est fait mention du service où se trouve le malade afin de connaître l'origine de la déficience pour apporter les solutions adéquates en vue d'améliorer les prestations de prise en charge du malade. Il serait généralement préférable d'accompagner le questionnaire de sortie d'une lettre explicative de l'intérêt et l'importance de ce questionnaire.

Le formulaire d'évaluation de l'hôpital est une méthode simple, efficace, objective et dynamique pour le directeur de l'établissement car c'est d'après cette évaluation qu'il peut situer l'image de son établissement selon le circulaire n°001/SP/MIN/MSPRH/05 du 04 Juillet 2005⁴⁸, relatif aux différents défis à faire pour l'élévation du niveau de l'image de marque du secteur de la santé⁴⁹ (cf. annexe 05). Il est en plus, un outil d'humanisation fournissant aux malades un moyen d'expression pour l'amélioration permanente de l'institution hospitalière.

Les questionnaires seront rassemblés chaque mois, numérotés, perforés et traités par ordinateur pour fournir :

- Un relevé général,
- Un relevé par unité de soins,
- Un relevé par rubrique de questionnaires.

En vue de déceler les anomalies et éventuellement les performances. On pourrait imaginer d'autres formules en vue d'inciter le malade à donner son avis et établir des propositions qui permettraient une évaluation judicieuse : il s'agit des **registres de doléances et des boîtes à suggestions**. Il est notoire que cette mesure bien qu'efficace se trouve incapable de répondre aux attentes d'une population hospitalière dont l'analphabétisme est dominant. Il serait alors nécessaire d'encourager **la communication de vive voix**.

⁴⁸ BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; N°21-3ème Trimestre 2005.

⁴⁹ BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; 3ème Trimestre 2005 ;

Conclusion

La communication a fait l'objet d'étude partagé par plusieurs disciplines qui ne répondent pas à une définition unique. Mais, il ne s'agit pas de remplacer une théorie par une autre mais d'essayer de faire une synthèse des différentes théories pour enrichir le cadre théorique de la communication.

En effet, la communication est devenue une fonction importante de l'entreprise. Elle forme le socle de tous les dysfonctionnements, point focal de toutes les remises en œuvre, canalisant critiques et suggestions d'amélioration. Il suffit qu'une institution ne se régule pas de façon optimale pour qu'aussitôt la communication apparaisse par défaut : « nous ne communiquons pas assez, il faut communiquer »⁵⁰.

La communication est un facteur essentiel dans un processus de changement et de modernité. Pour être professionnalisée et même érigée en direction opérationnelle, elle doit donc regrouper toutes les formes de communication au sein de l'organisme soit en interne ou en externe.

La communication hospitalière prend aujourd'hui une dimension stratégique pour les établissements de santé qui montre l'importance des enjeux de la circulation de l'information. L'hôpital doit s'adresser à l'interne et à l'externe. Une bonne information et une bonne communication apparaissent conditionner une bonne performance et une meilleure qualité des prestations des services hospitaliers.

La communication est en effet destinée à devenir de manière généralisée un service, une fonction à part entière dans les hôpitaux. Son existence prouve que l'information est l'élément essentiel de la cohésion de la transparence et permet la dynamique des objectifs. Elle est donc indispensable.

En Algérie, la communication hospitalière se limite aux actions internes tel que l'amélioration de l'accueil des patients et non pas sur l'ouverture de l'hôpital vers ses différents publics (futurs patients, médecins libéraux, médias,...etc.).

⁵⁰ LIBAERT T. : « La communication d'entreprise », 2^e édition, Economica, 2005, p 107

**Chapitre II:
notions de qualité
des prestations des services**

CHAPITRE 2 : NOTIONS DE QUALITE DE PRESTATION DE SERVICE HOSPITALIER

Introduction

Lorsque les consommateurs achètent des produits, ils obtiennent en échange de leur argent des biens tangibles (et donc physique), parfaitement identifiables. Les services eux, sont intangibles et ne peuvent être ni possédés ni revendus comme peuvent l'être les produits.

En effet, nombre de services requièrent la présence et la participation du client à la création du « produit de service »⁵¹. L'implication des consommateurs peut prendre la forme du libre service (utilisation d'une laverie automatique, retrait d'argent à un distributeur automatique...), ou d'une coopération avec des prestataires de services (hôtels, lycées, hôpitaux). Dans de telles circonstances, les consommateurs peuvent être considérés comme des employés ponctuels et les sociétés de services ont intérêt à les former pour les rendre plus compétents d'où le souci de la qualité des services.

Aujourd'hui, la qualité du service consiste à s'intéresser à toutes les attentes et tous les besoins du client. D'autant plus que cette démarche a pour but le développement de l'image de l'entreprise et plus particulièrement la satisfaction de ses clients.

En effet, la conjoncture actuelle oblige les établissements de santé à s'interroger sur leur mode de fonctionnement et de s'adapter aux nouveaux environnements. Puisque les services hospitaliers souffrent de nombreux problèmes organisationnels et relationnels qui gênent leur bon fonctionnement.

Notre conception de l'hôpital en tant que service, le patient n'est pas seulement un malade qu'il faut soigner, mais aussi le client d'une prestation de service complexe et multiforme. Client qu'il faut s'efforcer de satisfaire et de satisfaire les proches. Pour cela, il est important de donner quelques notions générales concernant la qualité de service et comment la communication constitue un élément important dans la qualité de service.

⁵¹ JOHNSTON R. « the zone of tolerance: exploring the relationship between service transactions and satisfaction with the overall service », international journal of service industry management, vol. 6, n° 5, 1995. In LOVELOCK C., Jochen Wirtz, Denis Lapert, Annie Munos : "Marketing des services", 6^e édition Pearson Education, 2008, Paris, P 15.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Avant d'aborder la qualité de service hospitalier. Dans le présent chapitre, nous tenterons de montrer, dans une première section, définition du concept service, ses caractéristiques, ses différents types, ainsi que son cycle de production. Dans une deuxième section nous essayerons de traiter la qualité de service à savoir sa définition, les composantes de la qualité dans le service, Le modèle des écarts : un outil conceptuel pour identifier et corriger les problèmes de qualité du service et en fin mesurer la qualité d'un service à savoir les mesures molles et les mesures dures. Dans la troisième section nous essayerons de retracer le service hospitalier, à savoir sa définition et ses différents types ainsi que la qualité en établissement de santé.

SECTION 1 : NOTIONS DE SERVICE

Pour bien comprendre la nature particulière d'un service, ses multiples implications sur la stratégie et l'organisation d'une entreprise de service, nous allons évoquer les différentes définitions du service à travers le temps ainsi que ses multiples caractéristiques.

1.1. Définition

Le mot service vient du latin *servus-i* : l'esclave. Cette origine étymologique explique bien le lourd héritage de cette notion : on rend service (sous-entendu : gratuitement), le serf doit servir son seigneur.

D'après Judd, 1963 « un service est une transaction réalisée par un entrepreneur ou une entreprise ou l'objet de l'échange est autre que le transfert de propriété d'un bien tangible »⁵², cette définition met en valeur un point important : l'acheteur d'un service n'en est pas « propriétaire ».

Selon Rathmell, 1966 : « un service est un acte, une performance, un effort »⁵³. Cette définition est reprise et complétée par Berry, 1980 qui compare à nouveau produits et services : « un produit est un objet, une chose, un moyen; un service est un acte, une exécution, un effort. »⁵⁴.

⁵² VOGLER E. : « management stratégique des services : du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services », édition Dunod, Paris 2004, p 10

⁵³ Op cit, p 10.

⁵⁴ Op cit p10.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Un produit est donc statique (c'est un objet, le résultat définitif d'un processus de production), un service est dynamique (c'est un acte, un processus de fabrication qui s'écoule et que le client vit la plupart du temps, donc du temps qui passe pour le personnel et surtout pour le client).

D'après Leonard Berry, 1984 « un produit est un objet, un appareil, une chose, tandis qu'un service est un acte, une prestation unique, bien que la réalisation de la plupart des services s'appuie sur des éléments matériels, l'essence de ce qui est acheté est la prestation que réalise l'une des parties pour l'autre »⁵⁵.

Ainsi, nous pouvons définir le terme « service » comme étant une prestation à caractère immatériel, conçue, mise au point et proposée par une entreprise à des clients. La prestation d'un service implique un contact, une interaction entre le prestataire et le client; le client fait partie intégrante du système de délivrance du service car il participe également à la réalisation du service.

Selon la norme ISO 8402, le service est le « résultat généré par des activités à l'interface entre le fournisseur et le client, et par des activités internes au fournisseur pour répondre aux besoins du client.»⁵⁶

La prestation de service est « celles des activités du fournisseur qui sont nécessaires à la fourniture du service.»⁵⁷

1.2. Les caractéristiques d'un service

Les services présentent quatre caractéristiques principales⁵⁸ :

1.2.1. L'intangibilité

Un service n'est pas un objet tangible qu'on peut toucher, voir, sentir. Bien sur, il est possible de toucher certains aspects du service ex : le menu d'un restaurant, les tables lors d'une formation, mais la nature même du service ne peut être touché, contrairement à une voiture ou

⁵⁵ TEBOUL J. : « le temps des services », édition organisation, 1999, p 21

⁵⁶ LECLLET H. / VILCOT C. : « qualité en santé : 150 questions pour agir », édition AFNOR, 1999, p 23

⁵⁷ Op cit p 25

⁵⁸ EIGLIER, PIERRE : « Marketing et stratégie des services », 2004.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

à une pêche. Un service est un acte, un processus qu'on ne peut toucher. Comme il ne peut y avoir appropriation physique du service, le service ne peut être testé a priori (avant d'être lancé) car les résultats d'un service sont prévisibles mais pas certains. La prestation peut mal se dérouler, on ne peut prévoir ce déroulement (on peut le borner, mettre en œuvre des moyens pour standardiser la prestation, mais tant que la prestation ne s'est pas déroulée, n'a pas eu lieu, le service n'existe pas).

1.2.2. L'inséparabilité entre la production et la consommation du service

Un produit est d'abord produit, puis distribué et ensuite vendu et consommé. Un service, pour être vendu et consommé, est souvent produit en même temps. Plus encore, il est souvent d'abord vendu avant d'être produit. Cela veut aussi dire qu'il est produit en même temps qu'il est consommé. Il faut donc, dans la majeure partie des cas, la présence du client pour que le service existe.

1.2.3. L'hétérogénéité du service

Le même service rendu par les mêmes personnes aux mêmes clients dans les mêmes conditions sera forcément différent de celui effectué la veille, l'avant-veille ou celui qui s'effectuera demain, après-demain... Pourquoi ? Un premier indice est que cette spécificité est d'autant plus importante que le service requiert beaucoup de main d'œuvre où implique une interaction très forte entre le prestataire et son client. Les variations dans la réalisation du service viennent donc pour partie de la variabilité de la performance des individus qui sont impliqués dans la prestation. La standardisation peut se révéler difficile car reposant sur des compétences spécifiques au personnel employé.

1.2.4. La périssabilité du service

Cette caractéristique vient du fait qu'un service n'est pas un objet stockable mais une performance, une réalisation éphémère, bornée dans le temps qui ne peut donc être stockée.

1.3. L'offre de services

Une fois le concept de service établi dans sa globalité, il s'agit maintenant de concevoir l'offre globale de services dans son intégralité. Elle doit correspondre et opérationnaliser le

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

concept de service préalablement défini. Elle se compose d'un service de base par segment de clientèles, de services périphériques et de services supplémentaires.

1.3.1. Le service de base

Le service de base constitue la raison essentielle pour laquelle le client se rend dans l'entreprise de services. Il s'agit très souvent de l'expression du savoir-faire de la firme et de sa raison d'être. Il y a un service de base par segment de clients. Plus le service de base est le même pour un ensemble de clients différents, plus l'entreprise de services prend le risque de mélanger des clients différents au même moment et sur le même lieu de services.

1.3.2. Les services périphériques

Les services périphériques, comme leurs noms l'indiquent ne font pas partie du cœur de la prestation mais sont proposés dans le but d'améliorer l'offre globale de services, lui donner plus de valeur, faciliter le déroulement de la prestation et créer de la différence vis-à-vis des formules concurrentes. Ils sont soit optionnels, soit obligatoires, comme dans le cas des réservations d'hôtels ou de paiement. En ajouter ou améliorer leur niveau de performance peut accroître la valeur de l'offre globale de services.

Les services périphériques optionnels doivent être choisis et édifiés prioritairement en fonction de la cible visée. C'est le cas par exemple du petit-déjeuner buffet d'un hôtel qui apporte une valeur considérable à une clientèle affairée à la recherche d'une alimentation riche, équilibrée et variée dès le matin. Les services périphériques sont fortement différenciateurs et c'est en fonction de leur pertinence et de leur attractivité que le client fait le choix de son prestataire.

1.3.2.1. Les services supplémentaires

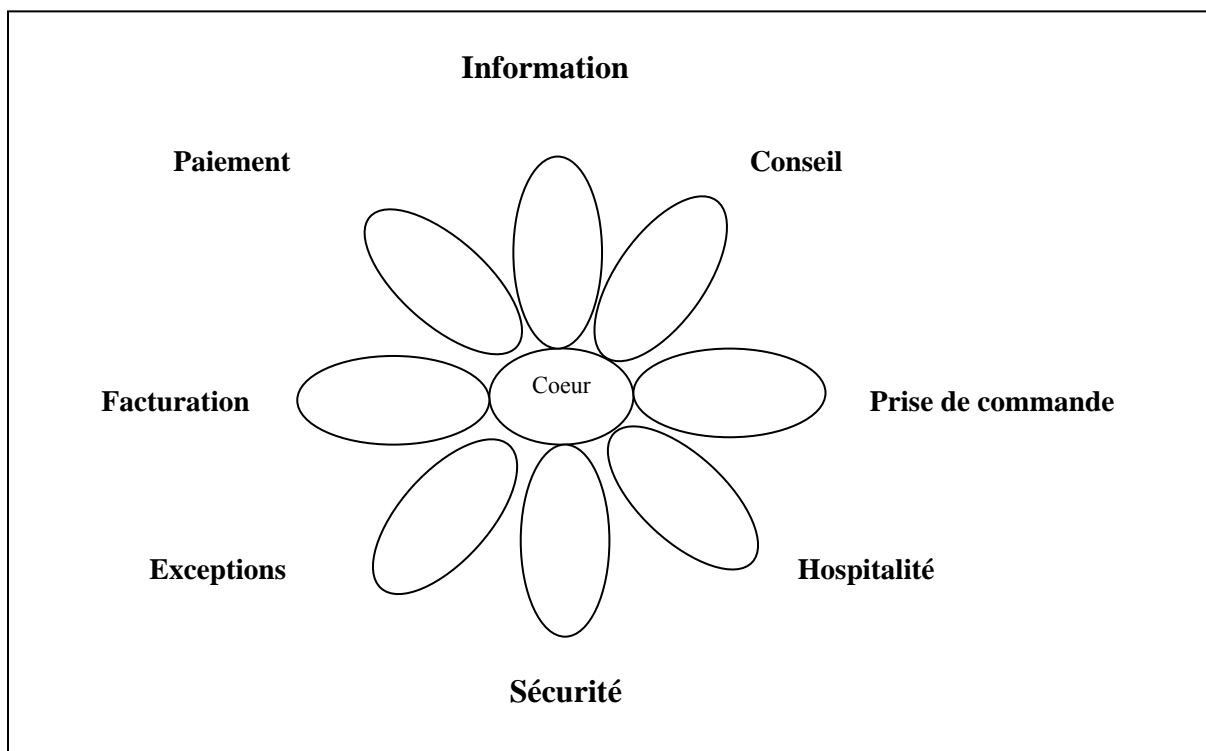
Il y a de nombreux types de services supplémentaires mais presque chacun d'entre eux peut être classé dans l'une des huit rubriques suivantes. Il y a les services supplémentaires facilitant (information, commande, facturation, paiement) et les services supplémentaires de soutien (conseil, hospitalité, sécurité, exception). Comme le montre le schéma 5, ces huit rubriques sont représentées sous la forme de pétales entourant le centre d'une fleur (le service de base), que nous appelons la « **fleur des services** ». Ces services sont placés dans l'ordre dans lequel les clients y sont en général confrontés (même si des variantes sont possible, par

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

exemple le paiement peut avoir lieu avant ou après la fourniture du service) et en suivant le sens des aiguilles d'une montre.

Dans une entreprise de services bien organisée et bien gérée, les pétales et le cœur sont bien formés et se complètent les uns les autres. Une organisation de services mal conçue et mal gérée peut être comparée à une fleur avec des pétales manquants, fanés ou décolorés. Même si le cœur est parfait, l'aspect global de la fleur n'est pas attractif.

Schéma 05 : la fleur des services : le service de base entouré de groupes de services supplémentaires



Source : LAPERT D. / MUNOS A. : « marketing des services », 2eme édition, DUNOD, 2009, p 33.

Chaque service de base n'est pas forcément entouré par des services supplémentaires issus des huit catégories. La nature de l'offre de base aide à déterminer quels services doivent être proposés et quels sont ceux qui pourraient être ajoutés pour améliorer la valeur de l'ensemble.

- **L'information** : l'utilisation d'un bien ou un service nécessite l'accès et l'utilisation de l'information, en particulier pour les nouveaux clients et les prospects. Ils veulent connaître le lieu de vente et de livraison du service, les horaires, les prix, les instructions d'utilisation. Par conséquent, les informations fournies par les entreprises

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

doivent être exactes, claires et compréhensibles. Elles sont prioritairement fournies par les employés, à condition que ceux-ci soient bien informés.

- **La prise de commande :** lorsque les clients sont disposés à acheter, ils commandent ou réservent. Le processus de commande doit être courtois, rapide et efficace pour que les clients le trouvent aussi agréable que possible.
- **La facturation :** La facture doit être émise rapidement pour stimuler la rapidité du règlement. L'approche la plus simple de la facturation consiste peut-être à faire de l'auto-facturation, c'est-à-dire à payer sa facture à la commande, comme lorsque le client règle le montant d'une commande avec sa carte de crédit. Dans ces cas-là, la facturation et le paiement sont combinés en un seul acte. Les clients attendent des factures claires, bien présentées, agréables à lire et formulées de manière à ce que le calcul du montant total à payer soit facile à comprendre. Les symboles et références énigmatiques que le client ne peut comprendre impactent négativement sur son niveau de satisfaction globale. Quelque soit l'endroit, les clients détestent attendre que leur facture soit élaborée,
- **Le paiement :** un paiement implique dans tous les cas un acte de la part du client. Etablir un chèque, donner de l'argent liquide. Les prélèvements bancaires précisant clairement les références des paiements constituent une alternative simple et rapide à tout autre moyen de paiement.
- **Le conseil :** le conseil est un service de soutien qui est fait pour influencer nos jugements a priori, craintes ou interrogations. Il implique donc un dialogue qui cerne les désirs et besoins des clients afin de proposer la meilleure solution. Le conseil consiste à donner un avis en réponse à la question : « que me suggérez-vous ? ». un conseil efficace requiert une réelle compréhension de la situation de chaque client, avant de suggérer une action à entreprendre. De bonnes informations sur les clients, leur profil, leur comportement et attentes sont alors souvent d'une grande utilité;
- **L'hospitalité :** les entreprises doivent s'assurer que leurs employés traitent les clients convenablement, comme des invités. La prise en considération des clients concerne aussi bien les rencontres en tête-à-tête que toute autre forme d'échange. L'hospitalité doit prioritairement prendre en compte le confort de la personne. Pour cela, il est très

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

important de recruter des employés naturellement chaleureux, accueillants et soucieux du bon contact avec le client aide à créer une atmosphère hospitalière et agréable. La qualité de l'hospitalité peut augmenter ou réduire la satisfaction. C'est naturellement vrai pour les services à processus humains. C'est le cas, par exemple, des établissements hospitaliers qui doivent chercher à se rendre plus agréables en proposant un niveau de service qui pourrait être celui d'un bon hôtel (chambre individuelle, cabinet de toilettes et douche privés, qualité de repas, journaux, etc.). Les problèmes d'accueil viennent souvent de la conception matérielle des espaces où les clients attendent avant de recevoir le service. Une étude a montré que des bureaux peu accueillants peuvent rebuter les clients et les inciter à ne pas consommer le service.

- **La sécurité :** les entreprises doivent fournir à leurs clients un niveau de sécurité suffisant. Si certains services de sécurité ne sont pas proposés (comme des parkings sûrs et pratiques pour leurs véhicules), les clients peuvent ne pas venir de tout.
- **Les exceptions :** comme le nom l'indique, les exceptions concernent les traitements, les requêtes et les situations qui sortent du cadre standard d'une livraison normale. Les entreprises prévoyantes anticipent les exceptions et développent des stratégies permettant de répondre aux événements imprévus et de proposer des solutions. Il y a différents types d'exceptions :
 - **Les demandes spéciales :** il y a beaucoup de circonstance au cours desquelles un client peut demander un service qui nécessite de sortir des procédures classiques. Elles concernent plus particulièrement les services de traitement de personne.
 - **La résolution des problèmes :** ce cas se présente essentiellement lorsque le processus normal de livraison échoue à cause d'accidents, de non-respect des délais, de défauts des équipements, ou lorsque les clients rencontrent des difficultés à utiliser le produit ou le service.
 - **Le traitement des plaintes, les suggestions et compliments :** cette activité à part entière nécessite des procédures bien définies. Les clients doivent pouvoir facilement exprimer leur insatisfaction, proposer des améliorations ou faire des compliments. Les entreprises de services doivent être capables de recevoir les plaintes et d'y apporter des réponses appropriées.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- **La restitution** : en cas de problème, les clients s'attendent à recevoir un dédommagement. De dédommagement peut prendre la forme de réparation ou d'échange sous garantie, d'accords juridiques, de remboursements, d'offres de services gratuits ou d'autres formes.

1.4. Production d'un service : la servuction

La servuction est le processus de création de service, celui au cours duquel un service est fourni, elle correspond à l'interaction entre un prestataire et un bénéficiaire de service. Elle peut consister en une prestation ou en une opération de distribution (fourniture d'un bien matériel).

On va aborder les trois principaux éléments d'un système de servuction ainsi que la gestion de chaque élément⁵⁹.

1.4.1. Le client

Le client est le consommateur impliqué dans la fabrication du service. C'est bien sur un élément primordial, et sa présence est absolument indispensable; sans lui le service ne peut exister, c'est un principe de base : « pas de client, pas de service ».

1.4.1.1. Gestion de la participation

L'entreprise étudie le comportement du consommateur pour s'adapter à lui ou pour le faire évoluer. Elle est souvent tenue de faire ces deux opérations à la fois. Il est nécessaire de changer la nature et le niveau de la participation du client pour améliorer la productivité de la servuction et la satisfaction du consommateur. C'est même un excellent moyen d'avoir plus d'acheteurs de nos services ou de client qui reviennent plus souvent.

- **La participation est un critère de segmentation :**

Il est dans l'intérêt de l'entreprise d'identifier les personnes qui ont une forte proportion à participer à la réalisation de service. Il faut s'intéresser à la segmentation comportementale

⁵⁹ BEKAR F. « Analyse de la qualité des services au sein d'un centre public : cas de ATM mobilise » ; mémoire en sciences de gestion de l'Université de Béjaïa promotion 2006. Et MEZZOUK D. « l'étude de la qualité des services bancaires » ; mémoire en sciences de gestion de l'Université de Béjaïa promotion 2009.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

dont la participation n'est qu'un aspect. Il faut repérer statistiquement comment les consommateurs se comportent lorsqu'ils consomment tel service : le temps passé, la séquence des événements, le taux de fréquentation, le détail des prestations consommées.

Sur la base de ces observations, on peut repérer des difficultés, des fatigues, des attentes supporter plus ou moins bien par le client et construire des scénarios plus participatifs qui améliorent la situation. Dans un premier temps, il faut tester la réaction des clients les plus participatifs en centrons la démonstration sur le temps passé et le contrôle de la situation. Dans un deuxième temps, il faut intéresser les clients les plus passifs en leur démontrons que l'effort à faire est minimum et que le risque est nul.

La participation est un critère de segmentation, elle est donc mesurable. Elle peut permettre aussi de regrouper des consommateurs aux comportements homogènes.

- ***La participation nécessite un audit de la servuction :***

L'objectif de l'audit est de repérer les dysfonctionnements dans les modes opératoires entre le client d'une part, le support physique et le personnel en contact d'autre part. L'audit peut s'appuyer sur les éléments suivants :

- L'inventaire des situations de service ou la relation avec le client pose un problème. Par exemple, est ce que les clients interpellent le personnel en contact pour leur demander des informations qui sont disponibles ailleurs ?
- Le repérage des taches répétitives assuré par le personnel en contact et qui pourrait être pris en charge par le client. Par exemple, est ce que les clients attendent très régulièrement sans avoir rien à faire ? Est-ce que les clients montrent un haut niveau d'expertise par rapports aux taches réalisées par le personnel en contact.

- ***Les avantages de la participation :***

En s'appuyant sur les dimensions pertinentes de la participation, il faut tester avec beaucoup de rigueur que dès les premiers contacts avec le nouveau mode opératoire les clients visés soient mis en confiance aient une idée claire des bénéfices qu'ils vont en retirer en même temps qu'ils prennent consciences de surcroît d'effort qui leur est demander.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

La gestion de la participation est nécessaire au bon fonctionnement de la servuction. C'est aussi une étape essentielle dans le développement d'une approche managériale de la qualité de processus relationnel.

1.4.2. Le personnel en contact

Il s'agit des personnes employées par l'entreprise de service et dont le travail requiert d'être en contact direct avec les clients : personnel de réception, guichetier...etc.

Il faut noter qu'à la différence du client et du support physique, le personnel en contact peut ne pas exister dans certaines servuctions; elles sont alors opérées uniquement par le client.

1.4.2.1. Gestion de personnel en contact

Prétendre proposer des solutions claires et définitives aux problèmes de la gestion du personnel qui viennent d'être mises en évidence ne paraît réaliste; il convient plutôt d'explorer des pistes de réflexion sur les quelles des chercheurs pourraient concentrer leurs efforts et les praticiens exerçaient leurs créativité.

- ***Définition d'un style :***

Pour une entreprise de service concevoir et mettre au point un style original pour son personnel en contact obéit à un triple : c'est d'abord la reconnaissance du rôle capital joué par ce personnel en matière d'identification et de différenciation, c'est en suit développer son sentiment d'appartenance à l'audit entreprise en valorisant à ses yeux, comme à ceux du client sa position. Enfin, c'est attaqué au problème du coût de ce personnel.

- *Optimisation du coût de main d'œuvre :* dans les entreprises de service grand public, le personnels en contact se comportent par centaines voire par des milliers. Trouver ainsi, un style pour le personnel en contact, c'est d'abord reconnaître ce phénomène et délibérément s'engager dans les incitations financières et privilégie celles d'un autre ordre, intérêt de travail, fierté, appartenance,...etc. Il paraît difficile, dans ces conditions d'appliquer au personnel en contact les méthodes de gestion développées pour le personnel ouvrier.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- *Valorisation du travail et du statut* : trouver et définir un style pour le personnel en contact consiste essentiellement à valoriser et à différencier positivement ses tâches, sa fonction et sa position vis-à-vis du client. Dans la plupart des cas, il s'agit de métiers existant déjà et dont l'image est plutôt négative dans le public.
- ***Conception des servuctions facilitantes*** :

La simplification du travail de personnel en contact s'organise au tour de deux idées :

- Définition et apprentissage des rôles : la première piste de réflexion consiste à lier la dualité des rôles que doit jouer le personnel en contact. Il faut donc concevoir et définir de façon rigoureuse et précise l'objet et le contenu tant de l'opérationnel que du rationnel. Pour cela la décomposition des tâches à effectuer, la prévision des principaux cas qui peuvent se présenter et leur représentation sur un diagramme procure la rigueur nécessaire
- Limitation des arbitrages : le personnel en contact doit effectuer des arbitrages à l'intérieur de la zone de recouvrement, ce qui le met dans une position psychologiquement difficile. Il est donc nécessaire de développer des systèmes de servuction ou la zone de recouvrement soit minimale, c'est-à-dire où la quasi-totalité des arbitrages soient déjà effectués par le concepteur de la servuction de manière à ce que le personnel en contact n'ait plus qu'à se conformer à une ligne de conduite préétablie.
- ***Reconnaissance de personnel en contact*** :

En général, le personnel en contact se trouve au niveau le plus bas de la pyramide de la hiérarchie et que son statut social est très bas lui aussi. Dans les entreprises où cette situation existe, il est souhaitable d'évoluer vers une reconnaissance des responsabilités capitales de ce personnel, c'est en effet sur lui que repose en dernier ressort le bon fonctionnement de la servuction quelle que soit la qualité du système mis en place, sans son adhésion rien ne peut se faire et de lui que va dépendre la qualité de service fourni au client.

- ***La servuction du personnel en contact*** :

Dans cet ensemble de suggestions pour la gestion du personnel en contact, on ne peut passer sous silence l'importance du rôle que joue le superviseur. C'est la personne qui gère la

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

servuction au jour le jour, le responsable local de l'unité; il est le chef du bureau, de l'organisation ou le directeur. Son influence sur le personnel en contact est donc considérable et aucune action ne peut avoir de résultat sur ce dernier, si lui n'a pas été convaincu au préalable. Il est en fait le leader de la servuction.

1.4.3. Le support physique

Il s'agit du support matériel qui est nécessaire à la procédure du service et dont se serviront soit le personnel en contact, soit le client, soit le plus souvent les deux à la fois. Ce support physique peut être scindé en deux grandes catégories : les instruments nécessaires aux services qui constituent les objets; meubles, machines mis à la disposition du personnel et/ou du client et l'environnement matériel dans le quel se passe le service. Ce dernier est constitué par tout ce qui se trouve autour des instruments (la localisation des bâtiments du décor et de l'agencement dans lesquels s'effectue la servuction).

1.4.3.1. La gestion du support physique

Elle relève de trois catégories d'éléments : les équipements externes, les équipements internes et les autres éléments tangibles. Concernant les équipements externes, elles comportent l'architecture, la décoration, la signalisation, le parking, les aménagements. Les équipements internes désignent l'architecture intérieure, les équipements utilisés pour servir le client ou gérer l'activité, la signalisation, la disposition, la qualité de l'air et la température. Pour ce qui est des autres éléments tangibles, elles regroupent les supports de communication, comme le papier à lettre, les cartes de visites, les relevés de comptes.

- **Le rôle du support physique :**

Les deux supports physiques sont multiples, on distingue :

- *Le conditionnement des services* : le rôle du conditionnement doit être entendu dans un sens symbolique. Les services intangibles ne nécessitent aucun conditionnement fonctionnel. Les supports physiques donnent des indices de qualité aux clients et contribuent à la construction d'image créatrice de valeur pour les services.
- *L'amélioration du processus du service* : le support physique participe également à l'amélioration du processus de service en donnant au client des informations sur les

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

prestations et leur mode d'obtention. Il améliore la formation de la demande, les conditions de la prestation...etc.

- *La socialisation des clients et des employés* : le processus de socialisation est aussi stimulé par le support physique. Dans une organisation, la socialisation doit être entendu comme le processus par le quel un individu s'adapte aux normes, valeurs et schémas de comportement de cette organisation. L'objectif de ce processus est de donner une image cohérente et positive au public.
- *La différenciation des concurrents* : le support physique est un outil de différenciation de l'entreprise et de ses services vis-à-vis de la concurrence. L'apparence du personnel et les équipements ont un impact direct sur la perception du consommateur relativement à la gestion des services offerts par le fournisseur. Le support physique est utilisé pour améliorer l'image de l'entreprise en rénovant le cadre d'activité.

- ***L'automatisation des services*** :

Information, automatisation et robotisation ne concernent pas seulement les usines. Les nouvelles technologies modifient autant les postes de travail dans les services que dans l'industrie :

- *Les nouvelles technologies et l'approche marché* : l'évolution des technologies est rapide à plus d'un titre leur application se multiplie, les coûts de fonctionnement évoluent à la baisse mais l'investissement initial reste élevé. Enfin, la mise en œuvre est complexe et nécessite un temps d'apprentissage de plus en plus long par rapport à une stratégie de marché.
- *Les nouveaux supports* : l'automatisation regroupe toutes les machines, mono ou multifonction, capable de réaliser une série de tâches programmées. On a donc une technologie de plus en plus sophistiquée qui mise à la disposition des services et appliquée par les entreprises les plus dynamiques. Dans de nombreux cas, ces nouveaux supports techniques s'intègrent aux supports immobiliers traditionnels. Mais elles peuvent aussi se substituer aux supports existants. De nouveaux supports sont disponibles mettant en cause les anciens et de nouvelles missions doivent être assurées par les supports physiques pour conforter les servuctions dans lesquelles ils s'intègrent.

SECTION 2 : NOTIONS DE QUALITE DE SERVICE

Toutes les entreprises, quelles que soient leurs productions sont concernées par la qualité des services, ne serait-ce que par l'accueil et le suivi de leurs clients. Les divers organismes publics sont aussi concernés, dans la mesure où ils sont là pour des services aux publics.

2.1. Définition de la qualité de service

La définition conçu par Zeithmal, Parasuraman et Berry⁶⁰, définit la qualité des services « comme étant l'absence d'écart entre les attentes des clients vis-à-vis du service et sa perception une fois celui-ci rendu ».

2.2. Les composantes de la qualité dans les services

Selon ces auteurs les attentes sont conditionnées par certains facteurs comme :

- Le bouche à oreille (le conseil d'un proche);
- Les besoins personnels;
- L'expérience antérieure du service et la satisfaction ou l'insatisfaction que le client en a eu;
- La communication interne et externe.

Ils ont aussi identifiés les dix critères que le consommateur utilise pour évaluer la qualité du service (voir tableau 05). Ils ont trouvé un fort degré de corrélation entre plusieurs de ces variables et les ont ainsi consolidés en cinq grandes dimensions :

- Tangible (l'apparence des éléments physiques);
- Fiabilité (la performance, la fiabilité et la précision);
- Réactivité (la promptitude et la serviabilité);
- Assurance (la compétence, la courtoisie, la crédibilité et la sécurité);
- Empathie (la facilité d'accès, les bonnes communications et la compréhension du client).

⁶⁰ Delivering quality service. New York, the press, 1990. In DUPONT F. "management des services", édition ESKA 2000, p 65.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 05 : Les dimensions génériques utilisées par les clients pour évaluer la qualité d'un service

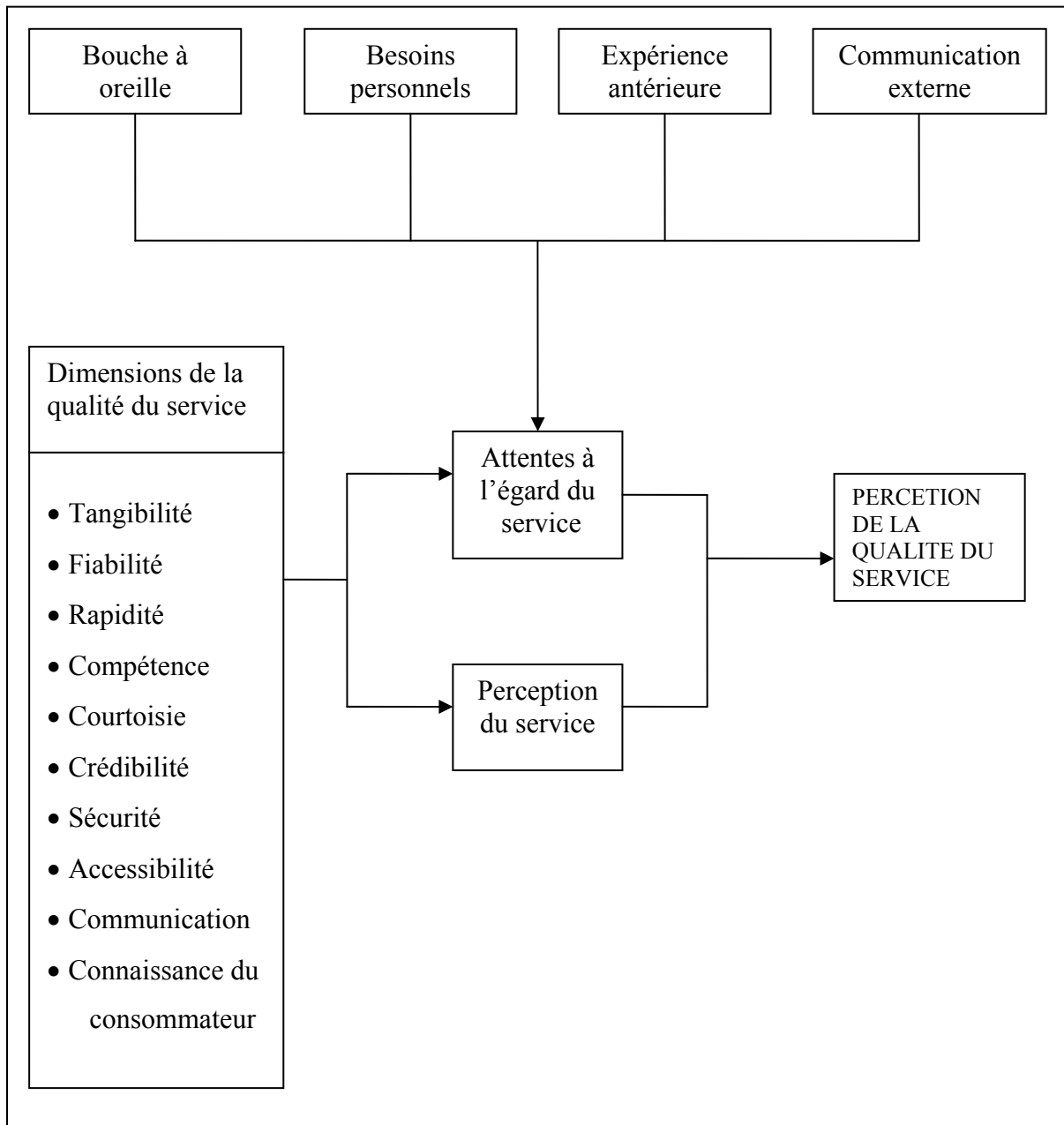
Dimension	Définition	Exemples de questions que les clients peuvent poser
Crédibilité	Etre digne de confiance, honnête.	L'hôpital a-t-il bonne réputation ?
Sécurité	Absence de danger, de risque, de doute.	Est-ce dangereux pour moi de voler avec cette compagnie aérienne ?
Accessibilité	Abord facile et contact aisé.	L'hôpital est-il situé à un emplacement facile d'accès ?
Communication	Ecoute des clients et information régulière des clients.	-Si j'ai une plainte à formuler, le management a-t-il la volonté de m'écouter -Le personnel utilise t-il un langage que je comprends -Me parvient-il lorsque mon RDV est reporté
Compréhension du client	Efforts pour connaître les clients et leurs besoins.	M'écoute-t-on pour comprendre mes désirs dans cette entreprise ?
Tangibilité	Apparence physique des locaux, des équipements, du personnel et des documents.	-Mon interlocuteur est-il vêtu de manière appropriée ? -Les locaux de l'entreprise sont-ils agréables ?
Fiabilité	Capacité à réaliser le service promis de manière sûre et précise.	Quand on me fait une promesse, est-elle réellement tenue ?
Réactivité	Volonté d'aider le client en lui fournissant un service rapide et adapté.	Quand j'ai un problème, mon dentiste me reçoit-il rapidement ?
Compétence	Possession et maîtrise des connaissances nécessaires pour délivrer le service.	Le médecin a-t-il fait un bon diagnostic ?
Courtoisie	Politesse, respect et contact personnel amical.	La standardiste est-elle toujours aimable ?

Source: adapter de VALARIE A. ZEITHAML, A. PARASURAMAN et LEONARD L. BERRY, *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perception and Expectations*, New York, The Free Press, 1990. In: LAPERT D. et MUNOS A. "marketing des services" 2 édition DUNOD, 2009, Paris, p 82.

Le modèle du processus d'évaluation de la qualité du service se présente de la manière suivante :

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Schéma 6 : Qualité de service, attentes et perception du client



Source : DUPONT F. : « management des services », éditions ESKA 2000, p 67.

La mise en œuvre d'un service de qualité doit être envisagée de manière systémique afin d'associer l'ensemble des potentiels de l'entreprise.

Le niveau de qualité souhaité par la direction ne peut être envisagé, d'un point de vue managérial, qu'après qu'elle ait eu une connaissance précise des attentes de ses clients.

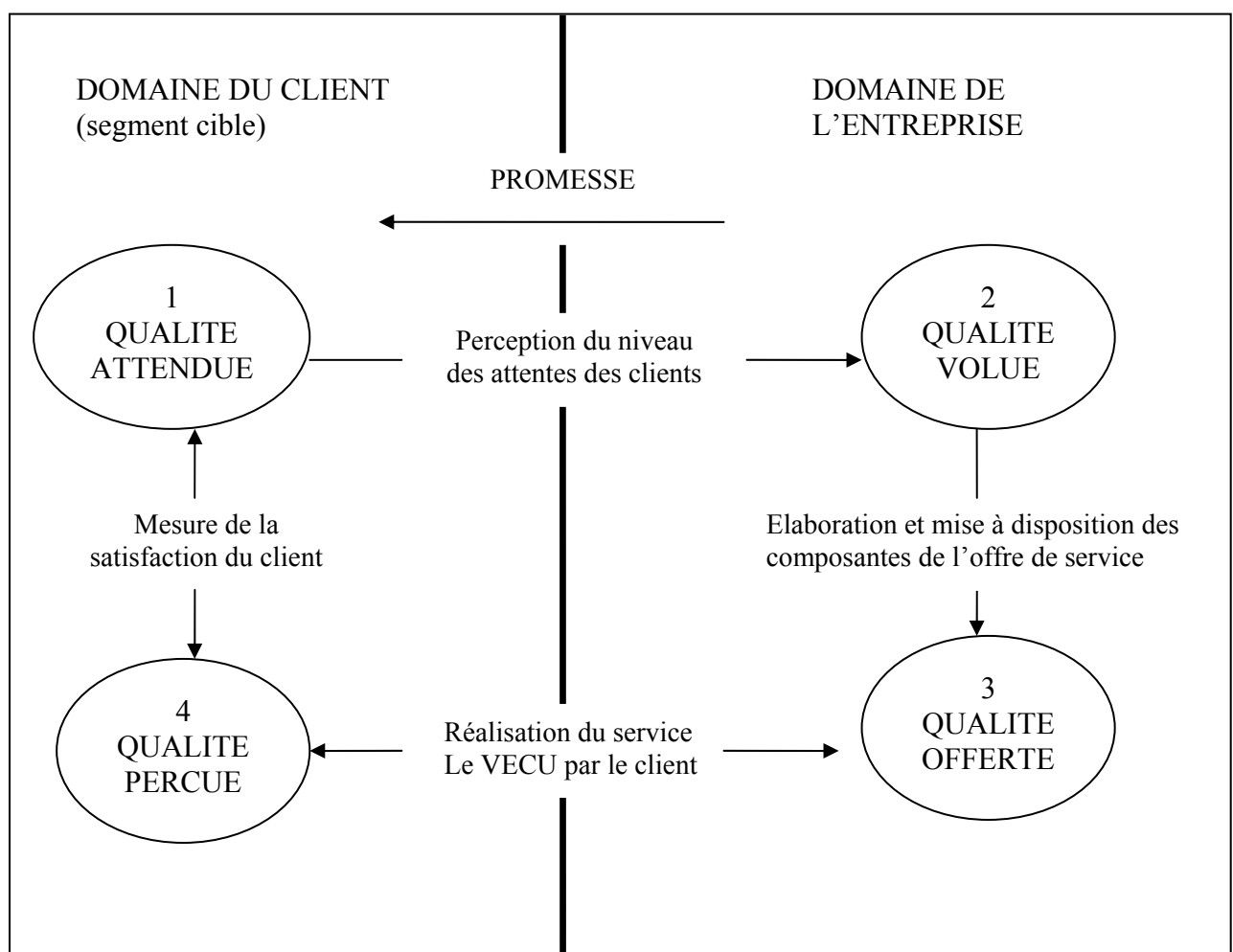
La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

D'un point de vue tactique cette fois-ci, c'est par l'élaboration et la mise à disposition des composantes de l'offre, ainsi que par la mobilisation du personnel que le prestataire pourra délivrer un service de qualité.

Des études de satisfaction de la clientèle régulières, ont pour but d'enregistrer des écarts éventuels entre la qualité normalement attendue et celle réellement perçue.

Le schéma qui suit présente de manière synoptique les quelques explications qui précèdent :

Schéma 07 : Décomposition du concept de qualité de service



Source : DUPONT F. : « management des services », éditions ESKA 2000, p 68.

La lecture de ce schéma, montre bien qu'une véritable frontière peut exister entre les attentes des clients et les objectifs de l'entreprise. La mise en œuvre d'une démarche qualité a justement pour but d'annuler cette barrière, et de faire en sorte :

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- D'une part que les attentes exprimées coïncident avec les objectifs formalisés par l'entreprise;
- Et que d'autre part, les moyens humains et matériels concourent à un service jugé de qualité par les clients.

En simplifiant à l'extrême, le « zéro défaut » ne pourrait être obtenu que lorsque les quatre cercles du schéma parviendraient à se superposer.

Atteindre cet objectif, nécessite d'analyser les facteurs qui peuvent polluer le déroulement de la prestation.

2.3. Le modèle des écarts : un outil conceptuel pour identifier et corriger les problèmes de qualité du service

Si chacun accepte l'idée selon laquelle la qualité entraîne constamment la rencontre ou le dépassement des attentes du client, alors le devoir du manager est de se concentrer sur les attentes et les perceptions du client et d'empêcher qu'un fossé ne se creuse entre celles-ci⁶¹.

2.3.1. Les écarts entre la conception et la livraison du service

Zeithmal, Parasuraman et Berry ont identifié quatre déficiences potentielles dans l'organisation du service qui peuvent conduire à un écart résultant plus important qui matérialise la différence entre ce que les clients attendaient et ce qu'ils pensaient se faire délivrer⁶². Le schéma 8 matérialise un cadre qui identifie sept types d'écarts qui peuvent intervenir à différents stades pendant la conception et la livraison d'un service.

- ***L'écart de connaissance*** : la différence entre ce que le prestataire de service pense de l'attente des clients et ce que ces derniers ont comme réels besoins.

⁶¹ LOVELOCK C., WIRTZ J., LAPERT D., MUNOS A.: "Marketing des services", 6^e édition Pearson Education, 2008, Paris, P 474.

⁶² VALARIE A. ZEITHAML, LEONARD I. BERRY et PARASURAMAN, A. "communication and control processes in the delivery of services", journal of marketing, 52, Avril 1988, p. 36-58. In LOVELOCK C., WIRTZ J., LAPERT D., MUNOS A.: "Marketing des services", 6^e édition Pearson Education, 2008, Paris, P 474.

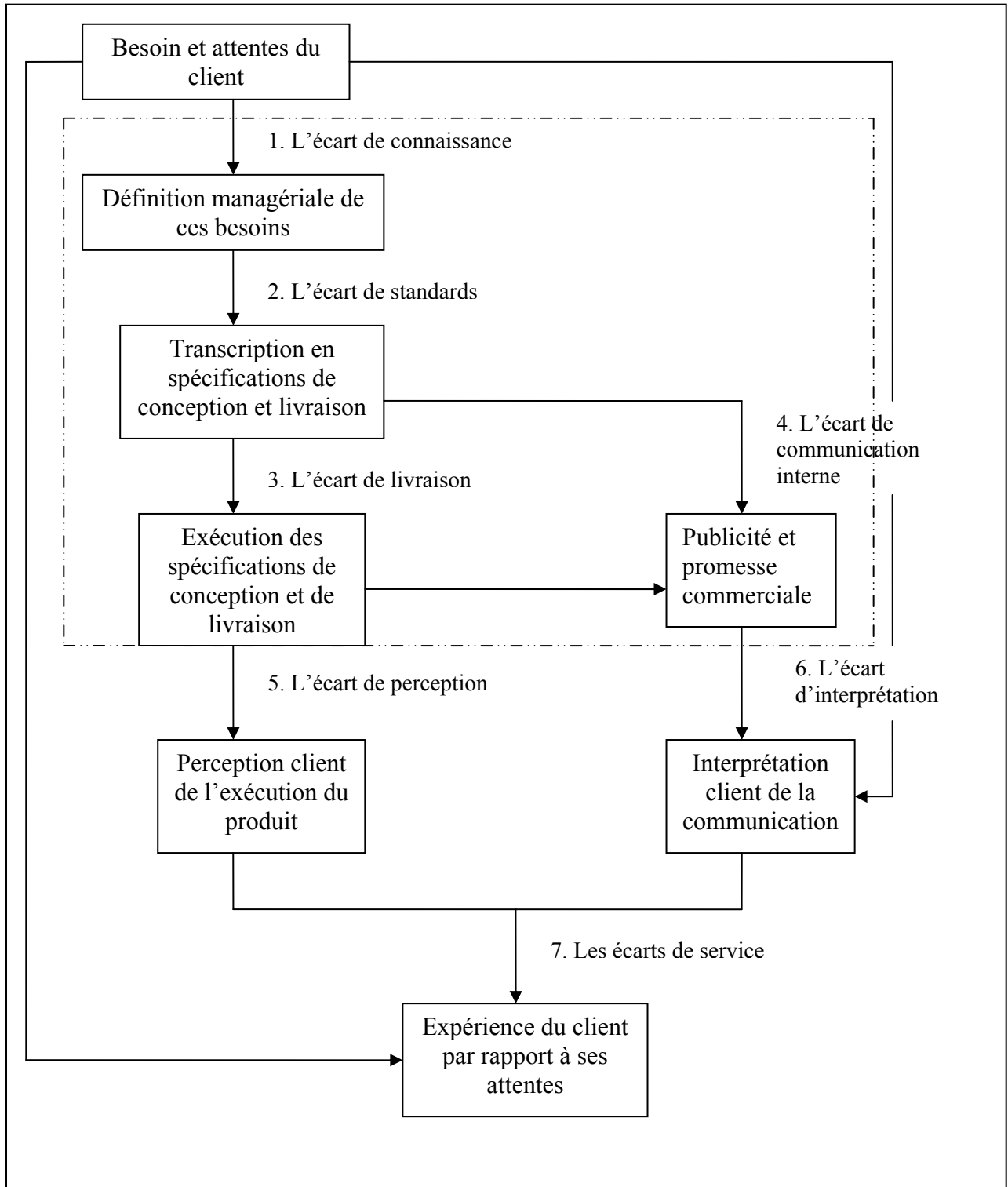
La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- **L'écart de standards** : la différence entre la perception des attentes du client par le management de l'entreprise et les standards de qualité établis pour la livraison du service.
- **L'écart de livraison** : la différence entre les standards de livraison spécifiés et la performance réelle du prestataire de service.
- **Les écarts de communication interne** : la différence entre ce que le personnel chargé de la publicité et des ventes pense des caractéristiques du produit, de son niveau de performance et de sa qualité de service, et ce que l'entreprise est réellement capable de délivrer.
- **Les écarts de perception** : la différence entre ce qui est vraiment délivré et ce que les clients pensent avoir reçu (car ils sont incapables d'évaluer précisément la qualité du service).
- **Les écarts d'interprétation** : la différence entre ce que la communication d'un prestataire de service (avant la livraison) promet et ce que le client avait compris de la promesse de la communication.
- **Les écarts de service** : la différence entre ce que le client s'attend à recevoir et les perceptions qu'il a du service déjà délivré.

Les écarts 1, 5, 6 et 7 représentent les fossés extérieurs entre le client et l'entreprise. Les écarts 2, 3 et 4 sont des écarts internes qui se produisent entre les différents services et départements au sein de l'entreprise.

Les écarts de la conception du service à sa livraison peuvent dégrader les relations avec les clients. L'écart de service (7) est le plus important. Les entreprises de services doivent aussi travailler sur les autres écarts. Améliorer la qualité du service requiert une identification des causes spécifiques de chacun des écarts et par la suite la mise en place de solutions curatives.

Schéma 08 : Les sept écarts de la qualité du service.



Source: LOVELOCK C., WIRTZ J., LAPERT D., MUNOS A.: "Marketing des services", 6^e édition Pearson Education, 2008, Paris, P 475 in: adapter de LOVELOK C., *Product plus*, McGraw-Hill, New York, 1994, p.122.

2.3.2. Les stratégies pour réduire les écarts de qualité du service

Zeithaml, Parasuraman et Berry proposent une série de mesures de base pour combler les écarts 1 à 4. Leurs perceptions sont résumées comme suit⁶³ :

2.3.2.1. Ecart n° 1 : Savoir ce que les clients attendent

- Améliorer la compréhension des attentes du client grâce à l'étude des réclamations mais aussi au recours à des panels.
- Amplifier les contacts entre les clients et le management.
- Faciliter la communication entre le personnel en contact et le management en réduisant le nombre d'échelons hiérarchiques au sein de l'entreprise.
- Transformer les informations en actions.

2.3.2.2. Ecart n° 2 : Elaborer les standards de qualité

- Soutenir une politique qualité basée sur le point de vue et attentes des clients.
- Former, le management et les employés pour délivrer un service de qualité.
- Standardiser les tâches répétitives pour assurer consistance et fiabilité.
- Etablir des objectifs de qualité de service clairs et réalistes.
- S'assurer que les employés comprennent et acceptent les objectifs.
- Mesurer régulièrement la performance et en informer les employés.
- Récompenser les managers et les employés qui atteignent les objectifs de qualité.

2.3.2.3. Ecart n° 3 : Vérifier que la performance de l'entreprise est au niveau des standards de service

- Définir clairement le rôle des employés.
- Fournir aux employés la formation technique nécessaire pour s'acquitter au mieux de leur tâche.
- Développer des méthodes originales de recrutement pour attirer et retenir les meilleurs.
- Informer les employés des attentes, des perceptions et des problèmes des clients.

⁶³ LAPERT D. et MUNOS A. "marketing des services", 2 édition DUNOD, 2009, Paris, p 83

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- Former les employés à la communication interpersonnelle, en particulier sous conditions de stress.
- Mesurer la performance des employés et récompenser la qualité de leurs prestations.
- Considérer les clients comme des employés particuliers; clarifier leurs rôles et tâches dans la livraison du service; les former et les motiver dans leurs rôles de co-producteurs.

2.3.2.4. Ecart n° 4 : s'assurer que la livraison est conforme aux promesses

- Recueillir les impressions du personnel lorsqu'une nouvelle campagne publicitaire est lancée.
- Développer des publicités qui représentent les employés au travail.
- Montrer les publicités à ceux qui vont délivrer le service avant que les clients n'y soient exposés.
- S'assurer que le contenu de la publicité reflète les caractéristiques du service (côté client).
- Gérer les exigences des clients en leur disant ce qui est possible et ce qui ne l'est pas et pourquoi.
- Identifier et expliquer les imperfections.

2.3.2.5. Ecart de perception

L'écart 5 signifie que les clients ne perçoivent pas toujours correctement la performance du service. Cette situation se produit particulièrement dans les services basés sur la confiance, où il est difficile de juger de la performance même après la livraison. Certaines personnes en charge dans la qualité du service en font un point d'honneur, pas seulement pour tenir les clients informés durant la livraison du service mais pour les interroger à la fin et parfois leur offrir une preuve tangible. Par exemple, un médecin va expliquer à son patient ce qui se passe pendant une opération chirurgicale, ce qui en résulte ou ce qui a été différent des prévisions, et ce à quoi le patient peut s'attendre par la suite. Pour expliquer la nature d'une réparation compliquée, un technicien pourra donner certaines explications au client et prouver l'évidence en montrant les composants endommagés qui ont dû être remplacés.

2.3.2.6. Ecart n° 6 : Ecart d'interprétation

Les responsables de la communication doivent tester le contenu de tout type de publicité, de brochures, d'appel téléphonique et de site Internet avant leur diffusion. Le pré-test utilisé régulièrement par les agences de communication consiste à soumettre à des clients tests un certain nombre d'exemples de communication avant la publication et de recueillir leur avis. Si leur interprétation ne correspond pas à ce qu'escomptait l'entreprise, il faut envisager des modifications de texte ou d'image.

2.4. Mesurer la qualité du service

On le dit de façon assez courante, « ce qui n'est pas mesuré n'est pas géré ». Sans moyens de mesure, les responsables ne peuvent savoir s'il existe des écarts de qualité de service et mener les actions correctives appropriées. Ensuite, la mesure est nécessaire afin de déterminer si, après correction, les objectifs d'améliorations ont été atteints ou non.

Les différentes catégories de mesure de la qualité de service sont de deux sortes : les mesures dites « dures » et les mesures dites « molles ».

Les mesures molles sont celles qui ne sont pas facilement observables et doivent être collectées auprès des clients, des employés ou autres personnes.

A contrario, les mesures dures renvoient aux informations quantifiées dans le temps ou mesurées par le biais d'instruments de mesures spécifiques propres à l'entreprise. Ces mesures incluent des éléments précis tels que le nombre d'appels téléphoniques perdus, le temps d'attente à chaque étape de la livraison du service, le temps requis pour remplir une tâche spécifique, le nombre de trains ou d'avions arrivés en retards, le nombre de bagages perdus.

Les entreprises connues pour l'excellente qualité de leurs services utilisent à la fois des mesures dures et des mesures molles.

2.4.1. Les mesures « molles »

Selon Berry et Parasuraman expliquent que : « les entreprises ont besoin d'établir des systèmes d'écoute en continu utilisant diverses méthodes parmi différents groupes de clients.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Une étude simple de la qualité du service est une photo prise à un certain moment sous un angle particulier. Une vue plus profonde et une prise de décision éclairée proviennent d'un ensemble de photos prises en continu sous différents angles formant l'essence même d'une écoute systématique⁶⁴

Ce type de mesures est issu d'études marketing annuelles, d'enquêtes, de feedbacks clients mystères, de l'analyse des plaintes, des réclamations, des compliments et des revues de services spécialisées.

D'autres mesures molles peuvent être envisagées telles que les enquêtes par téléphone ou courrier, les panels composés de clients pour recueillir un feedback sur les performances du service, les panels composés d'employés afin de déterminer les perceptions de la qualité du service délivré au client sur des dimensions spécifiques, les barrières à l'amélioration du service et des suggestions d'amélioration.

2.4.2. Les mesures « dures »

Ces mesures se réfèrent essentiellement aux processus opérationnels ou aux résultats. Elles prennent en compte des données telles que le temps de fonctionnement opérationnel du service, le temps de réponse, les taux de panne, et les coûts de livraison.

Dans un service complexe, les opérations effectuent de multiples mesures de qualité qui sont enregistrées à différents stades du déroulement du processus. Dans les services informatiques, on mesure le temps moyen entre deux pannes d'ordinateur appelé MTBF (Mid Time Between Failures) et le temps moyens nécessaire à la remise en fonctionnement MTTR (Mid Time To Repair).

SECTION 3 : QUALITE DE SERVICE HOSPITALIER

Aujourd'hui, s'il est un sujet qui suscite de vives discussions dans les établissements de santé, c'est bien celui de la qualité de service hospitalier. Dans un établissement de santé, mesurer la qualité consiste à vérifier régulièrement la conformité de l'organisation des prestations de services hospitaliers. Pour un service, ces caractéristiques peuvent comprendre des aspects

⁶⁴ LEONARD L. Berry et A. PARASURAMAN, "Listening to the Customer – The Concept of a Service Quality Information System", Sloan Management Review, printemps 1997, P 65-76. In: LOVELOCK C., WIRTZ J., LAPERT D., MUNOS A.: "Marketing des services", 6^e édition P 479.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

relationnels (accueil, information), des conditions d'ambiance et de confort, des aspects liés au temps (respect des horaires), des dispositions propres à faciliter la tâche de l'utilisateur (formulaires simples, signalisation des services...). Avant d'aborder la qualité des services hospitaliers on essaye d'abord de définir le service hospitalier.

3.1. Les services hospitaliers

Le service hospitalier doit être rendu avec le souci et le respect du service public. Il doit être garant de qualité sans bloquer la nécessaire de modernisation des structures. Les établissements de santé doivent se remettre en question face à l'évolution des besoins des clients et vis-à-vis des services offerts par les concurrents. Être au service du public signifie se mettre à la place de ses usagers pour déterminer leurs besoins et attentes en assurant le maximum de qualité.

3.1.1. Définition d'un service hospitalier

Le service hospitalier est l'ensemble des activités de l'établissement de santé (ou de réseau de soin, ou de cabinet médical ou encore du praticien) qui permet la réalisation et la fourniture du soin. Mais c'est aussi le cœur du problème. Car la qualité perçue par le client dépendra aussi de la perception qu'en auront les professionnels de santé (personnels soignants, médecins et personnels administratifs) et de la manière dont ils délivreront le soin »⁶⁵.

La prestation de service hospitalier est l'ensemble des actions de l'établissement de santé qui permettent la réalisation et la dispensation du service et qui n'est qu'une partie de l'activité globale d'un établissement de santé. Ce sont donc les activités à l'interface avec les clients.

Les valeurs du service public sont inscrites dans une série de principes formalisés au début du XXe siècle⁶⁶ :

- **L'égalité** : Elle implique l'absence de discrimination (race, religion, ethnie, âge...) et le devoir de soigner chacun, quelle que soit son état de santé et sa situation sociale. L'hôpital travaille en relation avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi qu'avec les associations d'insertion et de lutte contre l'exclusion.
- **La neutralité** : Elle doit être respectée. Les soins sont donnés en faisant abstraction des croyances et opinions des malades.

⁶⁵ LECLET H. et VILCOT C. « qualité en santé : 150 questions pour agir », 2^e tirage, édition Afnor 1999, p 25.

⁶⁶ Les valeurs de l'hôpital in : [www.CHU, centres hospitaliers Hopital_fr.mht](http://www.CHU.centres.hospitaliers.Hopital_fr.mht)

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- **La continuité** : L'hôpital public se caractérise notamment par ses obligations spécifiques en matière d'accueil en urgence. Il doit mettre en place un système de permanence des soins, de même qu'un service minimum en cas de grève, et assurer l'ensemble des traitements, préventifs, curatifs et palliatifs.
- **L'adaptabilité** : Les réorganisations et les mutations sont étudiées et réalisées en vue de l'intérêt général et des besoins de la population. Le patient a droit à un service de qualité et les services rendus doivent être évalués avec rigueur.

3.1.2. Les différents types de service hospitalier

Les différents groupes de service hospitalier sont :

- Les services de type médical et paramédical
- Les services de type hôtellerie, restauration,...
- Les services de type administratif, gestion
- Les services de type technique, annexe

3.2. La qualité en santé

Lorsque l'on évoque la qualité hospitalière, des notions comme celles d'évaluation, d'accréditation, d'audit, de normes ou référentiels, de plan d'amélioration de la qualité, d'efficacité, d'efficience apparaissent. C'est pourquoi dans le domaine de la santé, la notion de qualité a fait l'objet de nombreuses définitions ; cependant celle de l'OMS reste la référence.

En 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la qualité dans les établissements de santé comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »⁶⁷.

Cette définition OMS ne nous dispense pas de la définition officielle de la qualité selon la norme⁶⁸ ISO⁶⁹ 8402.

⁶⁷ LECLLET H. et VILCOT C. « qualité en santé : 150 questions pour agir », 2^e tirage, édition Afnor 1999, p 55.

⁶⁸ **La norme** : document accessible au public établi par consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités d'organisation ou de production ou leurs résultats, garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Dans le domaine de la santé comme ailleurs, il faut faire la distinction entre qualité réelle et qualité perçue. Il n'y a pas de qualité intrinsèque, mais seulement une appréciation subjective du bénéficiaire (en premier lieu le patient), selon sa culture, ses valeurs et ses critères de jugement. C'est pour cela qu'une définition ISO 8402 complétée a été proposée récemment. La qualité en santé peut se définir comme « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites et qui satisfont effectivement le consommateur de soins »⁷⁰.

La définition générale de la qualité ne fournit qu'une approche par la finalité (le produit fini, le service rendu, la prestation fournie ou le soin délivré). Elle est certainement trop restrictive. La qualité finale ne vaut que par la qualité de fabrication du produit ou de prestation du service ou du soin. Il faut donc prendre en compte la succession, étape par étape, de toutes les activités qui participent à cette fabrication ou à cette prestation. Le processus de soin est particulièrement complexe et fragmenté. Il nous faut tenir compte de cette caractéristique.

Ainsi présentée, la qualité dans les établissements de santé pourrait être définie comme « l'ensemble des caractéristiques évaluables qui confèrent au processus de production des produits intermédiaires ou finaux et de prestation de services intermédiaires ou finaux hospitaliers l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et implicites du bénéficiaire de soins et qui satisfont effectivement le malade »⁷¹.

3.3. 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 catégories⁷².

3.3.1. Les enjeux fonctionnels ou opérationnels

La faiblesse des établissements de santé réside dans leurs carences organisationnelles. De nombreuses relations entre les services constituent des interfaces mal maîtrisées qui sont

⁶⁹ **ISO** : (International Organisation for Standardization ou Organisation Internationale de Normalisation) qui contribue au développement de la normalisation. L'ISO élabore des normes internationales, dans tous les domaines à l'exception des secteurs électriques et électroniques. A ce jour, l'ISO a élaboré plus de 9000 normes.

⁷⁰ La définition ISO 8402 In LECLET H. et VILCOT C. « qualité en santé : 150 questions pour agir », 2^e tirage, édition Afnor 1999, p55.

⁷¹ Op cit p 56.

⁷² Op cit p 57.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

autant de niches de non qualité.

Les programmes de gestion des risques relèvent également l'importance d'une politique de veille constante permettant d'identifier le plus tôt possible les dysfonctionnements.

3.3.2. 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 prestations et sur les coûts.

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.

3.3.3. Les enjeux économiques

La démarche d'accréditation associée à la maîtrise 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.

3.4. Principes essentiels de la qualité en santé

La qualité en santé est l'ensemble des actions que mène l'établissement de santé pour développer la satisfaction de ses clients. Elle obéit à un certains nombres de principes dont la connaissance est nécessaire à la compréhension du changement et nous en retenons pour l'essentiel six bases indispensables de toute amélioration.

3.4.1. L'attention aux patients

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins du patient représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité.

L'écoute du patient est une composante indispensable de tout système qualité. Elle fournit des informations qui pourront être utilisés pour identifier les processus clés, orienter les objectifs,

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants, concevoir de nouveaux produits ou services⁷³

3.4.2. Une démarche participative

L'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectives qualités. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle. C'est une condition préalable à la conduite du changement.

3.4.3. Une approche méthodique

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes, le traitement des dysfonctionnements ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des personnes concernées par ces phénomènes.

Les changements reposent sur l'utilisation appropriée, en groupe, de méthodes et outils de la qualité. Ceux-ci permettront de définir clairement l'objectif de la démarche, d'analyser la situation existante, de définir les actions susceptibles d'agir sur les causes des dysfonctionnements, de les mettre en œuvre sous forme de plans d'action, d'évaluer leurs effets et de les réajuster s'il y a lieu.

Le choix des méthodes et des outils, qui peuvent être combinés entre eux, dépendra des objectifs poursuivis.

3.4.4. L'approche processus, le pluri professionnalisme

Pendant de nombreuses années, la recherche de la qualité s'est basée uniquement sur une amélioration constante de la compétence technique des professionnels. La formation initiale, la formation continue ont pour objectif de rendre toujours plus compétents les professionnels de chaque métier.

⁷³ Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris : ANAES ; 2002
TARKPESSI K. : « Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française », Université Senghor d'Alexandrie - Master en Développement, Spécialité santé internationale 2007.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Ce mécanisme a permis et permet encore de grands progrès en termes de qualité mais trouve sa limite dans la complexité des organisations. En effet, la spécialisation s'est accrue et le nombre de professionnels, tous bien formés et compétents, nécessaires dans un processus de fabrication de produits et ou de rendu d'un service a fortement augmenté.

De ce fait, se pose avec de plus en plus d'acuité le problème des relations entre les professionnels spécialisés, donc de l'organisation des interfaces⁷⁴. L'approche par processus répond à cette problématique.

Elle permet de comprendre la contribution de chaque secteur à la réalisation du produit ou à la prestation de service et d'étudier l'organisation des interfaces entre les différents professionnels et les différents secteurs qui y ont contribué.

La satisfaction du patient dépend maintenant de cet aspect organisationnel. Dès lors, il faut faire porter les efforts sur l'organisation de la relation entre les professionnels.

3.4.5. Une approche pérenne évolutive

L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisés étape par étape.

La démarche est itérative et vise des améliorations successives : on parle d'amélioration continue.

Le repérage des problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement, est un moyen essentiel d'améliorer la qualité avec un retour sur investissement important et rapide. La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de correction des problèmes et dysfonctionnements.

3.4.6. L'évaluation

IL n'y a pas de qualité sans mesure, la mesure fait partie intégrante de la mise en place de la

⁷⁴ Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris : ANAES ; 2002. TARKPESSI K. : « Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française », Université Senghor d'Alexandrie - Master en Développement, Spécialité santé internationale 2007.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

démarche qualité. La mesure est donc un impératif de la qualité. La mesure permet d'apprécier la satisfaction des patients, la conformité des prestations à des références et le bon déroulement des processus. Cela consiste en une objectivation du niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration.

Elle permet également un suivi en continu de certaines caractéristiques afin d'agir dès qu'une dérive apparaît. Mesurer permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux patients sur le maintien d'une qualité de prestation et d'apporter la preuve des progrès réalisés.

Plusieurs outils de mesure sont à la disposition des professionnels : audit clinique, analyse des pratiques, enquêtes de satisfaction, tableaux de bord, indicateurs.

3.5. La qualité en établissement de santé

Le secteur de la santé comprend quelques particularités qui le différencient du secteur industriel et qui influent sur l'évolution de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers.

3.5.1. Les spécificités des établissements hospitaliers

Trois particularités sont à rappeler.

Complexité des établissements de santé : La complexité des établissements de santé est caractérisée par :

- des processus nombreux, non standardisés et d'évolution rapide ;
- des métiers multiples et en évolution permanente ;
- une qualité des produits (résultats des soins délivrés) difficile à appréhender pour les professionnels et les patients ;
- une asymétrie d'information prégnante caractérise les relations entre les différents acteurs du secteur (soignant/soigné, établissement/autorité de planification, gestionnaire/équipe médicale) ce qui n'est pas sans effet sur la répartition des pouvoirs de décision ;
- l'établissement, en tant que producteur de soins, et particulièrement l'hôpital public, n'est pas maître de ses missions. Il répond à une commande publique.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- **Différents types de « clients »** : En se limitant aux clients externes, on peut lister sans être exhaustif les patients hospitalisés, les consultants externes, les proches des patients, les professionnels de santé externes qui adressent les patients et qui en assurent le suivi. Ces différents types de « clients » ont des attentes très diverses.
- **Le rôle des professionnels** : Chaque acteur, notamment les médecins dispose d'une indépendance dans son choix d'intervention. Cette indépendance implique l'existence d'une responsabilité propre prévue dans le cadre déontologique et juridique.

3.5.2. Identifier les besoins, attentes et exigences des clients

Les besoins sont rarement spécifiés dans le contexte sanitaire. Sauf exception, aucun contrat écrit n'est rédigé entre l'établissement de santé et le bénéficiaire de ses prestations. Un processus d'identification puis de hiérarchisation des besoins, attentes et exigences de l'ensemble des clients de l'établissement de santé doit être mis en place.

Certains thèmes sont incontournables. Quel que soit le secteur d'activité. Ce sont le droit à l'information, le consentement du patient, la confidentialité, l'accueil, l'accessibilité, le respect de la dignité, de l'intimité de la vie privée et de la culture, la prise en charge de la douleur.

Enfin, les besoins doivent être personnalisés et définis en fonction de l'état et de catégories particulières de patients : enfants, personnes âgées, malade mentaux, détenus.

Les principaux thèmes généraux retenus par les patients eux même, pour ce qui concerne l'établissement de santé pris dans sa globalité, sont connus. Ce sont⁷⁵ :

- La confrontation et la cohabitation avec les autres patients : voisinages, partage d'espaces communs;
- La qualité des relations humaines avec les soignants : disponibilité, gentillesse, amabilité, accueil,...;
- L'information sur la maladie, les traitements, les examens, les résultats;
- L'organisation des soins : cohérence, répartition des rôles et fonctions, patients sensibles à la discontinuité dans l'organisation.

⁷⁵ LECKET /VILCOT : « construire le système qualité d'un établissement de santé », édition Afnor 2000, P 20.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Les besoins, attentes et exigences des patients peuvent se classer en trois catégories⁷⁶ :

- *Ce qui relève du relationnel* : c'est tout ce qui concerne le contact avec le patient : dignité, intimité, empathie, information, communication,...
- *Ce qui relève du professionnel* : c'est tout ce qui concerne l'aspect technique des soins : fiabilité, responsabilité, savoir faire, compétence, professionnalisme,...
- *Ce qui relève de l'organisationnel* : c'est tout ce qui concerne l'environnement des soins : accessibilité, continuité des soins, facilité des soins, rapidité, confort.

3.5.3. La boucle qualité dans un établissement de santé

La qualité des services est un concept vaste. Elle est évaluée à partir de différents points de vue et de nombreux critères complémentaires. Il s'agit alors de voir dans quelle mesure les services offerts répondent aux différentes exigences de qualité. La qualité se définit différemment selon qu'on est un professionnel de la santé ou un usager (Risser, 1975; Donabedian, 1969; Rocheleau & Grenier 2001). Comme nous l'avons mentionné précédemment, les usagers peuvent référer à certains critères de qualité qui leur sont propres. Pour cette raison, le point de vue des usagers constitue une composante importante, voire nécessaire, de l'évaluation de la qualité des services (Risser, 1975).

Désirant évaluer la qualité de ses services tout en donnant aux usagers les moyens de s'exprimer sur des aspects qui les préoccupent, l'Hôpital Louis-H. Lafontaine s'est inspiré de l'approche développée par la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec⁷⁷.

Une stratégie cohérente d'amélioration de la qualité des services suppose que la qualité soit définie non seulement à partir de normes techniques, cliniques, professionnelles ou administratives, mais aussi à partir des attentes énoncées par les usagers eux-mêmes à l'égard des services qu'ils reçoivent⁷⁸.

⁷⁶ Les thèmes retenus par les patients canadiens. Enquête de mai 1994 sur les attentes et la satisfaction des usagers du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal Centre. In LECLLET H. et VILCOT C. « qualité en santé : 150 questions pour agir », 2e tirage, édition Afnor 1999, p283.

⁷⁷ Aujourd'hui l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

⁷⁸ Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1999), Plan de consolidation in : 1999-2002 : Une vision d'amélioration continue, Trois-Rivières, Régie régionale,

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Selon cette perspective, les usagers peuvent apporter une contribution importante aux démarches d'amélioration continue de la qualité en exprimant leur niveau de satisfaction à l'égard des services qu'ils reçoivent, mais aussi en contribuant à l'élaboration des questions permettant d'évaluer la qualité des services à partir de leur point de vue.

Comme l'illustre le (schéma 09) on reconnaît quatre qualités, reliées entre elles pour former une boucle : la qualité prévue, la qualité fournie, la qualité perçue et la qualité attendu. Ces quatre qualités sont les composantes d'une même entité : la qualité globale.

L'établissement de santé connaît suffisamment son organisation et ses modes de fonctionnement pour distinguer les différents types de qualité qu'il doit prévoir ou réaliser et manager chacun d'eux individuellement.

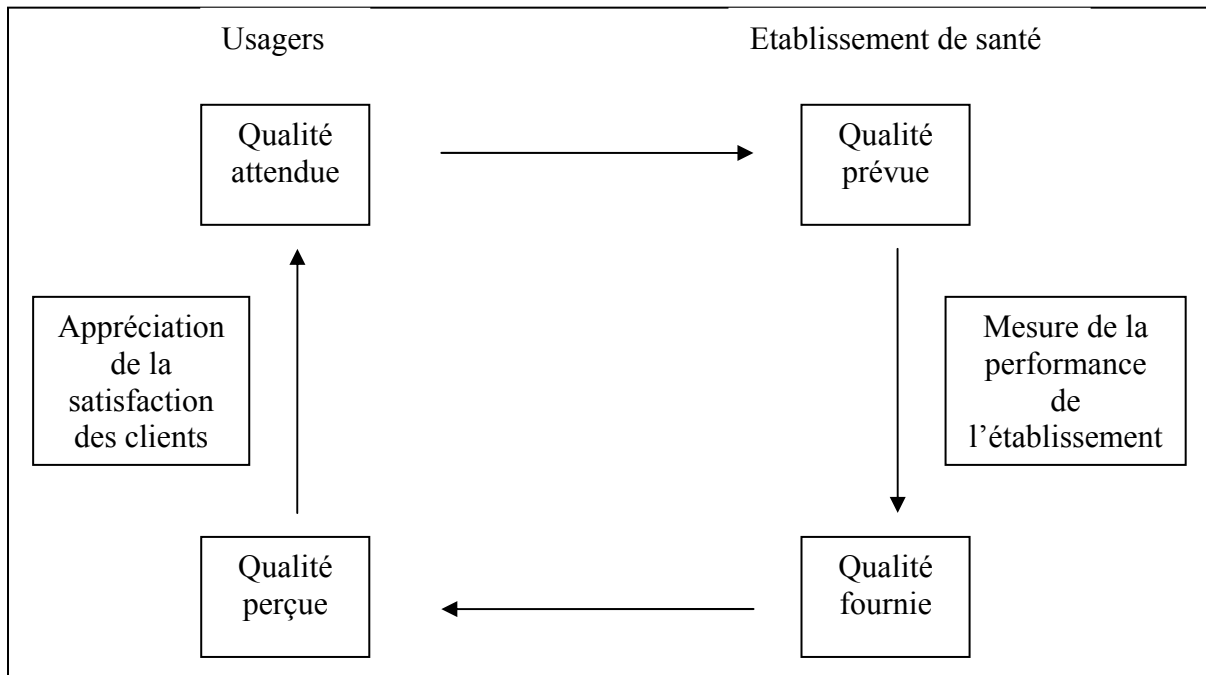
Au contraire, le client, en premier lieu le patient, n'a qu'une vision globale et spontanée, quasiment instinctive, du niveau de qualité qu'il perçoit ou attend. Cette perception dépend directement de ses besoins, attentes et exigences⁷⁹.

- **La qualité prévue** est le niveau de qualité que l'établissement de santé souhaite atteindre. C'est la prestation qu'il veut fournir à ses clients.
- **La qualité fournie (ou offerte)** est le niveau de qualité réellement réalisée par l'établissement, obtenue sur le terrain, au jour le jour, dans les conditions normales de travail. Le niveau de qualité fournie est mesuré par des indicateurs qualité mis en place dans l'établissement.
- **La qualité perçue** est le niveau de qualité ressentie, de façon plus ou moins confuse par le client à partir de ses propres attentes. Elle est l'expression de satisfaction, avec ce que cela comporte de subjectivité et d'impondérable.

L'établissement de santé doit évaluer le degré de satisfaction de ses clients, en premier lieu les patients, en mettant en place des outils de mesure de la satisfaction des clients et de la performance du service rendu.

⁷⁹ LECLET H. et VILCOT C. « construire le système qualité d'un établissement de santé », édition Afnor 2000, P 6.

Schéma 09 : La boucle de la qualité



Source : LECLLET H. et VILCOT C. « construire le système qualité d'un établissement de santé », édition Afnor 2000, P 180

Cette évaluation de la satisfaction des clients revêt une importance fondamentale dans le domaine de la santé, car la perception que le malade a de ses soins est un déterminant essentiel de sa prise en charge, et donc de l'amélioration de son état de santé.

- **La qualité attendue** : correspond au niveau de qualité souhaitée par les clients. Cela signifie que les conditions d'obtention de ce niveau de qualité ont été prédéfinies.

Deux types de qualité dépendent de l'établissement et reflètent sa performance :

- La qualité prévue, qui est théorique;
- La qualité fournie qui est objective et quantifiable.

Les deux autres types de qualité se situent du point de vue des clients et reflètent leur satisfaction :

- La qualité attendue, qui est théorique ;
- La qualité perçue, qui est subjective mais mesurable et appréciable.

Dans un monde parfait, la qualité perçue serait attendue. Cela est faux à cause de l'importance de l'irrationnel et du subjectif des clients dans la conscience de la qualité attendu et dans la

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

perception de la qualité réalisée. La qualité fournie serait la qualité prévue. Cela est faux à cause des parasites, des dysfonctionnements et des aléas qui créent des écarts entre ce qu'on prévoit et ce qu'on réalise.

On peut ainsi distinguer un univers objectif qui est celui de l'établissement de santé prestataire de service, et un univers subjectif qui est le monde des clients. La reconnaissance officielle de la qualité fournie est un facteur dynamisant et stimulant pour l'établissement de santé, entraînant et sécurisant pour les différents clients.

3.5.4. Mesurer la qualité des services hospitaliers

La mesure de la qualité est indispensable. Elle permet de s'assurer de la maîtrise ou de l'amélioration des processus. Cette mesure est nécessaire tant en interne qu'en externe.

Le besoin interne de mesure de la qualité est celui du responsable de l'établissement ou d'un secteur de s'assurer que la démarche qualité atteint ses objectifs.

L'enjeu est aussi pour les professionnels de pouvoir visualiser les progrès accomplis, ce qui aura en retour un impact positif sur leur motivation.

Le besoin externe est celui de tutelle, de clients et vise à donner confiance dans la qualité des produits ou service fournis par l'établissement.

Les instruments de mesure de la qualité sont :

3.5.4.1. Les indicateurs

Les indicateurs de qualité doivent être simples, pertinents, reproductibles et fiables⁸⁰. Ils permettent de mesurer un résultat concernant la qualité. Plusieurs types de résultats peuvent être mesurés :

- Les défauts et dysfonctionnements : un dysfonctionnement correspond à un résultat non attendu d'un processus. Ces indicateurs de dysfonctionnements de processus sont nécessaires, car ils permettent de corriger les erreurs en prenant des mesures correctives;

⁸⁰ FATZER G. « La mesure de la qualité », édition Dunod : Paris ; 1990.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- La démarche de résolution de problèmes permet de limiter ou de le faire disparaître. Le nombre de dysfonctionnement sera le meilleur indicateur de succès de l'action engagée. Dans cette catégorie entre un grand nombre de mesure de la qualité (produits défectueux, doublons, délais d'attente);
- Le respect du processus : pourcentage de conformité d'une étape d'un processus;
- La performance de processus : l'indicateur peut mesurer par exemple le pourcentage de guérison des patients.

3.5.4.2. Les enquêtes de satisfaction des patients

Ces enquêtes de satisfactions des patients peuvent fournir des mesures de qualité. Pour que ces enquêtes aient un sens pour le pilotage de la démarche, il est nécessaire que les mesures soient représentatives de la population statistique étudiée et reproductible ; par exemple les enquêtes réalisées un jour donné ou sur une période donnée.

3.5.4.3. L'évaluation des pratiques professionnelles

Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles permettent de mesurer la conformité des pratiques à des références admises, de constater des écarts, d'en analyser les causes et de mettre en place des actions correctives.

Ces modalités de mesure sont particulièrement adaptées aux pratiques de soins⁸¹.

3.5.5. Facteurs clés du succès de la démarche qualité

Avant de lancer une démarche qualité, il convient de connaître quelques-uns des facteurs essentiels qui concourent à la réussite de la démarche.

3.5.5.1. L'implication explicite de la direction

Le premier facteur clé du succès d'une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé est l'engagement de la direction. Les experts qualité ont prouvé que les démarches qualité peinent à se mettre en place ou n'aboutissent pas par manque

⁸¹ L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Saint-Denis La plaine : HAS ; 2005. In TARKPESSIK.: « Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française », Université Senghor d'Alexandrie - Master en Développement, Spécialité santé internationale 2007.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

d'engagement des dirigeants. La direction doit être convaincue de la nécessité du changement en interne. Elle doit définir la politique qualité, les objectifs, les plans d'actions, affecter les moyens humains et techniques en cohérence avec sa stratégie globale et en s'appuyant sur l'écoute des clients.

Sans une direction persévérante, le projet ne sera durable, malgré la présence d'un responsable qualité en interne⁸².

3.5.5.2. L'implication des professionnels

La mise en place de la qualité ne peut réussir sans une contribution importante du personnel en phase de conception et d'application. Cette implication passe par le travail en groupe, la formation, la reconnaissance des résultats et la communication sur l'avancement et les résultats de la démarche.

3.5.5.3. La progressivité de la démarche

La mise en place d'une démarche qualité est un projet de longue durée. Le risque est celui d'une démotivation progressive des collaborateurs et d'une perte de patience des clients qui ne voient pas les résultats arriver. Pour ces raisons, l'introduction des améliorations doit se faire progressivement, par étapes successives. Ces principes de progressivité conduit à se concentrer sur des priorités, c'est-à-dire sur les points qui produisent les améliorations les plus notables.

3.5.5.4. La communication

La communication est le facteur clé du succès, elle assure le partage du sens de la démarche, la diffusion des idées, la valorisation des démarches, la pérennisation des actions réalisées. Elle valorise la prise de conscience des professionnels quant aux besoins d'amélioration, aux enjeux de la qualité, aux résultats des démarches entreprises. Elle nécessite aussi de dégager des moyens permettant d'informer en interne et en externe sur les actions qualité menées par l'établissement. Sans oublier ses mission originales telles que l'amélioration de la relation humaine avec les soignants : accueil, information,...etc.

⁸² Dominique B. « Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Les facteurs clés de succès d'une démarche qualité ». Actual Doss Santé Publique 2001, P 35-25-61.

Conclusion

La complexité des services conduit les entreprises à entreprendre différentes stratégies d'amélioration de la qualité de ses services, l'une de ses stratégies est la politique de communication pour avoir une bonne image auprès de sa clientèle et de se différencier des autres entreprises concurrentes. Une bonne communication avec les clients et une maîtrise des éléments de la servuction qui consiste à identifier les besoins de ses clients permet de repérer les dysfonctionnements et les difficultés afin d'améliorer les situations futures.

La qualité s'impose également aux organismes publics tel que l'hôpital, afin d'améliorer la qualité des prestations des services hospitaliers. En effet, la qualité de service est un concept vaste, il est évalué dans différentes manières. La qualité des services d'un professionnel de santé n'est pas la même d'un usager ce derniers peut se référer a des critères qui leurs sont propres. Le patient est souvent incapable de juger la réelle qualité de la prescription médicale (l'asymétrie d'information), développe ses propres critères d'évaluation de la prestation. Parmi les plus cités, figurent les paramètres qui relèvent plus du domaine subjectif : qualité de l'accueil, du confort, de l'information,... En effet, c'est d'après l'accueil réservé aux malades et à leurs parents que s'établit sa bonne ou mauvaise réputation.

En plus, l'un des principes de service public est l'adaptabilité, ce qui oblige les structures de santé à la réorganisation et à la modernisation et à ne plus ignorer son environnement, surtout avec la demande de nos usagers qui exigent des services de qualité. La communication avec les usagers de santé est une composante indispensable de tout système qualité. La réalisation d'un service de qualité ne se fonctionne que par la satisfaction des besoins, attentes et exigences de ses usagers.

Actuellement, l'hôpital rencontre beaucoup de difficultés à satisfaire la population. Pour cela, l'établissement de santé doit mettre en œuvre une politique d'évaluation de ses services qui nécessite des outils spécifiques tels que les enquêtes de satisfactions.

Chapitre III :
La place de la communication hospitalière
dans l'EPH d'Akbou :
enquête auprès des patients

CHAPITRE 3 : LA PLACE DE LA COMMUNICATION HOSPITALIERE DANS L'EPH D'AKBOU : ENQUETE AUPRES DES PATIENTS

Introduction

Dans les chapitres précédents, l'intégration de la communication dans l'organisation des structures publiques de santé demeure un facteur essentiel, dans un processus de changement et de modernité. A montré aussi que la communication hospitalière est un élément de cohérence et de reconnaissance pour l'ensemble des acteurs.

Elle constitue également un élément important de la qualité. Une communication efficace avec les clients (en premier lieu le patient) est une condition essentielle pour maintenir les objectifs et actions de l'établissement alignés en permanence sur les besoins, attentes et exigences de ces clients. L'établissement doit pour cela mettre en place des liaisons avec ses clients pour permettre le transfert d'information et aider à la tenue de ses exigences. Ainsi que mettre en place une politique de communication impose de se doter d'outils spécifiques et donc de dégager des moyens pour atteindre les objectifs fixés.

Afin d'expliquer la place et la nécessité de la communication hospitalière dans un établissement public hospitalier et en raison de l'absence des documents relatives à la communication hospitalière, nous étions contraints de réaliser une enquête de terrain auprès des personnes hospitalisés.

L'objectif étant de collecter des informations relatives à leurs positions en matière de contribution de la communication hospitalière aux prestations des services hospitaliers et le rôle joué par l'établissement dans la diffusion de l'information ainsi que les conditions du séjour.

Dans ce chapitre, il sera question d'exposer les résultats de notre enquête sur la communication hospitalière dans l'établissement hospitalier d'Akbou. Dans la première section, nous présenterons un aperçu général sur l'établissement hospitalier public d'Akbou ainsi que sa politique de communication. La deuxième section fera l'objet de la présentation et de la conception de l'enquête. Enfin, la troisième section tentera d'analyser les différents résultats obtenus à partir de notre enquête.

SECTION 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER D'AKBOU

Le secteur sanitaire d'Akbou fait partie de l'une des 05 régions sanitaires du pays. Il est situé à 70 km du chef lieu de la Wilaya de Bejaia, dont il dépend. Avec ses 1084 km², son relief accidenté, sa position par rapport à la RN26, il représente l'un des secteurs les plus importants de la Wilaya de Bejaia. Le nombre d'usagers de ce secteur est estimé à 268394, répartis dans 188 villages constituant les 15 communes et dans quelques localités des wilayas limitrophes. Il est composé de deux hôpitaux et de soixante structures extrahospitalières.

La nouvelle carte sanitaire a introduit un découpage qui scinde le secteur sanitaire en deux entités distinctes : L'hôpital, désormais appelé Etablissement Public d'Hospitalisation et les unités sanitaires périphériques réparties dans deux EPSP ou Etablissements Publics de Soins de Proximité.

1.1. Le nouvel hôpital ou EPH « AKLOUL Ali »

En termes techniques, il est classé à la catégorie « B » et devient ainsi le second pôle sanitaire important après celui de Bejaia. Son importance stratégique et sa qualification de régional lui sont conférées par son implantation dans une région industrielle.

Mis en service dès 1968, c'est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du Wali. Il relève du Ministère de la santé.

Ses missions sont la prise en charge hiérarchisée des besoins sanitaires de la population. De ce fait, il assure l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, palliatifs et préventifs. En collaboration, avec les EPSP, Il met en œuvre les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale. Il exécute et applique les programmes nationaux et locaux de santé de la population.

Il contribue à la promotion et à la protection de l'environnement par des activités d'hygiène, de salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux. Il organise et assure le recyclage et le perfectionnement des personnels des services de santé.

1.2. Les services de l'hôpital d'Akbou

Il est constitué des services suivants :

- Médecine interne homme33 lits
- Médecine interne femme.....35 lits
- Pédiatrie et néonatalogie.....33 lits
- Chirurgie générale44 lits
- Gynéco obstétrique.....34 lits
- Hémodialyse.....13 lits
- Un pavillon des urgences avec salle d'observation.....10 lits
- 02 Blocs opératoires avec 04 salles d'opération ;
- 01 Laboratoire d'analyse médicale ;
- 02 Services de radiologie ;
- 01 Point de transfusion sanguine ;
- 01 Service épidémiologie ;
- Les services administratifs :
 - Une direction générale, attenante au secrétariat général.
 - Les sous directions du personnel et de la formation, de l'économat et de l'équipement, des services sanitaires. A ces trois dernières sont rattachés les bureaux d'ordre suivants :
 - ❖ Le bureau des coûts, le bureau des statistiques et de la planification,
 - ❖ Le bureau des affaires économiques et sociales, le bureau du contentieux, le bureau de la solde, le bureau de la gestion des carrières, le bureau d'accueil et d'information, la surveillance générale et médicale ou bureau du mouvement et de coordination,
 - ❖ Un bureau des admissions (ancien bureau des entrées), une cellule de communication, un bureau du conseil médical, un bureau de la section syndicale et les services annexes et dépendances tels que, la cuisine, la buanderie, la maintenance, le parc auto, la cafétéria...

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

1.3. Moyens humains

Le personnel de l'établissement est composé de médecin, de paramédical, de personnel administratif et d'agent de sécurité. On peut compter leur nombre selon le tableau suivant :

Tableau 06 : Nombres des travailleurs au sein de l'établissement

Catégories du personnel de l'établissement	Nombre
Médecin	40
Infirmier	200
Personnel administratif et technique	197
Agent de sécurité	15
Total	452

Source: tableau réalisé par nos soins à partir: des données collectées auprès de l'hôpital d'Akbou.

1.4. Tenue réglementaire du personnel de l'établissement

Selon la réglementation, chaque catégorie du personnel a une tenue et une couleur spécifique. En plus, un badge pour l'ensemble du personnel de l'établissement pour mieux les départager et les identifier par les usagers.

Tableau 07 : Tenue réglementaire du personnel de l'établissement

Catégories du personnel de l'établissement	Tenue réglementaire
Médecin généraliste	tenue blanche avec blouse blanche
Infirmier	tenue blanche avec blouse blanche
Chirurgien (bloc)	tenue verte
Sage femme	tenue rose
Femme de ménage	Blouse bleu
Agent d'entretien	Blouse bleu
Agent de sécurité	tenue marron

Source: tableau réalisé par nos soins à partir: des données collectées auprès de l'hôpital d'Akbou.

1.5. La politique globale de communication au niveau de l'hôpital

L'élaboration et la formulation d'une politique de communication est confiée à une cellule de communication (cf. annexe 06). La cellule de la communication a pour missions principales :

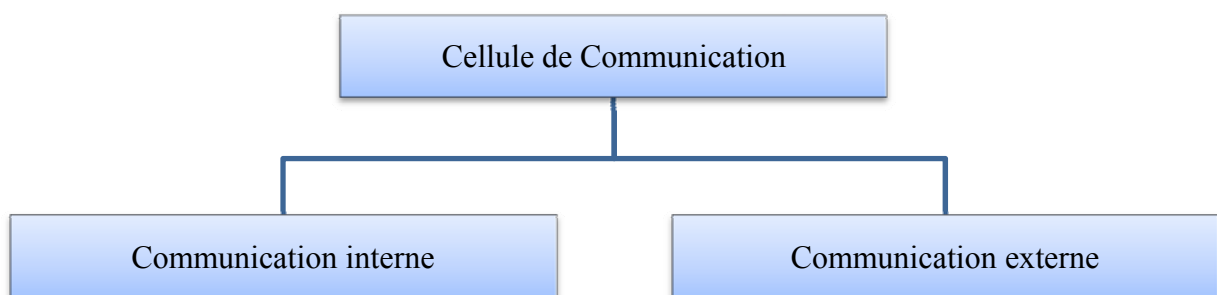
- D'assurer en amont et en aval le circuit de toutes les informations, liées, au travail et activités sanitaires, des malades ;

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- D'organiser et de veiller à l'application et à la tenue des rencontres médicales, séminaires, séances d'éducation sanitaire au grand public, portes ouvertes sur la santé ;
- D'assurer et de traiter l'information et la rétro-information ;
- D'étudier sur avis et suivi du chef d'établissement, des doléances et requêtes, écrites ou verbales, des malades et des visiteurs ;
- D'afficher l'information du jour relative aux situations nouvelles et spéciales intéressant le malade, l'employé ;
- De penser et d'améliorer, voire d'organiser régulièrement les visites, l'accueil et l'orientation des malades et leurs parents ;
- De traiter les situations sociales des malades, conformément à la réglementation, sur autorisation et orientation du chef d'établissement ;
- Recevoir, en lieu et place du directeur et sur décision de celui-ci, le public, pendant ou en dehors des jours d'audience, aux fins d'instruction et suites à donner aux doléances qui doivent être présentées au directeur du secteur sanitaire ;
- La cellule de communication peut faire appel à toute personne ressource capable d'apporter une contribution effective au bon fonctionnement de la cellule et de diligenter le règlement de toute situation. Cette liaison ne s'opérera qu'après consultation avec le chef de l'établissement ;
- De gérer la bibliothèque de l'hôpital.

La cellule chargée de la politique globale de communication de l'hôpital peut s'occuper divers publics à la fois de la communication externe destinée aux divers publics de l'hôpital (usagers, tutelle, administration, presse, milieux financiers, etc....) et de la communication interne destinée au personnel de l'hôpital.

Schéma 10 : Politique globale de la communication dans l'établissement



Source: schéma réalisé par nos soins à partir: des données collectées auprès de l'hôpital d'Akbou.

1.6. L'architecture générale de la communication de l'hôpital

Le problème de l'architecture générale de la communication se pose chaque fois qu'une structure de santé s'intéresse à plusieurs publics (corps médical, corps paramédical, malades, administrateurs, autres, etc.).

Il consiste à décider sur quoi (ou à propos de quoi) l'hôpital va communiquer, auprès de quels publics, et quel poids relatif elle attribuera à chacun de ces communications.

▪ Auprès de quels publics va-t-on communiquer ?

Détermination de la cible, c'est-à-dire le public en relation avec l'hôpital.

L'EPH d'Akbou a mené une politique de communication depuis 2000 jusqu'à 2008. De nos jours aucune action spécifique de la cellule n'a été menée.

▪ Actions globales de communication déjà menées

La santé et les questions de santé intéressent tout un chacun. Cependant, le monde hospitalier et les cliniques restent un univers méconnu qui suscite de nombreuses croyances ou frayeurs. Pour se rapprocher de ses futurs patients, l'EPH a mis en place l'action « Questions de santé ».

L'objectif est d'informer les patients sur différentes questions de santé qui les concernent et de présenter, par la même occasion, les spécialités et les capacités de l'établissement.

Ces actions se déclinent de la manière suivante :

- Revue « Questions de santé » (chaque trimestre) : elle contient différents articles sur la santé et sur le projet de l'établissement ;
- Communication au grand public telle que la célébration de la journée mondiale de la sage femme à la crèche communal d'Akbou. Dans le but est d'ouvrir l'hôpital sur son environnement c'est-à-dire futurs patients ;
- Communication de crise : Pour ce qui est des situations de crise, le directeur du service concerné agit en accord avec le directeur général. La politique est la suivante :
 - communiquer directement avec le patient
 - être transparent
 - prendre ses responsabilités (admission d'une erreur éventuelle)

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

En ce qui concerne les journalistes, l'hôpital ne se soucie pas de leurs critiques malgré l'instruction N° 06/MSP/MIN/DU 08 Aout 2001 : a pour objet traitement et gestion de l'information au grand public (cf. annexe 07).

- Les actions marketing : exemple : la qualité d'accueil des usagers, il s'agit ici d'activités de relations publiques et non pas d'activités de publicités.

L'EPH d'Akbou, par ses publications et l'organisation de conférences, veut informer le grand public et soigner son image et non pas vendre ses produits.

Dans notre travail on s'intéresse aussi à la politique de la communication de l'établissement avec ses patients, c'est-à-dire évaluer la communication hospitalière dans cet établissement et les moyens utilisés à travers ses patients et comment cette dernière constitue un élément de qualité. Pour cela, nous avons complété notre travail par un questionnaire aux patients.

SECTION 2 : CONCEPTION ET REALISATION DE L'ENQUETE

Dans cette section, il sera question de la présentation et de la conception de l'enquête.

2.1. Présentation de l'enquête

L'enquête que nous avons menée au niveau de l'établissement public hospitalier d'Akbou a été lancée le 12 Février 2012 et a pris fin le 29 Mars 2012. Notre échantillon d'enquête a porté sur 300 personnes hospitalisées dans tous les services d'hospitalisation de l'EPH d'Akbou (médecine interne homme et femme, Chirurgie générale homme et femme, Gynécologie obstétrique et service pédiatrie) d'une manière aléatoire. Les enquêtés ont été interrogés par interview ou remplis par les patients dans différents services d'hospitalisation de l'EPH. Pour le service pédiatrie, j'ai pris en considération les gardes malades des patients âgés moins de 15 ans (car c'est les mamans qui m'ont répondu). En utilisant un questionnaire comprenant 27 questions (cf. annexe 08). Notre questionnaire est composé de six axes principaux, à savoir

1. La fiche signalétique des enquêtés : l'état civil à travers le sexe et l'âge, le niveau d'instruction et le service d'hospitalisation. Enfin, la durée de l'hospitalisation de chaque enquêtés (question n° 1 à question n° 5).

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

2. Le choix de l'EPH d'Akbou et le déroulement des procédures d'accès aux soins par les enquêtés, délai d'attente, formalité administrative et la qualité de l'accueil (question n° 6 à question n° 10).
3. L'information fournie sur les renseignements généraux de l'EPH aux enquêtés ainsi que le niveau d'information fournie sur le fonctionnement de ses soins (question n° 11 à n° 15).
4. La perception du système de signalisation et de panneaux dans l'orientation de l'enquêté à l'intérieur de l'établissement ainsi que le degré d'identification du personnel de l'établissement par les l'enquêtés (questions n° 16 à 19).
5. Le comportement du personnel de l'établissement avec les enquêtés et leurs familles ainsi que le niveau du confort dans chaque service (question n° 20 à 23).
6. Enfin, évaluation de l'image et de la communication hospitalière de l'EPH ainsi que sa contribution dans l'amélioration de la qualité des services hospitaliers. Enfin le conseil de l'enquêté à ses proches pour solliciter le même EPH (question n° 24 à 27).

De cette représentation des principaux points qui sont prévus dans le but d'une meilleure connaissance de la situation des personnes interrogées, nous espérons avoir soulevé quelques interrogations relatives aux objectifs de notre recherche.

2.2. Objectifs de l'enquête

L'enquête a pour objectif de tenter d'évaluer:

- La place de la communication hospitalière dans un établissement publique hospitalier;
- Les techniques et les supports de communication hospitalière utilisés vis-à-vis des usagers;
- Enfin, la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des services de l'établissement.

2.3. Caractéristiques générales de l'enquête

Il s'agit d'une enquête d'évaluation de la communication hospitalière entre un établissement public de santé et ses patients.

2.3.1. Collecte d'informations

La collecte d'information a été accomplie par moi-même. J'ai choisi d'utiliser la méthode d'entretien direct avec le sujet, de façon à éviter toute ambiguïté dans les réponses des enquêtés et de minimiser la perte de questionnaires.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akkou

L'enquête a été globalement bien acceptée et bien déroulée puisque seulement 15% de questionnaires ont été éliminés. J'ai travaillé sur un échantillon de 300 personnes malades sélectionnées de manière aléatoire. Néanmoins, 255 questionnaires ont été complètement et correctement remplis, soit un taux de réponse de 85%.

2.3.2. Contrôle des questionnaires

J'ai dû vérifier les questionnaires et notamment la cohérence des réponses, numéroter tous les documents d'enquête et relever les documents incomplets. Le contrôle des questionnaires avait pour objectifs de vérifier les oublis ou les erreurs des personnes interrogées avec la cohérence des réponses fournies par ces derniers. Une fois les vérifications terminées, les documents ont été classés.

2.3.3 Dépouillement

Le dépouillement de mon enquête a été informatisé en utilisant le logiciel SPSS 10.0 et l'Excel 2007. J'ai d'abord procédé à la saisie des données contenues dans les questionnaires, puis leur traitement afin d'aboutir aux différents résultats sous forme de tableaux et de figures. En ce qui concerne les traitements statistiques qui sont réalisés pour mettre en évidence les informations fournies par l'étude, nous avons utilisé deux formes de tableaux dans le dépouillement, à savoir, la méthode de tri vectoriel (tri plat), puis la méthode de tri matriciel (tri croisé). Dans un premier temps, nous avons réalisé des tris à plat des données, c'est-à-dire nous avons établi la distribution des fréquences pour toutes les variables sous forme de tableaux. Dans chaque tableau, nous avons calculé le nombre de réponses obtenues par chaque modalité figurant dans la question. Cette distribution des fréquences est absolue, relative et dans certains cas elle est cumulée. Le simple examen de ces tableaux va nous permettre de :

- Déterminer les erreurs d'enregistrement commises lors de la saisie informatique ;
- Dégager les principaux résultats de l'enquête ;
- Identifier les zones qui demandent une interprétation et celles demandant des analyses supplémentaires.

Par ailleurs, pour mieux expliquer certaines variables et rechercher des corrélations entre les indicateurs, nous avons réalisé des tris croisés pour prendre en considération l'influence d'une

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

variable sur une autre. J'ai donc, vérifié l'existence de relations entre variables prises deux à deux, notamment entre variables explicatives et celles à expliquer.

2.4. Difficultés rencontrées

La réalisation d'un travail de magistère sur la communication hospitalière dans un hôpital public est un travail intéressant mais difficile. Nous avons principalement rencontré quelques difficultés :

- D'abord, un manque flagrant de documentations relatives à mon thème;
- Le milieu de l'enquête et l'état des enquêtés, ensuite l'attitude de la population vis-à-vis de l'enquête en général.

Comme dans tous les sondages, il y a toujours des refus catégoriques de répondre aux questionnaires. Les patients de l'hôpital d'Akbou ne sont pas habitués aux enquêtes et se méfient beaucoup des enquêteurs qui viennent violer leurs intimités et par conséquent, il a été très difficile avec certains enquêtés d'obtenir des réponses à mes questions. Certains enquêtés ont catégoriquement refusé de répondre à mon questionnaire. D'autres sont réticents dans leurs réponses. J'ai rencontré des cas similaires tout spécialement avec les personnes du deux sexes;

- Durant notre enquête, j'ai interviewé quelques personnes dont le niveau d'instruction est bas ou nul et sans oublier leur état de santé. Donc j'ai essayé de leur expliquer les questions pour que je puisse prendre leurs réponses.

SECTION 3 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

Dans cette section, nous avons tenté d'expliquer les données obtenues après traitement du questionnaire d'enquête à l'aide du logiciel SPSS 10.0. et de l'Excel 2007.

3.1. Caractéristiques de la population enquêtée

Nous aborderons ce point en tenant compte de la composition par âge et par sexe de notre échantillon d'enquête, de leur niveau d'instruction et des services aux quels sont hospitalisés. Enfin, nous traiterons la durée d'hospitalisation de chaque enquêté dans différents services.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

3.1.1. Composition par âge et par sexe

La répartition par âge et par sexe de la population montre que le sexe masculin représente 36,5% de l'échantillon, contre 63,5% pour le sexe féminin. Au niveau de la pyramide des âges, notre échantillon est surtout composé d'une population âgée de moins de 66 ans, soit 92,5% et dont 55,6% ont moins de 46 ans. Alors que la tranche d'âge de 66 ans représente 7,5%.

La lecture du tableau 08 indique que parmi les enquêtés masculins, 15,1% sont âgés entre 16 ans et 25 ans, 11,8% ont entre 26 ans et 35 ans, 14,0% ont entre 36 ans et 45 ans, 25,8% ont entre 46 ans et 55 ans, 24,7% ont entre 56 ans et 65 ans et 8,6% sont âgés de 66 ans et plus. Les mêmes proportions sont respectivement de 19,1%, 24,7%, 20,4%, 18,5%, 10,5% et de 6,8% chez les enquêtées féminins.

Tableau 08 : Répartition des enquêtés selon le sexe et l'âge.

Age		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
16-25	Effectif	14	31	45
	%	15,1%	19,1%	17,6%
26-35	Effectif	11	40	51
	%	11,8%	24,7%	20,0%
36-45	Effectif	13	33	46
	%	14,0%	20,4%	18,0%
46-55	Effectif	24	30	54
	%	25,8%	18,5%	21,2%
56-65	Effectif	23	17	40
	%	24,7%	10,5%	15,7%
66 et plus	Effectif	8	11	19
	%	8,6%	6,8%	7,5%
Total	Effectif	93	162	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.1.2. Répartition des enquêtés selon le sexe et le niveau d'instruction

La répartition de notre échantillon selon le sexe et le niveau d'instruction montre que 78,8% de la population enquêtée est scolarisée au moment de l'enquête ou elle a fréquenté l'école

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

dans le passé. Cette part est plus importante chez les femmes où elle représente 80,2 %, contre 76,3% pour les hommes.

Par niveau d'instruction, le tableau 09 montre que 21,2% des sujets enquêtés sont des illettrés, 16,9% ont le niveau primaire, 14,9% ont le niveau moyen, 18,8% ont le secondaire, 12,5% ont un niveau universitaire et 15,7% ont des formations professionnelles c'est-à-dire même s'ils n'ont pas eu la chance de poursuivre des études supérieures, ils se sont dirigés vers des centres de formations pour améliorer leur niveau d'instruction et avoir des diplômes qualifiés.

Tableau 09: Répartition des enquêtés selon le sexe et le niveau d'instruction

Niveau d'instruction		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
Illettré	Effectif	22	32	54
	%	23,7%	19,8%	21,2%
Primaire	Effectif	14	29	43
	%	15,1%	17,9%	16,9%
Collège	Effectif	10	28	38
	%	10,8%	17,3%	14,9%
Secondaire	Effectif	16	32	48
	%	17,2%	19,8%	18,8%
Universitaire	Effectif	19	13	32
	%	20,4%	8,0%	12,5%
formation P.	Effectif	12	28	40
	%	12,9%	17,3%	15,7%
Total	Effectif	93	162	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La réalisation de l'enquête a été un peu difficile avec la tranche 56 -65 ans et la tranche d'âge de 66 ans et plus notamment en raison de leur niveau d'instruction. 32,5% et 52,6% respectivement n'ont jamais été à l'école. 27,5% et 21,1% respectivement ont seulement le niveau primaire (cf. tableau10).

Les données du tableau 10 montrent que le niveau d'instruction décroît avec l'avancement dans l'âge. En effet, la présence des taux d'analphabète et le niveau primaire croît avec l'avancé dans l'âge. Inversement, le niveau universitaire décroît en avançant dans les tranches d'âges.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 10: Répartition des enquêtés selon l'âge et le niveau d'instruction

Niveau d'instruction		Âge						Total
		16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66 ≥	
Illettré	Effectif	4	6	8	13	13	10	54
	%	8,9%	11,8%	17,4%	24,1%	32,5%	52,6%	21,2%
Primaire	Effectif	4	7	9	8	11	4	43
	%	8,9%	13,7%	19,6%	14,8%	27,5%	21,1%	16,9%
Collège	Effectif	7	9	7	9	3	3	38
	%	15,6%	17,6%	15,2%	16,7%	7,5%	15,8%	14,9%
Secondaire	Effectif	12	10	9	11	5	1	48
	%	26,7%	19,6%	19,6%	20,4%	12,5%	5,3%	18,8%
Universitaire	Effectif	7	9	4	9	3		32
	%	15,6%	17,6%	8,7%	16,7%	7,5%		12,5%
formation P.	Effectif	11	10	9	4	5	1	40
	%	24,4%	19,6%	19,6%	7,4%	12,5%	5,3%	15,7%
Total	Effectif	45	51	46	54	40	19	255
	%	100,%	100,%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.1.3. Répartition des enquêtés selon le sexe et le service d'hospitalisation

La répartition de notre échantillon selon le sexe et le service d'hospitalisation montre que le sexe masculin représente 36,5% de l'échantillon, contre 63,5% pour le sexe féminin.

La lecture du tableau 11 indique que parmi les enquêtés hommes 57% sont hospitalisés dans le service « Médecine interne homme » et 43,0% sont hospitalisés dans le service « Chirurgie générale homme », contre 25,9% des enquêtées femmes sont hospitalisées dans le service « Médecine interne femme », 27,2% sont hospitalisées dans le service « Chirurgie générale femme », 24,7% sont hospitalisées dans le service « Gynéco-obstétrique » et 22,2% sont dans le service pédiatrie car j'ai pris en considération les mamans dont leurs enfants hospitalisés âgés de moins de 15 ans.

La réalisation de l'enquête montre que le nombre des services femmes est supérieur au nombre des services hommes. En plus, du service « Gynéco-obstétrique », « médecine interne femme » et « chirurgie générale femme », il y a la présence des femmes aussi dans le service pédiatrie (le tableau 12 montre les variations de leurs âges), cela explique le nombre supérieur de sexe féminin par rapport au sexe masculin de notre échantillon. D'après la répartition de ses deux sexes, l'établissement doit définir sa politique de communication hospitalière.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 11: Répartition des enquêtés selon le sexe et le service d'hospitalisation

Service d'hospitalisation		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
Médecine interne homme	Effectif	53		53
	%	57,0%		20,8%
Médecine interne femme	Effectif		42	42
	%		25,9%	16,5%
Pédiatrie	Effectif		36	36
	%		22,2%	14,1%
Chirurgie générale homme	Effectif	40		40
	%	43,0%		15,7%
Chirurgie générale femme	Effectif		44	44
	%		27,2%	17,3%
Gynéco-obstétrique	Effectif		40	40
	%		24,7%	15,7%
Total	Effectif	93	162	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Tableau 12: Répartition des enquêtés selon l'âge et le service d'hospitalisation

Âge		Service d'hospitalisation						Total
		Médecine interne homme	Médecine interne femme	Pédiatrie	Chirurgie générale homme	Chirurgie générale femme	Gynéco-obstétrique	
16-25	Effectif	4	5	7	10	11	8	45
	%	7,5%	11,9%	19,4%	25,0%	25,0%	20,0%	17,6%
26-35	Effectif	6	8	7	5	6	19	51
	%	11,3%	19,0%	19,4%	12,5%	13,6%	47,5%	20,0%
36-45	Effectif	7	6	12	6	4	11	46
	%	13,2%	14,3%	33,3%	15,0%	9,1%	27,5%	18,0%
46-55	Effectif	16	11	10	8	7	2	54
	%	30,2%	26,2%	27,8%	20,0%	15,9%	5,0%	21,2%
56-65	Effectif	16	9		7	8		40
	%	30,2%	21,4%		17,5%	18,2%		15,7%
66 ≥	Effectif	4	3		4	8		19
	%	7,5%	7,1%		10,0%	18,2%		7,5%
Total	Effectif	53	42	36	40	44	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.1.4. Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et la durée d'hospitalisation

La répartition de notre échantillon selon la durée d'hospitalisation et le service d'hospitalisation montre que 8,2% des enquêtés dont la durée d'hospitalisation est inférieure ou égale à 2 jours, dont 81,0% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 9,5% sont dans le service « Médecine interne homme » et 9,5% sont dans le service « Médecine interne femme ».

24,3% des enquêtés dont la durée d'hospitalisation est de 3 à 4 jours dont 24,2% sont dans le service « Médecine interne homme », 22,6% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 16,1% sont dans le service « Médecine interne femme », 11,3% sont dans le service « Chirurgie générale femme », 6,5% sont dans le service « Chirurgie générale homme », et 19,4% sont dans le service « Pédiatrie ».

31,4% des enquêtés dont la durée d'hospitalisation est de 5 à 6 jours dont 21,3% sont dans le service « Pédiatrie », 20,0% sont dans les services, « Chirurgie générale femme » et « Chirurgie générale homme », 17,5% sont le service « Médecine interne homme », 16,3% sont dans le service « Médecine interne femme » et 5,0% sont dans le service « Gynéco-obstétrique ».

20,0% des enquêtés dont la durée d'hospitalisation est de 7 à 8 jours dont 27,5% sont dans le service « Chirurgie générale femme », 23,5% sont dans les services « Chirurgie générale homme » et « Médecine interne homme », 13,7% sont dans le service « Médecine interne femme » et 11,8% sont dans le service « Pédiatrie ».

10,6% des enquêtés dont la durées d'hospitalisation est de 9 à 10 jours dont 25,9% sont dans les services « Chirurgie générale homme » et « Chirurgie générale femme », 22,2% sont dans le service « Médecine interne homme », 14,8% sont dans le service « Médecine interne femme », 7,4% sont dans le service « Gynéco-obstétrique » et 3,7% sont dans le service « Pédiatrie ».

5,5% des enquêtés dont la durée d'hospitalisation est de 11 jours et plus dont 42,9% sont dans le service « Médecine interne femme », 28,6% sont dans le service « Médecine interne homme », 21,4% sont dans le service « Gynéco-obstétrique » et 7,1% sont dans le service « Chirurgie générale homme ».

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 13: Répartition des enquêtés selon la durée d'hospitalisation et le service d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation		Service d'hospitalisation					Total	
		Médecine interne homme	Médecine interne femme	Pédiatrie	Chirurgie générale homme	Chirurgie générale femme		Gynéco-obstétrique
≥ 2 j	Effectif	2	2				17	21
	%	3,8%	4,8%				42,5%	8,2%
3-4 j	Effectif	15	10	12	4	7	14	62
	%	28,3%	23,8%	33,3%	10,0%	15,9%	35,0%	24,3%
5-6 j	Effectif	14	13	17	16	16	4	80
	%	26,4%	31,0%	47,2%	40,0%	36,4%	10,0%	31,4%
7-8 j	Effectif	12	7	6	12	14		51
	%	22,6%	16,7%	16,7%	30,0%	31,8%		20,0%
9-10 j	Effectif	6	4	1	7	7	2	27
	%	11,3%	9,5%	2,8%	17,5%	15,9%	5,0%	10,6%
11 ≥	Effectif	4	6		1		3	14
	%	7,5%	14,3%		2,5%		7,5%	5,5%
Total	Effectif	53	42	36	40	44	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012)

3.2. Le choix de l'établissement et son accueil

Nous aborderons ce point en tenant compte de la composition de notre échantillon d'enquête selon le choix de l'EPH, la perception du délai d'attente d'hospitalisation et les formalités administratives. Enfin, nous traiterons les conditions de réalisation du dossier d'admission et l'accueil dans cet EPH.

3.2.1. Le choix de l'établissement d'hospitalisation par les enquêtés

Le choix de l'établissement d'hospitalisation par les enquêtés est généralement fait pour des raisons de proximité ou conseillé par le médecin de ville. La lecture du tableau 14 montre que 53,3% des enquêtés dont le choix de l'établissement est fait pour sa proximité. 42,4% des enquêtés dont le choix de l'établissement est fait par le médecin de ville et seulement 4,3% des enquêtés l'ont choisi pour son image.

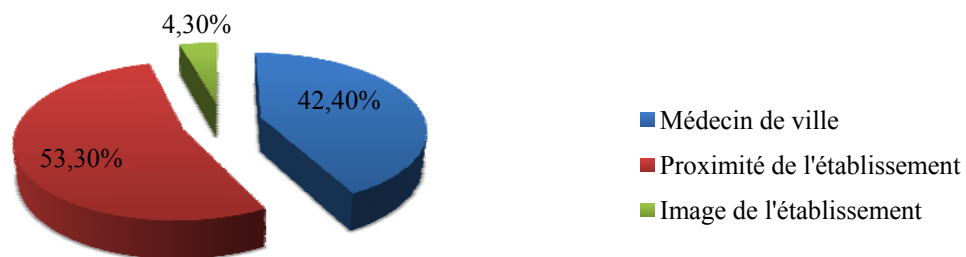
La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 14: Répartition des enquêtés selon le choix de l'établissement d'hospitalisation

Choix de l'établissement	Fréquence	Pourcentage
Médecin de ville	108	42,4%
Proximité de l'établissement	136	53,3%
Image de l'établissement	11	4,3%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Figure 01: Répartition des enquêtés selon le choix de l'établissement



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 14.

La communication hospitalière avec les médecins de ville est fondamentale. L'établissement doit communiquer auprès de ses prescripteurs pour convaincre les patients de l'image et de la qualité des prestations hospitalières de cet établissement. Puisque d'après la figure 01 le choix de l'établissement pour son image est significatif.

L'image de l'établissement est bien influencée par la qualité de la prestation médicale et du personnel traitant mais aussi par divers moyens de communication mis en œuvre par l'EPH.

3.2.2. La perception des délais d'attente pour l'hospitalisation par les enquêtés

La perception des délais d'attente pour l'hospitalisation par les enquêtés est globalement courte. La lecture du tableau 15 montre que 67,5% des enquêtés déclarent le délai d'attente court, 23,1% des enquêtés le trouvent moyen. Enfin 9,4% des enquêtés le trouvent long.

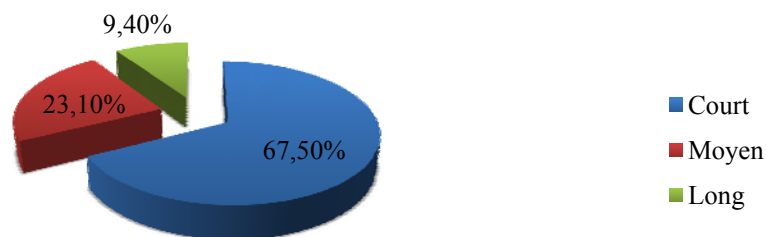
La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 15: Répartition des enquêtés selon la perception des délais d'attente pour l'hospitalisation

Perception des délais d'attente	Fréquence	Pourcentage
Court	172	67,5%
Moyen	59	23,1%
Long	24	9,4%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Figure 02: Répartition des enquêtés selon les délais d'attente pour l'hospitalisation



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 15.

3.2.3. Le délai d'attente pour l'hospitalisation par service

La lecture du tableau 16 montre que 20,8% des enquêtés dans le service « Médecine interne homme » dont 22,7% trouvent que le délai d'attente court, 18,6% le trouvent moyen et 12,5% le trouvent long.

17,3% des enquêtés dans le service « Chirurgie générale femme » dont les délais d'attente sont respectivement moyens, longs et courts les proportions sont respectivement 39,0%, 37,5% et 7,0%.

16,5% sont dans les services « Médecine interne femme » dont les délais d'attente sont respectivement courts, longs et moyens les proportions sont respectivement 19,8%, 12,5% et 8,5%.

15,7% des enquêtés dans le service « Chirurgie générale homme » dont les délais d'attente sont respectivement longs, moyens et courts les proportions sont respectivement 37,5%, 30,5% et 7,6%.

Et 15,7% des enquêtés dans le service « Gynéco-obstétrique » dont 23,3% des enquêtés trouvent que le délai d'attente court.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

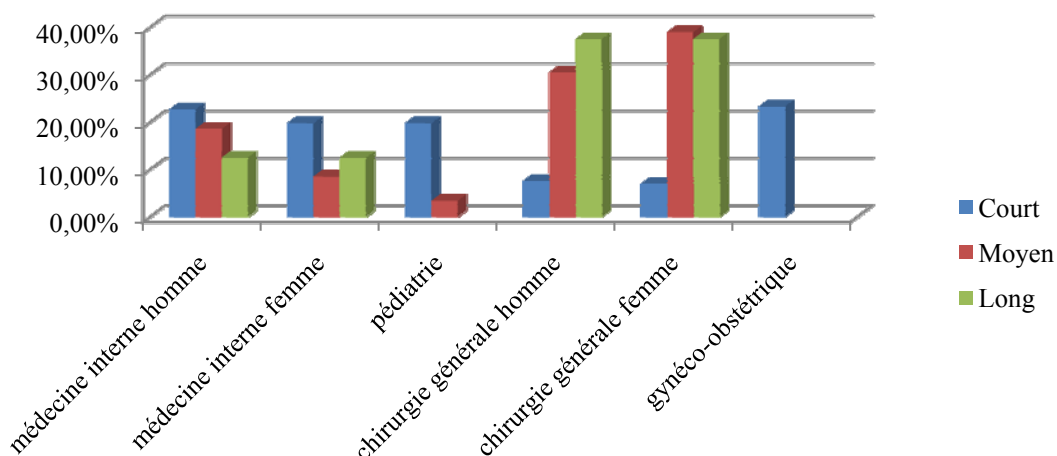
Enfin, 14,1% des enquêtés dans le service « Pédiatrie », dont les délais d'attente court et moyen, les proportions sont respectivement 19,8% et 3,4%.

Tableau 16: Répartition des services par délai d'attente pour l'hospitalisation

Service d'hospitalisation			perception des délais d'attente hospitalisation			Total
			Court	Moyen	Long	
médecine interne homme	Effectif		39	11	3	53
	%		22,7%	18,6%	12,5%	20,8%
médecine interne femme	Effectif		34	5	3	42
	%		19,8%	8,5%	12,5%	16,5%
pédiatrie	Effectif		34	2		36
	%		19,8%	3,4%		14,1%
chirurgie générale homme	Effectif		13	18	9	40
	%		7,6%	30,5%	37,5%	15,7%
chirurgie générale femme	Effectif		12	23	9	44
	%		7,0%	39,0%	37,5%	17,3%
gynéco-obstétrique	Effectif		40			40
	%		23,3%			15,7%
Total	Effectif		172	59	24	255
	%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Figure 03: Répartition des services selon les délais d'attente pour l'hospitalisation



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 16.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

D'après le tableau 13 et 16, on remarque que dans le service où la durée d'hospitalisation est inférieure ou égale à 2 jours comme dans le service « Gynéco-obstétrique » la perception des délais d'attentes par les enquêtés est courte, c'est-à-dire il y a des places qui se libèrent.

Dans les services dont la durée d'hospitalisation est de 2 jours jusqu'à 11 jours et plus comme les services « Médecine interne homme » et « Médecine interne femme ». La perception des délais d'attentes par les enquêtés entre court, moyen et le long s'explique par le manque de place, vu les longues durées d'hospitalisation dans ces services et l'occupation des lits.

Dans les services « Chirurgie générale femme » et « Chirurgie générale homme » dont la durée d'hospitalisation est de 4 jours jusqu'à 11 jours et plus. La perception des délais d'attentes par les enquêtés entre moyen et long s'explique par des longues attentes dans la programmation des opérations sauf pour les cas urgents ou bien les patients envoyés par les médecins qui travaillent en même temps à l'hôpital et en libéral.

Il y a aussi le problème des médecins qui travaillent dans le privé, donc ils essayent de réduire le nombre d'opération dans le public dont le but est de travailler au privé. D'ailleurs le responsable de l'établissement a rédigé un rapport concernant ce problème de programmation des opérations dans cet établissement.

Il y a aussi des cas où le patient ne trouve pas de place dans l'établissement donc il doit attendre jusqu'à la libération d'une place. La politique de l'établissement c'est de faire sortir un patient qui se sent mieux ou le laisser dans les urgences jusqu'à la libération d'une place.

Les longues attentes d'hospitalisation sont généralement dans le service chirurgie générale dont les opérations sont programmées. D'après quelques enquêtés, il y a aussi le problème d'injustice dans l'accès.

3.2.4. La perception des formalités administratives par les enquêtés

La façon d'aperception des formalités administratives par les enquêtés est simple. La lecture du tableau 17 montre que 73,3% des enquêtes trouvent que les formalités administratives sont simples. 24,7% des enquêtes trouvent que les formalités administratives sont peu compliquées. Enfin 2,0% des enquêtes trouvent que les formalités administratives sont compliquées.

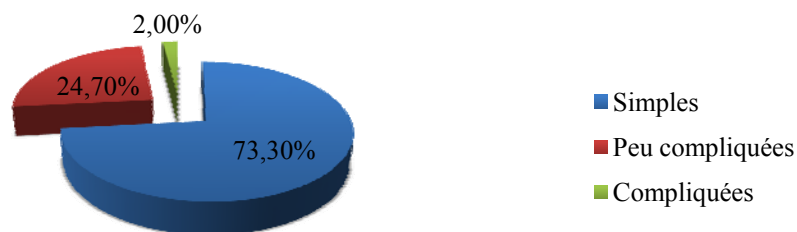
La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 17: Répartitions des enquêtés selon la façon d'aperception des formalités administratives

Façon d'aperception des formalités administratives	Fréquence	Pourcentage
Simple	187	73,3%
Peu compliquées	63	24,7%
Compliquées	5	2,0%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Figure 04: Répartitions des enquêtés selon la façon d'aperception des formalités administratives



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 17.

L'admission est l'ensemble des formalités administratives précédant l'accès aux soins, après justification par le malade de son droit à l'admission, un dossier administratif d'hospitalisation est établi par le bureau des admissions.

Le dossier d'admission est informatisé dans cet établissement et il est rempli sur la base du certificat médical d'admission, de la pièce d'identité et éventuellement du livret de famille pour le service « Gynéco-obstétrique ». Il comporte aussi les renseignements sur l'identification du malade (assuré ou ses ayants droits). Une fois les renseignements nécessaires recueillis, le malade est dirigé vers le service d'hospitalisation, accompagné de la fiche navette et du billet de salle.

L'absence des documents cités ci-dessus ne doit en aucun cas constituer un empêchement à l'hospitalisation décidé par le médecin. Cela explique la simplicité des formalités administratives.

3.2.5. Les conditions de réalisation du dossier d'admission d'hospitalisation par les enquêtés

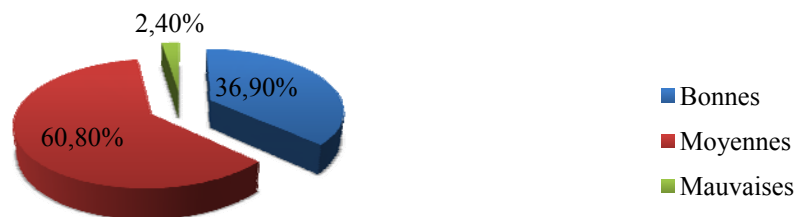
Les conditions de réalisation du dossier d'admission d'hospitalisation par les enquêtés sont globalement moyennes. La lecture du tableau 18 montre que 60,8% des enquêtés aperçoivent que les conditions de réalisation du dossier d'admission sont moyennes. 36,9%, des enquêtés aperçoivent que les conditions de réalisation du dossier d'admission sont bonnes. Enfin 2,4% aperçoivent que les conditions de réalisation du dossier d'admission sont mauvaises.

Tableau 18: Répartitions des enquêtés selon les conditions de réalisation du dossier d'admission

Conditions de réalisation du dossier d'admission	Fréquence	Pourcentage
Bonnes	94	36,9%
Moyennes	155	60,8%
Mauvaises	6	2,4%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Figure 05 : Répartition des enquêtés selon les conditions de réalisation du dossier d'admission



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 18.

En ce qui concerne les conditions de réalisation du dossier d'admission, un agent, « derrière un comptoir », fait remplir des fiches à son interlocuteur.

3.2.6. La perception de l'accueil par les enquêtés

La perception de l'accueil par les enquêtés montre que la majorité trouve l'accueil moyennement satisfaisant. La lecture du tableau 19 montre que 66,3% des enquêtés trouvent l'accueil moyennement satisfaisant, 31,8% des enquêtés trouvent l'accueil très satisfaisant et 2,0% des enquêtés trouvent l'accueil pas du tout satisfaisant.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

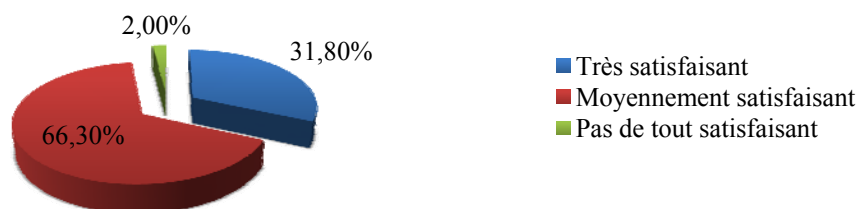
Tableau 19: Répartitions des enquêtés selon l'accueil dans l'établissement

Accueil	Fréquence	Pourcentage
Très satisfaisant	81	31,8%
Moyennement satisfaisant	169	66,3%
Pas de tout satisfaisant	5	2,0%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Les enquêtés qui sont moyennement satisfaits ou pas du tout satisfaits de l'accueil dans cet établissement le trouvent loin d'être courtois. Ils attendent même à ce genre d'accueil dans les établissements publics.

Figure 06: Répartition des enquêtés selon l'accueil dans l'établissement



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 19.

3.3 Les informations fournies sur l'EPH et les droits des enquêtés dans cet établissement

Dans ce point, nous tenterons de développer les résultats de notre enquête en matière des informations et droits fournis aux enquêtés dans l'établissement.

3.3.1. La remise de la charte du patient hospitalisé et le livret d'accueil aux enquêtés

La répartition de notre échantillon selon le sexe et la remise de la charte du patient hospitalisé et le livret d'accueil montre qu'aucun de ces documents n'ont été remis aux patients. Malgré l'existence d'une charte du malade hospitalisé (circulaire n° 74-258 du 12 Décembre 1974 portant sur « l'humanisation des hôpitaux » qui est toujours en vigueur mais apparemment ignoré par l'établissement. Aucun support de communication sur les services n'est délivré par l'EPH pour les enquêtés.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 20: Répartition des enquêtés selon le sexe et la remise de la charte du patient hospitalisé et le livret d'accueil

Remise de la charte du patient hospitalisé et le livret d'accueil		Sexe		Total
		Masculin	Féminin	
Non	Effectif	93	162	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Effectif	93	162	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.3.2. L'information fournie sur l'existence de registre de doléance aux enquêtés

Pour apprécier le degré de communication du personnel avec ses patients hospitalisés, nous avons demandé aux enquêtés s'ils sont informés sur l'existence du registre de doléance.

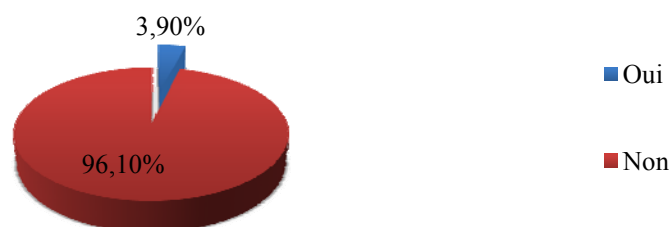
La lecture du tableau 21 montre que 96,1% des enquêtés ne sont pas informés sur l'existence du registre de doléance et 3,9% sont aux courants de l'existence de registre de doléance.

Tableau 21: Répartition des enquêtés selon l'information sur l'existence du registre de doléance

Information sur l'existence du registre de doléance	Fréquence	Pourcentage
Oui	10	3,9%
Non	245	96,1%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Figure 07: Répartition des enquêtés selon le sexe et l'information sur l'existence du registre de doléance



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 21.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

La lecture du tableau 22 montre que les enquêtés qui sont informés de l'existence du registre de doléance ont des niveaux d'instruction comme suit : secondaire, universitaire et formation professionnelle dont les proportions sont respectivement 40,0%, 40,0% et 20,0%.

Tableau 22: Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et l'information sur l'existence du registre de doléance

Information sur l'existence du registre de doléance		Niveau d'instruction						Total
		Illettré	Primaire	Collège	Secondaire	Universitaire	Formation P.	
Oui	Effectif				2	4	4	10
	%				4,2%	12,5%	10,0%	3,9%
Non	Effectif	54	43	38	46	28	36	245
	%	100,0%	100,0%	100,0%	95,8%	87,5%	90,0%	96,1%
Total	Effectif	54	43	38	48	32	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Le manque d'information sur l'existence du registre de doléance malgré sa présence dans chaque service. Cela explique le manque d'information et de communication du personnel de l'établissement vers ses patients. En plus d'après notre échantillon, 21,2% des enquêtés sont des illettrés c'est-à-dire ils ne peuvent pas mentionner leurs remarques.

Pourtant ce registre permet d'évaluer et d'améliorer la qualité des services hospitaliers selon les suggestions et les réclamations des patients.

3.3.3. L'information fournie sur les renseignements généraux de l'EPH aux enquêtés

Pour apprécier le degré de communication de cet EPH sur les renseignements généraux de l'établissement, nous avons demandé aux enquêtés s'ils sont informés sur les différents renseignements généraux de l'établissement (les services médicaux, les droits et les devoirs du malade, noms des responsables à contacter). La lecture du tableau 23 montre que 76,5% des enquêtés sont peu informés, 20,4% des enquêtés pas du tout informés. Enfin 3,1% des enquêtés sont très informés.

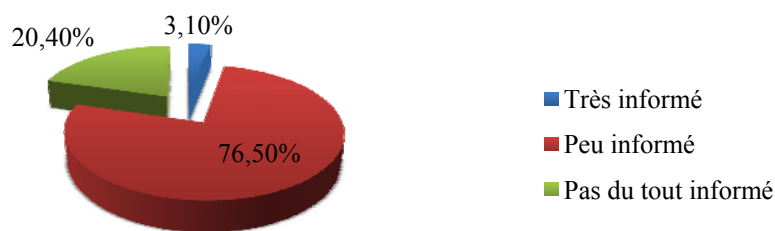
La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 23 : Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur les renseignements généraux de l'établissement

Information sur les renseignements généraux de l'établissement	Fréquence	Pourcentage
Très informé	8	3,1%
Peu informé	195	76,5%
Pas du tout informé	52	20,4%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Figure 08 : Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur les renseignements généraux de l'établissement



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 23.

D'après le tableau 24 l'information sur les renseignements généraux de l'établissement croit avec l'accroissement dans le niveau d'instruction. 3,1% des enquêtés sont très informés dont 37,5% ont un niveau secondaire et universitaire et 12,5% ont un niveau secondaire et formation p.

76,5% des enquêtés sont peu informés dont 21,0% sont des illettrés, 18,5% ont un niveau secondaire, 16,9% ont niveau moyen et formation p., 15,9% ont un niveau primaire et 10,8% ont un niveau universitaire.

Enfin, 3,1% des enquêtés qui sont pas du tout informés dont 25,5% sont des illettrés, 23,1% ont un niveau primaire, 17,3% ont un niveau secondaire, 15,4% ont un niveau universitaire, 11,5% ont un niveau formation p. et 7,7% ont un niveau moyen.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Les proportions élevées sur le manque d'information sur les renseignements généraux de l'établissement dans différents niveaux d'instruction sont dues au manque de communication de l'établissement sur ses services, d'ailleurs d'après le (cf. tableau 20) aucun guide de malade n'est remis au patient.

Tableau 24: Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur les renseignements généraux de l'établissement et le niveau d'instruction

Information fournie		Niveau d'instruction de l'enquêté						Total
		Illettré	Primaire	Collège	Secondaire	Universitaire	Formation P.	
Très informé	Effectif			1	3	3	1	8
	%			2,6%	6,3%	9,4%	2,5%	3,1%
Peu informé	Effectif	41	31	33	36	21	33	195
	%	75,9%	72,1%	86,8%	75,0%	65,6%	82,5%	76,5%
Pas du tout Informé	Effectif	13	12	4	9	8	6	52
	%	24,1%	27,9%	10,5%	18,8%	25,0%	15,0%	20,4%
Total	Effectif	54	43	38	48	32	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.3.4. L'information fournie sur le fonctionnement des soins de l'EPH aux enquêtés

Pour apprécier le degré de communication de cet EPH sur le fonctionnement des soins de l'établissement, nous avons demandé aux enquêtés s'ils sont informés sur le fonctionnement des soins de l'établissement (la hiérarchisation des soins). La lecture du tableau 25 montre que 65,1% des enquêtes ne sont pas informés sur le fonctionnement des soins de l'établissement, 32,5% sont peu informés et 2,4% sont très informés.

Le manque d'information sur le fonctionnement des soins de l'établissement est dû à une absence d'une politique de communication hospitalière vis-à-vis des patients et du grand public. C'est-à-dire l'institution n'est pas ouverte sur son environnement externe.

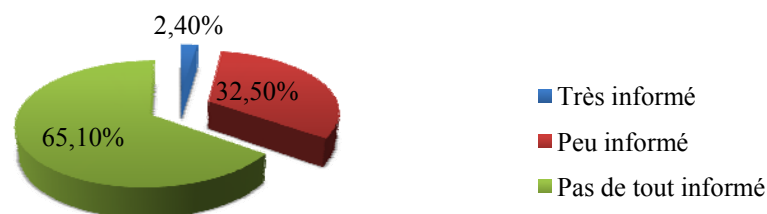
La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 25: Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur le fonctionnement des soins de l'établissement

Information sur le fonctionnement des soins de l'établissement	Fréquence	Pourcentage
Très informé	6	2,4%
Peu informé	83	32,5%
Pas de tout informé	166	65,1%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Figure 09 : Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur le fonctionnement des soins de l'établissement



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 25.

3.4. Perception du système de signalisation et d'affichage dans les services et l'identification du personnel par les enquêtés

Dans ce point, nous tenterons de développer les résultats de notre enquête en matière de signalisation et d'identification du personnel par les enquêtés dans l'établissement.

3.4.1. Distinction du personnel de l'établissement par les enquêtés

La distinction du personnel de l'EPH par les enquêtés n'est pas du tout facile. La lecture du tableau 26 montre que 42,7% des enquêtés les distinguent difficilement, 41,6% des enquêtés les distinguent peu facilement et 15,7% des enquêtés les distinguent très facilement.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 26: Répartition des enquêtés selon le sexe et la distinction du personnel de l'établissement

Distinction du personnel de l'établissement	Fréquence	Pourcentage
Très facilement	40	15,7%
Peu facilement	106	41,6%
Difficilement	109	42,7%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 27 montre que 42,7% des enquêtés les distinguent difficilement dont 43,1% sont des illettrés, 31,2% ont un niveau primaire, 12,8% ont un niveau moyen, 4,6% ont un niveau secondaire, 6,4% ont une formation p. et 1,8% ont un niveau universitaire.

41,6% des enquêtés les distinguent peu facilement dont 33,0% ont un niveau secondaire, 18,9% ont un niveau universitaire, 17,9% ont une formation p., 15,1% ont un niveau moyen, 8,5% ont un niveau primaire et 6,6% sont des illettrés.

Enfin, 15,7% des enquêtés les distinguent très facilement dont 35,0% ont un niveau formation p., 25,0% ont un niveau universitaire et 20,0% ont un niveau secondaire et moyen.

Tableau 27: Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et la distinction du personnel de l'établissement

Distinction du personnel de l'établissement		Niveau d'instruction						Total
		Illettré	Primaire	Collège	Secondaire	Universitaire	Formation P.	
Très facilement	Effectif			8	8	10	14	40
	%			21,1%	16,7%	31,3%	35,0%	15,7%
Peu facilement	Effectif	7	9	16	35	20	19	106
	%	13,0%	20,9%	42,1%	72,9%	62,5%	47,5%	41,6%
Difficilement	Effectif	47	34	14	5	2	7	109
	%	87,0%	79,1%	36,8%	10,4%	6,3%	17,5%	42,7%
Total	Effectif	54	43	38	48	32	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

3.4.2. Distinction de la catégorie du personnel de l'établissement par les enquêtés

La distinction de la catégorie du personnel de l'EPH par les enquêtés se fait par différentes manières. La lecture du tableau 28 montre que 42,4% des enquêtés les distinguent selon la tenue et la couleur, 32,2% des enquêtés les distinguent selon la tenue, 11,0% des enquêtés les distinguent selon la tenue, couleur et badge, 10,6% des enquêtés les distinguent selon la couleur et 3,9% des enquêtés les distinguent selon la tenue et badge.

Tableau 28: Répartition des enquêtés selon la distinction de la catégorie du personnel de l'établissement

Distinction de la catégorie du personnel de l'établissement	Fréquence	Pourcentage
Tenue	82	32,2%
Couleur	27	10,6%
Tenue et couleur	108	42,4%
Tenue et badge	10	3,9%
Tenue, couleur et badge	28	11,0%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

D'après le tableau 29 l'identification du personnel de l'établissement varie selon le niveau d'instruction mais même les enquêtés instruits trouvent un problème de distinction du personnel de l'établissement. Pour cela les patients les distinguent selon différentes manières.

La majorité du personnel ne porte pas de badge et ne respecte ni la tenue ni la couleur d'après la réglementation.

Le patient ne sait pas avec qui il parle et même en ayant des réclamations concernant une personne de l'établissement il ne saurait de qui il s'agit. Les patients trouvent un grand problème de l'identification des catégories du personnel de cet établissement.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 29: Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et la distinction de la catégorie du personnel de l'établissement

Distinction de la catégorie du personnel		Niveau d'instruction						Total
		Illettré	Primaire	Collège	secondaire	universitaire	Formation P.	
Tenue	Effectif	29	22	12	11	3	5	82
	%	53,7%	51,2%	31,6%	22,9%	9,4%	12,5%	32,2%
Couleur	Effectif	4	5	3	6	4	5	27
	%	7,4%	11,6%	7,9%	12,5%	12,5%	12,5%	10,6%
Tenue et couleur	Effectif	18	13	17	24	17	19	108
	%	33,3%	30,2%	44,7%	50,0%	53,1%	47,5%	42,4%
Tenue et badge	Effectif	2	2	1	1	3	1	10
	%	3,7%	4,7%	2,6%	2,1%	9,4%	2,5%	3,9%
Tenue, couleur et badge	Effectif	1	1	5	6	5	10	28
	%	1,9%	2,3%	13,2%	12,5%	15,6%	25,0%	11,0%
Total	Effectif	54	43	38	48	32	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.4.3. Degré de compréhension de la signalisation dans l'établissement par les enquêtés

Le degré de compréhension de la signalisation dans l'établissement est très facile pour la majorité des enquêtés. La lecture du tableau 30 montre que 57,6% des enquêtés le comprennent très facilement, 11,4% le comprennent peu facilement, 15,7% le comprennent difficilement et 15,3% disent qu'ils ne sont pas concernés.

Tableau 30 : Répartition des enquêtés selon le degré de compréhension de la signalisation dans l'établissement

Degré de compréhension de la signalisation	Fréquence	Pourcentage
Très facilement	147	57,6%
Peu facilement	29	11,4%
Difficilement	40	15,7%
Non concerné	39	15,3%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.4.4. Degré de l'orientation par la signalisation dans l'établissement par les enquêtés

Le degré de l'orientation par la signalisation dans l'établissement par les enquêtés est très claire pour la majorité. La lecture du tableau 31 montre que 59,6% des enquêtés sont très satisfaits de l'orientation par la signalisation dans l'établissement, 14, 9% des enquêtés sont pas concernés, 14, 5% sont pas du tout satisfaits et 11,0% sont peu satisfaits.

Tableau 31: Répartition des enquêtés selon le degré de l'orientation par la signalisation dans l'établissement

Degré de l'orientation par la signalisation	Fréquence	Pourcentage
Très satisfait	152	59,6%
Peu satisfait	28	11,0%
Pas du tout satisfait	37	14,5%
Non concerné	38	14,9%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

D'après le tableau 30 et 31, on remarque que les enquêtés qui comprennent très facilement l'affichage sont très satisfaits de l'orientation par la signalisation dans l'EPH, les enquêtés qui comprennent peu facilement l'affichage sont peu satisfaits et les enquêtés qui ne comprennent pas l'affichage sont pas du tout satisfaits ou simplement ils ne sont pas concernés. Donc il existe une relation entre la compréhension et le degré de satisfaction des enquêtés.

Ainsi que d'après le tableau 32 on remarque que le degré de l'orientation par la signalisation dans l'établissement augmente avec le niveau d'instruction des enquêtés. Les enquêtés non concernés par la signalisation dans l'établissement sont des illettrés ou ils ont un niveau primaire.

Lors d'admission d'un malade un infirmier l'accompagne jusqu'au service concerné en lui montrant sa chambre.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 32: Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et le degré de l'orientation par la signalisation dans l'établissement

Degré de l'orientation par la signalisation		Niveau d'instruction						Total
		Illettré	Primaire	Collège	Secondaire	Universitaire	Formation p.	
Très satisfait	Effectif	1	4	35	43	32	37	152
	%	1,9%	9,3%	92,1%	89,6%	100,0%	92,5%	59,6%
Peu satisfait	Effectif	5	13	3	5		2	28
	%	9,3%	30,2%	7,9%	10,4%		5,0%	11,0%
Pas du tout satisfait	Effectif	12	24				1	37
	%	22,2%	55,8%				2,5%	14,5%
Non concerné	Effectif	36	2					38
	%	66,7%	4,7%					14,9%
Total	Effectif	54	43	38	48	32	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.5. Le comportement du personnel de l'établissement et le niveau du confort dans chaque service

Dans ce point, nous tenterons de développer les résultats de notre enquête en matière de comportement du personnel de l'établissement vis-à-vis des enquêtés et de leurs familles ainsi que le niveau du confort dans chaque service.

3.5.1. Comportement du personnel de l'établissement envers les enquêtés

La lecture du tableau 33 montre que 61,6% des enquêtés trouvent que le personnel de l'établissement est aimable, 34,5% des enquêtés trouvent que le personnel de l'établissement est peu aimable et 3,9% des enquêtés trouvent que le personnel de l'établissement est pas de tout aimable.

Tableau 33: Répartition des enquêtés selon le comportement du personnel de l'établissement

Comportement du personnel de l'établissement	Fréquence	Pourcentage
Aimable	157	61,6%
Peu aimable	88	34,5%
Pas de tout aimable	10	3,9%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (01 Février au 29 Mars 2012).

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

La lecture du tableau 34 montre que 61,6% des enquêtés trouvent que le personnel de l'établissement est aimable dont 22,9% sont dans le service « Pédiatrie », 19,7% sont dans le service « Chirurgie générale femme », 17,2% sont dans le service « Chirurgie générale homme », 14,0% sont dans le service « Médecine interne femme », 13,4% sont dans le service « Gynéco-obstétrique » et 12,7% sont dans le service « Médecine interne homme ».

34,5% des enquêtés trouvent que le personnel de l'établissement est peu aimable dont 34,1% sont dans le service « Médecine interne homme », 21,6% sont dans le service « Médecine interne femme », 15,9% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 14,8% sont dans le service « Chirurgie générale homme » et 13,6% sont dans le service « Chirurgie générale femme ».

3,9% des enquêtés trouvent que le personnel de l'établissement est pas de tout aimable dont 50,0% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 30,0% sont dans le service « Médecine interne homme » et 10,0% sont dans les services « Médecine interne femme » et « Chirurgie générale femme ».

Le personnel de l'établissement se retrouve dans quelques services dépassé par le nombre des patients tel que le service « Gynéco-obstétrique » où ses derniers ne sont pas disponibles et ne se comportent pas convenablement avec ses patients (manque de discussion).

Tableau 34: Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et le comportement du personnel de l'EPH

Comportement du personnel de l'établissement		Service d'hospitalisation						Total
		médecine interne homme	médecine interne femme	Pédiatrie	chirurgie générale homme	chirurgie générale femme	gynéco-obstétrique	
Aimable	Effectif	20	22	36	27	31	21	157
	%	37,7%	52,4%	100,0%	67,5%	70,5%	52,5%	61,6%
Peu Aimable	Effectif	30	19		13	12	14	88
	%	56,6%	45,2%		32,5%	27,3%	35,0%	34,5%
Pas de tout Aimable	Effectif	3	1			1	5	10
	%	5,7%	2,4%			2,3%	12,5%	3,9%
Total	Effectif	53	42	36	40	44	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.5.2. Comportement du personnel de l'établissement envers la famille des enquêtés

La lecture du tableau 34 montre que 72,9% des enquêtés disent que le personnel de l'établissement est aimable avec la famille, 25,5% des enquêtés disent que le personnel de l'établissement est peu aimable avec la famille et 1,6% des enquêtés disent que le personnel de l'établissement est pas du tout aimable avec la famille.

Tableau 35: La répartition des enquêtés selon le comportement du personnel de l'établissement avec la famille

Comportement du personnel l'établissement avec la famille	Fréquence	Pourcentage
Aimable	186	72,9%
Peu aimable	65	25,5%
Pas de tout aimable	4	1,6%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Le personnel de l'établissement est peu aimable ou pas du tout aimable avec la famille, ces derniers ne sont pas disponibles ou ne respectent pas l'inquiétude des familles. Des telles situations engendrent parfois des disputes entre le personnel de l'établissement et la famille.

3.5.3. Langage utilisé par le personnel de l'établissement envers les enquêtés

La lecture du tableau 36 montre que 93,3% des enquêtés trouvent que le langage est clair. 6,7% des enquêtés trouvent que le langage est peu clair.

Globalement, le langage utilisé est clair c'est-à-dire le kabyle ou le français. Pour les enquêtés qui trouvent que le langage est peu clair sont des enquêtés qui ne comprennent pas le langage kabyle ou le français et dont le personnel aussi ne maîtrise pas vraiment la langue de ce dernier.

Tableau 36: Répartition des enquêtés selon le langage utilisé par le personnel de l'établissement

Langage utilisé par le personnel de l'établissement	Fréquence	Pourcentage
Clair	238	93,3
Peu clair	17	6,7
Total	255	100,0

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.5.4. Le confort dans le service hospitalisé par les enquêtés

La lecture du tableau 37 montre que 48,2% des enquêtés trouvent que le service d'hospitalisation est peu à l'aise, 41,6% des enquêtés trouvent que le service d'hospitalisation est à l'aise et 10,2% des enquêtés trouvent que le service d'hospitalisation est pas du tout à l'aise.

Tableau 37: Répartition des enquêtés selon le niveau du confort dans le service hospitalisé

Niveau du confort dans le service hospitalisé	Fréquence	Pourcentage
À l'aise	106	41,6%
Peu à l'aise	123	48,2%
Pas du tout à l'aise	26	10,2%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 38 montre que 48,2% des enquêtés trouvent le service d'hospitalisation peu à l'aise dont 25,2% sont dans le service « Médecine interne homme », 18,7% sont dans le service « Médecine interne femme », 16,3% sont dans le service « Chirurgie générale homme », 14,6% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 13,0% sont dans le service « Chirurgie générale femme » et 12,2% sont dans le service « Pédiatrie ».

41,6% des enquêtés trouvent le service d'hospitalisation à l'aise dont 22,6% sont dans le service « Chirurgie générale femme », 19,8% sont dans le service « Pédiatrie », 15,1% sont dans les services « Médecine interne homme » et « Gynéco-obstétrique », 14,2% sont dans le service « Chirurgie générale homme » et 13,2% sont dans le service « Médecine interne femme ».

10,2% des enquêtés trouvent le service d'hospitalisation pas du tout à l'aise dont 23,1% sont dans les services « Médecine interne homme » et « Gynéco-obstétrique », 19,2% sont dans les services « Médecine interne femme » et « Chirurgie générale homme », 15,4% sont dans le service « Chirurgie générale femme ».

Il est à mentionner que les malades se sentent mal à l'aise dans les chambres surtout les chambres à 3 ou à 4, l'absence des télévisions dans les chambres ; en ce qui concerne le service « Pédiatrie » il y a une seule TV dans le couloir. Il ya aussi le problème du non respect

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

des heures de visites (il y a aussi des gens qui rendent visite à leur malade à n'importe quelle heure). Globalement, on remarque une absence de loisir dans cet EPH.

Tableau 38: Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et le confort dans chaque service

Confort dans le service hospitalisé		Service d'hospitalisation						Total
		médecine interne homme	médecine interne femme	pédiatrie	chirurgie générale homme	chirurgie générale femme	gynéco-obstétrique	
À l'aise	Effectif	16	14	21	15	24	16	106
	%	30,2%	33,3%	58,3%	37,5%	54,5%	40,0%	41,6%
Peu à l'aise	Effectif	31	23	15	20	16	18	123
	%	58,5%	54,8%	41,7%	50,0%	36,4%	45,0%	48,2%
Pas du tout à l'aise	Effectif	6	5		5	4	6	26
	%	11,3%	11,9%		12,5%	9,1%	15,0%	10,2%
Total	Effectif	53	42	36	40	44	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.6. Perception de la communication hospitalière et l'image de l'établissement par les enquêtés

Dans ce point, nous tenterons de développer les résultats de notre enquête en évaluant la perception de la communication hospitalière et l'image de l'établissement par les enquêtés. Et leurs avis sur la contribution de la communication dans l'amélioration de la qualité des services hospitaliers et leurs conseil à leurs proches pour solliciter le même l'établissement.

3.6.1. Niveau de satisfaction global par rapport à la communication hospitalière de cet établissement

Le niveau de satisfaction global par rapport à la communication hospitalière de cet établissement avec les enquêtés montre que 71,8% des enquêtés sont peu satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients, 14,5% des enquêtés sont pas du tout satisfaits de la communication hospitalière. Enfin, 13,7% des enquêtés sont très satisfaits de la communication hospitalière.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 39: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction global par rapport à la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients

Niveau de satisfaction par rapport à la communication hospitalière	Fréquence	Pourcentage
Très satisfait	35	13,7%
Peu satisfait	183	71,8%
Pas du tout satisfait	37	14,5%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 39 montre que 13,7% des enquêtés sont très satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients dont 33,3% sont dans le service « Pédiatrie », 18,5% sont dans les services « Médecine interne homme », « Chirurgie générale homme » et « Gynéco-obstétrique », 7,4% sont dans la « Chirurgie générale homme » et 3,7% sont dans le service « Médecine interne femme ».

71,8% des enquêtés sont peu satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement dont 22,2% sont dans le service « Médecine interne homme », 19,2% sont dans le service « Chirurgie générale femme », 16,4% sont dans le service « Médecine interne femme », 14,7% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 14,1% sont dans le service « Pédiatrie » et 13,6% sont dans le service « Chirurgie générale homme ».

14,5% des enquêtés sont pas du tout satisfaits de la communication hospitalière dont 23,5% sont dans le service « Médecine interne homme », 21,6% sont dans le service « Chirurgie générale homme », 17,6% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 15,7% sont dans le service « Chirurgie générale femme » et 3,9% dans le service « Pédiatrie ».

D'après le tableau 39 et 40, les enquêtés qui sont peu satisfaits de la communication hospitalière de cet EPH dans différents services ont pour cause la non disponibilité du personnel (des fois même s'ils sont disponibles ils ne sont pas aimables) et le manque d'information fournie sur l'établissement. Pour les enquêtés qui sont pas satisfaits de la communication hospitalière de cet EPH ont pour cause le désintéressement total du personnel de l'établissement en ce qui concerne la communication.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 40: Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et le niveau de satisfaction global du patient par rapport à la communication hospitalière

Niveau de Satisfaction par rapport à la Communication		Service d'hospitalisation						Total
		médecine interne homme	médecine interne femme	Pédiatrie	chirurgie générale homme	chirurgie générale femme	gynéco-obstétrique	
Très satisfait	Effectif	9	2	8	5	4	7	35
	%	17,0%	4,8%	22,2%	12,5%	9,1%	17,5%	13,7%
Peu satisfait	Effectif	36	31	27	29	34	26	183
	%	67,9%	73,8%	75,0%	72,5%	77,3%	65,0%	71,8%
Pas du tout satisfait	Effectif	8	9	1	6	6	7	37
	%	15,1%	21,4%	2,8%	15,0%	13,6%	17,5%	14,5%
Total	Effectif	53	42	36	40	44	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.6.2. Niveau de satisfaction global par rapport à l'image de l'établissement par les enquêtés

Le niveau de satisfaction global par rapport à l'image de l'établissement par les enquêtés montre dans le tableau 41 que 69,4% des enquêtés sont peu satisfaits de l'image de l'établissement, 20,0% des enquêtés sont pas du tout satisfaits de l'image de l'établissement et 10,6% des enquêtés sont très satisfaits de l'image de l'établissement.

Tableau 41: Répartition des enquêtés le niveau de satisfaction global par rapport à l'image de l'établissement

Niveau de satisfaction par rapport à L'image de l'établissement	Fréquence	Pourcentage
Très satisfait	27	10,6%
Peu satisfait	177	69,4%
Pas du tout satisfait	51	20,0%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 42 montre que 69,4% des enquêtés peu satisfaits de l'image de l'établissement dont 22,2% sont dans le service « Médecine interne homme », 19,2% sont dans le service « Chirurgie générale femme », 16,4% sont dans le service « Médecine interne

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

femme », 14,7% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 14,1% sont dans le service « Pédiatrie » et 13,6% sont dans le service « Chirurgie générale femme ».

20,0% des enquêtés pas du tout satisfaits de l'image de l'établissement dont 23,5% sont dans le service « Médecine interne femme », 21,6% sont dans le service « Chirurgie générale homme », 17,6% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 15,7% sont dans le service « Chirurgie générale femme » et 3,9% sont dans le service « Pédiatrie ».

10,6% des enquêtés sont très satisfaits de l'image de l'établissement dont 33,3% sont dans le service « Pédiatrie », 18,5% sont dans les services « Médecine interne homme », « Chirurgie générale homme » et « Gynéco-obstétrique », 7,4% dans le service « Chirurgie générale femme » et 3,7% sont dans le service « Médecine interne femme ».

Le tableau 42 montre que le classement des services selon le niveau de satisfaction global du patient par rapport à l'image de l'établissement selon très satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait sont respectivement le service « Pédiatrie », le service « Médecine interne homme » ensuite le service « Médecine interne femme ».

Tableau 42: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement par rapport au service d'hospitalisation

Niveau de satisfaction de l'image de l'établissement		Service d'hospitalisation						Total
		médecine interne homme	médecine interne femme	pédiatrie	chirurgie générale homme	chirurgie générale femme	gynéco-obstétrique	
Très satisfait	Effectif	5	1	9	5	2	5	27
	%	9,4%	2,4%	25,0%	12,5%	4,5%	12,5%	10,6%
Peu satisfait	Effectif	39	29	25	24	34	26	177
	%	73,6%	69,0%	69,4%	60,0%	77,3%	65,0%	69,4%
Pas du tout satisfait	Effectif	9	12	2	11	8	9	51
	%	17,0%	28,6%	5,6%	27,5%	18,2%	22,5%	20,0%
Total	Effectif	53	42	36	40	44	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

La lecture du tableau 43 montre que 69,4% des enquêtés qui sont peu satisfaits de l'image de l'établissement dont 67,2% aperçoivent que le délai d'attente pour l'hospitalisation est court, 26,6% aperçoivent que le délai d'attente pour l'hospitalisation est moyen et 6,2% aperçoivent que le délai d'attente pour l'hospitalisation est long.

20,0% des enquêtés qui sont pas de tout satisfaits de l'image de l'établissement dont 56,9% aperçoivent que le délai d'attente pour l'hospitalisation est court, 17,6% aperçoivent que le délai d'attente pour l'hospitalisation est moyen et 25,5% aperçoivent que le délai d'attente pour l'hospitalisation est long.

10,6% des enquêtés qui sont très satisfaits de l'image de l'établissement dont 88,9% aperçoivent que le délai d'attente pour l'hospitalisation est court et 11,1% aperçoivent que le délai d'attente pour l'hospitalisation est moyen.

Tableau 43 : Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement et la perception des délais d'attente pour hospitalisation

Niveau de satisfaction global du patient par rapport à l'image de l'établissement		Perception du délai d'attente pour l'hospitalisation			Total
		Court	Moyen	Long	
Très satisfait	Effectif	24	3		27
	%	14,0%	5,1%		10,6%
Peu satisfait	Effectif	119	47	11	177
	%	69,2%	79,7%	45,8%	69,4%
Pas du tout satisfait	Effectif	29	9	13	51
	%	16,9%	15,3%	54,2%	20,0%
Total	Effectif	172	59	24	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 44 montre que 69,4% des des enquêtés sont peu satisfaits de l'image de l'établissement dont 68,9% des enquêtés trouvent que l'accueil est moyennement satisfaisant 29,9% des enquêtés trouvent que l'accueil est très satisfaisant, et 1,1% des enquêtés trouvent l'accueil pas du tout satisfaisant.

20,0% des des enquêtés sont pas du tout satisfait de l'image de l'établissement dont 76,5% des enquêtés trouvent que l'accueil est moyennement satisfaisant 17,6% des enquêtés trouvent

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

l'accueil très satisfaisant, et 5,9 % des enquêtés trouvent que l'accueil est pas du tout satisfaisant.

10, 6% des enquêtés sont très satisfaits de l'image de l'établissement dont 70,4% des enquêtés trouvent que l'accueil est très satisfaisant, 29,6% des enquêtés trouvent que l'accueil est moyennement satisfaisant.

Tableau 44: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement et l'accueil dans l'établissement

Niveau de satisfaction global du patient par rapport à l'image de l'établissement		Accueil			Total
		Très Satisfaisant	moyennement satisfaisant	Pas de tout satisfaisant	
Très satisfait	Effectif	19	8		27
	%	23,5%	4,7%		10,6%
Peu satisfait	Effectif	53	122	2	177
	%	65,4%	72,2%	40,0%	69,4%
Pas du tout satisfait	Effectif	9	39	3	51
	%	11,1%	23,1%	60,0%	20,0%
Total	Effectif	81	169	5	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 45 montre que 69,4% des enquêtés sont peu satisfaits de l'image de l'établissement dont 63,3% des enquêtés trouvent que le personnel de l'établissement est aimable, 36,2% le trouvent peu aimable et 0,1% le trouvent pas du tout aimable.

20,0% des des enquêtés sont pas du tout satisfaits de l'image de l'établissement dont 47,1% des enquêtés trouvent que le personnel de l'établissement est peu aimable 35,3% le trouvent aimable, et 17,6% le trouvent pas du tout aimable.

10, 6% des enquêtés sont très satisfaits de l'image de l'établissement dont l'ensemble des enquêtés trouvent que le personnel de l'établissement est aimable.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 45: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement et le comportement du personnel de l'établissement

Niveau de satisfaction global du patient par rapport à l'image		Comportement du personnel de l'établissement			Total
		aimable	peu aimable	pas de tout aimable	
Très satisfait	Effectif	27			27
	%	17,2%			10,6%
Peu satisfait	Effectif	112	64	1	177
	%	71,3%	72,7%	10,0%	69,4%
Pas du tout satisfait	Effectif	18	24	9	51
	%	11,5%	27,3%	90,0%	20,0%
Total	Effectif	157	88	10	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 46 montre 69,4% des des enquêtés sont peu satisfaits de l'image de l'établissement dont 54,8% sont peu à l'aise dans le service, 42,4% sont à l'aise et 2,8% sont pas du tout à l'aise.

20,0% des des enquêtés sont pas du tout satisfait de l'image de l'établissement dont 49,0% sont peu à l'aise dans le service, 41,2% sont pas du tout à l'aise et 9,8% sont à l'aise.

10, 6% des enquêtés sont très satisfaits de l'image de l'établissement dont 96,3% sont à l'aise dans le service et 3,7% sont peu à l'aise.

Tableau 46: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement et le confort dans le service hospitalisé

Niveau de satisfaction global du patient par rapport à l'image de l'établissement		Confort dans le service hospitalisé			Total
		A l'aise	Peu à l'aise	Pas du tout à l'aise	
Très satisfait	Effectif	26	1		27
	%	24,5%	0,8%		10,6%
Peu satisfait	Effectif	75	97	5	177
	%	70,8%	78,9%	19,2%	69,4%
Pas du tout satisfait	Effectif	5	25	21	51
	%	4,7%	20,3%	80,8%	20,0%
Total	Effectif	106	123	26	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

La lecture du tableau 47 montre que 69,4% des enquêtés sont peu satisfaits de l'image de l'établissement dont 92,7% des enquêtés sont peu satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients 5,1% sont très satisfaits et 2,3% sont pas du tout satisfaits.

20,0% des enquêtés sont pas du tout satisfaits de l'image de l'établissement dont 64,7% des enquêtés sont pas du tout satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses et patients et 35,3% sont peu satisfaits.

10, 6% des enquêtés sont très satisfaits de l'image de l'établissement dont 96,3% des enquêtés sont très satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients 3,7% sont peu satisfaits.

Tableau 47: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement et niveau de satisfaction global de la communication hospitalière

Niveau de satisfaction global du patient par rapport à l'image de l'établissement		Niveau de satisfaction global du patient par rapport à la communication hospitalière			Total
		Très satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	
Très satisfait	Effectif	26	1		27
	%	74,3%	0,5%		10,6%
Peu satisfait	Effectif	9	164	4	177
	%	25,7%	89,6%	10,8%	69,4%
Pas du tout satisfait	Effectif		18	33	51
	%		9,8%	89,2%	20,0%
Total	Effectif	35	183	37	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

3.6.3. Répartition des enquêtés selon la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des services hospitaliers

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des services hospitaliers de notre échantillon selon le sexe et la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des services hospitaliers montre que 98,0% des enquêtés ont répondu oui dont 63,6% sont du sexe féminin et 36,4% sont du sexe masculin.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Et 2,0 % ne sont pas du tout d'accord avec la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des services hospitaliers.

Tableau 48: Répartition des enquêtés selon la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des services hospitaliers

Contribution de la communication dans l'amélioration de la qualité du service hospitalier	Fréquence	Pourcentage
Oui	250	98,0%
Non	5	2,0%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

D'après le tableau 48, les enquêtés qui ont répondu non pour eux l'amélioration de la qualité des services hospitaliers se fait par la compétence des médecins et des équipements.

Tandis que les enquêtés qui ont répondu oui pour l'amélioration de la qualité des services hospitaliers trouvent que les carences du service public hospitalier se caractérisent par l'insuffisance dans la communication hospitalière qui est une composante importante pour donner une bonne image de l'établissement, communiquer par le mots, simplement, peut souvent être bénéfique car l'information soulage, apaise les appréhensions et refoule la colère . Dès lors, le malade verra ses besoins satisfait, saura que l'humanisation de l'hôpital est un fait concret et il continuera à vivre alors en être humain.

3.6.4. Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement

La lecture du tableau 49 montre que 85,1% des enquêtés conseillent cet établissement à leurs proches. Tandis que 14,9% des enquêtés ne conseillent pas cet établissement à leurs proches.

L'établissement doit faire face à cette communication (de bouche à oreille) qui peut dégrader son image vers ses futurs patients.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 49: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement

Conseil du patient à ses proches	Fréquence	Pourcentage
Oui	217	85,1%
Non	38	14,9%
Total	255	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 50 montre que 14,9% des enquêtés ne le conseillent pas à ses proches dont 23,7% sont dans les services « Médecine interne homme » et « Médecine interne femme », 21,1% sont dans le service « Gynéco-obstétrique », 18,4% sont dans le service « Chirurgie générale homme » et 13,2% sont dans le service « Chirurgie générale femme ».

85,1% des enquêtés le conseillent à ses proches dont 20,3% des enquêtés dans le service « Médecine interne homme », 18,0% sont dans la « Chirurgie générale femme », 16,6% sont dans le service « Pédiatrie », 15,2% sont dans les services « Médecine interne femme » et « Chirurgie générale homme ». Enfin 14,7% sont dans le service « Gynéco-obstétrique ».

On remarque que seul le service pédiatrie ou tous les enquêtés conseillent cet EPH à leurs proches.

Tableau 50: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le service d'hospitalisation

Conseil du patient à ses proches		Service d'hospitalisation						Total
		Médecine interne homme	Médecine interne femme	Pédiatrie	Chirurgie générale homme	Chirurgie générale femme	Gynéco-obstétrique	
Oui	Effectif	44	33	36	33	39	32	217
	%	83,0%	78,6%	100,0%	82,5%	88,6%	80,0%	85,1%
Non	Effectif	9	9		7	5	8	38
	%	17,0%	21,4%		17,5%	11,4%	20,0%	14,9%
Total	Effectif	53	42	36	40	44	40	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

La lecture du tableau 51 montre que 85,1% des enquêtés qui conseillent cet établissement aperçoivent que les délais d'attentes sont courts, moyens et longs dont les proportions respectivement 71,0%, 22,6% et 6,5%. Par contre 14,9% qui ne conseillent pas cet établissement à ses proches aperçoivent que les délais d'attentes sont courts, moyens et longs dont les proportions respectivement 47,4%, 26,3% et 26,3%.

On remarque qu'il existe une relation inverse entre le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et les délais d'attente pour l'hospitalisation c'est-à-dire lorsque les délais d'attente sont courts le patient conseille cet établissement à ses proches par contre lorsque les délais d'attente sont longs le patient ne conseille pas cet établissement à ses proches.

Tableau 51: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et la perception du délai d'attente pour l'hospitalisation

Conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement		Perception du délai d'attente pour l'hospitalisation			Total
		Court	Moyen	Long	
Oui	Effectif	154	49	14	217
	%	89,5%	83,1%	58,3%	85,1%
Non	Effectif	18	10	10	38
	%	10,5%	16,9%	41,7%	14,9%
Total	Effectif	172	59	24	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 52 montre que 65,4% des enquêtés qui conseillent cet établissement à ses proches sont moyennement satisfaits de l'accueil et 34,6% sont très satisfaits de l'accueil. Par contre 71,1% des enquêtés qui ne conseillent pas cet établissement à ses proches sont moyennement satisfaits de l'accueil, 15,8% sont très satisfaits de l'accueil et 13,2% sont pas du tout satisfaits de l'accueil.

Le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement croît avec l'accroissement dans la satisfaction de l'accueil dans l'établissement. Lorsque l'accueil est très satisfaisant ou moyennement satisfaisant, le patient conseil cet établissement à ses proche mais lorsque le patient n'est pas satisfait il ne le conseille pas.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 52: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et l'accueil

Conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement		Accueil			Total
		Très satisfaisant	moyennement satisfaisant	Pas de tout satisfaisant	
Oui	Effectif	75	142		217
	%	92,6%	84,0%		85,1%
Non	Effectif	6	27	5	38
	%	7,4%	16,0%	100,0%	14,9%
Total	Effectif	81	169	5	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 53 montre que 70,5% des enquêtés qui conseillent cet établissement à ses proches trouvent que le personnel de l'établissement est aimable, 29,0% des enquêtés le trouvent peu aimable et 0,5% des enquêtés le trouvent pas du tout aimable.

65,8% des enquêtés qui ne conseillent pas leurs proches pour le même établissement trouvent que le personnel de l'établissement est peu aimable, 23,7% des enquêtés le trouvent pas du tout aimable et 10,5% le trouvent aimable.

Le comportement du personnel de l'établissement joue un rôle important dans le conseil d'un patient à ses proches pour solliciter le même établissement. On remarque d'ailleurs que la plupart des enquêtés qui disent que le personnel de l'EPH est aimable ou peu aimable conseille cet établissement à leurs proches. Tandis que les enquêtés qui disent que le personnel est pas du tout aimable préfèrent ne pas le conseiller à ses proches.

Tableau 53: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le comportement du personnel de l'établissement avec le patient

Conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement		Comportement du personnel de l'établissement avec le patient			Total
		Aimable	peu aimable	pas de tout aimable	
Oui	Effectif	153	63	1	217
	%	97,5%	71,6%	10,0%	85,1%
Non	Effectif	4	25	9	38
	%	2,5%	28,4%	90,0%	14,9%
Total	Effectif	157	88	10	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

La lecture du tableau 54 montre que 68,4% des enquêtés qui ne conseillent pas cet établissement à ses proches sont pas du tout à l'aise dans le service hospitalisé, 28,9% sont peu à l'aise et 2,6 sont à l'aise.

48,4% des enquêtés qui conseillent cet établissement à ses proches sont à l'aise dans le service hospitalisé, 51,6% sont peu à l'aise.

Le confort dans le service hospitalisé joue un rôle important dans le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement. Pour cela, lorsque l'enquêté est à l'aise ou peu à l'aise dans le service, il conseille cet établissement à ses proches. Par contre, lorsque ce dernier n'est pas à l'aise dans le service il ne le conseille pas à ses proches.

Tableau 54: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le confort dans le service hospitalisé

Conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement		Confort dans le service hospitalisé			Total
		À l'aise	Peu à l'aise	Pas du tout à l'aise	
Oui	Effectif	105	112		217
	%	99,1%	91,1%		85,1%
Non	Effectif	1	11	26	38
	%	0,9%	8,9%	100,0%	14,9%
Total	Effectif	106	123	26	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 55 montre que 15,7% des enquêtés qui conseillent leurs proches pour solliciter le même établissement sont très satisfaits du niveau de satisfaction global par rapport à la communication hospitalière de cet établissement, 77,0% sont peu satisfaits de la communication et 7,4% sont pas du tout satisfaits de la communication.

55,3% des enquêtés ne conseillent pas leurs proches pour solliciter le même établissement sont pas du tout satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients, 42,1% sont peu satisfaits de la communication et 12,6% sont très satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

On remarque que les enquêtés qui sont très satisfaits ou peu satisfaits de la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients conseillent leurs proches pour solliciter le même établissement or que la plupart des enquêtés qui ne conseillent cet EPH à leurs proches trouvent que la communication hospitalière est pas du tout satisfaisante.

Tableau 55: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le niveau de satisfaction global de la communication hospitalière

Conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement		Niveau de satisfaction global du patient par rapport à la communication hospitalière			Total
		Très satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	
Oui	Effectif	34	167	16	217
	%	97,1%	91,3%	43,2%	85,1%
Non	Effectif	1	16	21	38
	%	2,9%	8,7%	56,8%	14,9%
Total	Effectif	35	183	37	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

La lecture du tableau 56 montre que 12,0% des enquêtés conseillent leurs proches pour solliciter le même établissement sont très satisfaits de l'image de l'établissement, 76,5% sont peu satisfaits de l'image et 11,5% sont pas du tout satisfaits de l'image.

68,4% des enquêtés ne conseillent pas leurs proches pour solliciter le même établissement sont pas du tout satisfaits de l'image, 28,9% sont peu satisfaits de l'image et 2,6% sont très satisfaits de l'image de l'établissement.

On remarque que le niveau de satisfaction global du patient par rapport à l'image de l'établissement influence sur le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement. En effet, la plupart des enquêtés qui sont très satisfaits ou peu satisfaits de l'image de l'établissement conseillent cet EPH à leurs proches. Et la plupart des enquêtés qui ne le conseillent pas sont pas du tout satisfaits de l'image de l'établissement.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Tableau 56: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le niveau de satisfaction global par apport à l'image de l'établissement

Conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement		Niveau de satisfaction global par rapport à l'image de l'établissement			Total
		Très satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	
Oui	Effectif	26	166	25	217
	%	96,3%	93,8%	49,0%	85,1%
Non	Effectif	1	11	26	38
	%	3,7%	6,2%	51,0%	14,9%
Total	Effectif	27	177	51	255
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Enquête personnelle (12 Février au 29 Mars 2012).

Conclusion

L'analyse des réponses fournies par les enquêtés nous a permis de conclure que 98,0% des enquêtés ont répondu oui pour la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers et 71,8% des enquêtés sont peu satisfaits de la communication hospitalière de cet EPH vis-à-vis de ses patients.

Cependant, malgré l'existence d'une cellule de communication au sein de cet établissement depuis 2000. Cette cellule a contribué à la publication de plusieurs revues portant sur la présentation de l'EPH, des thèmes de la santé, de projets de l'établissement et d'organisation des semaines spéciales thématiques). Malheureusement, cette cellule a cessé de fonctionner convenablement en 2008 pour des raisons budgétaires et autres.

Les résultats de notre enquête montre aussi qu'aucun support de communication n'est remis aux enquêtés concernant les droits et devoirs des patient dans l'EPH, cela explique 76,5% des enquêtés sont peu informés sur les renseignements généraux de l'établissement (les services médicaux, les droits et les devoirs du malade, noms des responsables à contacter) et 65,1% ne sont pas informés sur le fonctionnement des soins de l'EPH. Et 96,1% des enquêtés ne sont pas informés sur le registre de doléance malgré l'existence de se registre dans chaque service.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

En effet, 66,3% des enquêtés trouvent globalement l'accueil moyennement satisfaisant, 60,8% des enquêtés aperçoivent que les conditions de réalisation du dossier sont moyennes, 73,3% remarquent que les formalités administratives sont simples. Et 67,5% trouvent que les délais d'attente d'hospitalisation sont courts. Tandis que 9,4% des enquêtés trouvent que les délais d'attente d'hospitalisation sont longs dans le service chirurgie générale.

La distinction du personnel de l'EPH n'est pas facile (42,7% difficilement et 41,6% peu facilement) la majorité ne porte pas de badge et ne respecte pas la tenue réglementaire. Pour cela, les enquêtés les distinguent dans différentes manières : tenue, couleur et badge. (42,4% des enquêtés les distingue selon la tenue et la couleur).

L'enquête révèle que 10,6% des enquêtés qui sont très satisfaits de l'image de l'établissement dont l'ensemble de ses enquêtés trouvent que le personnel de l'EPH est aimable, 96,3% des enquêtés sont très à l'aise dans le service et très satisfaits de la communication hospitalière de cet EPH vis-à-vis de ses patients, 88,9% des enquêtés trouvent que le délai d'attente est court, 70,4% des enquêtés aperçoivent que l'accueil est très satisfaisant et 33,3% des enquêtés sont dans le service pédiatrie.

L'enquête révèle aussi, que 14,9% des enquêtés qui ne conseillent pas cet EPH à ses proches, 71,1% ne sont pas satisfaits de la qualité de l'accueil, 68,4% ne sont pas satisfaits de l'image de l'établissement, 68,4% ne sont pas à l'aise dans le service hospitalisé, 65,8% trouvent que le personnel de l'EPH peu aimable, 55,3% ne sont pas satisfaits de la communication hospitalière et 26,3% trouvent que le délai est long.

Conclusion générale

CONCLUSION GENERALE

La communication s'impose dans le fonctionnement des entreprises de service. Ses outils se développent, ses techniques se multiplient, se complexifient. Bien souvent, de nombreuses sciences proposent également des concepts et méthodologies.

La communication est considérée alors comme une composante d'un système global d'organisation des flux d'informations et des échanges d'une entreprise. Elle est la production d'information sur le milieu interne et externe. Sa particularité réside dans les techniques et moyens de communications utilisées en direction de sa cible visée et dans les objectifs qui sont poursuivis : avoir une image positive, être mieux accepté politiquement, socialement et commercialement par son environnement. En effet, par la communication, l'individu traite l'information qui lui parvient, la décode, l'analyse, la compare, l'évalue et prend des décisions futurs (qui leurs conviennent).

La communication d'une entreprise de service à prendre en compte est donc la communication interne entre les employés de l'entreprise et la communication externe vers son public. Les deux types de communication jouent un rôle prépondérant dans le domaine des services. En raison des relations humaines qui s'instaurent dans le cadre d'une prestation de service, on comprend l'importance que revêt la communication.

Comme nous l'avons vu précédemment, cette fonction récente vient d'intégrer le milieu hospitalier qui est producteur de prestation de service hospitalier dont le but est d'améliorer la gestion de l'établissement, à mieux identifier les besoins de la population afin de mieux répondre aux attentes de ses usagers. Elle constitue alors un élément important en matière de qualité en valorisant l'image de l'établissement et par conséquent, une meilleure aperception des prestations des services publics hospitaliers par les patients.

La communication hospitalière alors, comme son nom l'indique est constituée de l'ensemble des éléments de communication qui émane des hôpitaux. Elle englobe plusieurs catégories : la communication interne (entre les membres de l'établissement) et la communication externe (entre l'établissement et ses clients : patients, futurs patients, médecins libéraux, les médias,... etc.).

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Les différents types de communication hospitalière qui a fait l'objet de notre travail sont la communication in situ qui concerne les patients, la communication marketing qui concerne l'ensemble de l'environnement sociétal (les futurs patients, les médecins libéraux,...) et la communication de crise avec les médias. Elle est une condition essentielle pour maintenir les objectifs et les actions de l'établissement en adéquation avec les besoins, attentes et exigences de ses clients. Pour cela, l'établissement doit établir des liaisons structurées et disposer des moyens appropriés. Elle permet également des échanges avec le client sur les prestations et les conditions du séjour hospitalier.

Actuellement, les hôpitaux algériens, souffrent d'une absence ou manque de communication hospitalière. Et même si la fonction de communication est reconnue indispensable par l'ensemble des acteurs surtout en raison des relations humaines qui s'instaurent dans le cadre d'une prestation de service hospitalier. Elle demeure mal ou pas du tout assurée (elle constitue pour certains un poste de dépense injustifiées). Pour cela, nous assistons aujourd'hui à un déficit considérable en matière de communication hospitalière soit à l'intérieur ou à l'extérieur de ces structures de santé, ce qui oblige les gestionnaires d'intégrer la politique de communication au sein de leurs structures de santé afin de répondre au mieux aux besoins, attentes et exigences de ses usagers.

Dans notre travail, nous avons tenté d'évaluer la place de la communication hospitalière dans l'EPH d'Akbou à travers un état des lieux et un questionnaire aux près des patients. Ainsi, nous avons pu arrêter quelques conclusions :

- Malgré l'existence d'une réglementation sur l'information et la communication au grand public et la création d'une cellule de communication au sein de l'établissement depuis Mai 2000 son fonctionnement a cessé en 2008 pour des raisons budgétaires et autres. Et pourtant, 98,0% des enquêtés ont répondu oui pour la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers.
- 71,8% des enquêtés sont peu satisfaits de la communication hospitalière de cet EPH vis-à-vis de ses patients. 76,5% des enquêtés sont peu informés sur les renseignements généraux de l'établissement (les services médicaux, les droits et les devoirs du malade, noms des responsables à contacter), 65,1% ne sont pas informés sur le fonctionnement des soins de l'EPH (la hiérarchisation des soins). Et 96,1% des

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

enquêtés ne sont pas informés sur le registre de doléance malgré l'existence de ce registre dans chaque service. Il est à noter qu'aucun support de communication hospitalière n'est utilisé vis-à-vis de ses usagers (guide de malade, charte de patient).

- 66,3% des enquêtés sont moyennement satisfaits de l'accueil dans cet EPH. On remarque aussi que 10,6% des enquêtés qui sont très satisfaits de l'image de l'établissement dont 96,3% des enquêtés sont très satisfaits de la communication hospitalière de cet EPH vis-à-vis de ses patients et 70,4% des enquêtés aperçoivent que l'accueil est très satisfaisant.

Pour que la communication hospitalière ait sa part dans l'établissement, il est nécessaire de mettre en place quelques actions, à savoir :

- Appliquer les articles 03, 05 et 07 de l'annexe 08 portant sur les missions de la cellule de communication de cet EPH.
- Rétablir et rendre visible la hiérarchisation des soins de l'EPH et l'information des usagers sur les prestations des services hospitaliers.
- La vigilance dans le suivi médical et paramédical, afin d'éviter les longues attentes et les reports des rendez vous.
- Rendre visible l'identification des personnels par les usagers en respectant le port du badge et des tenues. Et l'amélioration de la signalisation dans les services.
- Améliorer l'information des patients par la mise en place d'un guide qui précise leurs droits (guide de malade, charte de malade hospitalisé) et les possibilités des recours mis à leur disposition (registre de doléance) qui permet d'évaluer la qualité des services hospitaliers de l'EPH afin de l'améliorer selon leurs exigences .
- La communication orale doit prendre le relais lorsque la communication écrite n'est pas à la portée de l'utilisateur puisque 21,2% des enquêtés sont des illettrés.
- Amélioration des conditions d'accueil et ceux par :
 - ✓ l'amélioration de la communication entre le personnel hospitalier et les patients de façon à ce qu'elle soit guidée par le respect et les valeurs humaines ;

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- ✓ La promotion de la dignité humaine, de l'équité et de la solidarité ainsi que l'éthique professionnelle, reconnaissant les différences dans les besoins, les valeurs et les cultures des divers groupes de population ;
 - ✓ L'orientation vers l'amélioration de la qualité, le bien-être des patients, de leurs familles ;
 - ✓ L'approche santé des patients et non uniquement la focalisation sur les aspects curatifs des services hospitaliers ;
- Amélioration de la communication externe par la rénovation de ses moyens, ouvrir l'établissement au grand public et cela par la création d'un site internet, portes ouvertes, conférences, et faire face à la menace des journalistes;
 - La mise en place des liens aussi proches que possible entre l'hôpital et les autres niveaux du système de soins tels que les médecins de ville (42,40% des enquêtés sont orientés par les médecins de ville).

Toutes ces actions concordent à l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers ainsi que son image vers ses patients et ses futurs patients. Pour que ces actions se réalisent, l'hôpital doit améliorer la fonction communication dans sa culture est ceux par :

- Utilisation des méthodes et des techniques de développement organisationnel et de conduite de projet :
 - Pour changer et d'orienter les procédures hospitalières classiques, en transformant l'hôpital en institution en perpétuel apprentissage ;
 - Pour former et éduquer le personnel dans les domaines liés à la promotion de la santé comme la communication;
 - Pour former les chefs de projet dans la conduite de projet et les enjeux de la communication.
- L'apprentissage par l'expérience :
 - L'échange d'expérience lié à la mise en place de projets au niveau national ou international doit être favorisé de telle sorte que les hôpitaux participants puissent apprendre les différentes approches de résolution de problèmes ;
 - Les hôpitaux promoteurs de santé devraient s'impliquer dans les échanges nationaux, internationaux et la communication.

Annexes

Annexe 01 : Amélioration du service public : accueil des citoyens

INSTRUCTION MINISTERIELLE

MM Les Directeur Centraux

Objet : instruction présidentielle n° 10 du 25 Décembre 1996

En application de l'instruction présidentielle citée en objet j'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint, pour information et exécution chacun en ce qui le concerne le programme d'action pour 1997 du Ministère de la Santé et de La Population relatif à la réhabilitation du service public

Le secrétaire générale /P.I
Ministère de la Santé
Et de la Population

**PROGRAMME D'ACTION POUR 1997
DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION**

**AMELIORATION DU SERVICE PUBLIC :
ACCUEIL DES CITOYENS**

Objectifs Recherchés :

Amélioration de la qualité des relations administration citoyens

Mesures à prendre :

Réhabilitation des bureaux d'accueil par-meilleur signalisation
Renforcement par les qualifiés, après formation et sensibilisation
Aménagement et adaptation des horaires
Généralisation de la mise en place du registre de doléance

Structures chargées de son application :

Directeurs des établissements de Santé sous le contrôle du MSP

Echéancier :

Mars 1997

Suite de l'annexe 01

INFORMATION ET COMMUNICATION

Objectifs recherchés :

Information et sensibilisation des citoyens

Mesures à prendre :

Généralisation de la réalisation et de l'utilisation du guide du malade et des familles dans les hôpitaux

Mise en place de cellules de communication au niveau local, régional et central

Information des citoyens des possibilités offertes par n° vert « 115 » par l'utilisation des médias

Instauration de journées hebdomadaires réservées à la réception du public, des représentants de mouvement associatif et syndicats

Structures chargées de son application :

Directeurs des établissements, administration centrale, MSP

Echéancier :

2ème trimestre mars 1997

CIRCULAIRE N° 74-258 DU 12 DECEMBRE 1974

INFORMATION GENERALES

1/ TEXTE OFFICIELS INTERESSANT LES ETABLISSEMENTS.

A/ Humanisation des hôpitaux : la charte du malade hospitalisé.

Le Ministère de la Santé et de la Population, dans son bulletin officiel SP.SS 74-41 le texte de la charge du malade hospitalisé (circulaire du 20/09/1974).

CHARTRE DU MALADE HOSPITALISE

L'hôpital est à votre service et a pour mission de vous offrir des soins d'excellente qualité. Pour que votre séjour y soit satisfaisant, l'ensemble du personnel, médical, soignant, administratif et technique s'efforce de concilier les besoins des malades et les nécessités de la vie hospitalière. Un climat de confiance est nécessaire. Il suppose les droits et devoirs de chacun.

La brochure d'accueil qui vous est remise, ainsi qu'à vos proches, vous donne les renseignements utiles sur les services médicaux, les conditions et facilités de séjour et sur les règles à respecter dans l'intérêt de tous.

Vous pouvez demander à consulter le règlement intérieur de l'établissement ou vous le procurer au bureau des admissions.

FORMALITE A L'ENTREE ET A LA SORTIE

Votre hospitalisation nécessite, dans votre intérêt, certaines formalités administratives indispensables à la prise en charge des frais d'hospitalisation par les caisses ou organismes qui vous garantissent.

Elles sont précisées dans la brochure d'accueil. Si votre état exige votre installation rapide dans le service de soins, ces formalités seront remplies par un membre de votre famille ou ultérieurement auprès de vous.

L'hôpital respecte votre liberté. Vous pouvez la quitter avec l'accord du médecin responsable ou même sans son accord. Toutefois, dans ce dernier cas, il vous faut signer une décharge de responsabilité.

RESPECT DE LA DIGNITE ET DE LA PERSONNALITE

Compte tenu des locaux dont dispose l'hôpital et des nécessités d'organisation des soins, la personnalité et la dignité de chacun doivent être respectées. Des instructions ont été données dans ce but à tout le personnel des hôpitaux. La plus grande courtoisie lui est demandée à l'égard des malades.

Le personnel hospitalisé respecte vos opinions et vos croyances. Vous pouvez toujours demander la visite du représentant d'un culte.

Suite de l'annexe 02

La surveillance du service est à votre disposition pour recueillir vos demandes et observations, sachez dans votre propre intérêt, accepter les conseils qu'elle vous donne.

- Vous pouvez également solliciter l'aide du service social.
- En cas de difficultés, vous pouvez demander à rencontrer un des responsables de la direction de l'hôpital,
- Vous pouvez obtenir qu'aucune indication ne soit donnée sur votre présence à l'hôpital et sur votre état de santé,
- Vous avez le droit de refuser la visite de personne que vous ne désirez recevoir,
- Vous avez la possibilité de conserver des effets et objets personnels utiles à votre confort, dans les conditions précisées par la brochure d'accueil. Il vous est toutefois, recommandé de déposer bijoux, argent et objets de valeur à l'économat.

PRINCIPALES REGLES A OBSERVER A L'HOPITAL

Pour préserver le repos de vos voisins, il convient d'user avec discrétion des appareils de radio et de télévision d'éviter les conversations trop bruyantes et d'atténuer les lumières.

Dans l'intérêt de votre traitement, vous ne pouvez pas, sans autorisation spéciale de votre médecin, vous faire remettre des denrées, boissons ou médicaments.

Par mesure d'hygiène et de sécurité, il n'est permis de fumer à l'intérieure de l'hôpital.

Le matériel de l'hôpital est coûteux. Son entretien nécessite des efforts et de l'argent. Il est à votre disposition mais aussi votre garde. Evitez toute détérioration et tout gaspillage.

Il va de soi que la plus grande courtoisie à l'égard du personnel comme des autres malades et recommandée, ainsi qu'à vos visiteurs.

LIENS AVEC L'EXTERIEUR

Votre courrier est distribué chaque jour. Vous pouvez expédier votre courrier, recevoir et envoyer des mandats.

Vous pouvez utiliser des possibilités téléphoniques que l'hôpital met à votre disposition. Votre famille et vos amis peuvent vous rendre visite sauf contre indication médicale, aux heures qui sont indiquées dans la brochure d'accueil.

Dans les cas particuliers, vous pouvez obtenir, après entente avec le médecin ou la surveillante, l'aménagement de cet horaire et parfois même l'autorisation qu'un accompagnant reste auprès de vous.

INFORMATIONS MEDICALES

Pour ce qui concerne votre état de santé, les examens qui seront faits, les traitements qui pourront être décidés, les médecins responsables ou le personnel soignant autorisé par ceux-ci vous informeront.

Dans toute la mesure du possible, c'est le même médecin qui vous informera à chaque fois.

Suite de l'annexe 02

Votre famille peu, de son côté, sauf apposition de votre part, être informée de votre état de santé aux jours et heures indiqués pour cela dans chaque service.

Si votre état de santé nécessite votre transfert dans un autre service ou dans un autre établissement, le médecin responsable de votre traitement vous en donnera les raisons et votre famille sera immédiatement prévenue.

A votre sortie, une ordonnance pourra vous être remise pour vous permettre de poursuivre votre traitement et les indications nécessaires seront fournies au médecin que vous aurez désigné.

Le médecin responsable de votre traitement sera toujours heureux de recevoir votre médecin traitant et de s'entretenir avec lui de votre état de santé.

Tout médecin désigné par vous peut prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier. Vous pouvez demander des copies des clichés radiographiques essentiels effectués durant votre séjour.

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Un questionnaire vous sera remis. Il est destiné à recueillir vos suggestions et vos observations. Remplissez-le. Votre réponse aura d'autant plus de valeur qu'elle sera signée. Toutefois, vous avez la possibilité de conserver l'anonymat, si vous le souhaitez.

L'ensemble des réponses sera étudié et il en sera tenu compte pour améliorer les conditions d'hospitalisation.

Annexe 03 : L'humanisation des hôpitaux

**NOTE CIRCULAIRE N° 04 DU 07 AOUT 2003, CONTRIBUTION A
L'HUMANISATION DES HOPITAUX**

Destinataires :

- **Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya**
- **Mesdames et Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-universitaires**
- **Mesdames et Messieurs les Directeurs Secteurs Sanitaires**

L'humanisation des établissements de santé constitue l'un des objectifs majeurs arrêtés dans le cadre de la mise en œuvre des mesures urgentes de la réforme hospitalière. En effet, le confort et la sécurité du malade, de même que la qualité des soins qui lui sont dispensés, sont placés au cœur des changements escomptés en matière d'organisation et de fonctionnement de nos hôpitaux. L'objectif d'humanisation intègre aussi bien l'amélioration des conditions d'accueil et de séjour du malade que l'orientation et l'information des usagers sur les modalités de fonctionnement de l'hôpital et les services qui y sont offerts. En effet, les usagers de la santé ont le droit d'être écoutés, d'être accompagnés et de comprendre toutes les modalités de leur prise en charge. Il reste entendu que la commission de conciliation et de médiation, dont la création a été demandée au cours de la réunion du 9 avril dernier, constitue un espace au sein duquel le patient peut demander à ce que les règles et les conditions de soins de qualité soient réunies au sein des établissements hospitaliers. A cet égard, j'ai l'honneur de vous demander de veiller à la mise en œuvre des dispositions suivantes :

- Assurer autant que possible la présence d'un membre de la famille auprès des personnes hospitalisées, quand il s'agit d'un enfant ou d'une personne gravement atteinte. Il s'agit pour ce faire de mettre en place les conditions nécessaires pour permettre le séjour à l'hôpital de ce garde-malade, et ce sans préjudice des tâches qui devront toujours être normalement assurées par le personnel paramédical et/ou le personnel d'entretien et d'hygiène concerné.
- Restreindre les mouvements incessants des personnes qui perturbent le repos des malades en visant notamment à en assurer la synchronisation. Dans le même sens, si la personne hospitalisée peut recevoir la visite de sa famille et ses proches, l'organisation des visites doit tenir compte aussi bien du respect du repos du patient que de l'intimité et de la tranquillité des autres malades.
- Veiller à préserver le confort des personnes hospitalisées en réduisant autant que possible les sources de nuisance (bruit, lumière...) en particulier durant les heures de repos.
- Veiller à ce que les patients puissent avoir accès à tout moment, en particulier pendant la nuit, aux professionnels de la santé.
- Veiller à assurer l'information du malade sur l'état de sa maladie et les soins qui lui sont prodigués, en veillant à la bonne compréhension de l'information médicale donnée. La famille directe du malade doit également bénéficier de cette information, sauf avis contraire expressément exprimé par le patient il est impératif de veiller dans ce cadre au respect absolu tant de la confidentialité que de la personnalité du malade.

Suite de l'annexe 03

- Instaurer, pour les consultants concernant les contrôles des hospitalisés et des patients suivis régulièrement, un circuit spécial avec un système de « rendez-vous ».
- Veiller au respect du port du badge et tenues réglementaires par le personnel, dans tous les secteurs de l'établissement.

L'ensemble de ses mesures, qui constitue, un rappel des règles de bon fonctionnement de l'hôpital, vise à créer au sein de nos établissements, un environnement plus humain, plus attentif aux besoins du malade, et partant à diminuer le sentiment d'insatisfaction des usagers du secteur. Je vous demande par conséquent de veiller scrupuleusement à leur mise en œuvre et de m'informer, le cas échéant, de toute difficulté rencontrée dans ce cadre.

**Le Ministre de la Santé, de la Population
et de la Réforme Hospitalière
A. ABERKANE**

Annexe 04 : Amélioration des prestations

**INSTRUCTION N° 17 DU 24 OCTOBRE 2002, RELATIVE AU PROGRAMME
D'AMELIORATION DES PRESTATIONS**

Destinataires :

- Les Directeurs de la Santé et de la Population
(pour diffusion aux Directeurs des Secteurs sanitaires et des EHS et suivi de l'exécution)
- Les Directeurs généraux des CHU (pour exécution)

Dans le cadre du programme d'amélioration des prestations, l'instruction n° 16/MSPRH/MIN 2002 du 22 septembre 2002, identifie, parmi les réalisations concrètes attendues, la remise systématique à tout patient hospitalisé sortant d'un « Résumé clinique de sortie ».

Ce document à caractère médico-légal, répond au droit du malade d'être informé de son séjour en milieu hospitalier, de la nature de l'affection ayant entraîné son hospitalisation ainsi que les actes et indications thérapeutiques reçus.

Par ailleurs, un « résumé standard de sortie », document médicaux-administratif renseignant sur la nature des pathologies prises en charge ainsi que la durée et le mode de sortie du patient devra être Institué. Il est destiné essentiellement au recueil de l'information épidémiologique hospitalière et à l'évaluation des activités des services et de l'offre de soins.

Un modèle de « résumé clinique de sortie » et un modèle de « résumé standard de sortie » types sont joints à la présente. Il est attendu des gestionnaires des établissements leur mise en place, après débat au sein des conseils scientifiques et médicaux pour complément de renseignements et enrichissement éventuels.

Les directeurs de santé et de la population sont chargés du suivi et du contrôle de ce dispositif qui devra être généralisé avant le 31 décembre 2002 au niveau de tous les établissements hospitaliers.

**Le Ministre de la Santé, de la Population
et de la Réforme Hospitalière
Abdelhamid ABERKANE**

Annexe 05 : L'image de marque du secteur de la santé

CIRCULAIRE N° 001/ SP/ MIN/ MSPRH/ 05 du 04 JUILLET 2005, RELATIVE AUX DIFFERENTS DEFIS A FAIRE POUR L'ELEVATION DU NIVEAU DE L'IMAGE DE MARQUE DU SECTEUR DE LA SANTE

AUX GESTIONNAIRES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Si les indicateurs épidémiologiques de base sont en constante amélioration et les soins tertiaires en progression continue, l'image du secteur est néanmoins et fondamentalement constituée de motifs d'insatisfaction. Insatisfaction des usagers et insatisfaction des personnels de la santé eux même. L'image du secteur de la santé s'en est par conséquent trouvée profondément ternie.

Cette situation tire sa substance des images négatives et induit l'émergence d'a priori négatifs qui ne peuvent être combattus que par une logique contraire basée sur des mutations positives, tangibles et durables. Et c'est là que réside le défi que nous devons toutes tous relever afin que justice soit rendue à celles et à ceux, majoritaires, qui font honneur au secteur et se dévouent corps et âme à accomplir au mieux leur noble tâche arrachant de ce fait reconnaissance et haute considération.

L'image du secteur ne doit plus, en effet, continuer à être pervertie et rester otage de comportements négatifs qui sont le fait d'une minorité : l'absentéisme, le mauvais accueil, le non respect des rendez-vous, le détournement amoral des médicaments, des instruments, voire des malades, frôlant parfois l'escroquerie, l'usage pervers du conventionnement, le mauvais traitement des malades, l'opacité dans la gestion dans son acception la plus large, la non observation stricte de la législation et de la réglementation en vigueur, la perversion du temps du temps complémentaire, le peu d'intérêt porté à la rationalité dans la dépense publique et au coût de la santé et la légèreté dans la préparation de l'application de la contractualisation...ces comportements sont certes, un phénomène minoritaire, mais ils n'en constituent pas moins un élément fédérateur de toutes les frustrations et tendent à jeter l'opprobre sur toute la communauté de la santé.

La morale, la justice et le sens de l'équité et de la reconnaissance envers la majorité innocente de ces actes commandent une lutte résolue contre cette logique de la perversion. Les différents acteurs du système national de santé, tous corps et tous grades confondus, ne peuvent pas rester plus longtemps otages de cette situation.

Si les citoyen algérien, tant au niveau de la prévention qu'à celui des soins, est au cœur de la réforme hospitalière, les sommes colossales qui sont consacrées au développement du secteur de la santé au titre du programme de soutien à la croissance 2005 -2009 initié par son excellence Monsieur le Président de la République ainsi que celles qui sont mobilisées annuellement dans le cadre du budget ordinaire du secteur, ne sauraient s'accommoder de la logique de perversion. Toute la rigueur nécessaire doit être instaurée à tous les niveaux pour éradiquer ces perversions et garantir les conditions idoines pour la mise en œuvre de la réforme de la santé.

Je compte sur l'adhésion des personnels de la santé pour relever ce défi dans notre action collective de redressement du secteur de la santé.

Fait à Alger le, 04 Juillet 2005
Le Ministre de la Santé, de la Population
et de la Réforme Hospitalière
AMAR TOU

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Annexe 06 : La cellule de communication de l'hôpital d'Akbou

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

WILAYA DE BEJAIA
SECTEUR SANITAIRE D'AKBOU

CELLULE DE COMMUNICATION DU SCTEUR SANITAIRE D'AKBOU

Considérant la nécessité absolue d'assurer la circulation d'une information crédible, à même de permettre :

- Une ambiance saine de travail
- Une humanisation adéquate de l'hôpital
- Un lien de compréhension et de transparence entre les usagers de la santé, les malades hospitalisés et leurs parents, les autorités et les personnels en exercice
- D'enrayer et de traiter éventuellement toute situation équivoque risquant de ternir la réputation de l'hôpital et/ou de tout employé.

ARTICLE 01 : Il est crée, au sein de l'hôpital « AKLOUL ALI » d'Akbou une cellule de communication du secteur sanitaire d'Akbou, à compter du 1^o Mai 2000, fête des travailleurs.

ARTICLE 02 : Sous la responsabilité du chef de l'établissement, en collaboration étroite avec les partenaires, la cellule est composée de l'équipe suivante :

Mr. MARAOUI	Rabah, Responsable technique
Mr. DERROUCHE	Abdelkader, Membre
Mr. IFTISSEN	Ali, Membre
Mr. BERBOUR	Hacen, Membre
Mr AKKOUCHE	Hassene, Membre

ARTICLE 03 : La cellule de la communication a pour missions principales :

- D'assurer en amont et en aval le circuit de toutes les informations, liées, au travail et activités sanitaires, des malades ;
- D'organiser et de veiller à l'application et à la tenue des rencontres médicales, séminaires, séances d'éducation sanitaire au grand public, porte ouvertes sur la santé ;
- D'assurer et de traiter l'information et la rétro-information ;
- D'étudier sur avis et suivi du chef d'établissement, des doléances et requêtes, écrites ou verbales, des malades et des visiteurs ;
- D'afficher l'information du jour relative aux situations nouvelles et spéciales intéressant le malade, l'employé ;
- De penser et d'améliorer, voire d'organiser régulièrement les visites, l'accueil et l'orientation des malades et leurs parents ;
- De traiter les situations sociales des malades, conformément à la réglementation, sur autorisation et orientation du chef d'établissement ;
- Recevoir, en lieu et place du directeur et sur décision de celui-ci, le public, pendant ou en dehors des jours d'audience, aux fins d'instruction et suites à donner aux doléances qui doivent être présentées au directeur du secteur sanitaire ;
- La cellule de communication peut faire appel à toute personne ressource capable d'apporter une contribution effective au bon fonctionnement de la cellule et de diligenter le règlement de toute situation. Cette liaison ne s'opérera qu'après consultation avec le chef de l'établissement ;
- De gérer la bibliothèque de l'hôpital.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Suite de l'annexe 06

ARTICLE 04 : Pour son bon fonctionnement, les moyens ci-après sont mis à la disposition de la cellule de communication :

- Bureautique avec tableau d'affichage
- 01 Salle : Secrétariat administration
- 01 Salle d'accueil
- Téléphone-fax
- Véhicule selon les besoins
- 01 Secrétaire
- Supports d'information : presse, journal officiel, documentation

ARTICLE 05 : Pour assurer les relations avec les médias, tous compris, la cellule agit sur, primordialement et préalablement, l'avis du directeur et avec sa concertation et son autorisation.

ARTICLE 06 : La cellule fonctionne aussi avec tous les partenaires dont :

- Les autorités locales
- Les départements sanitaires de l'hôpital
- La direction de la santé de la wilaya
- Le mouvement associatif
- Organisations locales, Nationales ou Internationales
- Les personnes ressources habilitées et aptes à contribuer à l'élaboration et au traitement d'un travail

ARTICLE 07 : A long terme, la cellule de communication sera amenée à projeter la création d'une revue de la santé locale, trimestriellement.
A court terme, la confection d'un prospectus relatant la présentation, les activités, les projets sanitaires du secteur, doit être élaborée.

ARTICLE 08 : Tout changement, que ce soit dans les lignes directrices ou objectives de la C.C. dans la composition de l'équipe de la C.C. est laissé à la discrétion du chef d'établissement.

Fait, à Akbou, le 24 Avril 2000
Le directeur du secteur sanitaire
AZOUG Tayeb

Annexe 07 : Traitement et gestion de l'information au grand public

INSTRUCTION N° 06 /MSP/ MIN/ DU 08 AOUT 2001

LE MINISTRE,

Objet : Traitement et gestion de l'information grand public

Dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de réhabilitation du service public de santé qui tendent à promouvoir, à développer et à renforcer l'ouverture de l'administration sur la communication afin d'améliorer la relation administration-administrés ainsi que la qualité de la prise en charge des usagers de la santé, mesdames et messieurs les directeurs de la santé et de la population de wilaya doivent veiller à :

- Traiter tous les articles de presse concernant le secteur de la santé dans la wilaya et prendre attache avec le CES chargé de la communication (Cabinet de Monsieur le Ministre Tél N° 021.676577-Téléfax N° 021.279268/e-mail mscom@ibnsina.ands.dz) chaque fois qu'une réponse doit être formulée et adressée à un titre de la presse nationale (y compris la presse régionale et locale),
- Prendre en charge de manière rapide et personnalisée les articles de presse, le courrier des lecteurs, les appels à l'aide et d'une manière générale tous les écrits faisant état de problèmes rencontrés par les citoyens en matière de prise en charge médico-sanitaire.
- Les réponses apportées à ces problèmes doivent être communiquées au Ministère de la Santé et de la Population, Directeur de la Communication et des Relations Publiques (Téléfax n° 021.279759/ e-mail msdcrp@ibnsina.ands.dz).
- Assurer le bon fonctionnement du bureau d'information et d'orientation des usagers au niveau de toutes les structures du secteur, y compris l'administration de la direction de la santé et de la population de la wilaya. Au niveau de chaque bureau d'information, contrôler l'effectivité de l'existence du registre de doléance, coté et paraphé, mis à la disposition des usagers. Le registre des doléances doit faire l'objet d'une exploitation régulière.
- Concrétiser l'information de proximité (en liaison avec les autorités locales pour ce qui concerne l'affichage en dehors des structures de santé et en complément de l'utilisation du numéro vert 115) au profit des usagers de la santé tant en ce qui concerne les services offerts au niveau des structures de soins que les gardes médicales, chirurgicales et de pharmacie au niveau des secteurs public et privé.
- Harmoniser les relations avec la presse qui doivent être prises en charge au niveau du service de communication de chaque établissement et ce sous la responsabilité directe de l'établissement qui peut solliciter le concours du CES chargé de la communication chaque fois que nécessaire.

Suite de l'annexe 07

- Constituer, organiser et gérer un fonds documentaire relatif aux activités de la structure et aux programmes de prévention et de population et ce au niveau de chaque établissement. Ce fonds documentaire doit être accessible aux représentants de la presse.
- Assurer, en liaison avec le CES chargé de la communication, la promotion des messages de santé publique ainsi que le travail effectué au niveau de chaque établissement.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

Annexe 08 : Questionnaire d'enquête

*Université Abderrahmane Mira de Béjaïa
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales
et des Sciences de Gestion
Département des Sciences Economiques
Deuxième année P-G.
Option : Economie de la Santé et Développement Durable.*

Questionnaire d'enquête

THEME :

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou.

La présente enquête rentre dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de magistère portant sur la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations de services hospitaliers. Dans ce contexte, toutes les réponses que vous fournissez demeureront strictement confidentielles et ne serviront qu'à des fins scientifiques. Bien que votre participation soit volontaire, votre coopération est importante afin que les données recueillies puissent être les plus exactes.

Merci pour votre collaboration.

Enquêtrice :

Date d'enquête : / /

Le questionnaire peut être rempli par le garde malade dans le service pédiatrie.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

1. Quel est votre sexe ?

- Masculin Féminin

2. Votre âge

- 16-25 ans 26-35 ans 36-45 ans 46-55 ans 6-65 ans et plus

3. Votre niveau d'instruction :

- Illettré Secondaire
 Primaire Universitaire
 Collège Formation professionnelle

4. Dans quel service étiez-vous hospitalisé ?

- Médecine interne homme Médecine interne femme Pédiatrie
 Chirurgie générale homme Chirurgie générale femme Gynéco-obstétrique

5. Quelle est la durée de votre hospitalisation ?

- ≤ 2 jours 3-4 jours 5-6 jours 7-8 jours 9-10 jours 11 jours et plus

6. Vous êtes hospitalisé dans l'établissement, le choix de l'établissement est fait par :

- Le médecin de ville
 La proximité de l'établissement
 L'image de l'établissement

7. Que pensez-vous sur les délais d'attente pour votre hospitalisation

- Court Moyen Long

8. Les formalités administratives vous ont paru :

- Simples Peu compliquées Compliquées

9. Que pensez-vous des conditions de réalisation de votre dossier d'admission?

- Bonnes Moyennes Mauvaises

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

10. Que pensez-vous globalement de l'accueil dans cet établissement ?

- Très satisfaisant Moyennement satisfaisant Pas du tout satisfaisant

11. La charte du patient hospitalisé vous a-t-elle été remise ?

- Oui Non

12. Le livret d'accueil vous a-t-il été remis ?

- Oui Non

13. Êtes-vous informé sur l'existence du registre de doléances ?

- Oui Non

14. Que pensez-vous des informations fournies sur les renseignements généraux de l'établissement (les services médicaux, les droits et les devoirs du malade, noms des responsables à contacter)?

- Très informé Peu informé Pas de tout informé

15. Êtes-vous informé sur le fonctionnement des soins de l'établissement (la hiérarchisation des soins) ?

- Très informé Peu informé Pas de tout informé

16. Distinguez-vous facilement le personnel de l'établissement?

- Très facilement Peu facilement Difficilement

17. Par quoi vous distinguez la catégorie du personnel de l'établissement (Médecin, Para Médical, administratif) ?

- Uniforme
 Couleur
 Badge

18. Comprenez-vous facilement la signification des panneaux et des affichages ?

- Très facilement Peu facilement Difficilement Pas concerné

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

19. Êtes-vous satisfait globalement de la signalisation et de l'orientation dans cet établissement ?

- Très satisfait Peu satisfait Pas de tout satisfait Pas concerné

20. Le personnel de l'établissement vous paraît ?

- Aimable Peu aimable Pas du tout aimable

21. Que pensez-vous du comportement de personnel de l'établissement à l'égard de votre famille ?

- Aimable Peu aimable Pas du tout aimable

22. Que pensez-vous du langage utilisé par le personnel de l'établissement ?

- Clair Peu clair Pas du tout clair

23. Globalement que pensez-vous du confort dans ce service ?

- Très à l'aise Peu à l'aise Pas du tout à l'aise

24. Êtes-vous satisfait globalement de la communication hospitalière de cet établissement?

- Très Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

25. Êtes-vous satisfait globalement de l'image de cet établissement ?

- Très Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

26. Pensez-vous qu'une bonne communication hospitalière peut améliorer la qualité des services de l'hôpital ?

- Oui Non

27. Si l'un de vos proches nécessitera une hospitalisation, lui conseillerez-vous cet établissement ?

- Oui Non

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 01** : Les rapports signe-substance-forme
- Tableau 02** : L'exemple de feu rouge
- Tableau 03** : Analyse comparative des communications interne et externe
- Tableau 04** : Les techniques de la communication en fonction des objectifs
- Tableau 05** : Les dimensions génériques utilisées par les clients pour évaluer la qualité d'un service
- Tableau 06** : Nombres des travailleurs au sein de l'établissement
- Tableau 07** : Tenue réglementaire du personnel de l'établissement
- Tableau 08** : Répartition des enquêtés selon le sexe et l'âge.
- Tableau 09** : Répartition des enquêtés selon le sexe et le niveau d'instruction
- Tableau 10** : Répartition des enquêtés selon l'âge et le niveau d'instruction
- Tableau 11** : Répartition des enquêtés selon le sexe et le service d'hospitalisation
- Tableau 12** : Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et l'âge
- Tableau 13** : Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et la durée d'hospitalisation
- Tableau 14** : Répartition des enquêtés selon le choix de l'établissement d'hospitalisation
- Tableau 15** : Répartition des enquêtés selon la perception des délais d'attentes pour l'hospitalisation
- Tableau 16** : Répartition des services par délai d'attente pour l'hospitalisation
- Tableau 17** : Répartitions des enquêtés selon la façon d'aperception des formalités administratives
- Tableau 18** : Répartitions des enquêtés selon les conditions de réalisation du dossier d'admission
- Tableau 19** : Répartitions des enquêtés selon l'accueil dans l'établissement
- Tableau 20** : Répartition des enquêtés selon le sexe et la remise de la charte du patient hospitalisé et le livret d'accueil
- Tableau 21** : Répartition des enquêtés selon l'information sur l'existence du registre de doléance
- Tableau 22** : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et l'information sur l'existence du registre de doléance
- Tableau 23** : Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur les renseignements généraux de l'établissement
- Tableau 24** : Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur les renseignements généraux de l'établissement et le niveau d'instruction
- Tableau 25** : Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur le fonctionnement des soins de l'établissement
- Tableau 26** : Répartition des enquêtés selon le sexe et la distinction du personnel de l'établissement
- Tableau 27** : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et la distinction du

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

personnel de l'établissement

Tableau 28 : Répartition des enquêtés selon la distinction de la catégorie du personnel de l'établissement

Tableau 29 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et la distinction de la catégorie du personnel de l'établissement

Tableau 30 : Répartition des enquêtés selon le degré de compréhension de la signalisation dans l'établissement

Tableau 31 : Répartition des enquêtés selon le degré de l'orientation par la signalisation dans l'établissement

Tableau 32 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction et le degré de l'orientation par la signalisation dans l'établissement

Tableau 33 : Répartition des enquêtés selon le comportement du personnel de l'établissement

Tableau 34 : Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et le comportement du personnel de l'EPH

Tableau 35 : La répartition des enquêtés selon le comportement du personnel de l'établissement avec la famille

Tableau 36 : Répartition des enquêtés selon le langage utilisé par le personnel de l'établissement

Tableau 37 : Répartition des enquêtés selon le niveau du confort dans le service hospitalisé

Tableau 38 : Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et le confort dans chaque service

Tableau 39 : Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction global par rapport à la communication hospitalière de cet établissement vis-à-vis de ses patients

Tableau 40 : Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et le niveau de satisfaction global du patient par rapport à la communication hospitalière

Tableau 41: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction global par rapport à l'image de l'établissement

Tableau 42 : Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement par rapport au service d'hospitalisation

Tableau 43 : Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement et la perception des délais d'attente pour hospitalisation

Tableau 44: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement et l'accueil dans l'établissement

Tableau 45: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

l'établissement et le comportement du personnel de l'établissement

Tableau 46: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement et le confort dans le service hospitalisé

Tableau 47: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction de l'image de l'établissement et niveau de satisfaction global de la communication hospitalière

Tableau 48: Répartition des enquêtés selon la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité du service hospitalier

Tableau 49: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement

Tableau 50: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le service d'hospitalisation

Tableau 51: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et la perception du délai d'attente pour l'hospitalisation

Tableau 52: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et l'accueil

Tableau 53: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le comportement du personnel de l'établissement avec le patient

Tableau 54: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le confort dans le service hospitalisé

Tableau 55: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le niveau de satisfaction global du patient de la communication hospitalière

Tableau 56: Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement et le niveau de satisfaction global du patient par rapport à l'image de l'établissement

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 01: Le système de communication de Shannon

Schéma 02 : La rétroaction

Schéma 03 : Communication et rétroaction

Schéma 04 : Synthèse sur le système de communication

Schéma 05 : La fleur des services : le service de base entouré de groupes de services supplémentaires

Schéma 06 : Qualité de service, attentes et perception du client

Schéma 07 : Décomposition du concept de qualité de service

Schéma 08 : Les sept écarts de la qualité du service.

Schéma 09 : La boucle de la qualité

Schéma 10 : Politique globale de la communication dans l'établissement

LISTE DES FIGURES

Figure 01: Répartition des enquêtés le choix de l'établissement

Figure 02: Répartition des enquêtés selon les délais d'attente pour l'hospitalisation

Figure 03: Répartition des services selon les délais d'attente pour l'hospitalisation

Figure 04: Répartitions des enquêtés selon la façon d'aperception des formalités administratives

Figure 05 : Répartition des enquêtés selon les conditions de réalisation du dossier d'admission

Figure 06: Répartition des enquêtés selon l'accueil dans l'établissement

Figure 07: Répartition des enquêtés selon le sexe et l'information sur l'existence du registre de doléance

Figure 08 : Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur les renseignements généraux de l'établissement

Figure 09 : Répartition des enquêtés selon l'information fournie sur le fonctionnement des soins de l'établissement

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

1) Ouvrage :

- BONEU F. : « L'entreprise communicante : démarches et méthodes de communication interne », les Editions Liaisons, 1990.
- BOISTEL P. : « Gestion de la communication d'entreprise », édition Lavoisier, 2007.
- DUBOIS, BERNARD : « Le marketing management hospitalier », Paris, Berger-Levrault, 1987.
- DECAUDIN J.-M. : « La communication marketing, concepts, techniques, stratégies », Economica, Gestion, 1995.
- DECAUDIN J.-M. : « la communication marketing », 2^e édition Economica, 1999.
- DUPONT F. “management des services”, édition ESKA, 2000.
- DEMONT-LUGOL L. / KEMPF A. / RAPIDEL M. / SCIBETTA C. : “Communication des entreprises: stratégies et pratiques”, édition Armand Colin, 2006, 2^e édition.
- EIGLIER, PIERRE : « Marketing et stratégie des services », 2004.
- FATZER G. « La mesure de la qualité », édition Dunod : Paris ; 1990.
- GUIRAUD P. la sémiologie, Que Sais-Je ? PUF, 1977.
- LAPERT D. / MUNOS A. : « marketing des services », 2eme édition, DUNOD, 2009.
- LECLET H. / VILCOT C. : « qualité en santé : 150 questions pour agir », édition AFNOR, 1999.
- LECLET H. /VILCOT C. :« Construire le système qualité d'un établissement de santé », édition AFNOR, 2000.
- LECLET H. / VILCOT C. : « Indicateur qualité en santé », édition AFNOR, 2002.
- LIBAERT T. : « La communication d'entreprise », 2^e édition, Economica, 2005.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- LOVELOCK C., WIRTZ J., LAPERT D., MUNOS A.: "Marketing des services", 6^e édition pearson Education, 1999, Paris.
- LOVELOCK C., WIRTZ J., LAPERT D., MUNOS A.: "Marketing des services", 6^e édition pearson Education, 2008Paris.
- MUCCHIELLI A. : « communication interne et management de crise », les éditions d'organisation, Paris, 1993.
- NGUYEN-THANH F. : « La communication : une stratégie au service de l'entreprise », Economica.
- REGOUBY C. : « La communication globale : comment construire le capital image de l'entreprise », les Editions d'Organisation, 1988.
- SILEM A. : « Lexique de gestion », édition dalloz, 2000.
- SILEM A. : « Lexique de gestion », édition dalloz, 2005.
- THOMMEN, J.-P. « Introduction à la gestion d'entreprise », Versus Zurich, 1997.
- TEBOUL J. : « le temps des services », édition organisation, 1999.
- VOGLER E. : « management stratégique des services : du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services», édition Dunod, Paris 2004.
- Vincent G. Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France : « Guide de la communication de crise » conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux universitaires commission communication

2) Articles et communications :

- CHIHA K. : « La communication importance-moyens et politique globale en milieu hospitalier », Institut Nationale de Santé Publique, Alger, juillet 2002.
- Commission communication de la conférence des directeurs généraux de CHRU de France : « Les rencontres de la communication hospitalière », 2010 paris, les 23 et 24 mars 2010.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- BENKHEIREDDINE A. CHU Dr Benbadis Constantine : « Lettre d'information »
Mensuel d'information -* - Numéro 11 -* - Décembre 2000 ; in :
<http://www.ands.dz/chu25/accueil.htm>.
 - BERNARD S. et MATHERN E. : « Stratégie d'établissement et stratégie de communication », centre hospitalier de la région d'Annecy
 - BOULET I. et DECHAVANNE M. : « La direction de la Communication et des Relations Publiques » : « La communication : un trait d'union entre tous les acteurs hospitaliers », Objectif Lettre N°227 - Mai 2010.
 - FARHAT B. : « la communication : un vecteur de progrès au sein de l'hôpital », 13 Septembre 2004, in : www.santetropicale.com/.../algerie/communic.htm
 - MEDROUH A. « La communication en milieu hospitalier en débat CHU Nadir-Mohamed »,
In : <http://www.djazairress.com/fr/depeche> de Kabylie/87147; jsessionid...
(Le 30/09/10).
 - Ould Abbès veut des urgences plus «humaines», (15 Octobre 2010) in :
<http://www.elwatan.com/archives/edition.php?ed=2010-10-15>
 - PEJU N. directeur de la communication, Fédération Hospitalière de France, Paris : « La communication hospitalière: pourquoi faire? »
 - PODEUR A. : « 1ères rencontres de la communication hospitalière », publié le 18/03/2007 :
In : <http://www.creer-hopitaux.fr/.../tous-les-articles/?...>
 - ROBERT B. : « La Communication de crise en question (S) », Argillos, 2007 – Premières rencontres de la communication hospitalière
 - THAYER L. SFEZ L., « critique de la communication », Points, Seuil, 1992
- 3) Revues :**

- BAUX P. : « Modèles de persuasion et parrainage sportif », Revue française de Marketing, n° 131,1991/1.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- MICHEL H. : « la maîtrise du rendement de la communication commerciale : nouveaux Challenges », Revue française du Marketing, n° 192-193, 2-3-5, 145-158.
- STAINES, ANTHONY : « Accueil et communication », in « Schweizer Spital – Hôpital Suisse », 1997, n°3

4) Thèses et mémoires :

- ALEXIA R. : « De la communication externe d'un CHU au marketing hospitalier », 2ème année, communication des organisations, Université Pierre Mendès France ITU 2 Grenoble, 2008.
- ABDELOUAHID R. « La communication interne au niveau de l'unité de soins hospitalière : objet, mécanismes et outils cas de l'hôpital Ibn Sina ». Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme des E.P.M de 2ème cycle. Section : Surveillant des Services Sanitaires, Institut de formation aux Carrières de Santé Rabat (IFCSR), Maroc, 2006.
- BEKAR F. « Analyse de la qualité des services au sein d'un centre public : cas de ATM mobilise », mémoire en sciences de gestion de l'Université de Béjaïa promotion 2006.
- HARMO : « La communication hospitalière : fonction accessoire ou nécessité ? » Paris, 22 /10/ 2008.
- MEZZOUK D. « l'étude de la qualité des services bancaires » mémoire en sciences de gestion de l'Université de Béjaïa promotion 2009.
- Koutaissoff D. « Marketing et communication des établissements sanitaires Vaudois : analyse et positionnement de 4 services de maternité », 2005.
- TAHAR H. et HACENE L. : « le bureau des entrées de l'hôpital public outil d'adaptation économique et instrument d'humanisation » ; promotion 28 ; 1995 Institut National d'Administration, Alger.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

- TARKPESSI K. : « Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française », Université Senghor d'Alexandrie - Master en Développement, Spécialité santé internationale 2007.

5) Rapports et documents :

-GILLEQUIN-MAAREK C. /SOLEILHA N. « Guide de la communication », édition CRDP de Midi- Pyrénées, Delagrave.

-« Toupictionnaire » : le dictionnaire de politique in : <http://www.toupie.org/index.html>

-Communication in : <http://www.wikipédia.htm>

-Les valeurs de l'hôpital in:[http://www.CHU, centres hospitaliers Hopital_fr.mht](http://www.CHU.centres.hospitaliers.Hopital_fr.mht)

-Réseau Santé-Algérie: Introduction des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication dans le secteur de la Santé in: webmaster@sante.dz

-Ensemble modernisons l'hôpital : « troisièmes rencontres de la communication hospitalière paris, les 6 et 7 avril 2009 ».

-Centre Hospitalier Bélaïr : «Projets de communication 2006-2010».

6) Règlements :

-BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; N° 1- 1^{er} semestre 1997 : instruction présidentielle n° 10 du 25 Décembre 1996 concernant l'amélioration du service public accueil des citoyens.

-BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; N° 1- 1^{er} semestre 1997 : instruction présidentielle n° 10 du 25 Décembre 1996 portant sur l'information et la communication des citoyens.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers publics : cas de l'EPH d'Akbou

-BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; N° 16 4^{ème} trimestre 2002: l'instruction n° 17 du 24 Octobre 2002, relative au programme d'amélioration des prestations.

-BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population SP.SS 74-41 le texte de la charte du malade hospitalisé 20/09/1974; circulaire N° 74-258 du 12 Décembre 1974 : la charte du malade hospitalisé.

-BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; N° 17 2^{ème} semestre 2003: le circulaire n° 04 du 07 Aout 2003 : contribution à l'humanisation des hôpitaux.

-BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population ; N° 21- 3^{ème} trimestre 2005: le circulaire n°001/SP/MIN/MSPRH/05 du 04 Juillet 2005, relative aux différents défis à faire pour l'évaluation du niveau de l'image de marque du secteur de la santé.

-BULLETIN OFFICIEL du ministère de la santé et de la population : Instruction N° 06/MSP/MIN/DU 08 Aout 2001 : a pour objet traitement et gestion de l'information grand public.

7) Sites Internet :

<http://www.ands.dz>

<http://www.sante.dz>

webmaster@sante.dz

www.centre.dz

www.ministre de la santé.

www.charte de la santé en Algérie

www.lee M.fr

www.bdst.mt

www.ensp.dz

[www.memoire online](http://www.memoireonline)

Table des matières

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers : cas de l'EPH d'Akbou

TABLE DES MATIERES

Dédicaces	I
Remerciements	II
Sommaire	III
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA COMMUNICATION	
Introduction	6
SECTION 1: EVOLUTION ET DEFINITION DU CONCEPT COMMUNICATION ...	7
1.1. Définition du concept communication	7
1.2. Caractéristiques de la communication.....	8
1.2.1. Emetteur/récepteur	8
1.2.2. Le message	9
1.2.3. Les bruits	9
1.2.4. Le code	9
1.2.5. La distance.....	10
1.2.6. Le canal	10
1.2.7. L'information en retour (feed-back)	10
1.3. Les freins de la communication	10
1.3.1. Obstacles liés aux personnes	10
1.3.2. Obstacles liés au contexte environnemental.....	11
1.4. Evolution des théories de la communication.....	11
1.4.1. La communication, transmission d'un message.....	11
1.4.2. L'apport de cybernétique	12
1.4.3. L'école de Palo Alto.....	14
1.4.4. Sémiotique et communication.....	15
1.5. Une tentative de synthèse des différentes théories de la communication	17
1.5.1. La source	18
1.5.2. Message volontaire/message involontaire.....	18
1.5.3. Le support de communication	19
1.5.4. Les bruits	19
1.5.5. Le récepteur.....	19

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers : cas de l'EPH d'Akbou

SECTION 2 : LE CHAMP DE LA COMMUNICATION D'ENTREPRISE	20
2.1. Distinction entre communication interne et communication externe.....	20
2.1.1. La communication interne.....	20
2.1.2. La communication externe	21
2.2. Les différents types de communication externe	23
2.2.1. La communication commerciale	23
2.2.2. La communication institutionnelle (corporate).....	23
2.2.3. La communication de crise	24
2.2.4. La communication événementielle.....	25
2.3. Les étapes de la démarche stratégique en communication.....	27
2.4. Les conditions de réussite de la stratégie de la communication.....	31
SECTION 3 : LA COMMUNICATION HOSPITALIERE	32
3.1. Naissance de la communication hospitalière	32
3.2. Les clients de l'établissement de santé	33
3.3. La communication interne et externe dans le secteur de la santé.....	34
3.3.1. La communication interne.....	34
3.3.2. La communication externe	35
3.4. La communication externe dans un établissement de santé	36
3.4.1. Les différents types de communication externe.....	36
3.4.1.1. Communication de crise.....	36
3.4.1.2. Communication marketing.....	37
3.4.1.3. Communication in situ	39
3.4.2. La cible de la communication externe.....	40
3.4.3. Les moyens de la communication externe	41
3.5. Le rôle de la communication hospitalière	42
SECTION 4 : PERSPECTIVE SUR LA MISE EN PLACE DE LA COMMUNICATION HOSPITALIERE EN ALGERIE	45
4.1. Accueil et orientation du public	45
4.2. La communication.....	47
4.2.1. La charte du malade hospitalisé	48
4.2.2. Le livret d'accueil.....	50
Conclusion.....	52
CHAPITRE II: NOTIONS DE QUALITE DES PRESTATIONS DE SERVICE HOSPITALIER	

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers : cas de l'EPH d'Akbou

Introduction	53
SECTION 1 : NOTIONS DE SERVICE.....	54
1.1. Définition	54
1.2. Les caractéristiques d'un service.....	55
1.2.1. L'intangibilité.....	55
1.2.2. L'inséparabilité entre la production et la consommation du service.....	56
1.2.3. L'hétérogénéité du service	56
1.2.4. La périssabilité du service	56
1.3. L'offre de services.....	56
1.3.1. Le service de base	57
1.3.2. Les services périphériques	57
1.3.2.1. Les services supplémentaires	57
1.4. Production d'un service : la servuction	61
1.4.1. Le client.....	61
1.4.1.1. Gestion de la participation.....	61
1.4.2. Le personnel en contact.....	63
1.4.2.1. Gestion de personnel en contact.....	63
1.4.3. Le support physique	65
1.4.3.1. La gestion du support physique.....	65
SECTION 2 : NOTIONS DE QUALITE DE SERVICE.....	67
2.1. Définition de la qualité de service.....	67
2.2. Les composantes de la qualité dans les services	67
2.3. Le modèle des écarts : un outil conceptuel pour identifier et corriger les problèmes de qualité du service.....	71
2.3.1. Les écarts entre la conception et la livraison du service	71
2.3.2. Les stratégies pour réduire les écarts de qualité du service.....	74
2.3.2.1. Ecart n° 1 : Savoir ce que les clients attendent	74
2.3.2.2. Ecart n° 2 : Elaborer les standards de qualité.....	74
2.3.2.3. Ecart n° 3 : Vérifier que la performance de l'entreprise est au niveau des standards de service.....	74
2.3.2.4. Ecart n° 4 : s'assurer que la livraison est conforme aux promesses	75
2.3.2.5. Ecart de perception.....	75
2.3.2.6. Ecart n° 6 : Ecart d'interprétation	76
2.4. Mesurer la qualité du service	76

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers : cas de l'EPH d'Akbou

2.4.1. Les mesures « molles »	76
2.4.2. Les mesures « dures »	77
SECTION 3 : QUALITE DE SERVICE HOSPITALIER	77
3.1. Les services hospitaliers.....	78
3.1.1. Définition d'un service hospitalier	78
3.1.2. Les différents types de service hospitalier	79
3.2. La qualité en santé.....	79
3.3. Les enjeux de la qualité en santé.....	80
3.3.1. Les enjeux fonctionnels ou opérationnels	80
3.3.2. Les enjeux humains et sociaux.....	81
3.3.3. Les enjeux économiques	81
3.4. Principes essentiels de la qualité en santé	81
3.4.1. L'attention aux patients	81
3.4.2. Une démarche participative.....	82
3.4.3. Une approche méthodique.....	82
3.4.4. L'approche processus, le pluri professionnalisme	82
3.4.5. Une approche pérenne évolutive	83
3.4.6. L'évaluation	83
3.5. La qualité en établissement de santé	84
3.5.1. Les spécificités des établissements hospitaliers	84
3.5.2. Identifier les besoins, attentes et exigences des clients.....	85
3.5.3. La boucle qualité dans un établissement de santé.....	86
3.5.4. Mesurer la qualité des services hospitaliers	89
3.5.4.1. Les indicateurs.....	89
3.5.4.2. Les enquêtes de satisfaction des patients	90
3.5.4.3. L'évaluation des pratiques professionnelles	90
3.5.5. Facteurs clés du succès de la démarche qualité.....	90
3.5.5.1. L'implication explicite de la direction.....	90
3.5.5.2. L'implication des professionnels	91
3.5.5.3. La progressivité de la démarche.....	91
3.5.5.4. La communication.....	91
Conclusion.....	92

**CHAPITRE III: LA PLACE DE LA COMMUNICATION HOSPITALIERE DANS
L'EPH D'AKBOU: ENQUETE AUPRES DES PATIENTS**

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers : cas de l'EPH d'Akbou

Introduction 93

SECTION 1 : PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

D'AKBOU 94

1.1. Le nouvel hôpital ou EPH « AKLOUL Ali » 94

1.2. Les services de l'hôpital d'Akbou 95

1.3. Moyens humains 96

1.4. Tenue réglementaire du personnel de l'établissement 96

1.5. La politique globale de communication au niveau de l'hôpital 96

1.6. L'architecture générale de la communication de l'hôpital 98

SECTION 2 : CONCEPTION ET REALISATION DE L'ENQUETE 99

2.1. Présentation de l'enquête 99

2.2. Objectifs de l'enquête 100

2.3. Caractéristiques générales de l'enquête 100

2.3.1. Collecte d'informations 100

2.3.2. Contrôle des questionnaires 101

2.3.3 Dépouillement 101

2.4. Difficultés rencontrées 102

SECTION 3 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

..... 102

3.1. Caractéristiques de la population enquêtée 102

3.1.1. Composition par âge et par sexe 103

3.1.2. Répartition des enquêtés selon le sexe et le niveau d'instruction 103

3.1.3. Répartition des enquêtés selon le sexe et le service d'hospitalisation 105

3.1.4. Répartition des enquêtés selon le service d'hospitalisation et la durée
d'hospitalisation 107

3.2. Le choix de l'établissement et son accueil 108

3.2.1. Le choix de l'établissement d'hospitalisation par les enquêtés 108

3.2.2. La perception des délais d'attente pour l'hospitalisation par les enquêtés 109

3.2.3. Le délai d'attente pour l'hospitalisation par service 110

3.2.4. La perception des formalités administratives par les enquêtés 112

3.2.5. Les conditions de réalisation du dossier d'admission d'hospitalisation par les
enquêtés 114

3.2.6. La perception de l'accueil par les enquêtés 114

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers : cas de l'EPH d'Akbou

3.3 Les informations fournies sur l'EPH et les droits des enquêtés dans cet établissement ..	115
3.3.1. La remise de la charte du patient hospitalisé et le livret d'accueil aux enquêtés ..	115
3.3.2. L'information fournie sur l'existence de registre de doléance aux enquêtés.....	116
3.3.3. L'information fournie sur les renseignements généraux de l'EPH aux enquêtés ..	117
3.3.4. L'information fournie sur le fonctionnement des soins de l'EPH aux enquêtés ...	119
3.4. Perception du système de signalisation et d'affichage dans les services et l'identification du personnel par les enquêtés.....	120
3.4.1. Distinction du personnel de l'établissement par les enquêtés.....	120
3.4.2. Distinction de la catégorie du personnel de l'établissement par les enquêtés	122
3.4.3. Degré de compréhension de la signalisation dans l'EPH par les enquêtés	123
3.4.4. Degré de l'orientation par la signalisation dans l'EPH par les enquêtés.....	124
3.5. Le comportement du personnel de l'EPH et le niveau du confort dans chaque service .	125
3.5.1. Comportement du personnel de l'établissement envers les enquêtés	125
3.5.2. Comportement du personnel de l'établissement envers la famille des enquêtés...	127
3.5.3. Langage utilisé par le personnel de l'établissement envers les enquêtés.....	127
3.5.4. Le confort dans le service hospitalisé par les enquêtés.....	128
3.6. Perception de la communication hospitalière et l'image de l'établissement par les enquêtés.....	129
3.6.1. Niveau de satisfaction global par rapport à la communication hospitalière de cet établissement	129
3.6.2. Niveau de satisfaction global par rapport à l'image de l'établissement par les enquêtés	131
3.6.3. Répartition des enquêtés selon la contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des services hospitaliers.....	137
3.6.4. Répartition des enquêtés selon le conseil du patient à ses proches pour solliciter le même établissement	137
Conclusion.....	143
CONCLUSION GENERALE	145
Annexes.....	149
liste des tableaux	167
liste des schemas	170
liste des figures.....	171
bibliographie.....	173

Résumés

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers : cas de l'EPH d'Akbou

RESUME

La communication hospitalière est l'un des facteurs clés de l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers et qui est devenue une préoccupation universelle. De ce fait, Il est impératif aujourd'hui que la communication soit intégrée à la stratégie de l'établissement de santé. C'est une activité devant s'inscrire dans la pérennité. Pour susciter l'adhésion, il faut expliquer avant tout. La communication se doit dans ce cas d'informer et de poser des repères. Elle est aussi une force de propositions, capable de valoriser la politique de l'établissement en améliorant son image et la relation hôpital/patient.

Elle englobe plusieurs catégories : la communication interne (entre les membres de l'établissement) et la communication externe (entre l'établissement et ses clients : patients, futurs patients, médecins libéraux, médias, ...). La valeur de la communication consiste donc bien à valoriser l'activité qui se pratique à l'hôpital. Elle constitue une valeur ajoutée aux prestations des services hospitaliers.

Les hôpitaux algériens souffrent d'une absence ou manque de communication hospitalière. Et même si la fonction de communication est reconnue indispensable par l'ensemble des acteurs à tous les niveaux, elle demeure mal ou pas du tout assurée. Pour cela, nous assistons aujourd'hui à un déficit considérable en matière de communication hospitalière soit à l'intérieur ou à l'extérieur de ces structures de santé. En effet, le manque de communication sur les deux plans (interne et externe) explique clairement les insuffisances relationnelles marquées de nos structures de santé vers ses patients et autres publics.

Ainsi, les usagers de la santé actuellement, deviennent de plus en plus exigeants de la qualité des prestations des services hospitaliers et en raison des relations humaines qui s'instaurent dans le cadre d'une prestation de service hospitalier oblige les gestionnaires de s'adapter aux divers changements dans la gestion de l'organisation et de se préoccuper de la politique de communication au sein de leur structure de santé vis-à-vis de ses patients et l'extérieur.

Mots clés : communication hospitalière, patient, qualité de service hospitalier, l'Algérie, l'établissement public hospitalier d'Akbou.

La contribution de la communication hospitalière dans l'amélioration de la qualité des prestations des services hospitaliers : cas de l'EPH d'Akbou

ABSTRACT

The hospital communication is one of the key factors of the hospital quality services improvement, which become a universal concern. So, today it is imperative that the communication will be integrated into the health establishment's strategy. It is an activity having to fall under perennality. To cause adhesion, it is necessary to explain before all (anything) that the communication must in this case inform and pose reference marks. It is also strength of proposals, able to develop the establishment's policy by improving its image and the relation between hospital and patient.

It includes several categories: the internal communication (between the member's establishment) and the external one (between the establishment and its customers: patients, future patients, liberal doctors, media...). The communication "value" thus consists in well doing the activity practiced at the hospital. It constitutes an added value to the hospital services.

The Algerian hospitals, suffer from the absence or lack of the hospital communication and even if its function is recognized essential by the whole actors on all the levels, it remains badly or not assured. For that, we attend, today to a considerable deficit as regards the hospital communication. Wither inside or outside these health structures. Indeed the lack of communication on the both levels (external, internal) explains clearly the rational insufficiencies marked of our health structures towards its patients and other public.

Thus, the health user currently, become increasingly demanding quality of the hospital services, because of the human relationships which are established within the framework of a provision of hospital services oblige the managers to adapt to the various changes in the organization's management of and to make it self concerned with the communication policy within its health structures its towards its patients and outside.

Key words: hospital communication, patient, quality of the hospital services, Algeria, hospital of Akbou.

يعتبر الاتصال الاستشفائي في المؤسسات الصحية عامل مفتاح في تطوير نوعية الخدمة الصحية و محطة انشغال عام. فعلى المؤسسات الصحية اتخاذ الاتصال كعنصر هام في تنظيم و تسيير هياكلها و ذلك باتخاذ سياسة الاتصالات على مدى سيرها , فهو عنصر هام في تسجيم علاقات المستشفى مع كافة العامة. و تفسير كل ما يدور في المستشفيات فالالاتصال في هذا الحال يتمحور في شفافية الخدمة الصحية العمومية و إدراج الإصلاحات ضمن أولوية المرضى , فالخدمة الصحية تتميز بالعلاقة بين المريض والمستشفى.

يضم الاتصال نوعين: اتصال داخل المستشفى و ذلك مع جميع العمال و اتصال خارجي مع المريض ,مختلف الأطباء, الصحافة...فهي تساهم في رفع نوعية و قيمة الخدمة الصحية و تطوير صورة المستشفى في المجتمع.

تتميز المستشفيات في الجزائر بعدم اتخاذ الاتصال كعنصر هام في تسييرها و ذلك رغم معرفة قيمتها في المستشفيات العمومية فان وجدت فهي محدودة لذلك نلاحظ سوء العلاقة بين المستشفى و مستفيديها خاصة أن المريض حاليا أصبح واعيا و يتطلب خدمات ذو نوعية. لذا على المسيرين اتخاذ الاتصال مع التعديلات الضرورية لتحقيق تكيف مع التغيرات الاجتماعية و الاقتصادية التي يعرفها البلاد حاليا.

مفتاح : الاتصال الاستشفائي, المريض,نوعية الخدمة الصحية ,الجزائر ,المؤسسة الاستشفائية العمومية أقبو.