

UNIVERSITE D'ORAN 2

Faculté des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales

Ecole Doctorale d'Economie et de Management

Mémoire de Magister en Management

Option : Stratégie

Thème :

Les services de soins publics : Quelle satisfaction du patient?

Présenté par :

Mme. GHOUL Djihad

Sous la direction de :

Mr. KOURBALI Baghdad

Membres de jury :

Président: Mr. BENBAYER Habib	Professeur	Université d'Oran 2
Rapporteur: Mr. KOURBALI Baghdad	Professeur	Université d'Oran 2
Examineur: M ^{me} . CHERFI Souhila	Maître de conférence A	Université d'Oran 2
Examineur: Mr. BENCHIKH Houari	Maître de conférence A	Université d'Oran 2

Année universitaire

2014-2015

Résumé :

La satisfaction des patients est l'une des dimensions de la qualité de service, qui reflète la perception subjective du patient. L'évaluation de cette satisfaction permet de mettre en évidence certaines réformes afin de corriger les dysfonctionnements de ce secteur.

La présente recherche est pour but d'apprécier le degré de satisfaction des patients vis-à-vis les services de soins publics à travers une enquête déroulée dans trois établissements publics hospitaliers (Tiaret, Tissemsilet et Boufarik), et destinée aux 150 patients.

L'enquête a révélé une forte satisfaction concernant les quatre dimensions à savoir la fiabilité, la serviabilité, la sécurité et l'empathie. Par contre, il est noté que le patient n'est pas satisfait de la tangibilité. Ainsi, l'enquête a révélé que l'état de la qualité des soins en Algérie se diffère d'un établissement à l'autre et de Wilaya à l'autre.

Mots clés :

Etablissement de santé, système national de santé, service de soins, qualité de service, fiabilité, serviabilité, sécurité, tangibilité, empathie, satisfaction de patient.

Abstract :

The satisfaction of the patients is one of the dimensions of the quality of service which reflects the subjective perception of the patient. The evaluation of this satisfaction allows to highlight certain reforms to correct the dysfunctions of this sector.

The present search is for purpose to appropriate the degree of satisfaction of the patients towards the public health services through a survey taken place in three public hospitals (Tiaret, Tissemsilet and Boufarik), and intended for 150 patients.

The survey revealed a strong satisfaction concerning four dimensions which the reliability, responsiveness, guarantee (security), empathy. But, it is noted that the patient is not satisfied by the tangibility. Also, the survey revealed that the state of the quality of health services in Algeria is not the same in every public hospital.

Key words:

Health establishment, national health system, health services, quality of service, reliability, responsiveness, security, tangibility, empathy, satisfaction of patient.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à toutes les personnes qui me sont chères :

Mes chers parents qui sans eux je ne serais jamais devenu ce que je suis aujourd'hui et qui m'ont poussé à donner le meilleur de moi-même pour réaliser cette étude. Je voudrai vous remercier chacun d'une façon particulière :

A mon père qui m'a beaucoup aidé pour
accomplir ce travail

Ma maman, pour son sens de sacrifice, son soutien, sa tendresse et ses encouragements perpétuels qui m'ont beaucoup aidé tout au long de ces années

A mes chers frères *Oussama, Mohamed, Khaled*

A mon cher mari *Amine*, pour son soutien et ses encouragements

A la mémoire de mes grand- pères que je n'oublierai jamais

A mes grand-mères qu'Allah les protège

A mes oncles et mes tantes, mes cousins et mes cousines

A ma belle famille

A toutes mes chères amies et copines

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord Allah pour m'avoir donné le courage et la volonté de réaliser ce travail

Etant dans le domaine de la santé, je remercie particulièrement mon père dont les conseils m'ont été si précieux

Mes remerciements les plus sincères à ce qui m'a aidé, soutenu et orienté tout au long de mon travail. Pour sa patience, sa soutenance, mais surtout pour le temps qu'il a bien voulu m'accorder, je dis mille mercis à mon guide

Mr. Kourbali

Mes remerciements s'adressent aussi particulièrement aux membres de jury *Mr. Benbayer, Mme. Cherfi* et *Mr. Benchikfi*, d'avoir accepté de participer à la discussion et l'évaluation de ce travail

Je remercie également tous les enseignants de notre faculté qui m'ont permis d'améliorer mes connaissances recueillies au cours de ma graduation

Je tiens à remercier l'ensemble du personnel des établissements publics hospitaliers de Tiaret, de Tissemsilet et de Boufarik pour les documents et les informations qu'ils m'ont transmis, pour les précieux conseils qu'ils m'ont prodigués et pour le temps qu'ils m'ont consacré

Au terme de cette recherche de longue haleine qu'aura été ce travail, je tiens tout particulièrement à remercier les patients interrogés pour leur compréhension, leur collaboration et surtout leur patience, qu'Allah les fait guérir

J'exprime ma gratitude à tous qui m'ont soutenu de près ou de loin durant ma recherche

TABLE DES MATIERES

Dédicaces

Remerciements

Tables des matières

Introduction générale I

Chapitre 01 : Organisation sanitaire

Section 01 : Les établissements de santé

1-1. Historique.....	09
1-1-1 Les premiers exemples	09
1-1-2 Empire romain	09
1-1-3 Monde Islamique médiéval	10
1-1-4 Europe médiévale	11
1-1-5 L'ère moderne	11
1-2. Définition des établissements sanitaires	12
1-2-1 L'hôpital	12
1-2-2 Les modalités générales de l'exercice des activités de santé en dehors de l'hôpital.....	13
1-2-2-1 Les soins ambulatoires.....	13
1-2-2-2 L'exercice individuel des professions de santé	13
1-2-2-3 L'exercice collectif des professions de santé	14
1-2-2-4 Les établissements sanitaires non-hospitaliers.....	14
1-2-3 Les modalités d'exercice des professions médio-techniques	15
1-2-3-1 l'exercice de la pharmacie	16
1-2-3-2 les laboratoires d'analyses de biologie médicale	16
1-2-3-3 l'organisation de la transfusion sanguine.....	16
1-3. Missions générales des établissements de santé.....	16
1-4. La typologie des hôpitaux	18

1-4-1 Les établissements publics de santé (hôpitaux publics)	18
1-4-1-1 Les centres hospitaliers régionaux (CHR)	18
1-4-1-2 Les centres hospitaliers (CH).....	19
1-4-1-3 Les hôpitaux locaux	19
1-4-2 Les établissements privés	20
1-4-2-1 Les établissements privés à but lucratif ou cliniques privés	20
1-4-2-2 Les établissements privés à but non lucratif	20
1-5. La demande et l'offre des soins au coeur d'un système de santé	22
1-5-1 Offre des soins de santé.....	25
1-5-2 La demande des soins de santé	26
1-6. Les personnels des établissements de santé	27
1-6-1 Les personnels médicaux	27
1-6-2 Les personnels non médicaux.....	28

Section 02 : Généralité sur le système national de santé

1.1. Historique et évolution du système national de santé	29
1.1.1. 1ère période 1963-1974	29
1.1.2. 2ème période 1974-1989	31
1.1.3. 3ème période 1989-2001	32
1.2. Contexte général du système national de santé	33
1.2.1. Organisation et fonctionnement	33
1.2.1.1. L'organisation administrative	33
1.2.1.2. Les établissements publics à caractère administratif.	35
1.2.1.3. Les établissements publics à caractère industriel et commercial.....	38
1.2.1.4. Les organes consultatifs	38
1.2.2. Les ressources et les offres de soins	40

1.2.2.1.	Les ressources humaines	40
1.2.2.2.	Les ressources matérielles	43
1.2.3.	Les forces et les faiblesses du SNS	45
1.2.3.1.	Les forces	45
1.2.3.2.	Les faiblesses	46
1.3.	Construction actuelle du système national de santé	48
1.3.1.	Population et démographie	48
1.3.2.	Santé	54
1.3.2.1.	Les maladies transmissibles	56
1.3.2.2.	Les maladies non transmissibles	57
1.3.2.3.	Les accidents, traumatismes et violences	58
1.3.3.	Organisation	59
2.3	Le financement de la santé	61

Chapitre 02 : Les approches du marketing des services sanitaires

Section 01 : Les approches de marketing

1.1.	Les services	68
1.1.1.	Une multiplicité des définitions	68
1.1.2.	Les composantes importantes de service global	70
1.1.2.1.	Une compétence spécialisée	70
1.1.2.2.	La création de contacts et de relations sociales	70
1.1.2.3.	Le transfert de savoir-faire.....	70
1.1.2.4.	Le management et l'organisation en tant que prestation.....	71
1.1.3.	L'offre globale du service.....	71
1.1.3.1.	Le service de base	71
1.1.3.2.	Les services périphériques	71

1.1.4.	Classification des services	74
1.1.4.1.	Classification des services selon le degré de tangibilité	74
1.1.4.2.	Classification des services selon les éléments de base des services délivraient	75
1.1.4.3.	Classification des services selon le besoin d'un service client en présence	76
1.1.4.4.	Classification des services selon l'objectif de service	76
1.1.4.5.	Classification des services selon le champ d'activité	76
1.1.4.6.	Classification des services selon la nature de la clientèle.....	77
1.1.4.7.	Classification des services selon le degré de personnalisation de la prestation	77
1.1.5.	Le système de servuction	77
1.1.5.1.	Les éléments du système servuction	78
1.2.	L'approche qualité	79
1.2.1.	Bref historique de la qualité	79
1.2.2.	Définition de la qualité	80
1.2.2.1.	Définitions normalisées de la qualité	80
1.2.2.2.	Selon les spécialistes	81
1.2.3.	Les différents paliers de la qualité	83
1.2.3.1.	Le premier palier : la qualité du produit	83
1.2.3.2.	Le deuxième palier : le fournisseur	83
1.2.3.3.	Le troisième palier : la qualité de l'environnement.	84
1.2.3.4.	Le quatrième palier : la satisfaction du personnel	84
1.2.3.5.	Le cinquième palier : la satisfaction des actionnaires	84
1.2.4.	Les récepteurs de la qualité	84
1.2.5.	La qualité de service	86
1.2.5.1.	La mesure de la qualité de service	86

1.2.5.2.	Les perspectives de la qualité de service	87
1.2.5.3.	Le CYQ qualité : un modèle adapté aux services.....	88
1.2.6.	Les implications technico-économiques de la qualité	90
1.2.6.1.	Conformité à des règles	90
1.2.6.2.	L'adaptation à l'utilisation	90
1.2.6.3.	La maîtrise du coût	91
1.2.6.4.	Satisfaction des exigences latentes.....	91
1.2.7.	Les coûts de la qualité	91
1.2.8.	Les écarts entre la livraison et la conception du service	93
1.3.	La satisfaction client	96
1.3.1.	Essai de définition	96
1.3.2.	Le modèle de satisfaction	98
1.3.3.	Les caractéristiques de la satisfaction	99
1.3.3.1.	La satisfaction est subjective	99
1.3.3.2.	La satisfaction est relative	99
1.3.3.3.	La satisfaction est évolutive	100
1.3.4.	La nécessité de la mise en place d'une mesure de la satisfaction client	100
1.3.5.	Les méthodes de mesure et de suivi de la satisfaction	100
1.3.5.1.	Les indicateurs de satisfaction	101
1.3.5.2.	Le client « fantôme » ou « mystère »	101
1.3.5.3.	Les enquêtes de satisfaction	101
1.3.5.4.	L'analyse des clients perdus	101
1.3.6.	Les enjeux de la satisfaction	102
1.3.7.	L'interaction Satisfaction / Qualité	103
1.3.8.	Insatisfaction et satisfaction	105
1.3.9.	La satisfaction et la fidélisation du client	106
1.3.9.1.	Définition de la fidélité	106

1.3.9.2.	Définition de la fidélisation	107
1.3.9.3.	Les trois niveaux de fidélisation	107
1.3.9.4.	La stratégie de fidélisation	108

Section 02 : Le marketing des services sanitaires

2.1.	Le service public	110
2.1.1.	Histoire du service public	111
2.1.2.	Définition du service public	111
2.1.3.	Les différents domaines des services publics	112
2.1.4.	Les principes du service public	113
2.1.4.1.	Les principes fondamentaux	113
2.1.4.2.	Les principes d'action	114
2.1.5.	Types des services publics	116
2.1.5.1.	Services publics non marchands	116
2.1.5.2.	Secteurs publics marchands	116
2.2.	Le marketing des services publics	117
2.2.1.	Le marketing des services	118
2.2.2.	Les approches du Marketing et de qualité des services publics.....	118
2.2.2.1.	Le marketing de service public	119
2.2.2.2.	La qualité dans les services publics	119
2.2.2.3.	Les services publics et la satisfaction.....	120
2.3.	La combinaison Marketing / Santé	120
2.3.1.	Evolution du marché de la santé vis-à-vis du marketing	121
2.3.1.1.	Avant : réticence vis-à-vis du marketing.....	121
2.3.1.2.	Aujourd'hui : reconnaissance de l'importance du marketing	122
2.3.2.	L'importance de nouveau concept du marketing dans le secteur de la santé	123

2.4.	L'approche qualité des soins	124
2.4.1.	Le service sanitaire	124
2.4.1.1.	Définition	124
2.4.1.2.	Quelques caractéristiques de service sanitaires	124
2.4.2.	La qualité des soins	125
2.4.2.1	Essai de définition	125
2.4.2.2	Les trois niveaux de la qualité des services	126
2.4.2.3	Les dimensions de la qualité des soins	128
2.4.2.4	L'évaluation de la qualité des soins	130
2.5.	La satisfaction des patients : un enjeu pour les établissements sanitaires.....	137
2.5.1.	Comment atteindre la satisfaction des patients ?	138
2.5.2.	La satisfaction des patients : un vecteur vers la fidélisation	141
2.5.2.1.	Les avantages pour les clients (patients)	141
2.5.2.2.	Les avantages pour l'établissement sanitaire	141
2.5.3.	L'évaluation de la satisfaction des patients.....	141
2.5.3.1.	Les objectifs de l'évaluation	142
2.5.3.2.	Modalités de l'enquête	143

Chapitre 03 : L'étude empirique ; l'impact de la qualité du service sur la satisfaction des patients

Section 01 : Les étapes de déroulement de l'étude empirique

1.1.	Méthodologie de recherche	148
1.1.1.	Les limites de l'étude	148
1.1.2.	Les outils de collecte des données	148
1.1.3.	L'échantillon de l'étude	151
1.1.4.	Hypothèses de l'étude.....	151
1.1.5.	Les études antérieures	152
1.2.	Présentation de l'organisme d'accueil	155

1.2.1. Définition d'un établissement public hospitalier (EPH)	155
1.2.2. Etablissement public hospitalier de Boufarik W. Blida	156
1.2.3. Etablissement public hospitalier de Tiaret	156
1.2.4. Etablissement public hospitalier de Tissemsilet	158

Section 02 : L'analyse statistique du questionnaire

2.1. Description de l'échantillon	159
2.1.1. Répartition des éléments du questionnaire selon leur sexe	159
2.1.2. Répartition des éléments du questionnaire selon leur âge	159
2.1.3. Répartition des éléments du questionnaire selon leur niveau d'instruction	160
2.1.4. Répartition des éléments du questionnaire selon le type de leur séjour	161
2.1.5. Répartition des éléments du questionnaire selon la période de leur séjour	162
2.2. L'analyse descriptive des réponses des individus de l'échantillon	163
2.2.1. La première hypothèse	163
2.2.2. La deuxième hypothèse	184
2.3. Test des hypothèses	186
2.3.1. La première hypothèse	186
2.3.2. La deuxième hypothèse	187
Conclusion générale	190

Bibliographie

Liste des tableaux

Liste des figures

Annexe

INTRODUCTION

Le marketing est l'un des activités économiques les plus importantes, il est devenu impératif pour tous ceux qui s'intéressent à l'économie de contrôler cette activité en contrôlant les éléments du marketing mix, on a remarqué qu'au début les responsables du marketing ont porté une grande importance et attention sur la commercialisation des produits matériels en le considérant le secteur le plus rentable, et ils ont ignoré le secteur des services.

Mais avec la tendance récente du marketing et l'émergence de plusieurs secteurs de services rentables tels que le tourisme, la santé..., ce secteur a reçu une importance particulière tant qu'il représente un secteur vital et il présente des opportunités importantes pour le renouvellement et le développement.

Ce développement a apporté une plus grande attention à la commercialisation des services comme le cas des établissements de services de santé qui souhaitent adopter la philosophie du travail concentré sur le client, parce que l'attention d'aujourd'hui est axée sur le problème de l'offre de service de santé de haut niveau compatible avec les préférences des clients et des bénéficiaires.

Les facteurs qui ont conduit à une plus grande attention à l'activité de marketing dans les hôpitaux en général, peuvent-être :

- L'adoption d'une politique d'ouverture économique et d'encouragement des capitaux nationaux et étrangers à investir dans le domaine de la santé, couplée avec la mise en place de la plupart des hôpitaux et centres de santé résultant en l'augmentation de fournisseurs de soins de santé et de la concurrence, et à la reconnaissance des progrès de la technologie médicale, les compétences techniques et main-d'œuvre spécialisée dans les hôpitaux, ce qui a conduit à la naissance d'un marché des soins de santé.
- Le mouvement absolu du patient de choisir entre les différents hôpitaux afin de recevoir le service sanitaire.
- Le coût, l'état du patient et le médecin préféré, ces éléments contrôlent les décisions sur le choix d'un hôpital préféré, et donc montrent l'importance du marketing dans l'hôpital afin d'améliorer les soins de santé pour les patients et de satisfaire leurs besoins.

Et tant que le principal élément dans le cercle de la prestation des services de santé est le fournisseur (les organismes de santé) comme les hôpitaux publics et les cliniques et les centres de santé privés, ils sont la direction des patients qui cherchent le bien-être et la santé et même la prévention.

Avec la mondialisation de l'information, l'amélioration générale du niveau d'éducation et notamment la situation épidémiologique et socio- économique de la population, les organismes de santé ont connus une croissance des pressions liées à la population notamment le mouvement croissant des personnes et leur déplacement rapide d'un endroit à l'autre.

Ces pressions étaient marquées par l'augmentation de la demande de soins qui a été caractérisée par de nouvelles caractéristiques en particulier en ce qui concerne la demande de la réponse rapide aux besoins des patients avec l'augmentation de l'amélioration de la qualité des services sanitaires offerts.

A cet effet, les responsables de la qualité des prestations de services sanitaires ont été obligés de trouver les solutions et les moyens nécessaires afin de répondre aux demandes et exigences des citoyens, la chose qui a conduit à l'adoption et la mise en œuvre de concepts de marketing dans ces organismes de santé, en considérant le marketing comme l'une des entrées les plus importantes de la gestion efficace cela peut renforcer le rôle des organismes de santé dans leur gestion et leur orientation à travers l'occupation des besoins des malades et veiller à fournir une prestation de service de soin avec une haute qualité et utilisation optimale des ressources.

En Algérie, la mauvaise prise en charge des malades au niveau des hôpitaux publics a toujours été discutée par le citoyen. D'être admis dans un hôpital public est toujours vécu comme un souci par le citoyen qui réclame toujours les désastreuses conditions d'hospitalisation. Une prise en charge médicale défailante, le manque d'hygiène et la surcharge sont les aspects du dysfonctionnement de ce secteur les plus fréquentes. Ainsi, les éternelles pannes des équipements médicaux (scanner, imagerie médicale...), les rendez-vous qui sont de plus en plus éloignés, ce qui oblige le malade de se diriger vers le privé pour un scanner ou des analyses ou même pour une prise en charge médicale.

Dans ce cadre, cette recherche tire sa son importance du l'importance du secteur de la santé dans la communauté, il se soucie de l'élément le plus précieux des facteurs de

production qui est la personne humaine. En plus, cette recherche coïncide avec les efforts de l'Etat dans l'amélioration de la qualité des services fournis, et la réforme du système de santé.

Les différents ministres qui se sont succédé à la tête du ministère de la Santé ont, à chaque fois, rappelé la priorité d'améliorer les conditions d'accueil, de prestations, d'hospitalisation et d'accès aux soins des malades, mais sans y parvenir réellement.

Beaucoup des réformes de restructuration visant à couvrir la haute demande de soins s'inscrivent dans de grands projets d'investissement et des expériences d'amélioration des services de soins. Ces réformes portent sur six dossiers : besoins de santé et demande de soins, structures hospitalières, ressources humaines, ressources matérielles, financement, inter-sectorialité.

" Les insuffisances qui caractérisent aujourd'hui, l'organisation, la gestion, et le financement des structures publiques de santé ont amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action.....c'est un grand défi collectif que nous devons relever, tous ensemble, pour garantir un service public de qualité..... la réforme hospitalière se doit d'être une nécessité impérieuse. Elle se doit, tout en veillant à la consolidation des acquis que sont la solidarité, l'équité et l'accessibilité au service de soins, d'apporter les correctifs indispensables pour une réelle adaptation de nos structures de santé aux changements socio-économiques que connaît le pays ainsi qu'à l'évolution démographique et épidémiologique.....c'est dans la réforme des structures publiques de santé que réside le nœud gordien de l'amélioration du système national de santé "¹. (Extraits du programme du gouvernement).

Il est nécessaire dans ce sens de mentionner que le Système National de Santé a correctement couvert, jusqu'à une certaine période, les besoins en santé de la population, à travers une densité en structures réparties sur l'ensemble du territoire national et qui mettait les soins de santé au plus près des citoyens.

Et malgré tout ce que l'Algérie consacre aux soins et les efforts qu'elle tient pour relever le niveau des services de santé fournis par les secteurs public ou privé, mais l'avantage de ceci est encore en dessous du niveau requis, et le secteur de santé a resté face à de nombreux problèmes de santé qui ont eu un impact négatif sur le développement des services de santé et le niveau de la qualité des soins médicaux fournis aux citoyens.

¹ <http://www.sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm> consulté le 24/12/2012

Ce dysfonctionnement peut revenir à la mauvaise planification, l'absence de suivi et d'évaluation, aux faiblesses organisationnelles et le manque de clarté des rôles et donc l'inefficacité des politiques.

Partant de là, l'objet de notre étude est de répondre à la problématique suivante :

A quel niveau la population est satisfaite des services de soins publics ?

Plusieurs questions ressortent de notre problématique dont :

- Qu'est ce qu'un établissement de santé ? Sa typologie ? Et ses missions ?
- Comment fonctionne-t-il le système national de santé ? Ses ressources ? Ses forces et faiblesses ? Et son financement ?
- Qu'est ce qu'un service sanitaire ? Et quelle est la nature du marketing des services publics ?
- Quelles sont les dimensions de la qualité du service sanitaire ? Et comment peut-on l'évaluer et l'améliorer ?
- Quels sont les facteurs qui influencent la satisfaction des usagers (patients) ? Et comment peut-on l'évaluer ?

Partant de la problématique fournie, afin que nous puissions discuter et répondre à la problématique, on propose deux hypothèses :

- La qualité de service de soins a un effet positif sur la satisfaction du patient dans les établissements de santé publique.
- La satisfaction des patients vis-à-vis des services de soins publics se différencie d'un établissement à l'autre.

Le sujet relève donc son importance de la problématique soulevée et la faible attention apportée au marketing des services publics sanitaires dans les études universitaires précédentes, et la possibilité d'appliquer les concepts du marketing dans les organismes qui sont à but non lucratif et qui occupent une place importante dans la société tels que la santé, l'éducation, la sécurité... Cette étude traite l'une de ces organismes qui ont une relation directe avec les usagers, c'est l'établissement de santé qui a un effet direct ou indirect sur la totalité des citoyens et qui vise à protéger le bien être de l'individu.

En plus, la commercialisation des services sanitaires et l'application des concepts du marketing (l'amélioration de la qualité, l'évaluation de la satisfaction des usagers...) au sein

de ces établissements peuvent contribuer à régler les problèmes qui a connaît ce secteur, à mettre à niveau ces performances et à améliorer l'image de l'hôpital public dans la communauté.

Notre choix du sujet est fait à :

- En optant pour une institution publique à but non lucratif pour notre travail de recherche, on a voulu élargir notre champ de connaissance qu'on a acquis au cours de notre cursus universitaire qui s'est principalement basé sur l'étude des entreprises économiques et commerciales qui sont à but lucratif.
- L'importance des établissements de santé pour la communauté, en raison de leur effet sur l'élément humain, qui est le principal moteur du processus de production et la base du développement économique.
- Le secteur des services en Algérie n'a pas pris la même importance que d'autres secteurs en matière de recherche en marketing, notamment le secteur des services sanitaires.

Du fait de la nature et de la particularité de sujet de notre recherche portant sur la satisfaction des patients, il était nécessaire de suivre la méthode d'analyse descriptive par l'analyse des données statistiques, des données qui ont été collectées à travers un questionnaire distribués aux patients dans trois établissements publics hospitaliers.

Nous présenterons notre étude en 3 chapitres :

Le premier chapitre, intitulé « *L'organisation sanitaire* » est divisé en deux sections ; la première section est consacrée à définir les établissements de santé dans le monde notamment leur historique, leur typologie et leurs missions, la deuxième section se charge de nous situer dans la construction du système de santé et son financement en indiquant les ressources et les dépenses de la santé.

Le deuxième chapitre, intitulé « *Les approches du marketing des services* » est divisé en deux sections ; la première tient la définition de quelques concepts de base (services, qualité, satisfaction...), et la deuxième section présente l'idée générale du thème par la définition du marketing des services publics, ainsi la combinaison du marketing et la santé en présentant l'approche de la qualité des soins et l'évaluation de la satisfaction des patients...

Dans le troisième chapitre « *L'impact de la qualité du service sur la satisfaction des usagers* », nous aborderons l'étude de cas en commençant dans la première section par la présentation de la méthodologie de la recherche, et la présentation de l'organisme d'accueil. Après, on traitera dans la deuxième section les résultats obtenus auprès le questionnaire distribué, afin de vérifier les hypothèses.

Enfin, une conclusion générale sera présenter une synthèse des principaux résultats auxquels nous avons aboutis, en dégagant l'impact de la bonne qualité du service sur la satisfaction d'un usager, ainsi que les perspectives et les actions à entreprendre.

CHAPITRE 01 :
L'organisation sanitaire

Préambule :

Tout système de santé est composé de trois éléments :

- La population qui exprime la demande de soin ;
- Le fournisseur de soins qui répond à la demande de la population ;
- L'agent contrôleur de l'organisation et le fonctionnement financier du système de santé (l'Etat, sécurité sociale).

Dans ce chapitre, nous allons définir le fournisseur de soins (établissements de santé) et mettre la lumière sur l'organisation et le fonctionnement du système national de santé.

Section 01 : Les établissements de santé

Les établissements de santé sont considérés parmi les plus importantes installations dans la communauté, que ce soit les hôpitaux, les cliniques ou des centres de santé publics ou privés, que doivent fournir un éventail diversifié de services de santé. Où le concept de ces institutions a développé de juste un endroit pour abriter les patients à être considérés comme des établissements productifs de santé, grâce à la conversion du patient qui est un élément non productif à un citoyen fort qui ajoute son effort à la production nationale, ce qui a entraîné l'expansion du concept et les fonctions de ces institutions.

1.1. Définition des établissements sanitaires :

L'établissement de santé dans sa forme actuelle n'est pas qu'un résumé des évolutions historiques qu'ont lui donné une forme institutionnelle après avoir été soumis à la logique de la charité.

Beaucoup de recherches et des études scientifiques spécialisées dans le domaine de la santé ont s'intéressé à identifier le concept de l'établissement de santé, et la variation de ce concept pour les parties qui traitent par l'établissement de santé, chacun selon son propre point de vue et selon la relation entre ces parties et l'établissement, où ce dernier est identifié chez ¹:

- Patients: l'entité responsable de fournir le traitement, l'hospitalisation et les soins médicaux pour eux;
- Gouvernement: l'un des établissements du service chargés à répondre à tous les besoins de la société, pour lever de la situation sanitaire dans le pays pour le mieux;
- Cadre médical: le lieu où ils exercent leurs fonctions humanitaires;
- L'administration de l'institution: Structure ouverte à l'environnement, et en interaction avec ses différentes variables, à la lumière de ce qu'il a été mis d'objectifs et des fonctions pour elle, et être responsable de leur mise en œuvre d'une façon efficiente et efficace;
- Entreprises pharmaceutiques et d'autres institutions impliquées: un vaste marché exige le fournir par tout ce qu'il a besoin de médicaments et des fournitures nécessaires.

« Chaque institution fournit des soins de santé d'une façon directe comme les hôpitaux, les centres de santé, cliniques et centres spécialisés, soit indirectement, comme les

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005، ص.ص. 21-22 -traduit-

laboratoires et les administrations de santé à services de soutien et la maintenance des matériels biomédicaux »¹.

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini les établissements de leur perspective fonctionnelle : « C'est une partie intégrée de l'organisation sociale et de la santé qui vise à fournir des soins de santé complets, avec ces deux aspects curatifs et préventifs aux citoyens, et avec ces services externes jusqu'à la famille dans sa maison, il est aussi un centre de formation pour les travailleurs dans le service de santé ».²

« Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial ».³

L'établissement de santé est donc⁴ une installation sociale et humanitaire vise à atteindre des objectifs spécifiques, y compris des entrées et des sorties, et se compose de trois éléments de base:

- Les individus et les groupes qui ont besoin de services de santé ;
- Des particuliers ou professionnels se spécialistes dans une variété de domaines ;
- Des organisations sociales et humanitaires régissant le style d'offre le service de santé, le mode de financement et de l'approvisionnement des services, le rationnement et la législation des services, la planification et la coordination et la mise en place des objectifs, et de veiller à améliorer les services et de les contrôler.

L'analyse de l'établissement sur cette base exige de prendre en considération ces spécificités :

- considérer les établissements de santé comme des institutions sociales doivent vérifier la justice sociale, cette propriété lui impose dans un état contradictoire, d'une part, ils sont obligés de maintenir la survie et la croissance avec toutes les propriétés du commerce économique, d'autre part, il doit s'assurer la dimension éthique de la production thérapeutique, au fait que la santé est un droit fondamental nécessite la fourniture de services de santé essentiels et de les rendre accessibles à tous.

¹ عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض؛ وزارة الصحة، 2005، ص. 62 -traduit-
² سليم بطرس جادة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2007، ص. 27 -traduit-

³ Article L6141-1 du code de la santé publique français, cité par : Le panorama des établissements de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, édition 2011, Paris

⁴ A. Belghiti Alaoui, Principes généraux de planification à l'hôpital, Rabat, sans édition, 2005, p17 –adapté-

- La présence de deux types de fonctionnaires : professionnels de la santé et les gestionnaires, donc l'établissement de santé est responsable sur la gestion des services thérapeutiques et la gestion des ressources, et le véritable défi réside dans la capacité à assurer une bonne gestion des ressources en préservant l'autonomie nécessaire des professionnels pour accomplir leurs tâches.

« Les établissements de santé, publics ou privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ». ¹

Donc, les établissements de santé publics et privés sont définis par leurs missions. Il s'agit :

- En premier lieu, du diagnostic et du traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- En second lieu, ces établissements sont invités à participer aux actions de santé publique et aux actions d'éducation pour la santé.

- L'hôpital :

L'un des établissements de santé, est l'hôpital, qui est le cœur de l'organisation sanitaire car c'est le point de contact entre le prestataire du service sanitaire (individu ou établissement) et son demandeur (patient).

L'hôpital peut se définir comme « un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologie et des traumatismes trop complexes pour pouvoir être traités à domicile ou dans le cabinet d'un médecin »²

« L'hôpital est un lieu de développement du corps social et son organisation doit être propice à l'épanouissement des hommes qui le servent, c'est une entreprise de soins à haute technicité ouvert à tous, où les techniques médicales et managériales requièrent de nouveaux savoir en rapport avec l'importance croissante des phénomènes de société qui pèsent sur l'hôpital public ».³

¹ Article L6111-1 du code de la santé publique français, cité par : Bernard Bonnici, « L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires », la documentation française, Janvier 2007, P 21

² <http://www.francetop.net/dictionnaire/synonymes/definition/hopital> - adapter- consulté le 12/05/2013

³ J ABBAD, organisation et mangement hospitalier, édition berger-leverault, Paris, 2001, pp 25-39

« L'hôpital est un établissement où l'on soigne les malades, où l'on redonne la vie. Il offre le traitement des patients par le personnel et les équipements spécialisés, et souvent, mais pas toujours prévoyant du séjour des patients à plus long terme. »¹

D'après ces trois définitions, on constate que l'hôpital est une organisation rationnelle de l'offre de soins hospitaliers pour satisfaire les besoins sanitaires de la population.

1.2. Historique :

Les établissements de santé n'ont pas atteint ce niveau de progrès que suite d'événements historiques qui ont eu lieu tout au long des époques, commençant par les anciennes civilisations jusqu' à l'ère moderne. On peut donc faire la distinction entre trois étapes fondamentales de l'évolution de l'institution de santé, sont les suivants ²:

- L'établissement de santé dans les anciennes civilisations ;
- L'établissement de santé dans l'ère islamique ;
- L'établissement de santé dans l'ère moderne.

1.2.1. L'établissement de santé dans les anciennes civilisations:

L'histoire des institutions de santé dus aux près de 1200 ans avant JC dans les temples grecs, Hippocrate est le premier à développer les bases de traitement des patients dans ces temples.

Les pharaons de l'Egypte ont aussi utilisé (d'environ 600 ans avant JC) leurs temples qui ont été appelé « les temples de guérison » pour héberger et soigner les patients.

Les Perses ont construit des hôpitaux dans les grandes villes nommés par « Pemmarstanat » qui est un mot persan qui signifie « la maison des patients ».

La civilisation indienne (pendant la période 273-232 avant JC) a vu la construction des hôpitaux qu'ils ont un haut degré de propreté.

¹ <http://www.cocoledico.com/dictionnaire/h%F4pital,150840.xhtml> , consulté le 06/06/2013

² أحمد محمد غنيم، ادارة المستشفيات - رؤية معاصرة - ، المكتبة العصرية للنشر و التوزيع، الطبعة الاولى، مصر، 2006، ص 14

Aussi, les Romains ont été alloués (pendant la période 350-500 AD) des lieux attachés aux églises chrétiennes pour accueillir et traiter les patients, ils ont créé aussi des petits hôpitaux pour traiter les soldats.

Les établissements de santé dans les anciennes civilisations étaient caractérisés par multiples caractéristiques, notamment ce qui suit¹:

- L'utilisation de l'établissement de santé comme un endroit pour loger les patients et le traitement avec un accent sur la santé personnelle de l'individu en termes de son nourriture et son propreté;
- Utiliser l'institution en tant que centre de formation;
- Etudier l'effet de divers facteurs environnementaux sur les patients;
- L'attention à nettoyer l'environnement interne de l'entreprise.

1.2.2. L'établissement de santé à l'ère islamique:

Les établissements de santé dans l'ère islamique ont connu un développement remarquable, et la « tente Rofida رفيدة » qui a été créée dans la mosquée du prophète Mohamed - la paix soit sur lui - le premier hôpital en cette époque. En 706, Walid ben Abd el Malik a établi un hôpital à Damas en mobilisant un groupe de médecins.

Des hôpitaux ont été construits dans toutes les grandes villes, au Caire par exemple l'hôpital Qalawun pouvait donner des soins à 8000 patients et le personnel comprenait des médecins, des pharmaciens et des infirmières².

L'hôpital free first public a été ouvert à Baghdâd au cours du règne du califat Abbasside Haroun al-Rachid au 8^{em} siècle. Le premier hôpital psychiatrique a été construit à Baghdad en 705 ; Pendant le règne Ottomane. Aussi, le premier hôpital en Egypte a été ouvert en 872 et par la suite, les hôpitaux publics parurent en Espagne islamique et du Maghreb à la perse. Les médecins et les chirurgiens furent nommés et donnaient des conférences aux étudiants en médecine et les diplômes délivrés à ceux qui étaient considérés comme qualifiés pour la pratique, un parallèle tôt pour les écoles médicales modernes.³

¹ سليم بطرس جلادة، مرجع سابق، ص. 19.

² George Sarton, « Quotations From Famous Historians of Science », Dr. A. Zahoor and Dr. Z. Haq, 1990, 1996, 1997. Consulté le 15 mai 2013

³ Z. Kessas, L'application du marketing des services dans les établissements hospitaliers privés - mémoire de magister -, université de Tlemcen, 2011, P8 –adapter-

Ces institutions sont classées en trois groupes: les établissements de santé fixes (comme les hôpitaux des prisons), les établissements de santé mobiles (tels que l'hôpital « el sabil , السبيل » qui accompagne les pèlerins) et les institutions d'isolation (comme les hôpitaux psychiatriques).

Les caractéristiques les plus importantes qui caractérisent les institutions de santé dans l'ère islamique par rapport à leurs prédécesseurs, ce qui suit:

- Etre en avance, soit en matière d'évaluation des compétences, des médecins et des infirmières, soit dans celui du contrôle de la pureté des médicaments ou de l'amélioration des procédures chirurgicales ;
- La création des hôpitaux dans des zones différentes et séparés pour éviter le contact des malades porteurs des maladies contagieuses avec les autres patients ;
- Le respect de règles d'éthique médicale sensiblement plus avancées ;
- Le traitement des patients de toutes les religions, les ethnies et les horizons ;
- L'emploi ainsi des personnels d'autres religions que l'Islam ;
- Le respect du niveau social des patients (richesse, instruction...).

Une autre caractéristique unique des hôpitaux musulmans de l'époque médiévale, était le rôle du personnel féminin qui avait rarement été employé dans les temples de guérison. Les hôpitaux musulmans médiévaux employaient couramment du personnel infirmier de sexe féminin, notamment des infirmières venant de pays aussi éloignés que le Soudan, ce qui témoignait d'une grande tolérance. Les hôpitaux musulmans ont également été les premiers à employer des femmes médecins.

1.2.3. L'établissement de santé dans l'ère moderne :

L'ère moderne représente une grande révolution pour les établissements de santé et ces services. La révolution industrielle a apporté beaucoup de changements sociaux qui ont à leur tour affecté sur les services de santé et donc la création de nouveaux hôpitaux. Au lendemain de la Première et la Seconde Guerres mondiales, et après la construction des énormes institutions économiques et industrielles, les établissements de santé ont apparu fréquemment à éliminer la souffrance des travailleurs contre les accidents du travail et de transport, et à protéger contre les maladies de pollution de l'air et de l'environnement industriel en général. Et il a augmenté le nombre et la taille de ces institutions ce qui a exigé l'émergence de la gestion de ces institutions d'une façon efficace et efficiente.

De nos jours, l'établissement de santé avec son concept actuel a pris de nombreuses formes, et il a été appelé par une variété de noms, aussi, il est devenu considéré comme un système ouvert car il base dans son fonctionnement sur les membres de la communauté et il est influencé par son environnement.

Ainsi, l'établissement de santé a été décrit comme un système social humain, parce que l'être humain est la base du fonctionnement du système, et il est un fabricant de service et son bénéficiaire en même temps.

Ce qui distingue les établissements de santé dans l'ère moderne, ce qui suit:

- Mettre l'accent sur les soins ambulatoire et la prestation des services de santé à domicile des patients;
- Donner l'attention à l'utilisation de la technologie médicale moderne largement;
- Concentrer sur les normes de qualité et comment l'atteindre dans les domaines médicaux.

1.3. Missions générales des établissements de santé :

- Assurer les examens de diagnostic, la surveillance , l'observation de l'état de santé et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient;
- Participer aux actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées, et à des actions de formations et d'éducatives pour la santé et la prévention, accompagner la formation initiale et continue du personnel paramédical et la formation continue des personnels administratifs, techniques et médico-techniques, et développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles afin de garantir une prise en charge globale du malade efficiente et de qualité ;
- Participer à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, organiser en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et autres infections iatrogènes, et mettre en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux ;

Les missions de ces établissements comportent la dispensation de soins avec ou sans hébergement (Article L6141-2 du code de la santé publique français):

- Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
- Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;
- Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ;

De plus, les établissements de santé soient publics ou privés concourt : (Article L6112-1 du code de la santé publique français)

- A l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ;
- A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- A la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;
- A la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétences ;
- Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;
- Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ;
- A la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux.

1.4. Typologie des établissements de santé :

On peut distinguer deux types d'établissements de santé: des institutions produisant de services de santé (par exemple : les hôpitaux, les cliniques et les centres de soins) et des institutions non-productive des services de santé (le ministère de la santé et tous les organes

administratifs spécialisés dans le suivi des programmes de santé et la gestion des relations avec les institutions productrices de services de santé¹.

Les types des établissements de santé sont multiples compte tenu de la multiplicité de leurs définitions d'une part, et la multiplicité des leurs activités d'autre part. On peut donc les diviser selon les critères suivants² :

1.4.1. Classification selon la propriété et de la supervision:

Le critère de distinction le plus convaincant fait référence à l'autorité qui gère : si cette autorité est un particulier ou une personne morale de droit privé, on a affaire à un établissement privé, si non, alors c'est un établissement public :

1.4.1.1. Les établissements publics: possédés et exploités par des organismes gouvernementaux, et ils ne sont pas destinés à faire des profits. Ils prennent plusieurs formes, y compris:

- Etablissements publics généraux: caractérisés par leur propriété à l'Etat ou à l'un des organismes officiels qui les supervisent, ils contiennent plus qu'un service et spécialité et au service de tous les segments de la société à titre gratuit ou à prix symbolique.
- Etablissements pour servir des catégories spéciales: caractérisé par sa dépendance du ministère ou certain organisme gouvernemental, de sorte que leurs services sont limités aux travailleurs et à leurs familles dans ces entités, par exemple: les hôpitaux militaires.
- Etablissements publics spécialisés: ces établissements se spécialisent dans le diagnostic et le traitement de certains états médicaux, par exemple : les cliniques spécialisées dans le traitement des maladies respiratoires, chirurgie dentaire, rééducation fonctionnelle...
- Cliniques et unités thérapeutiques: sont petits organismes, le service dedans est limité à un examen médical et une description de traitement aux patients gratuitement ou pour des frais relativement limités.
- Hôpitaux universitaires: c'est le type d'hôpitaux rattachés aux facultés de médecine, ils offrent les mêmes services que les établissements publics, et contient

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص. 21.
² بالاعتماد على: (بالتصرف)

- أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص.ص. 31-40.
- سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص.ص. 35-41.

quelques services éducatifs afin de pratiquer une formation pratique pour les étudiants de la faculté.

1.4.1.2. Les établissements privés: les établissements privés diffèrent des institutions publics en sens qu'ils sont à la propriété des individus ou des associations ou des entreprises privées, et sont gérés selon la méthode de gestion des affaires dans le secteur privé, avec sa recherche permanente de faire un profit :

- Etablissements aux noms de leurs propriétaires: ces établissements portent les noms de leurs propriétaires (des médecins et des professeurs), ceux-ci prennent la gestion et la fourniture de services dans leur domaine de spécialisation, et qu'en échange d'une redevance à convenir avec les patients. Ce type d'établissements dépend essentiellement de l'expérience, les compétences et la réputation de leurs propriétaires, ainsi que la qualité de ce qu'ils offrent des services de santé à leurs patients.
- Etablissements d'associations non publiques : ils sont créés par des associations non publiques telles que les associations religieuses et charitables grâce à des dons et des contributions qu'elles obtiennent. Ces établissements peuvent prendre la forme d'établissements publics ou des établissements spécialisés en matière de leurs services diagnostiques et thérapeutiques, ils ne cherchent à faire un profit, mais de fournir des services de santé gratuits ou à un coût minime.
- Établissements de santé d'investissement : détenus et exploités par des individus ou des entreprises privées qui cherchent à faire un profit à partir des services qu'ils fournissent. Ils prennent la forme des sociétés par action ou des sociétés à responsabilité limitée, et leurs services sont spécialisés dans certains domaines médicaux.

1.4.2. La classification selon l'emplacement et la capacité d'hospitalisation en lits :

Les établissements sont divisés par ce critère en trois types:

1.4.2.1. Etablissements centraux : qui servent les communautés résidentielles moyennes situées dans les environs des villes, sa capacité d'hospitalisation comprise entre 100 et 500 lits.

1.4.2.2. Etablissements régionaux : qui fournissent des services spécialisés que ne peuvent pas être fournis par la plupart des autres hôpitaux, sa capacité d'hospitalisation dépend des besoins de santé des individus.

1.4.2.3. Etablissements locales : servant de petites communautés résidentielles, et sa capacité d'hospitalisation ne dépasse pas les 100 lits.

1.4.3. Classification selon le niveau de qualité du service de santé fourni :

Les établissements de santé sont répartis selon ce critère à :

1.4.3.1. Etablissements agréés: ceux qui sont reconnus par certains organismes scientifiques spécialisés, qui répondent aux conditions et aux contrôles pour s'assurer la performance de leurs services de santé, tels que l'hôpital spécialisé du King Faisal en Arabie Saoudite.

1.4.3.2. Etablissements non agréés : qui ne sont pas conformes à toutes les conditions ou les contrôles par des organismes spécialisés.

1.4.4. La classification selon le critère de spécialisation :

Les établissements de santé sont classés en fonction de ce critère:

1.4.4.1. Etablissements d'hospitalisation générale : combinent plus d'une spécialité et de département, et servent de vastes zones de la population.

1.4.4.2. Etablissements spécialisés : spécialisés dans le traitement d'un type de maladie, comme l'hôpital psychiatrique.

Il ya d'autres critères pour la classification des établissements de santé, y compris:

- Selon la rentabilité : établissements à but lucratif et autres à but non lucratif.
- Selon la durée du séjour du patient : les établissements d'un court séjour et autres de long séjour.
- Selon le genre : établissements servent une certaine classe de sexe du patient tel que les hôpitaux de gynécologie et obstétrique.
- Selon l'âge : établissements servent une certaine classe telle que l'âge du patient comme les hôpitaux de pédiatrie.

1.5. La demande et l'offre des soins au cœur d'un système de santé :

« Destinées à prévenir et répondre aux besoins de santé de la population, les structures de santé sont dans une "dynamique de l'offre et de la demande" et répondent à divers niveaux d'une démarche projet d'entreprise ». ¹

L'offre publique de soins est assurée principalement par les structures du ministère de la santé. Ces structures comportent un réseau de soins de santé de base essentiellement ambulatoires, un réseau hospitalier avec des hôpitaux universitaires et non universitaires, et un ensemble d'instituts et laboratoires nationaux. Font également de l'offre publique de soins les services de santé les services de médecine scolaire et universitaire, les bureaux d'hygiène municipaux et communaux qui dépendent des collectivités locales, les services de santé de certains établissements publics dont le statut n'est pas défini. Sont rattachés à l'offre publique de soins de santé des unités et services de divers départements administratifs (unités de préventions sanitaires collectives, unités de transport sanitaire, service de médecine pénitentiaire).

L'offre privée de soins de santé est assurée par des cabinets médicaux, des cabinets de médecine dentaire, des cabinets de soins paramédicaux, des laboratoires de biologie médicale, des laboratoires d'anatomie pathologique, des cliniques, des unités de médecine du travail, des officines de pharmacie, des fournisseurs de matériel et biens médicaux et des établissements de transport médical.

Toute population aspire à la santé, chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation chargé de répondre à cette demande. Cette organisation coordonne l'activité des professions de santé avec celle des différents partenaires contribuant au financement des soins. Cet agencement complexe appelé *système de santé*.

La figure suivante présente les quatre boîtes composées le système de santé :

Figure n° 1.01 : les composantes d'un système de santé

¹ Marie-Thérèse EL KHAZEN : Les fondements d'un projet d'entreprise et d'une démarche qualité des structures de santé dans son Article paru dans la revue Gestions hospitalières, novembre 2001, page 730-731

Boite 01	Médecines généralistes	Médecines spécialistes	Pharmaciens
	Hôpitaux	Secteur public	Secteur privé
Boite 02	Etat	Mutuelles	Caisse d'assurance Maladies publiques
	Association de médecins	Assurance privées	Agences publiques interfaces
	Régimes	Syndicats	
Boite 03	Population	Entreprises	Salariés
	Travailleurs indépendants	Personnes âgées	Population à bas revenus
Boite 04	<p>Des flux de monnaie :</p> <p> → Cotisation → Prime → Impôts → Remboursement → Ticket modérateur → Subvention → Salaire → Honoraire → Capitation → Paiement direct → Budget global </p> <p>Des flux de personnes: Ver l'offre de soins ou vers les structures de financement</p> <p> → Libre choix → Passage obligatoire → Inscription sur liste annuelle → Inscription sur liste trimestrielle </p> <p>Des flux d'information :</p> <p> → Négociation nomenclature → négociation tarif → niveau des activités → Publicité → information sur la santé des individus → épidémiologie </p>		

Source : A BERESNIAK, G DURU, Op.cit, P ,03-04 –synthèse-

Chaque pays a organisé son propre système de santé selon ses aspirations historiques, politiques et morales. Et l'organisation d'un système de santé peut s'apparenter à un jeu de construction du type lego qui comporterait quatre boîtes de pièces :

- *Boîte 01 (l'offre de soins)* : elle contient un certain nombre de pièces pouvant se combiner entre elles ;
- *Boîte 02 (financement)* :
- *Boîte 03 (demande de soins)* ;
- *Boîte 04 (pièces de liaison)* : elles permettant de relier les pièces des trois boîtes précédentes

Mettre en place un système de santé, c'est réaliser un « montage » avec les pièces contenues dans chacune de ces boîtes. Ce « montage » doit respecter un certain nombre de conditions : Satisfaction des besoins ; accessibilité du plus grand nombre aux soins; solidarité; respect des équilibres financiers ; équité ; règles éthiques, etc.

1.5.1. Offre des soins de santé :

Toujours pour les économistes, l'offre d'un bien est la quantité de ce bien que les producteurs ou détenteurs d'un bien sont disposés à vendre ou à échanger sur le marché à un prix déterminé.

L'offre est l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé.

Il existe plusieurs caractéristiques revêtues par l'offre de service de santé, on peut retenir ¹:

- Les soins de santé constituent le bien offert à la fois par des producteurs individuels ou par des entreprises multi-produits. Au sein de ces dernières, on trouve des prestations réalisées par plusieurs catégories (médecin, infirmier) ;
- Les soins de santé peuvent être réalisés grâce à une technologie traditionnelle ou technologie moderne ;
- L'offre de santé, une certaine complémentarité : dans plusieurs milieux, on observe la dépendance entre plusieurs prestataires ;

¹ Paul SENZIRA N., Cours de l'économie de l'éducation et de la santé, inédit, UNIGOM, 2008

- Cette offre présente des externalités positives, il en est de même pour la demande de soins de santé.
- La structure de l'offre est fortement influencée par l'importance géographique du milieu ; compte tenu de la nature du bien ou service et surtout de la transférabilité limitée des consommateurs en urgence ;
- Dans la plupart des pays en développement, l'offre de santé est rationnée. En effet, les soins de santé ont été pendant longtemps distribués presque gratuitement étant donné les externalités positives qui en découlent. Cependant, toutes les études montrent que cette gratuité revient à un rationnement indirect à cause du temps qu'on doit mettre pour être en contact avec les praticiens et la mauvaise qualité d'accueil dans les hôpitaux publics.

Pour assurer une offre satisfaisante, une structure de santé doit être à l'écoute des besoins, des demandes, des attentes, des difficultés et/ou des problèmes rencontrés par la clientèle (patients). Cette écoute est faite par la mise en place des études de satisfaction de la clientèle, et l'élargissement de l'écoute pratiquée par les infirmières dans le cadre de la "démarche de soins".

1.5.2. Demande des soins de santé :

La demande est le désir d'un individu ou d'un groupe de population à l'utilisation d'un produit ou un service. Elle peut être exprimée ou non.

Les économistes définissent la demande comme la quantité d'un bien que les sujets économiques désirent acquérir au prix du marché.¹

La demande de soins de santé augmente avec l'âge. Les femmes expriment généralement une plus grande demande de soins de santé que les hommes. La demande est limitée par l'impression et, de ce fait, concerne principalement les soins médicaux et plus rarement les mesures préventives : une personne ne fait appel à un service que si elle en sent le besoin.

En santé publique, les demandes soulèvent une série de difficultés :

¹ Thines G & Lempereur A. Dictionnaire général des sciences humaines. Paris, Editions universitaires, 1984. p.265

- La faible demande pour des besoins préventifs.
- La forme subjective ou individuelle de la demande : cette dernière est alors perçue, à tort ou à raison, comme trop peu fréquente pour exiger une réponse collective de santé publique.
- Les limites de la perception individuelle

Un modèle économique simple de la santé découle de l'application directe de la théorie néo-classique à la formalisation des consommations de soin. Mais son caractère a ouvert la voie à d'autres conceptualisations des choix individuels en matière de santé.

GROSSMAN ¹ a ainsi fondé toute une génération de modèle expliquant en quoi les demandes de soins et les choix d'investissement dans la santé des décisions du capital humain.

Si nous nous référons à la théorie économique « standard » pour schématiser le rôle de choix de santé dans l'économie, nous sommes conduits à privilégier la demande des particuliers et plus précisément à en étudier les éléments dont l'allocation est réalisée sur le marché.²

A un niveau de complexité plus important tout un courant de recherche s'est développé sous l'impulsion des théoriciens du capital humain pour prendre en compte les multiples interactions économiques qui contribuent à déterminer l'état de santé des individus.

1.6. Les personnels des établissements de santé :

Sur le plan juridique et administratif, une différence des statuts et des modes de gestion qui s'appliquent aux personnels au sein des établissements de santé que ce soit publics ou privés à coté du partage technique des tâches, permet de distinguer deux catégories de personnels : les personnels médicaux et les personnels non-médicaux.

1.6.1. Les personnels médicaux:

¹ GROSSMAN cité par MATHE K., Caractéristiques et déterminants de la demande de soins dans la ville de Goma, mémoire - inédit, UNIGOM, 2005-2006, p.5-6

² G. DELANDE, Introduction à l'économie de la santé, Paris, 1991, p.6

Les catégories de personnels médicaux exerçant dans les établissements publics de santé sont : médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens. Ayant la qualité de titulaires, contractuels ou attachés.

Ils sont soumis à une pluralité de statuts à la différence du personnel non-médical et ce qui rend leur gestion complexe.

Ces statuts recommandent des règles différentes selon la nature de l'établissement où ils exercent leurs fonctions (CHU ou centre hospitalier), et au temps qu'ils consacrent (temps plein ou temps partiel).

- *L'exclusivité des personnels médicaux de CHU :*

Les personnels médicaux des CHU exerçant les fonctions universitaires et hospitalières, assurent une triple fonction : de soins, de recherche et d'enseignement.

Donc ces personnels relèvent de deux établissements publics différents ; l'établissement de santé et l'université.

1.6.2. Les personnels non-médicaux :

Sont des personnels techniques, personnels médico-techniques, personnels éducatifs et sociaux, personnels des services de soins, sage femmes, psychologues, aides soignants, agents des services hospitaliers, et autres personnels secondaires des services médicaux, infirmiers spécialisés, personnels d'encadrement du personnels soignant, autre personnel administratif, personnels de direction, etc.

Section 02: Généralité sur le système national de santé (SNS)

2.1. Historique et évolution du SNS ¹:

Il est nécessaire dans un souci de méthodologie de restituer l'actuel système national de santé dans son contexte historique pour identifier les fondements sur lesquels s'est basé.

L'organisation du système de santé était purement militaire jusqu'à 1950.

Puis ce fut la création de circonscription médicale par reconversion des hôpitaux militaires en établissements publics.

En 1962, la situation hérité du colonialisme était déplorable, déficience de l'hygiène publique, l'insuffisance de l'encadrement médical, une couverture sanitaire réduite et déséquilibrée destinée essentiellement à la satisfaction des besoins de la minorité coloniale.

Après l'indépendance, le système national de santé comprend trois périodes d'évolution comme suit :

¹ Données collectées et restituées par nous, d'après :

- Ministre de la santé et de la population, développement du système national de santé : stratégie perspective de santé, mai2001 <http://www.Ands.DZ./système/htm>
- نور الدين حاروش، "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، دار الكتابة للنشر والتوزيع الجزائر، الطبعة الأولى 2009، ص132

2.1.1. La première période (1963-1973) :

Au lendemain de l'indépendance, le pays disposait de moins de 500 médecins (dont 50% d'algériens) pour couvrir les besoins de santé d'une population, estimée à 10.5 millions d'habitants.

Les indicateurs sanitaires de la période considérée, se caractérisaient par une mortalité infantile élevée, dépassant 180 pour mille, une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans, et l'ampleur des maladies transmissibles qui, sévissant à l'état endémique, constituaient une importante cause de décès et de handicaps.

Tableau n°02 : Indicateurs démographiques en 1962-1963

Indicateurs	Unités	1962-1963
Population	Million	10.50
Taux de natalité	p. 1000	48.5
Taux de mortalité générale	p. 1000	14.60
Taux de mortalité maternelle	p. 100.000	500
Taux de mortalité infantile	p. 1000	171.0
Espérance de vie	Ans	47.0

Source : Document interne ; Ministère de la santé et de population et de la réforme hospitalière

Tableau n°03: Situation épidémiologique pour 100.000 habitants

Indicateurs	1962-1963
Rougeole	19.06
Tétanos	1.19
Diphtérie	4.46
Coqueluche	11.04
Poliomyélite	2.77
Tuberculose	300.00
Paludisme	273
Fièvre typhoïde	9.91

Source : Document interne ; Ministère de la santé et de population et de la réforme hospitalière

Face à cette situation, et en raison des ressources limitées, le ministère de la santé s'est alors fixé deux objectifs essentiels :

- La réduction des disparités en matière de réparation du corps médical (public et privé) afin de faciliter l'accès aux soins (instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé, mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire) ;
- La lutte contre la mortalité et la morbidité, dues aux maladies transmissibles.

Cette période a été marquée par la mise en œuvre de plusieurs programmes de santé destinés à protéger les catégories de population vulnérables, et à assurer la prévention des maladies prévalentes. C'est durant cette période qu'a été instituée la vaccination obligatoire de tous les enfants, et que s'est déroulée avec succès la campagne d'éradication du paludisme.

Durant cette même période, la production pharmaceutique, l'importation et la distribution de gros des médicaments, étaient assurées par des sociétés nationales (Pharmacie Centrale Algérienne –PCA- en particulier) ; la distribution au détail était partagée entre les secteurs privés et publics (agences de la PCA).

Une commission nationale de la nomenclature créée en 1969, établissait la liste des médicaments nécessaires ; aucune procédure d'enregistrement n'était exigée et le contrôle des produits pharmaceutiques était assuré par la PCA.

Couverture sanitaire :

Tableau n°04 : Encadrement médical et paramédical

Indicateurs	1962-1963
Médecin spécialiste / habitants	525.000
Médecin généraliste / habitants	14.623
Chirurgien dentiste / habitants	262.500
Pharmacien / habitants	150.000
Paramédicale / habitants	2.979

Source : Document interne ; Ministère de la santé et de population et de la réforme hospitalière

Tableau n°05 : Infrastructures

Structures	1962-1963
Hôpitaux	143
Centre de santé	188
Salles de soins	734
Cliniques	13
Dispensaires	130
Dispensaire Anti-Tuberculeux	20
Centre Anti-Cancéreux	01
Nombre de lits	37.787

Source : Document interne ; Ministère de la santé et de population et de la réforme hospitalière

2.1.2. La deuxième période (1974-1989) :

Elle a été marquée sur le plan de la politique sanitaire, par trois faits majeurs :

- L'instauration de la gratuité des soins, dans les structures sanitaires publiques à partir de janvier 1974, ce qui a permis une généralisation de l'accès de la population, aux services de santé ;
- La réforme du système éducatif et en particulier des études médicales, visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un grand nombre de praticiens médicaux, toutes spécialité confondues ;

- La création du secteur sanitaire, pierre angulaire de l'organisation du système national de santé, auquel ont été rattachées toutes les unités de soins de base, autrefois gérées par les communes ou le secteur parapublic.

Cette période a été également caractérisée par :

- La réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires, en particulier d'hôpitaux généraux de structures légères (polycliniques et centres de santé), en vue d'étendre la couverture sanitaire du pays ;
- L'érection de 13 centres hospitaliers universitaires chargés d'une triple mission de soins, de formation et de recherche.

Tableau n°06 : Plan de développement de la santé 1980-1984

Structures	Programme prévu	Programme réalisé à 1990	Taux de réalisation
Hôpitaux	18.800 lits	10.704 lits	57%
Polycliniques	656	130	20%
Centres de santé	717	276	38.5%
Maternités	144	30	26%

Source : Document interne ; Ministère de la santé et de population et de la réforme hospitalière

Au plan sanitaire, la période 1974-1989 est caractérisée par un recul de la mortalité, lié à la fois à l'amélioration du niveau de vie de la population, et à la mise en œuvre des programmes nationaux de santé (lutte contre la tuberculose, la malnutrition, la mortalité infantile, programme élargie de vaccination...). Parallèlement, les comportements évoluent dans le sens d'une meilleure maîtrise de la fécondité, renforçant ainsi le processus de transition démographique. Il est également observé l'amorce d'une transition épidémiologique, marquée par une baisse notable de certaines maladies transmissibles.

Dans le domaine des produits pharmaceutiques et des équipements médicaux, la PCA a fait l'objet d'une réorganisation en 1983, conduisant notamment à la séparation des fonctions d'approvisionnement et de production. Cette restructuration a donné lieu à la création des entreprises suivantes :

- Entreprises d'approvisionnement en produits pharmaceutiques (PHARMS: « ENCOPHARM » l'est, « ENAPHAM » le centre, « ENOPHARM » l'ouest).
- Entreprises de production de médicaments (SAIDAL).
- Entreprises Nationale des équipements médicaux (ENEMEDI).

2.1.3. La troisième période : 1990-2001

Cette période est caractérisée par une accumulation de problèmes, évoluant depuis la fin des années 80 et conduisant à une déstructuration progressive du système de santé. Malgré

l'initiation d'un processus d'adaptation à l'évolution socio-économique du pays, qui se traduit par :

- L'ébauche d'une régionalisation sanitaires, envisagée déjà au cours des années 80, comme cadre d'intermédiation et d'arbitrage devant consacrer l'intersectorialité, la décentralisation et la promotion d'un développement socio-économique équilibré. Au plan institutionnel, la régionalisation s'appuie sur le conseil régional de la santé. Cependant, la régionalisation sanitaire n'a pu répondre aux missions qui lui étaient dévolues : son cadre juridique et réglementaire, qui limite ses attributions à des prérogatives plus consultatives que décisionnelles, s'avère en effet insuffisant.
- La création et la mise en place de structures de soutien à l'action du ministère de santé, dont :
 - Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP), chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993) ;
 - La Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH), chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques (1994).
 - L'Agence Nationale du Sang (ANS), chargée de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995).
 - l'Agence Nationale de la Documentation de la Santé (ANDS), chargée de développer la documentation, l'information et la communication (1995).
 - Le Centre National de Pharmacovigilance et de Matéiovigilance (CNPM), chargé de la surveillance des effets consécutifs à la mise à la consommation de médicaments et à l'utilisation de dispositifs médicaux (1998).
 - Le Centre National de Toxicologie (CNT) chargé de l'étude et de l'évaluation de tout ce qui concerne les risques toxiques (1998).
 - L'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INPFP), chargé de l'évaluation des enseignements et de la recherche appliquée à la formation paramédicale (1996).
- L'adoption des nouveaux statuts de l'Institut National de Santé Publique (INSP-1995) et de l'Institut Pasteur d'Algérie (IPA-1994) ;
- La révision des statuts des établissements de santé (CHU, EHS et secteur sanitaire) par, notamment, la mise en place de conseils d'administration impliquant bailleurs de fonds et usagers (1997) ;
- La redynamisation des programmes nationaux de santé et de population ;
- La redéfinition de la politique du médicament en matière d'importation, d'enregistrement, de contrôle et de distribution des produits pharmaceutiques ;
- L'effort de valorisation des ressources humaines, par le développement de la formation continue ;
- La création du Conseil National d'Ethique des Sciences de la Santé en 1990 ;
- La mise en place du Conseil National de Déontologie Médicale (1992).

Cette période est également caractérisée par le renforcement du processus de transition démographique et épidémiologique. Les événements qui la marquent rendent par ailleurs nécessaire la prise en charge des pathologies liées à la violence.

Malgré les efforts déployés et les résultats obtenus, le système national de santé demeure confronté à de multiples contraintes, tant en matière d'organisation et de fonctionnement, que dans la prise en charge des problèmes de santé.

2.2. Contexte générale du SNS :

2.2.1. Organisation et fonctionnement du SNS :

L'organisation du système national de santé repose sur un ensemble de structures administratives et techniques, établissements spécialisés et organes scientifiques et techniques. Ce système se présente comme suit :

2.2.1.1. L'organisation administrative du SNS :

2.2.1.1.1. Au niveau central :

L'administration centrale du ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière comprend :

- Le cabinet du ministre.
- L'inspection générale.
- Les directions centrales.

2.2.1.1.2. Les administrations déconcentrées :

- *Le conseil régional de la santé* : Créé par arrêté interministériel n° 22 en date du 11.04.1995, le conseil régional de la santé se veut être un organe consultatif ayant pour mission de développer la coordination et la concertation intersectorielles et d'assurer de manière rationnelle, rapprochée et efficiente, la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé des populations relevant de sa compétence.

Actuellement, il existe cinq (05) régions sanitaires, chacune d'entre elle regroupent un certain nombre de wilaya, il s'agit des régions : centre – est – ouest - sud est et sud ouest avec pour chef lieu, Alger – Constantine – Oran - Ouargla et Béchar. La région sanitaire a été consacrée par la promulgation du décret exécutif n° 97/261 du 14.07.1997.

Dans le cadre de sa mission générale, le conseil régional de la santé est chargé, notamment, en relation avec les organismes et structures concernés :

- De veiller à la collecte, au traitement à la diffusion de l'information sanitaire.
- D'orienter l'action sanitaire en fonction de la situation épidémiologique, des ressources disponibles et des priorités arrêtées.
- De proposer des programmes régionaux de santé et de procéder à leur suivi et leur évaluation périodique.
- D'encourager les initiatives locales avec l'ensemble des partenaires y compris les mouvements associatifs.

- *L'observatoire régional de santé (ORS)* : Les ORS sont des annexes régionaux de l'INSP (arrêté n°43 du 22.06.1995). Ils sont au nombre de cinq (un par région sanitaire. Avec pour siège la wilaya chef lieu de la région sanitaire). Leurs missions découlent de celle de l'INSP, mais adaptée à la situation de la région sanitaire en matière d'information sanitaire, de protection et de la promotion de la santé, de lutte contre la maladie, de formation et de recherche en santé publique.

- *La direction de la santé et de la population (D.S.P)* : Elle fait l'objet d'un réaménagement suite au retrait des activités liées à la protection sociale dévolues au ministère chargé de la protection sociale. Ses prérogatives de puissance publique couvrent une multitude de champs d'activité concernant notamment :

- la collecte et l'analyse de l'information sanitaire.
- La mise en œuvre des programmes sectoriels, d'action sanitaire et leur évaluation : santé de la famille" santé en milieu scolaire, universitaire, et de travail, éducation sanitaire.
- L'hygiène, la salubrité de l'habitat et de la protection de l'environnement.

2.2.1.2. *Les établissements publics à caractère administratif (EPA) :*

2.2.1.2.1. Les établissements de santé :

- *Les Centres Hospitalo-universitaires (C.H.U)* : sont des établissements publics à caractère administratif qui sont créés par décret exécutif, sur proposition du ministre chargé de la santé (tutelle administrative) et le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (tutelle pédagogique).

Les CHU sont chargés, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales (diagnostic, exploration, soins, prévention, formation, études et recherche).

- *Les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (E.H.S)*: sont des établissements publics qui sont créés par décret exécutif sur proposition du ministre chargé de la santé et placé sous la tutelle du wali de la wilaya du siège de l'établissement, leurs dénominations comprennent la spécialité qui l'assure leurs activités.

L'EHS est pris en charge :

- Une maladie précise ;
- Une affectation d'un appareil ou d'un système organique donnée ;
- Un groupe d'âge déterminé.

L'EHS peut assurer le terrain de formation pour les activités hospitalo-universitaires sur la base des conventions signées avec les établissements de formation.

- *L'Etablissement Hospitalier et Universitaire (E.H.U)* : il est un établissement à caractère spécifique, créé à Oran et placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé et sous la tutelle pédagogique du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

L'EHU est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le domaine des soins de haut niveau et de la politique nationale de formation supérieure et de recherche médicale.

- *Les Etablissements Publics Hospitaliers (E.P.H)* : sont des établissements publics à caractère administratif, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils sont placés sous la tutelle du wali.

L'E.P.H a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population (assurer l'hygiène, la programmation de la distribution des soins curatifs, réadaptation médicale et d'hospitalisation...).

- *Les Etablissements publics de Santé de Proximité (E.P.S.P)* : sont des établissements publics qui constitués d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population.

L'E.P.S.P est chargé de :

- La prévention et les soins de base ;
- Les soins de proximité ;
- Les consultations de médecine générale et spécialisé de base ;
- Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement (hygiène) ;
- Etc....

2.2.1.2.2. Les écoles de formation paramédicale : sont chargés de la formation des activités paramédicales (soins infirmiers généraux, anesthésie, sages femmes, techniques en biologie...).

La formation paramédicale en Algérie (au 31 -12 –2010)

- 35 écoles de formation paramédicale publiques (23193 places pédagogiques)
- 14 écoles de formation paramédicale privées (2768 places pédagogiques)
- 15625 sages femmes et diplômés d'Etat
- 7568 aides soignants
- 1100 enseignants vacataires (médecins, cadres paramédicaux, psychologues,...)

2.2.1.2.3. Les établissements nationaux de santé :

- *L'Institut National de Santé Publique (I.N.S.P)* : il a pour objet de réaliser des travaux d'études et de recherche en santé publique permettant de fournir les instruments scientifiques et techniques nécessaires au développement des programmes d'action sanitaires et de promotion de la santé publique en matière d'information sanitaire, de communication sociale, de lutte contre la maladie, de protection de la santé, de formation et de recherche.

- *L'Ecole Nationale de la Santé Publique (E.N.S.P)* : créée par décret n° 89/11 du 7 novembre 1989 a pour objet, de dispenser des programmes de formation et de perfectionnement au personnel gestionnaire des établissements et structures de santé (cadres et décideurs). Elle est chargée notamment, d'assurer le perfectionnement et le recyclage des praticiens de santé publique chargés des missions de contrôle et d'inspection, de participer à la vulgarisation des démarches, méthodes et techniques modernes de gestion.

- *Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (L.N.C.P.P)* : Ce laboratoire créé par le décret n°93/140 du 14 juin 1993. Il a pour objet, le contrôle de la qualité, et l'expertise des produits pharmaceutiques. Il est chargé notamment, outre l'étude scientifique et techniques relatives aux normes et aux méthodes de prélèvement, d'échantillonnage et de contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques, et de la surveillance de l'innocuité, de l'efficacité des produits pharmaceutiques commercialisés.

- *Le Centre National de Pharmacovigilance et de Matériorvigilance (C.N.P.M)* : Chargé de la surveillance des effets consécutifs à la mise à la consommation de médicaments et à l'utilisation de dispositifs médicaux, il est créé en 1998.

- *Le Centre National de Toxicologie (C.N.T)* : Créé en 1998 chargé de l'étude et de l'évaluation de tout ce qui concerne les risques toxiques.

- *L'Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (I.N.P.F.P)* : Créé en 1996 chargé de l'évaluation des enseignements et de la recherche appliquée à la formation paramédicale.

- *L'agence nationale du sang (ANS)* : créée par décret n°95/108 du 9 avril 1995 a notamment pour missions, l'élaboration de la politique du sang, l'organisation de la transfusion sanguine, et l'élaboration de règles de bonnes pratiques de l'exercice de l'activité transfusionnelle.

2.2.1.3. *Les établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) :*

2.2.1.3.1. *L'Institut Pasteur d'Algérie (I.P.A)* : Cet institut a pour mission notamment de contribuer à la surveillance épidémiologique des pathologies dont il assure le diagnostic, à la promotion de l'hygiène en général et à la qualité de l'environnement, ainsi qu'à la formation, au perfectionnement et au recyclage des personnels de laboratoire, d'importer et distribuer les sérums et vaccins dont il assure le contrôle.

2.2.1.3.2. *La Pharmacie Centrale des Hôpitaux (P.C.H)* : La pharmacie centrale des hôpitaux créée en 1995 a pour missions de définir avec les structures sanitaires publiques,

les besoins qu'elle prend en charge, d'approvisionnement les structures publiques après avoir assuré le contrôle de qualité, et de veiller à la régularité de l'approvisionnement.

2.2.1.3.3. L'Agence Nationale de Documentation de la Santé (A.N.D.S) : Créée en 1996 chargée de l'évaluation des enseignements et de la recherche appliquée à la formation paramédicale.

2.2.1.4. Les organes consultatifs :

2.2.1.4.1. Les comités médicaux nationaux intersectoriels :

- Comité national de lutte contre les zoonoses créé par arrêté interministériel du 01.09.1984 présidé par le ministre chargé de l'agriculture.
- Comité national de lutte contre les maladies à transmission hydrique mis en place en 1989 et présidé par le ministre chargé de l'intérieur et des collectivités locales.
- Comité national technique de santé scolaire créé par arrêté du 1700501993 et présidé par le ministre chargé de la santé
- Comité national de la santé reproductive et de la planification familiale, arrêté n°121 du 21.11.1995.
- Comité national de médecine du travail créé par arrêté du 04.06.1989 et présidé par le ministre chargé de la santé.
- Comité national de lutte contre la drogue et la toxicomanie créé par le décret n°92/151 du 14.04.1992, le secrétariat est assuré par la direction de la pharmacie.
- Comité national de lutte contre les MST/SIDA créé en 1989 a été restructuré en 1994 pour devenir intersectoriel.
- Comité national de lutte contre le RAA créé par arrêté du 16.04.1990.

Au cours de ces dernières années, il a été mis en places quatre (04) autres comités intersectoriels :

* Le comité national de nutrition créé par arrêté n°03 du 08.03.1994, présidé par le ministre par le ministre chargé de la santé.

* Le comité national de contrôle sanitaire aux frontières créée par arrêté n°35 du 1^{er} juillet 1996 et présidé par le ministre chargé de la santé.

* Le comité intersectoriel amiante créée par arrêté n°86 du 11 septembre 1996, et présidé par le ministre chargé de la santé.

* Le comité national de lutte contre l'envenimation scorpionique créée par arrêté n°07 du 23.01.1997 présidé par Mr le ministre chargé de la santé.

2.2.1.4.2. Les comités médicaux nationaux sectoriels : Depuis juillet 1996, l'évaluation des activités des comités médicaux nationaux s'est traduite par l'élaboration avec les services concernés de textes définissant clairement leurs missions et tâches, ainsi que leur composition par la désignation nominative des membres érigés en experts (3 à 5) auprès de monsieur le ministre. Ils sont en commun un secrétariat permanent ayant pour siège l'INSP. En outre le comité médical de lutte contre le RAA, régit par les anciennes dispositions, on distingue actuellement 20 comités médicaux nationaux : Cardiologie et chirurgie cardio-vasculaire, neurochirurgie, pédiatrie, diabétologie, cancer garde et urgences médico-chirurgicales, rééducation fonctionnelle brûlés et chirurgie plastique, psychiatrie, chirurgie dentaire, gastroentérologie, gynécologie obstétrique, orthopédie et traumatologie, génétique, néonatalogie, imagerie médicale, médecine légale, ophtalmologie, hygiène hospitalière.

2.2.1.4.3. Comité ou groupe ad hoc : Un certain nombre de comité ou groupe techniques ad hoc ont été constitué et activent de façon épisodique comme organe consultant pour certain programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques, et celui des infections respiratoires aiguës , le programme national de lutte anti tuberculose, le programme de lutte contre la mortalité maternelle et périnatale, le programme de lutte contre la méningite cérébro-spinale, le programme de lutte anti trachomateuse, celui dénommé « hôpitaux amis des bébés ».

2.2.2. Les ressources et les offres de soins¹ :

¹ Données collectées et restituées par nous, d'après :

- MSPRH ; Statistiques sanitaires 2008-2010
- L'institut national pédagogique de la formation paramédicale
- Travaux de recherche des étudiants de l'INSP
- Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007, Journal officiel n° 33 du 20 mai 2007

2.2.2.1. Les ressources humaines :

Actuellement, la qualification de personnels de santé est fréquemment en adéquation avec les besoins exprimés en matière d'activités sanitaires.

Tableau n°07 : Répartition des ressources humaines de la santé en 2010

	Personnel	Effectif	Pourcentage %
SECTEUR PUBLIC	Pers. Médical	47789	19,89
	pers. Paramédical	102507	42,66
	Pers. Administratif, Technique et de Service	61460	25,58
	DSP	2209	0,92
	Para public	2645	1,10
	Paramédicaux en formation	23193	9,65
	Autres	482	0,20
TOTAL PUBLIC		240285	89,63
Pers. Privé		27807	10,37
TOTAL		268092	100

Source : Par nous, d'après les statistiques sanitaires 2010

On constate que le nombre des praticiens de santé s'élève à 75596 à la fin de l'année 2010, dont 47789 relèvent du secteur public.

Toutefois, la place du privé augmente régulièrement, On note qu'un peu plus de 27807 personnes travaillent actuellement dans le secteur privé de la santé, en particulier dans le corps des médecins spécialistes.

Rapporté à la population, l'effectif des personnels médicaux (public et privé) donne les densités nationales suivantes :

- Un médecin pour 1009 habitants (2306 méd. spécialiste, 1793 méd. généraliste)
- Un pharmacien pour 3953 habitants
- Un chirurgien dentiste pour 3143 habitants

Ces moyennes nationales ne doivent pas toute fois cacher le déséquilibre régional persistant en matière de couverture médicale ; à titre d'exemple il est enregistré :

- Un médecin pour 612 habitants dans la wilaya d'Alger contre un médecin pour 3201 habitants dans la wilaya d'Adrar.

- On remarque que l'évolution quantitative du personnel paramédical a fait un grand bond, il faut en effet rappeler qu'au lendemain de 1962 l'Algérie ne comptait qu'une quarantaine d'infirmier diplômé d'état sur un total de 250 paramédicaux.

- Actuellement le personnel administratif, technique et de service s'élève à près de 61460 personnes soit 25,58% des effectifs globaux du secteur public.

- Une grande hétérogénéité de formation caractérise le personnel en place et se traduit souvent par une adaptation insuffisante aux techniques managériales.

- Malgré une augmentation sensible de l'effectif des personnels techniques, l'impact demeure insuffisant en regard des problèmes d'entretien et de maintenance que connaissent les établissements de santé.

1.2.2.1.1. Le secteur public : Les ressources humaines sont inégalement réparties : c'est le cas notamment des praticiens spécialistes qui sont en majorité consenties dans les grandes villes du nord du pays.

A titre d'illustration la wilaya d'Alger avec environ 8,34% de la population nationale dispose de 21,58% de l'effectif de spécialistes (17,45% des spécialistes du secteur public et 26% des spécialistes du secteur privé). Tandis que la wilaya de Tiaret avec environ 2,41% de la population nationale dispose 0,84% de l'effectif de spécialistes (0,77% des spécialistes du secteur public et 0,92% des spécialistes du secteur privé).

Le service civil a été réinstauré pour les praticiens médicaux spécialistes afin d'améliorer la couverture sanitaire des régions défavorisées.

L'exercice à titre privé, dans le cadre de l'activité complémentaire a été autorisé pour les spécialistes, ce qui a aggravé la détérioration du secteur.

1.2.2.1.2. Le secteur privé : Après avoir été limité essentiellement aux activités de consultation, le secteur privé a connu un développement rapide dans les années 90, à la faveur de la promulgation de la loi 88-15 du 03 mai 1988 et du décret 88-204 du 18 octobre 1988, fixant les conditions de réalisation et de mise en fonctionnement des cliniques privés. Son

champ d'intervention s'est étendu ainsi aux activités d'exploration (biologiques et radiologiques) et d'hospitalisation (chirurgie et gynécologie-obstétrique notamment.)

Le secteur privé regroupe actuellement 48,27% de l'effectif total des praticiens spécialistes, 25,32% de celui des médecins généralistes, 45,87% des chirurgiens dentiste et 92% de celui des pharmaciens.

Tableau n° 08: Répartition des praticiens de santé entre les secteurs public et privé (2010)

	S. Public	%	S. Privé	%	TOTAL
Méd. Généraliste	19955	74,68	6764	25,32	26719
Méd. Spécialiste	8028	51,73	7491	48,27	15519
Chirurgien dentiste	6163	54,13	5223	45,87	11386
Pharmacien	724	8,00	8329	92,00	9053
TOTAL	34870	55,63	27807	44,37	62677

Source : Par nous, d'après les statistiques sanitaires 2010

Et malgré l'augmentation des ressources humaines de la santé, on ne peut pas évaluer la satisfaction des usagers en matière de la couverture sanitaire en ressources humaines car les indicateurs de la santé ne sont pas établis selon la situation démographique, épidémiologique du pays.

L'encadrement en spécialistes des structures publiques de soins et notamment des structures hospitalières est concentré dans les CHU (1461 médecins spécialistes).

De très nombreux services sont sous la responsabilité de médecins généralistes non préparés à cette tâche.

La formation continue de ces praticiens est prioritaire car elle constitue un appui essentiel à la conduite de la réforme hospitalière et un outil de correction des différentes causes des dysfonctionnements des établissements hospitaliers.

2.2.2.2. Les ressources matérielles :

2.2.2.2.1. Les infrastructures : Compte tenu de la restructuration qui a touché les infrastructures sanitaires, au cours de l'année 2007, à savoir la création des EPH et EHS ainsi que l'éclatement de certains CHU. Le secteur de la santé se compose de :

- 13 CHU, leur nombre est resté inchangé. Néanmoins, certaines de leurs unités ont été rattachées aux EPH et aux EHS. Leur capacité globale en lits d'hospitalisation a diminué, elle était de 13.045 lits en 2008 et 12501 lits en 2010.

- 64 EHS renfermant les spécialités : de psychiatrie (15), de rééducation fonctionnelle (07), de chirurgie cardiaque (02), d'oncologie médicale (01), de neurochirurgie (01), d'infectiologie (01), d'ortho-traumatologie (02) et d'ophtalmologie (03), de gynécologie (24), de pédiatrie (02), de chirurgie plastique (01), d'urologie (01), d'anti cancéreux (02), de brules (01). Leur capacité globale d'hospitalisation est de 10824 lits.

- 194 EPH avec une capacité globale de 35.218 lits.
- 271 EPSP totalisant :
 - 431 maternités publiques avec 3200 lits. Ces maternités se répartissent entre 412 maternités intégrées à des polycliniques et à des centres de santé et 19 maternités rurales ;
 - 1491 polycliniques avec 3272 lits ;
 - 5008 salles de soins.
- 18004 Cabinets privés (6208 de spécialistes, 6315 de généralistes, 5105 dentaires et 376 de groupe).

Rapporté à la population, les ratios de couverture dégagés sont :

- 1 Lits d'hospitalisation pour 550 habitants
- 1 Structure extra hospitalière (polyclinique et salle de soins) pour 5231 habitants.

Malgré le nombre important des infrastructures dont nous disposons, la couverture sanitaire de tout le territoire ce n'est pas réalisée et ce par :

- L'implantation des cliniques privés dans les grandes agglomérations ce qui exclue la population des régions rurales.
- L'absence de cohérence entre les structures de base et du sommet ce qui entraîne le manque de prise en charge, et l'absence de continuité des soins.

1.2.2.2.2. Les équipements : Le nombre global d'appareils médicaux, au 31.12.2010, toutes catégories confondues, est de 30165, dont 2112 sont en panne, soit un taux d'immobilisation de 7%.

Par structure le taux de panne est comme suit :

- 9.75% au niveau des EPH soit un nombre de 1327 appareils
- 9.15% au niveau des CHU soit un nombre de 568 appareils
- 7.26% au niveau des EHS soit un nombre de 217appareils.

Il est à noter politique en matière de maintenance et de renouvellement d'équipement est mise en place :

Tableau n° 09: Etat global des équipements de l'année 2000 à 2010

M : en marche. P : en panne

	2000		2010	
	M	P	M	P
CHU	2681	1380	2768	568
EHS	3800	200	5637	217
EPH/ secteur sanitaire avant 2007	1584	2478	12279	1327
S/TOTAL	8065	4058	20684	2112
TOTAL	12123		22796	

Source : Par nous, d'après : statistiques sanitaires année 2010

1.2.2.2.3. Parc-Auto : le parc-auto englobe l'ensemble des ambulances, véhicules de liaison, camions, micro-bus... les établissements de santé disposent 4145 véhicules répartissent comme suit :

- 2370 dans les EPH dont 1054 ambulances ;
- 417 dans les CHU dont 165 ambulances ;
- 490 dans les EHS dont 162 ambulances ;
- 868 transports sanitaires privés relèvent de 200 unités.

2.2.3. Les forces et les faiblesses du SNS :

2.2.3.1. *Les forces du SNS :* Les plus importants atouts caractérisant le système national de santé peuvent être énoncés en trois (03) petits points qui sont :

- En terme d'infrastructures, une couverture géographique relativement homogène pouvant généralement permettre à chaque citoyen, d'accéder à une structure de santé de proximité (salle de soin, polyclinique, cabinet médicale privé).
Le pays dispose également d'un réseau d'infrastructures hospitalières de 13 CHU, 64 EHS, 194 EPH, et 271 EPSP, avec un nombre de lits suffisants (65015 lits) pour répondre à la demande de la population.
- Un potentiel en personnel en nombre globalement important (268092) que ça soit:
 - *Le secteur public :*
 - ✓ Praticiens médicaux 47789
 - ✓ Personnel paramédicaux 102507
 - ✓ Agent administratifs 61460
 - *Le secteur privé :*
 - ✓ Praticiens médicaux 27807
 - ✓ Les autres catégories n'ont pas étaient révélées
- Des programmes de prévention des maladies transmissibles et de maîtrise de la croissance démographique dont l'impact bénéfique sur l'état sanitaire de la population à permis d'améliorer la plus part des indicateurs.

Ces différents points positifs citer ci- dessus ne doivent pas masquer les contraintes que connaît le système nationale de santé, et qui, si on les met pas en évidence pour les corriger pourront mettre en cause les deux principes fondamentaux que sont l'accessibilité et l'équité.

2.2.3.2. Les faiblesses du SNS : Les faiblesses du système national de santé nous pouvons les résumés comme suit :

2.2.3.2.1. Des insuffisances organisationnelles : En effet, malgré leur nombre, les structures publiques de santé ne répondent que partiellement à la demande en soins, et ne permettent plus une prise en charge efficace.

Les raisons de cette situation sont multiples ; il est à citer notamment :

- un système d'information peu performant ;
- des problèmes de gestion.
- Un financement insuffisant

- Le manque de personnel et plus particulièrement de praticiens spécialistes ;
- L'état des équipements médicaux purs lesquels les actions de maintenance et de renouvellement ont été insuffisantes.

De plus, les secteurs sanitaires et les directions de santé et de population de wilayas, sont insuffisamment impliqués dans l'analyse et l'élaboration des programmes de santé, comme dans la mobilisation de la population, en raison d'une trop grande centralisation des organes de décision.

Il n'existe pas non plus de coordination suffisante avec les autres secteurs, tels que les collectivités locales ou certains départements ministériels, compromettant ainsi l'approche multi-sectorielle, indispensable dans de nombreuses interventions.

Il en résulte actuellement une incapacité pour un grand nombre de wilayas, de prendre en charge les pathologies courantes. Aussi beaucoup de malades s'adressent- ils directement aux CHU, et EHS.

Or, ces établissements connaissent, pour leur part, des contraintes liées à la vétusté des équipements ainsi qu'aux pénuries de médicaments essentiels et autres consommables.

Cette situation a été, ces dernières années, aggravée par le départ de nombreux spécialistes, vers un secteur privé en pleine expansion et dont les conditions d'intégration dans le système de santé n'ont jamais été clairement définies. Les solutions proposées, telles que le conventionnement avec des praticiens du secteur privé ou encore, la tentative de réduire le départ des praticiens du secteur public, par la mise en œuvre de « l'activité complémentaire », n'ont pas eu les effets escomptés.

2.2.3.2.2. Des Problèmes de financement : Le système national de santé souffre de quelques faiblesses concernant la couverture sanitaire en termes de ressources financières.

Ainsi le manque des moyens financiers c'est également un facteur aggravant de la situation du secteur public ; car on constate un réel paradoxe avec les budgets des établissements de santé qui ne cessent de baisser (en 1987 3.6% du PIB, actuellement 1.3% du PIB), et parallèlement une demande de soins 'grandissante due à la transition épidémiologique et démographique, ainsi qu'à la précarité générée par la situation socio- économique.

Cette baisse enregistrée concernant les ressources financières s'est traduite par une dégradation importante des conditions de fonctionnement des structures de santé.

Une restructuration du système national de santé est aujourd'hui indispensable. Pour ce faire, le financement de ce système doit se faire sous un autre mode.

En dépit de ce qui a été cité, on touchera à un manque de coordination entre le secteur de la santé et celui de la protection sociale, par exemple la tarification des actes qui n'a pas été actualisé depuis 1987.

Le manque de moyens financiers Constitue le premier facteur responsable de l'endettement chronique des structures de santé, auquel s'ajoutent les problèmes d'inégalité à la répartition des ressources financières disponibles par type d'établissement et de prestation à assurer.

A coté de ça, une absence de maîtrise des coûts et des dépenses due à la non utilisation d'indicateurs d'activités et de performance, tout comme la non utilisation des statuts des structures sanitaires au nouveau contexte économique.

2.3. Etat actuel du SNS :

2.3.1. Population et Démographie :¹

Le processus de transition démographique, c'est-à-dire le passage d'une société avec une fécondité et une mortalité élevées, vers une société avec une fécondité et une mortalité basses entraînant progressivement un vieillissement de la population, amorcé dans les années 80, s'est poursuivi durant la période prise en compte (2005 jusqu'à 2010), comme en témoignent les principaux indicateurs démographiques.

La population totale a été estimée en 2005 à 32,9 millions d'habitants ; 33,5 millions en 2006 et 34,1 millions en 2007, 34,8 millions en 2008, elle a atteint 35,7 en 2010.

¹ Sources des statistiques et données utilisées :

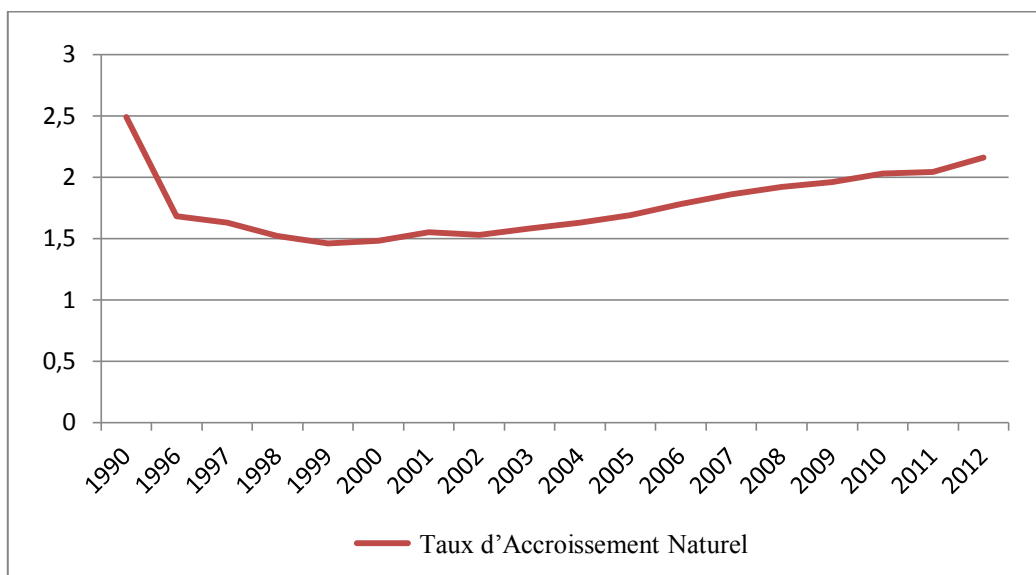
- Démographie Algérienne –ONS 2005-...- 2012
- Enquête MICS 3 ALGERIE 2006.
- Enquête Nationale de Santé TAHINA-2005.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.
- Conseil National Economique et Social (CNES).

Il y a bien un croît démographique annuel, prévu au demeurant par l'ONS et les experts en la matière, mais ce croît est plus important que celui escompté, même en hypothèse haute des projections de l'ONS.

En effet, le taux d'accroissement naturel de la population, qui a connu une diminution constante depuis les années 70, jusqu'à l'année 2000, où il a atteint 1,48%, marque une remontée à partir de 2001 et est en croissance continue sur la période : 1,69% en 2005, 1,78% en 2006 et 1,86% en 2007.

Cette évolution résulte de l'action conjuguée de plusieurs phénomènes démographiques dont en premier lieu l'émergence d'une reprise de la natalité.

Figure n°03 : Evolution du taux d'accroissement naturel de la population (1990-2012)



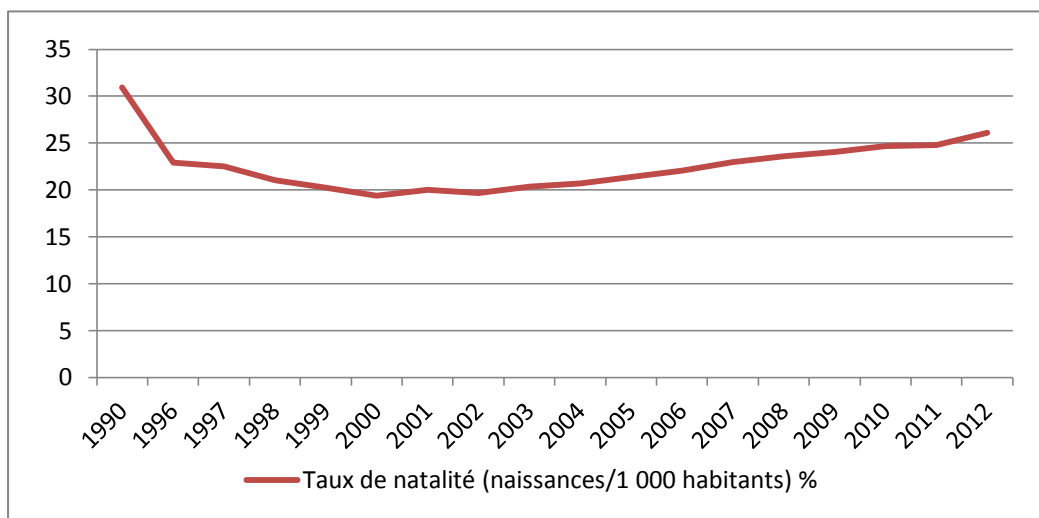
Source : ONS/CNES

Le taux brut de natalité a augmenté de façon constante durant la période, passant de 19,36‰ en 2000 à 21,36‰ en 2005, puis 22,07‰ en 2006 et 22,98‰ en 2007.

La modification de ce taux est due à deux éléments essentiels :

- D'une part l'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer issues des générations nées entre 1970 et 1985, dont les effectifs sont importants ;
- D'autre part, l'augmentation du nombre annuel des mariages enregistrés à l'état civil: 279.548 en 2005, 295.295 en 2006 et 325.485 en 2007 ;

Figure n°04 : Le Taux Brut de Natalité (1990-2012)



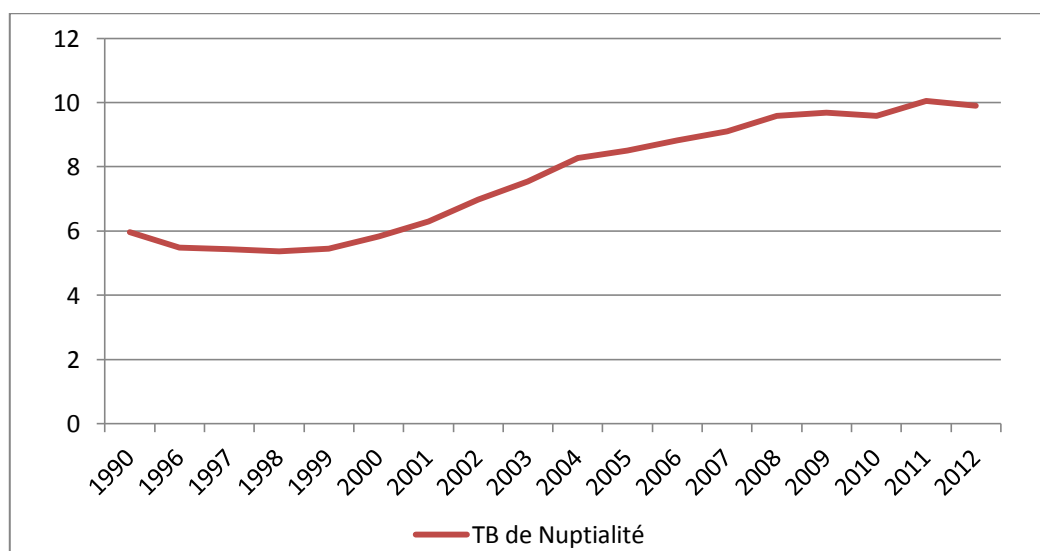
Source : ONS/CNES

Le taux de nuptialité a été propulsé de 5,84‰ en 2000 à 8,50‰ en 2005 ; il a continué sa progression en 2006 (8,82‰) et en 2007 (9,55‰).

En outre, il y a tout lieu de penser qu'un certain effet de « rattrapage », des unions différées en raison de la situation économique, sociale et sécuritaire de la période 1995-2000, serait une des causes à l'origine du relèvement du taux de nuptialité.

L'action de ces faits démographiques a ainsi entraîné une augmentation du taux de natalité, premier facteur déterminant de l'accroissement naturel de la population.

Figure n°05 : Evolution des Taux Brut de Nuptialité (1990-2012)



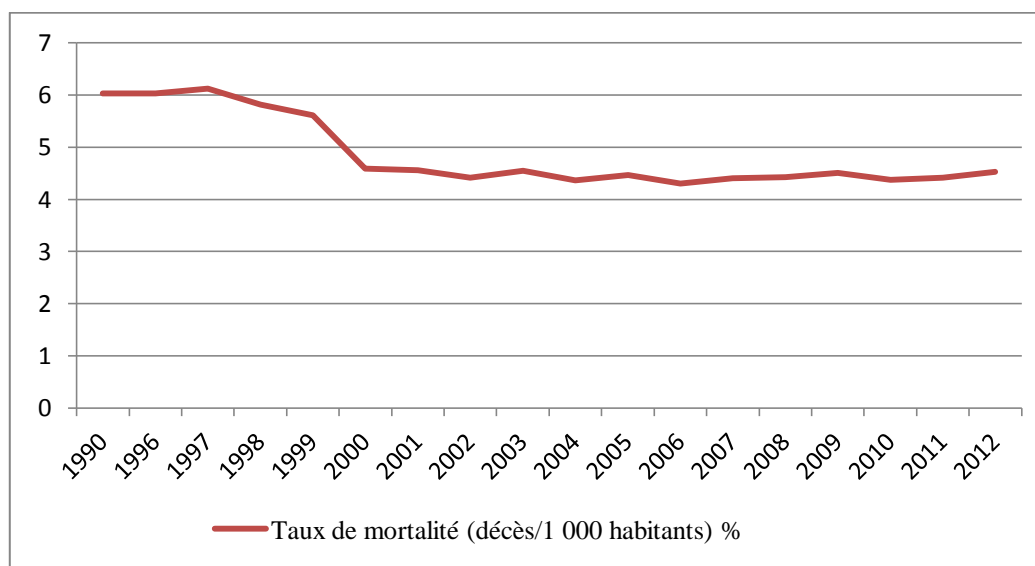
Source : ONS/CNES

Le second facteur pris en compte dans le calcul et l'analyse des causes des l'accroissement de la population est le taux de mortalité.

Le taux brut de mortalité générale, qui était de 16,4‰ en 1970, a baissé considérablement ; il a très rapidement régressé à 6‰ en 1989, et a poursuivi sa tendance baissière en 2005 (4,47‰), et en 2006 (4,30‰) ; en 2007 il se situe à 4,38‰.

La baisse continue du taux de mortalité infantile (mortalité des moins de 1an), et le caractère jeune de la population algérienne, sont des facteurs importants de la relative faiblesse du taux de mortalité générale.

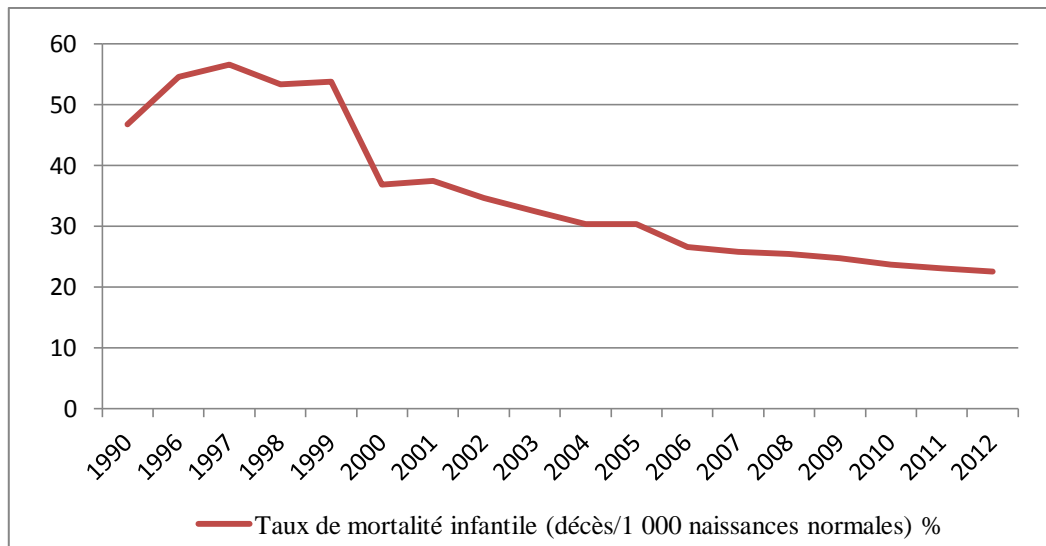
Figure n°06: Le taux brut de mortalité (1990-2012)



Source : ONS/CNES

Le taux de mortalité infantile, après une stagnation de sa valeur en 2005 par rapport à 2004, soit 30,4‰, a continué à baisser en 2006 (26,9‰), et en 2007 (26,2‰).

Figure n°07: Le Taux de Mortalité Infantile (1990-2012)



Source : ONS/CNES

Par ailleurs, la mortalité infantile est dominée, selon les estimations d'experts, par l'impact de la mortalité néonatale précoce (décès des 0-6 jours), ce qui signifie que la première semaine de vie est une période particulièrement critique pour le nouveau-né.

La mortalité périnatale, regroupant la mortalité (mort-nés) néonatale précoce, constitue un indicateur extrêmement utile selon les spécialistes, car il est le reflet à la fois de la qualité de la surveillance de la grossesse, des conditions de l'accouchement et de la prise en charge du nouveau-né durant les premiers jours qui suivent la naissance.

Pour tenir compte de ces facteurs et de la nécessité d'une action ciblée pour réduire davantage la mortalité infantile, un programme national de lutte contre la mortalité périnatale, est entrée en application à partir du mois d'avril 2006.

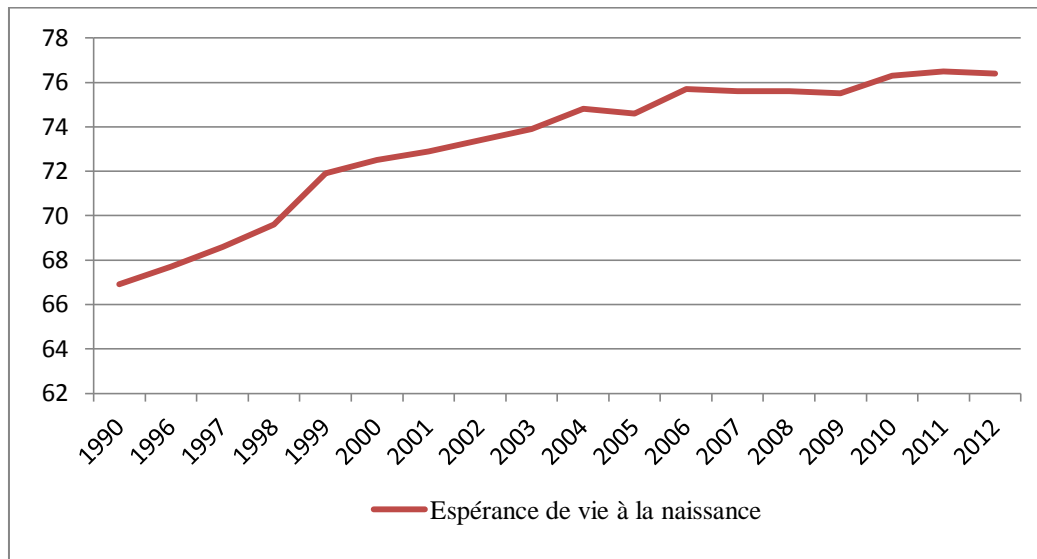
Le taux de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes), a certes baissé : il était de 117% en 1999 ; en 2006, il est estimé à 92,6% au niveau national. Il reste cependant très élevé si l'on tient compte du taux d'accouchements en milieu assisté, 95,3% en 2006, et du taux des femmes ayant bénéficié des soins prénatals.

Ce taux reste néanmoins relativement élevé au regard des moyens déployés dans le domaine de la prévention, qui se traduisent en particulier par une couverture vaccinale remarquable et une très forte proportion d'accouchements en milieu assisté.

Ce faisant, l'espérance de vie à la naissance a continué de progresser pour atteindre une moyenne nationale de 75,7 ans en 2007, situant l'Algérie parmi les pays à espérance de

vie à la naissance élevée, au sein de la Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA).

Figure n°08 : L'espérance de vie à la naissance (1990-2012)



Source : ONS/CNES

La transition démographique a induit de profondes transformations dans la structure de la population algérienne, comme le montre ci-dessous la pyramide des âges de ces dernières années.

La nouvelle pyramide des âges est illustrée par :

- un rétrécissement de la base concernant les tranches d'âge des moins de 14ans (33,91% en 2000 et 28,36% en 2006) ;
- une augmentation des tranches d'âge supérieures, notamment la tranche 15-59ans (59,36% en 2000 et 64,29% en 2006) ; représentant la population en âge d'activité ;
- Une augmentation régulière des tranches d'âge de plus de 60ans (6,72% en 2000 et 7,33% en 2006).

La reprise de la natalité observée au cours des années récentes est objectivée, elle, par une base plus large, au niveau de la tranche d'âge 0-4ans.

En résumé, et au plan national les principales caractéristiques démographiques sur la période sont :

- une évolution continue et graduelle du taux d'accroissement naturel de la population ;

- une reprise continue et progressive de la natalité ;
- progression en volume de la population âgée de 0 à 4 ans ;
- une baisse, bien que ralentie, de la mortalité générale ;
- un recul continu de la mortalité infantile ;
- un important potentiel actif et reproductif ;
- une progression continue en volume des personnes de plus de 60ans ;
- un recul continu de l'indice synthétique de fécondité (ISF), indice mesurant la fécondité du moment ;
- une élévation de l'espérance de vie à la naissance.

La transition démographique n'est cependant pas homogène au niveau national.

En effet des écarts importants sont encore observés entre certaines wilayas, en matière de natalité, de mortalité générale et infantile, d'âge moyen au mariage et de fécondité, comme le montre notamment l'enquête MICS 3 de 2006.

Ces écarts renvoient tout particulièrement à des inégalités observées en matière d'accès aux soins, au logement, et à l'éducation scolaire surtout pour les filles. Il convient de souligner à cet égard que les différenciations ne se font plus selon la strate urbaine versus rurale, mais du Nord au Sud, en passant par les Hauts Plateaux.

En conclusion, il est patent, qu'en raison de l'inertie des faits démographiques liée au potentiel de reproduction contenu dans la structure par âge, la variable « population » est et restera encore contraignante au cours des années à venir ; elle pèse tout particulièrement sur certains domaines de la demande sociale (santé, éducation, alimentation, emploi, logement...).

2.3.2. Santé :¹

Les gains observés en espérance de vie à la naissance traduisent, de façon générale, une amélioration des conditions de vie dans les domaines ayant un lien direct ou indirect avec

¹ Sources des statistiques et données utilisées :

- Démographie Algérienne –ONS-2005-....- 2012
- Enquête MICS 3 ALGERIE 2006.
- Enquête Nationale de Santé TAHINA-2005.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.
- Conseil National Economique et Social (CNES).

la protection et la promotion de la santé de la population : alimentation en eau potable des ménages, assainissement et hygiène générale, niveau des revenus, alimentation et nutrition, niveau d'instruction, conditions de logement.

Et ce, en dépit des insuffisances et retards enregistrés ailleurs : dégradation en certains endroits de l'environnement (pollutions diverses), règles d'urbanisme mal contrôlées, organisation des transports en mutation, développement des comportements à risque et violences.

Ces gains sont aussi le fruit de l'action spécifique du système national de santé et des progrès accomplis en matière d'éducation sanitaire, de soins préventifs et curatifs pour la réduction ou le contrôle des maladies et des grands problèmes de santé identifiés au sein de la population.

Désormais, la politique de santé doit s'adapter, tant au plan organisationnel que financier, aux nouveaux besoins de santé induits tant par la situation épidémiologique actuelle que par les évolutions économiques et sociales en cours.

Le nouveau contexte épidémiologique : Le contexte épidémiologique demeure marqué par le processus de transition sanitaire résultant de la transition démographique et des changements intervenus au milieu des années 90, dans les modes de vie et d'alimentation.

Ainsi, l'augmentation de l'espérance de vie et les modifications induites dans la pyramide des âges durant la période, ont pour conséquence de transformer profondément les profils pathologiques et le poids spécifique des différentes maladies selon les groupes d'âge, en particulier avec l'augmentation de la proportion des plus de 60 ans (maladies chroniques et du vieillissement).

Tandis que l'urbanisation accélérée, la détérioration de l'environnement en ville, et le développement des comportements à risque notamment chez les jeunes, ont pour effet d'entraîner l'apparition et / ou la recrudescence de nouveaux problèmes de santé publique (accidents et traumatismes, intoxications, toxicomanie, tabagisme).

Il en résulte globalement :

- un infléchissement continu du poids des maladies transmissibles : maladies infectieuses et parasitaires ;

- et un accroissement des maladies non transmissibles : maladies chroniques et accidents.

2.3.2.1. *Les maladies transmissibles :*

Des progrès significatifs continuent d'être enregistrés dans la lutte contre ces maladies, grâce aux programmes nationaux mis en place et pris en charge par l'Etat.

Ainsi, la vaccination par le BCG, faite à plus de 99% des nouveaux-nés en moyenne nationale, demeure la première des vaccinations, son taux de couverture élevé explique la réduction considérable des cas de tuberculose de l'enfant au cours des années récentes.

L'application du programme élargi de vaccinations (étendu en 2007 à l'hépatite C), pour plus de 88% des enfants a permis :

- la disparition de la poliomyélite (aucun cas sur la période) ;
- la réduction considérable de la diphtérie, de la coqueluche, de la rougeole et du tétanos néonatal.

Les actions de prévention et d'éducation sanitaire menées en direction des mères, notamment dans le cadre des activités de protection maternelle et infantile (PMI), ont entraîné, pour leur part, une réduction progressive et notable de la morbidité et de la mortalité liées aux infections respiratoires aiguës et aux maladies diarrhéiques chez le nourrisson et le jeune enfant.

La disparition du choléra est confirmée : aucun cas enregistré en 2005, 2006 et 2007.

Les autres maladies à transmission hydrique (fièvre typhoïde et surtout hépatites virales), sont encore signalées de façon occasionnelle, mais en nombre de plus en plus réduit, leur persistance souligne l'importance d'une action concertée et coordonnée entre tous les services concernés par la gestion de l'assainissement au niveau des communes les plus touchées (hydraulique, santé, hygiène municipale).

Par contre, les toxi-infections alimentaires collectives sont en augmentation, présentes principalement durant certaines saisons, elles relèvent de mesures d'hygiène

alimentaire insuffisamment respectées dans le commerce des denrées alimentaires, de la restauration ainsi que dans les cantines collectives.

Les anthroponoses (maladies à réservoir animal), constituées par la brucellose, la leishmaniose et l'hydatidose, sévissent encore dans certaines wilayas ; de même qu'il est observé chaque année des cas de rage souvent isolés.

2.3.2.2. *Les maladies non transmissibles :*

Liées à la fois au vieillissement en cours de la population et aux changements des modes de vie et d'alimentation (sédentarité, consommation d'aliments trop riches en sucre et en graisses), elles constituent, selon les données fournies par les enquêtes les plus récentes, le premier motif d'hospitalisation et la première cause de mortalité.

Leur émergence a été révélée par la première Enquête Nationale de Santé réalisée en 1990 par l'Institut National de Santé Publique.

Leur nature et leur importance numérique ont été précisées successivement par les enquêtes suivantes :

- l'Enquête sur la santé de la Famille 2002.
- l'Enquête MICS3 -2006.
- l'Enquête TAHINA – 2006.

Ainsi, selon ces enquêtes la morbidité observée est constituée principalement des maladies ou groupes de maladies suivantes, classées par ordre décroissant :

- l'hypertension artérielle et ses complications et autres cardiopathies ;
- le diabète sucré ;
- les maladies digestives (ulcères, lithiase biliaire, colopathies) ;
- les cancers ;
- les maladies mentales ;
- l'insuffisance rénale chronique.

Tableau n° 10: Distribution des personnes en % souffrent de maladies chroniques selon le type de maladie et le milieu de résidence

Type de maladie	Urbain	Rural	Total
Hypertension	42,7	40,5	41,8
Diabète	22,5	16,3	20,1
Maladies articulaires	11,0	9,9	10,6
Asthme	11,9	10,8	11,5
Maladies cardiovasculaires	15,1	18,1	16,2
Autres	22,0	25,2	23,2

Source : MICS3 Algérie 2006

2.3.2.3. *Les accidents, traumatismes et violences :*

Ce groupe représenterait près de 10% des problèmes de santé dans le pays.

Il s'agit essentiellement :

- des accidents de la circulation ;
- des accidents du travail et accidents domestiques ;
- des suicides ;
- des actes de violence, toutes causes confondues.

Cette évolution de la situation épidémiologique doit trouver sa traduction dans une définition actualisée des objectifs de la politique nationale de santé.

Il y a lieu en effet, et comme cela a été le cas pour les maladies transmissibles, de concevoir et d'adopter, en relation avec les partenaires concernés, des programmes nationaux de santé normalisés et codifiés pour les maladies chroniques, à même de répondre à la demande de soins exprimée dans ce domaine et d'en assurer une prise en charge conforme aux règles internationales admises et prescrites notamment par l'organisation Mondiale de la Santé.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la mise en place en 2001 d'un programme national de santé mentale, inspirée de la stratégie 2000-2010 développée par l'OMS pour la santé mentale et la prévention et la lutte contre les toxicomanies.

2.3.3. Organisation :

La couverture sanitaire de la population est assurée, de façon dominante par le système public de santé, présent sur l'ensemble du territoire national, même si des différences spatiales sont remarquées.

Participent à cette couverture, mais de façon moins forte que du public, deux autres systèmes :

- le système para-public, relevant d'autres administrations que le Ministère chargé de la santé, d'organismes sociaux (sécurité sociale et mutuelles), et de grandes entreprises (centres de médecine du travail, centres médico-sociaux) ;
- le système privé, en pleine augmentation ces dernières années, compte les magasins pharmaceutiques, les cabinets médicaux, les cliniques médico-chirurgicales.

Ces trois systèmes (public, para-public et privé), fonctionnent chacun pour son propre compte, en l'absence de relations codifiées de leur action respective dans la programmation nationale de la prise en charge des priorités de santé.

En effet, seule une activité de contrôle de principe essentiellement administrative et de conformité technique des sièges et des équipements, est exercée par les Directions de santé des wilayas.

Pour le système public de santé, deux faits majeurs ont marqué la période 2005-2007 :

- La mise en place d'une nouvelle carte sanitaire, en application du décret du 19 mai 2007 portant création des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP) ;
- L'élaboration et un début d'exécution du programme complémentaire de soutien à la croissance 2005-2009, enrichi par le programme complémentaire déterminé en octobre 2007 par le Président de la République, pour la wilaya d'Alger.

- *La nouvelle carte sanitaire :*

Le système public de santé était organisé, jusqu'à l'intervention du décret du 19 mai 2007, en 185 secteurs sanitaires disposant de près de 95% des 60.000 lits d'hospitalisation, et de plus de 6 000 unités sanitaires de base (polycliniques, centres de santé, salles de soins). Il s'y ajoute, pour les activités de soins spécialisés et les activités de formation et de recherche, 13 centres Hospitalo-universitaires et 64 Etablissements Hospitaliers Spécialisés regroupant les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux de spécialités diverses (cardiologie et chirurgie cardiaque, orthopédie, néphrologie, maladies infectieuses...).

Créé en conformité avec les recommandations de l'OMS en la matière, le secteur sanitaire constituait une entité administrative correspondant à un bassin de population, généralement de 100.000 à 200.000 habitants, et regroupant un hôpital, chef lieu du secteur sanitaire, et des structures dites « extrahospitalières ».

Chaque secteur sanitaire, divisé en sous-secteurs, était doté d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMP), chargé de la collecte de l'information épidémiologique émanant des différentes structures le composant, ainsi que de l'évaluation de l'exécution des programmes nationaux de santé à ce niveau.

L'ensemble des informations recueillies étaient ensuite transmises, en fonction de leur nature, soit directement à l'Institut National de Santé Publique, soit aux directions de santé de wilaya.

La nouvelle carte sanitaire découlant de l'application du décret précité, en faisant disparaître le lien organique entre l'hôpital général dit « de secteur » et les structures sanitaires de base, rend désormais problématique la réalisation correcte de cette tâche essentielle du plan d'information sectoriel.

En résumé, la nouvelle carte sanitaire est mise en place et vise les objectifs suivants :

- Séparer par l'autonomisation de la gestion, les structures de santé de proximité des structures d'hospitalisation.
- Cesser de sacrifier la prévention et les soins de base au profit des structures d'hospitalisation.

- Traduire dans les faits, la hiérarchisation des soins consacrée par la loi sanitaire de 1985 en vigueur.
- Confier les mesures de prévention et les soins de base, aux polycliniques et aux salles de soins.
- Transformer les centres de santé en polycliniques disposant de plateaux techniques adéquats et offrant un point de garde (24h/24h) et une ambulance. Elles organisent également des consultations spécialisées de base au profit de la population couverte. Les centres de santé sont devenus des coquilles vides ne répondant ni aux fonctions de polycliniques ni à celles de salles de soins. L'opération est déjà réalisée à 75%.
- Définir la fiche technique, les règles de fonctionnement, et de création des salles de soin comme premier contact avec la population de manière permanente (un médecin et un paramédical). L'opération est déjà bien engagée avec les autorités locales.
- Création des meilleures conditions de mise en œuvre de la contractualisation par la séparation des structures de santé de santé proximité d'hospitalisation (calculs des coûts et nature de financement).

2.4. Financement de la santé :

Le financement de la santé se base essentiellement sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la caisse nationale des assurances sociales (CNAS) ainsi que sur une contribution de plus en plus importante des ménages.

En 1998, les 3.6% du PIB consacrés à la santé, se répartissaient comme suit : 1.6% pour l'Etat, 1% pour la sécurité sociale et 1% pour les ménages (source : rapport Banque Mondiale – année 2000).

- L'Etat :

Il demeure le participant essentiel dans le financement de la santé, il prend sous sa responsabilité la prise en charge des démunies non assurés sociaux, la prévention, la recherche médicale.

- La sécurité sociale :

Le forfait hôpital de la CNAS était presque constant de 1988 à 1992, mais depuis 1992 il n'a pas arrêté de croître.

- La participation des ménages :

Cette participation a commencé à être appliquée suite à l'arrêté interministériel de 1995 portant la nomenclature de tarifs de prestation. Théoriquement, cette participation représente 28% des recettes de la santé.

Tableau n°11 : Les sources de financement de santé

Rubriques	1999 %	2005 %	2006 %	2007 %
Participation Etat	58	61	66	74
Contribution CNAS	36	35	31	24
Autres ressources	6	4	3	2
Total	100	100	100	100

Source : Document interne ; Ministère de la santé et de population et de la réforme hospitalière

Le financement de la santé montre actuellement des limites en terme de mobilisation de ressources additionnelles, pour assurer la prise en charge d'une demande nationale de santé en augmentation continue.

Jusqu'à la fin de la décennie 80, le problème n'était pas le manque de ressources financières mais l'utilisation de ces moyens. Depuis les années 90, la situation s'est aggravée en raison des restrictions d'ordre financier.

C'est ainsi que le législateur a tenté, dès 1993, de redéfinir le rôle de l'Etat et la nature des relations, entre le système de santé et le système de sécurité sociale. En effet, depuis cette date, les lois de finances ne disposent que la contribution des organismes de sécurité sociale, aux budgets des établissements publics de santé, doit être mise en œuvre sur la base des relations contractuelles. Elles précisent, en outre, que les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux, sont à la charge du budget de l'Etat.

Tableau n°12 : Evolution du budget de la santé (1963-2008)

En milliers de DA

Dépense	1963	1999	2005	2006
Budget de fonctionnement	174.721	56.270.650	103.800.482	114.733.506
Budget d'équipement	0	2.777.000	16.750.000	76.318.899
Total	174.721	59.047.650	120.550.482	191.052.405

Source : Document interne ; Ministère de la santé et de population et de la reforme hospitalière

En milliers de DA

Dépense	2007	2008	2010
Budget de fonctionnement	147.540.938	168.444.771	152.176.009
Budget d'équipement	57.268.000	55.800.000	84.770.953
Total	204.808.938	224.244.771	236.946.962

Source : Document interne ; Ministère de la santé et de population et de la reforme hospitalière

Le budget de fonctionnement ne connaît qu'une faible augmentation, d'une année à l'autre. Les dépenses de rémunération des personnels se sont stabilisées ces dernières années autour de 68% (76% dans les secteurs sanitaires, 62% dans les EHS et 57% dans les CHU).

Le budget de la santé a évolué pour atteindre 8.46% en 2007 des dépenses globales de l'Etat et une dépense de santé par habitant de 171 à la même année.

Tableau n°13 : Evolution des dépenses globales de santé (1962-2007)

Indicateurs	1962-1963	2007
PIB en USD/ habitant	249.9	6.770
Dépenses de santé / PIB %	1.49	6.77
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques de l'Etat	4.00	9.61
Dépenses de santé en USD/hab	3.6	171

Source : Document interne ; Ministère de la santé et de population et de la reforme hospitalière

Cette évolution s'est traduite par une amélioration des indicateurs de santé à tous les niveaux.

Dans le cadre du financement de la santé, le médicament a occupé une place importante dans la répartition des disponibilités financières arrêtées sans discernement, sachant que les importations au profit des hôpitaux ne représentent qu'une part de moins de 5% du total importé et que moins de 10% des médicaments sont hospitaliers et financés sur budget de l'Etat.

Les dépenses de médicaments ont atteint 47,4 milliards DA en 2005 avec l'actualisation de la liste des produits remboursables dont le nombre est passé de 1073 Dénominations Communes Internationales (DCI) en 2005 à 1134 en 2006.

Pour 2007, la dépense du médicament en matière d'assurance maladie s'est élevée à plus de 64 milliards de Dinars soit plus de 45% des dépenses globales de la sécurité sociale en matière de santé qui ont atteints 141 milliards de Dinars en 2007.

Ainsi, l'examen des données relatives au marché des médicaments, suscite les observations suivantes :

- Stabilisation des importations de médicaments, même si elles sont appelées à augmenter, si l'industrie algérienne n'y répond pas ;
- Prise en charge des besoins en médicaments destinés aux maladies orphelines, aux pathologies tumorales et aux programmes des réductions des transferts pour soins à l'étranger pour éviter l'exclusion d'une couche de la société algérienne se situant dans la tranche du 3^{ème} âge de plus en plus nombreuse dans le pays, et ce en exécution de la volonté de monsieur le président de la république exprimée en octobre 2006 à l'audience accordée au ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

De par son objet (médicaments disponibles en tout temps et en tout lieu en Algérie et à un coût abordable), elle constitue, en outre, la référence pour l'orientation de l'activité des producteurs, des importateurs et des distributeurs de médicaments.

Elle facilite enfin et rationalise la gestion des approvisionnements en médicaments des établissements publics de santé en fonction de leur position dans la pyramide des soins.

Conclusion :

D'après ce chapitre, nous prenons une idée sur le système de santé en Algérie, en passant tout d'abord de définir les établissements de santé dans le monde, après de définir l'évolution du système national de santé à travers le temps et par la suite son organisation structurelle et fonctionnelle, et enfin ses forces et bien évident ses faiblesses.

Le système de santé a connu de nombreuses réformes au cours de la dernière décennie, notamment le système hospitalier, les plus importantes étant la mise en place de la tarification à l'activité, qui a réformé le mode de financement de l'hôpital, jusqu'alors assuré par une dotation globale forfaitaire versée à chaque établissement, et la loi Hôpital, patients, santé, territoires (carte sanitaire), qui a apporté des modifications importantes en termes de gouvernance.

CHAPITRE 02 :
Les approches du marketing
des services

Préambule :

Le secteur de services a augmenté ces dernières années d'une façon extraordinaire, et a imposé une position réelle et distincte dans les économies des pays, et dans la vie quotidienne des individus.

En fait, les services sont caractérisés et diffèrent des biens matériels dans plusieurs points fondamentaux et importants, et entraînés de cette distinction la présence d'une série de divisions et de multiples services.

Parmi ces divisions dans le domaine des services, nous trouvons les services publics de santé qu'elles sont parmi les services sociaux fournis par l'État les plus importantes, mais ce secteur souffre comme d'autres secteurs dans notre pays d'un manque de qualité des services fournis et à se déprécier par rapport aux défis internes et externes de l'État. Qui a conduit à l'adoption et la mise en œuvre de concepts de marketing dans les organisations de santé (marketing hospitalier).

Section 01 : Les approches du marketing

1.1. Les services :

Différents points de vue des chercheurs sont fondés sur la recherche d'une définition précise du service, en raison de présence des services associés à tout ou partie de biens matériels, tandis que d'autres services représentent de pièces complémentaires à la commercialisation des marchandises vendues, et il ya d'autres types de services fournis directement sans la nécessité d'être attaché à un bien comme : les services de santé , des services financiers...

1.1.1. Une multiplicité des définitions :

Selon le dictionnaire marketing ; le service est une activité apportant une satisfaction sans transfert de propriété.

« Un service est une activité ou une prestation soumise à un échange, essentiellement intangible et qui ne donne lieu à aucun transfert de propriété. Un service peut être associé ou non à un produit physique ».¹

« Un service est une activité ou série d'activité de nature plus ou moins tangible, qui normalement mais non nécessairement, prend place dans les *interactions* entre les consommateurs et un employé de l'entreprise de service, et/ou des biens et ressources physiques et/ou des systèmes de fournisseur de service, et qui est proposé comme solution aux problèmes du consommateur »².

« Un service est une série d'activités qui normalement donnent lieu à *interaction* entre le client et les structures, les ressources humaines, les biens et les systèmes qui sont fournis en réponse aux besoins du clients »³.

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

¹ PH.Kotler et al., Marketing management, Ed. Pearson ; 12^e édition, Paris, 2006, p462

² M ZOLLINGER , E LAMARQUE,2008 , marketing et stratégie de la banque , édition Dunod, Paris,5e édition, P08

³ J TEBOUL, 2002, le temps des services , édition d'organisation ,Paris, 4e tirage, P,21

⁴ C LOVELOCK , J WIRTZ, D LAPERT, A MUNOS , *marketing des services*, édition Pearson ,France, 2008, 6e édition P :12

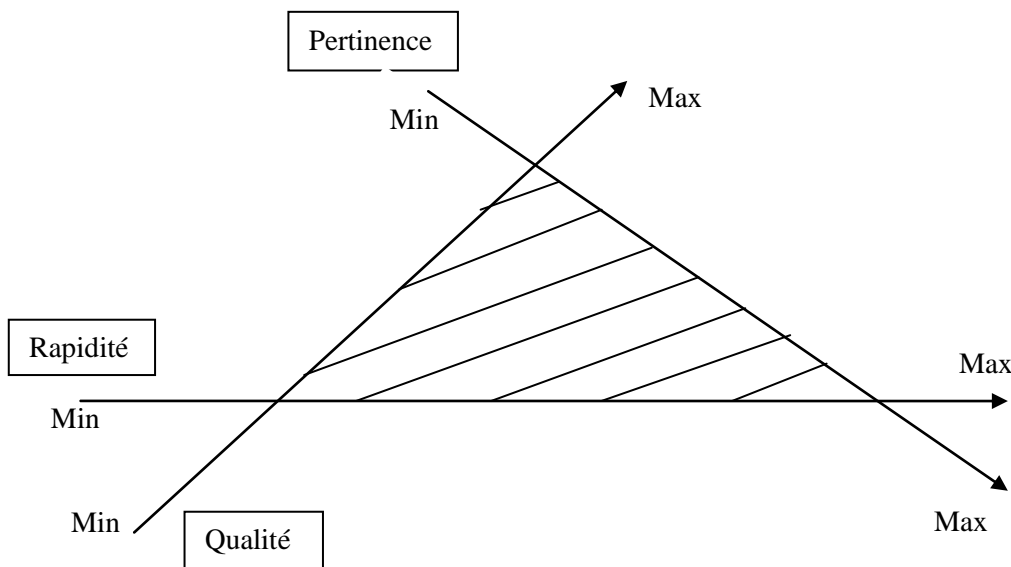
« Le service est l'ensemble des prestations auxquelles le client s'attend, au-delà du produit ou de service de base, en fonction du prix, de l'image et de la réputation en cours ». ¹

« Un service est une expérience temporelle vécue par le client lors de l'interaction de celui-ci avec le personnel de l'entreprise ou un support matériel de technique ». ²

D'après ces définitions, on constate que :

- Une prestation de service est une activité qui répond à une demande externe, elle est délimitée dans le temps et définie entre le prestataire et le commanditaire.
- L'activité de service contient trois composantes : le personnel, les moyens et les systèmes.
- Le service comprend deux dimensions :
 - La prestation cherchée par le client ;
 - L'expérience qu'il vit au moment où il consomme le service.

Figure n°01 : La prestation de service



Source : B. Calenge, « Accueillir, orienter, informer l'organisation des services aux publics dans les bibliothèques, Ed. Cercle de librairie, Paris 1999

Une transaction d'information doit se situer dans le champ « barré », à savoir une information à la fois de la meilleure qualité possible, avec la meilleure pertinence possible, dans un délai raisonnable pour le demandeur.

¹ J. Horovitz, la qualité de service à la conquête du client, international Ed, 1987

² G. Toquer, M. Langlois, marketing des services ; le défi relationnel, Ed Dunod, 1992

1.1.2. Les composantes importantes de service global:

Généralement, quatre composantes entrant à des degrés divers dans l'offre de service :

1.1.2.1. Une compétence spécialisée :

L'entreprise de service n'est pas seulement en concurrence avec d'autres entreprises, mais aussi avec ses propres clients (ex. le restaurant avec la maîtresse de maison). Et pour entrer ou pénétrer de tels marchés, elle doit offrir mieux et/ou à moindre coût à moins qu'elle ne compense les incapacités de son client.

Dans ce type d'activité, il s'agit en général de prouver que l'on peut apporter au client plus de bénéfices (temps, coûts...) que ce qu'il obtiendrait en prenant lui-même en charge les faits (ex. Acheter du Pizza mieux que la préparer).

1.1.2.2. La création de contacts et de relations sociales :

Une autre fonction porte à l'innovation dans les relations entre les clients ou d'autres sources de valeur. Cette innovation joue sur des liens nouveaux, ou sur des liens classiques appliqués à de nouveaux contextes. C'est ce que font les banques ou compagnies d'assurances chacune à leur manière (ex. Inviter les clients à échanger leurs idées et participer à l'innovation dans les services offerts « L'avenir réserve de nombreuses opportunités à ceux qui auront des nouvelles idées »).

1.1.2.3. Le transfert de savoir-faire :

L'entreprise de service dont le rôle essentiel est d'apporter une expérience ou des capacités de traitement, n'existe que parce qu'elle dispose un avantage relatif. La nature de cet avantage porte à une compétence ou à un savoir-faire spécifique. La maîtrise de compétences, l'accès à une organisation administrative d'envergure ou à une technologie de pointe exigeant d'exécuter à grande échelle, sont aussi d'avantages que ne possède pas le client.

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

L'exemple de la banque permet d'illustrer ce point. En effet, de nombreuses banques ont prospéré parce que leurs clients industriels s'intéressaient peu à la stratégie financière ou à la gestion de trésorerie, ou ne maîtrisaient pas ces questions. Cette incompétence ou

méconnaissance de la part des clients profitait aux banques qui leur vendaient facilement des services financiers.

1.1.2.4. Le management et l'organisation en tant que prestation :

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

1.1.3. L'offre globale du service:

Le service global possède deux niveaux essentiels :

1.1.3.1. Le service de base :

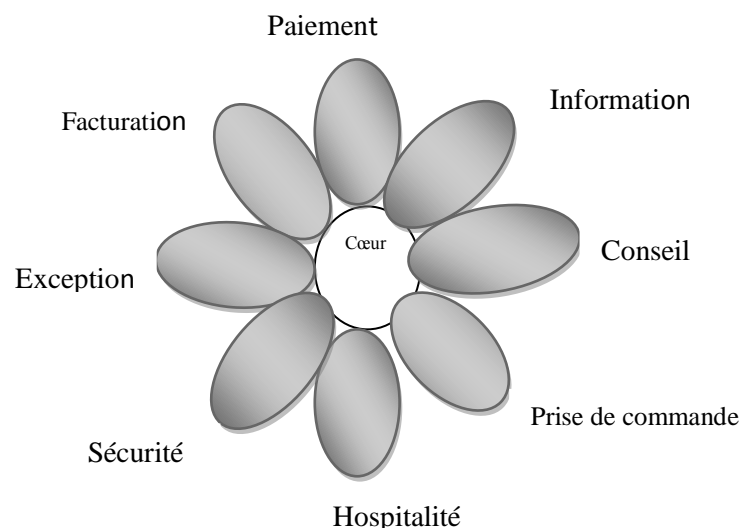
Constitue la raison principale pour laquelle le client vient ou s'adresse à l'entreprise de service, autrement dit le service de base est celui qui satisfait le besoin principal du client.

1.1.3.2. Les services périphériques:

De moindre importance : ex. trajet par air : services obligatoires (enregistrement/réservation), services non obligatoires (repas, toilettes, cinéma, boutique). La concurrence porte souvent sur les services périphériques, ce sont alors des éléments de différenciation.

La figure ci-dessous, explique les niveaux de l'offre globale :

Figure n°02 : La fleur des services



Source : marjolaine-matray.fr/.../les spécificités du_mkg_des_services. pdf P 08

- L'information :

Afin d'utiliser le bien ou le service, le client a besoin d'avoir accès à des informations (les instructions d'utilisation, lieu de vente et de livraison, les prix, ...), ces informations fournies par les employés de l'entreprise doivent être compréhensibles et exactes.

- La prise de commande :

C'est le processus des demandes, des réservations et des commandes des clients avant d'acheter le bien ou le service, ce processus doit être courtois, rapide et efficace afin d'arriver à satisfaire le client. Grâce aux nouvelles technologies de l'information, la prise de commande peut être plus rapide et plus efficace et plus facile pour le client (réservation du billet d'avion ou une chambre dans un hôtel sur le net, commande des repas par téléphone...).

- Facturation :

Après avoir obtenu le bien ou le service, le client doit payer une facture. La facture doit être lisible, compréhensible, complète et surtout détaillée, afin de donner au client un raison plus de satisfaction et éviter le mécontentement.

- Les conditions de paiement :

Après la facturation, le client doit la payer. Le paiement peut s'effectuer en espèce, par chèque, carte de crédit, prélèvements bancaires...

- Le conseil :

Généralement, un nouveau client qui n'a pas déjà une idée sur le produit ou le service hésite avant de prendre une action. Dans ce cas, le client a besoin d'un service de soutien par l'employé, c'est le conseil qui peut influencer sur les jugements des clients. Le meilleur conseil est celui qui aide le client à mieux comprendre sa propre situation de façon à ce qu'il peut trouver lui-même sa propre solution, ainsi que ses propres programmes d'action.

- L'hospitalité :

Afin de créer une atmosphère hospitalière agréable pour le client, l'entreprise doit aménager un espace confort bien équipé (chaises fauteuils, ascenseur, toilettes...), des distractions (journaux, magazines, télévision...) et un bon et chaleureux accueil du client.

- La sécurité :

La sécurité est un facteur très important pour arriver à satisfaire le besoin d'un client, le client souhaite qu'il soit en sécurité et ses objets soient surveillés. L'entreprise doit donc fournir un certain niveau de sécurité et de surveillance des biens et des personnes.

- Les exceptions ¹:

Les exceptions sont une forme de services supplémentaires 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 : sont souvent liées à des besoins personnels exceptionnels, respecter un régime alimentaire ou diététique, recevoir des soins médicaux, etc. Ce type de requêtes spéciales concerne plus particulièrement les services de traitement de la personne.
- La résolution des problèmes : elle se présente essentiellement lorsque le processus normal de livraison échoue à cause d'accident, défaut des équipements ou lorsque les clients rencontrent des difficultés à utiliser le produit.
- Le traitement des plaintes, les suggestions et les compléments. Cette activité doit être facile pour les clients d'exprimer leur insatisfaction, de proposer des améliorations ou de faire des compléments.
- La restitution : en cas de problème, les clients s'attendent à recevoir un dédommagement, ce dernier peut prendre la forme de réparation ou d'échange sous garantie, d'accords juridiques, de remboursement, d'offre de services gratuits, etc.

1.1.4. Classification des services :

Le service peut être classifié selon plus qu'un seul critère ; on peut citer quelques critères :

1.1.4.1. Classification des services selon le degré de tangibilité:

L'offre d'une entreprise comporte souvent un élément de service qui peut être plus ou moins déterminant. Sur ce critère, on distingue cinq situations ²:

¹ Z.Kessas, op.cit, p36

² PH.Kotler et al.,op.cit, p462

1- Le pur produit intangible, l'offre se limite à un bien tangible tel que du savon, de la pâte dentifrice ou du sel, sans qu'aucun réel service n'y soit attaché.

2- Le produit tangible accompagné de plusieurs services, l'entreprise propose alors un produit central entouré de services périphériques. Par exemple, un constructeur automobile vend, en plus du véhicule, une garantie, un service d'entretien...

3- Le produit-service, il comprend, à parts égales, une composante produit et composante service. Par exemple, dans un restaurant il y a à la fois consommation de nourriture et prestation de service.

4- Le service accompagné de produits ou d'autres services, l'offre de l'entreprise consiste en un service central complété par certains produits ou services annexes. Ainsi, le transport aérien se compose d'un service de base (transport) comprenant plusieurs produits complémentaires (nourritures, boissons, journaux). La réalisation de ce service exige l'achat d'un produit très coûteux (l'avion), mais la prestation offerte est un service.

5- Le pur service, l'entreprise propose cette fois uniquement un service, par exemple, l'assistance d'un avocat ou le concours d'un psychologue. Aucun produit ne l'accompagne.

Tableau n° 01: Les 04 catégories d'offre en fonction d'un mix Biens-Services

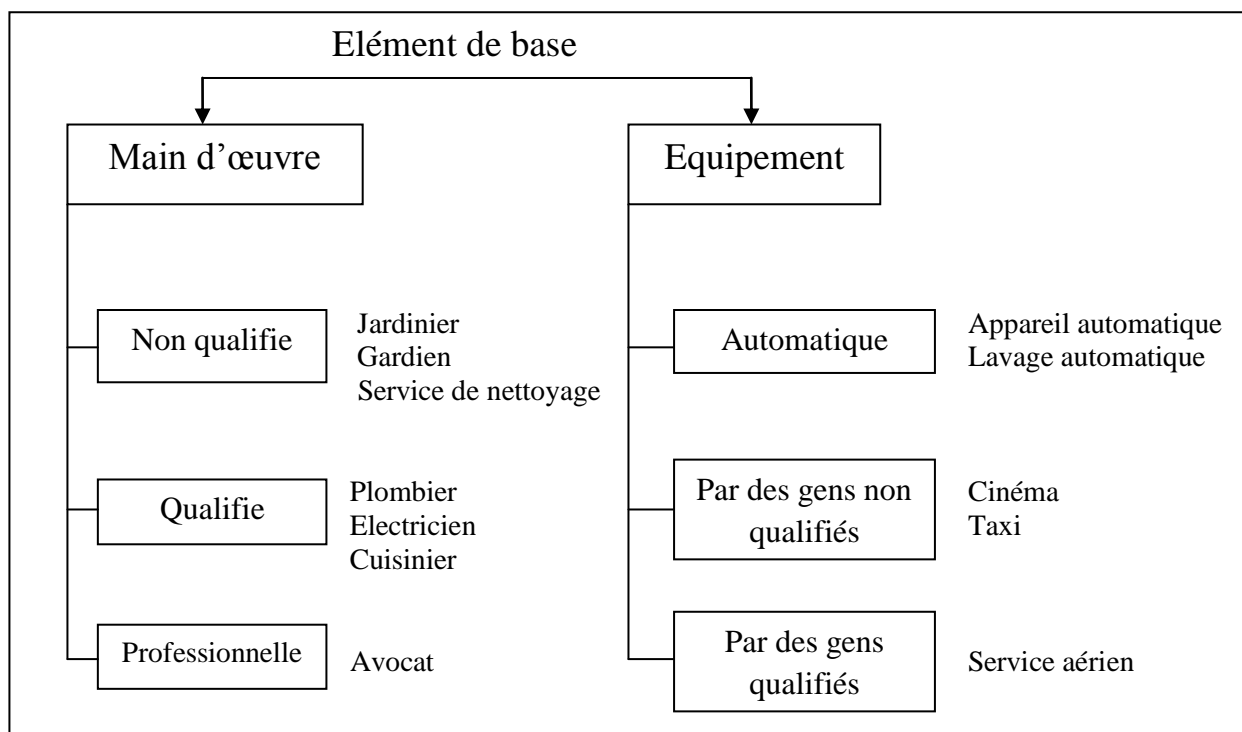
Services à faible composante matérielle	Services à forte composante matérielle	Biens à forte composante matérielle	Biens à faible composante matérielle
<ul style="list-style-type: none"> - Médecine généraliste - Coiffure - Enseignement primaire et secondaire - Agence de travail intérimaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Location de voitures - Transport aérien - Hôtellerie, restauration - Médecine hospitalière 	<ul style="list-style-type: none"> - Téléphone - Téléviseurs - Ordinateurs - Automobiles 	<ul style="list-style-type: none"> - Essence en libre service - Confiture - Lessive - Fournitures de bureau

Source : LENDREVIE-LEVY-LINDON, Mercator : Théories et nouvelles pratiques du marketing, 9^{ème} édition Dunod, Paris, 2009, p174

1.1.4.2. Classification des services selon les éléments de base des services délivraient :

À travers les principaux éléments qui dépendent au fournisseur du service (équipement ou personnel), la figure suivante représente deux grandes catégories de service.

Figure n°03 : Les deux catégories de service selon les éléments de base



Source: N-H ABOUGOMAAH, 2006, *marketing « arab and foreing perspectives »* the (ad) arab administration development organisation, egypt, P, 280-adapter-

1.1.4.3. Classification des services selon le besoin d'un service client en présence :¹

Il y a des services qui exigent la présence des clients (psychiatre ou dentiste. etc), Alors cette présence du client lors de la délivrance de service conduite à donner l'importance au service client par exemple : le coiffeur fournit ces services avec la présence du client, pour cela ,il doit faire attention au besoin de client ,et faire des modifications selon leurs désires, par ailleurs, il doit avoir un décor attirant dans leur magasin, des magazines ou des journaux disponibles pendant l'attente des clients .

¹ N-H ABOUGOMAAH, P, 281-adapter

D'autres services ne nécessitent pas la présence des clients (réparation de voiture, réparation électronique. etc).

1.1.4.4. Classification des services selon l'objectif de service :

Les objectifs de l'entreprise de service (à but lucratif ou non) et son statut (privé ou public) ; des services offerts pour gagner des bénéfices (entreprises économiques publique ou privée, certaines banques, institutions financières, sociétés d'économies mixtes..), et des services offerts pour compléter d'autres services (associations, hôpitaux, ministères, écoles, établissements publics..).

Par exemple, on ne fait pas de la même façon la promotion d'une clinique privée et celle d'un hôpital public.

1.1.4.5. Classification des services selon le champ d'activité :¹

FISK et TANSUBAJ ont classé les services des organisations en dix grandes catégories :

- *Services de soins et de santé* : hôpitaux publics, cliniques privés.etc
- *Service d'accueil, de tourisme et de voyage* : hôtels, restaurants, compagnies aériens et les agences de voyage.etc.
- *Service financier* : banques, compagnies d'assurance, courtier...
- *Service professionnel* : comptabilité, architecture, ingénierie...
- *Sports, arts et service de loisir* : baseball, basketball, football, opéra, baller, théâtre, concerts de rock, cirque.etc.
- *Service de distribution* : transport maritime.etc.
- *Service de l'éducation et de la recherche scientifique* : l'enseignement aux différents établissements scolaires, écoles primaires, lycées, universités, les instituts de recherche .etc.
- *Service de télécommunications* : radio, télévision, téléphone, satellite, internet.etc.
- *Service de réparation et de maintenance* : automobile : service de plombier.etc.
- *Service gouvernemental et quasi- gouvernemental* : service policier et de la sécurité, marketing politique.etc.

¹ R FISK ; S GROVE, J JOBY ,2000, interactive services marketing houghton mifftin company Boston, new york, P,08-09 – traduire- Cité par Z.Kessas, op.cit, p 40

1.1.4.6. Classification des services selon la nature de la clientèle :

Les services destinés aux particuliers (coiffure, diagnostic médical,...) ou aux entreprises (assistance juridique, location des grands immeubles, organisation des cantines ...)

1.1.4.7. Classification des services selon le degré de personnalisation de la prestation :

Les services standardisés (transport aérien, fast-food...), et les services personnalisés (conseil juridique, institut de beauté...).

1.1.5. Le système de servuction :

La multiplicité des définitions du service ne permet pas d'obtenir une définition concluante ou définitive de ce concept. Pour cela, il est préféré de décrire le système de mise en œuvre d'un service et sa production.

D'après P. Eiglier et E. Langeard :

« La servuction est l'organisation systématique et cohérente de tous les éléments physiques et humains de l'interface client-entreprise nécessaire à la réalisation d'une prestation de service dont les caractéristiques commerciales et les niveaux de qualité ont été déterminés »¹.

L'entreprise de service est considérée donc comme un système constitué d'un ensemble d'éléments œuvrant pour la production ou la fabrication de ses services.

1.1.5.1. Les éléments du système servuction ²:

- Le client : c'est le consommateur impliqué dans la fabrication du service, sa présence est absolument indispensable car sans lui le service ne peut exister.
- Le support physique : c'est le support matériel nécessaire à la production du service et dont se serviront soit le personnel en contact soit le client ou les deux à la fois. Il existe deux catégories de support physique :
 - Les instruments nécessaires au service (sont tous les objets dont se sert le personnel en contact ou le client) ;
 - L'environnement (c'est tout ce qui se trouve autour des instruments).

¹ P. Eiglier, E. Langeard, « servuction, le marketing des services », Ed. McGraw-Hill, Paris, 1991, p15

² F. Dupon, management des services, Ed. SAK, Paris, 2000, p104

- Le personnel en contact : il s'agit des personnes employées par l'entreprise de service et qui sont en contact direct avec le client. Dans certains cas, le personnel en contact peut ne pas exister.
- Le service : il constitue l'objectif du système, c'est la résultante de l'interaction entre les trois éléments de base qui sont : le client, le support physique et le personnel en contact.
- Le système d'organisation interne : il s'agit de toutes les fonctions classiques de l'entreprise où il peut y avoir une influence directe sur le support physique et le personnel en contact.
- Les autres clients : lorsqu'il s'agit de service grand public, le service ne peut être offert à un seul client. Il y'a plusieurs clients au même moment dans l'hôtel ou un avion.

Il est clair qu'un client qui veut se procurer un service, aura aussi des relations entre les autres clients puisqu'ils sont physiquement ensemble dans un même lieu. Ces relations peuvent influencer sur la qualité du service rendu et la satisfaction qu'ils en retirent.

1.2. L'approche qualité :

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

1.2.1. Bref historique de la qualité :

Les premiers services du contrôle de la qualité ont été créés par les arabes à la conception des produits en provenance des Indes.

- En 1882 France : création du laboratoire centrale d'électricité
- En 1901 France création du laboratoire national d'essai (CNE)
- En 1906 monde : création de la commission électronique internationale (CEI)
- En 1908 Irlande : mise au point des méthodes statistiques par l'industrie (table de student)
- En 1918 France création de la commission permanente standardisation remplacé par AFNOR en 1926

- En 1920 GB : invention par Fisher de l'analyse de variance et réalisé un plan d'expérience statistique
- En 1922 USA : RED FORD public « The control of quality in manufacturing » où la qualité est indépendante du management
- En 1922 USA : création du DPT qualité Bell téléphone
- En 1924 USA : Sheward, Dodge, Roming, Deming, Juran et Edward pères de l'assurance qualité
- En 1928 USA : premiers cours de formation professionnelle nommé « Quality control » par Juran
- En 1933 France : premier salon de la qualité française à Paris
- En 1938 France : décret loi du 14 Juin s'intéressant à la qualité
- En 1941 France : création de la marque NF
- En 1945 USA : Feigenbun public « quality as a management »
- En 1946 USA : création à l'ASQC (american society for quality control)
- En 1946 Japon : création de la JUSE (syndicat) « japon union scientific engineer »
- En 1947 Monde : création de l'ISO (international standard organisation)
- En 1951 USA : lancement du concept TQC par Feigenbun (total quality control)
- En 1951 Japon : création du prix Deming
- En 1951 Monde : première norme ISO publiée
- En 1957 Japon : diffusion par Ishikawa de la carte de contrôle
- En 1959 USA : publication de la première norme d'assurance de la qualité par l'armée américaine MIL-Q-9853
- En 1961 USA : méthode « zéro défaut » par Crosby dans le code des programmes spatiaux APOLLO
- En 1961 France : création de l'AFQ
- En 1970 USA : loi US impose l'obligation de respecter les critères d'assurance qualité pour la construction des centrales nucléaires
- En 1970 France : AFNOR lance l'étude des normes relatives à l'AQ
- En 1971 Japon : publication de la Juse du « manuel de cercles de qualité »
- En 1974 USA : apparition des premiers cercles de qualité
- En 1978 France : création de l'AFAV (association française de l'analyse)
- En 1978 France : apparition des premiers cercles de qualité (Citroën)
- En 1978 Monde : lancement de l'étude de norme d'AQ par l'ISO
- En 1980 France : création du RNE
- En 1980 France : publication par l'AFNOR de la norme sur la gestion de qualité
- En 1981 USA : médiation du concept qualité
- En 1982 GB : publication de la norme AQ
- En 1983 France : publication de « gérer et assurer la qualité » l'AFNOR
- En 1983 Monde : naissance des normes ISO 9000
- En 1987 USA : création de « national quality Award » prix national américain
- En 1988 France : création de l'AFAQ
- En 1988 Europe : création de « european foundation for quality management » (EFQM)

- En 1991 France : création du MFQ
- En 1991 Europe : création de « european quality award »
- En 1992 France : création du prix français de la qualité
- En 1994 Monde : évolutions des normes ISO 9000
- En 1995 France : loi 95-96 concernant le marquage CE
- En 1996 Monde : publication des Iso 14000 pour la certification de système de management environnementale
- En 2000 Monde : publication de la norme ISO 9000/2000

1.2.2. Définition de la qualité :

1.2.2.1. Définitions normalisées de la qualité :

AFNOR x50-109 : « Aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs ».

AFNOR x50-120 : « l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ».

ISO 1987 : « l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ».

ISO 1994 : « l'ensemble des caractéristiques d'une entité* qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites »

* Entité : produit – service – activité - organisme

ISO 2000 : « la qualité est l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit ou d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressés**.

** parties intéressées : les utilisations – les personnes de l'organisme – les propriétaires - les investisseurs – les fournisseurs et partenaires.

Ces exigences peuvent concerner :

- un produit
- activité ou un processus (montage, après-vente)
- organisme (compagnie, société..) ou une personne

La qualité peut être caractérisée par :

- performance
- sûreté de fonctionnement
- sécurité d'emploi
- respect de l'environnement

De plus, elle est conditionnée par :

- son coût
- sa disponibilité

1.2.2.2. Selon les spécialistes :

Dr. Juran : adéquation à un usage

Dr. Deming : satisfaction des besoins présents et futurs d'une consommation

Philip Crosby¹, auteur de plusieurs ouvrages sur la qualité, tient compte du fait que les caractéristiques du produit ne sont pas l'unique critère de satisfaction du client. Il définit la qualité comme *étant la conformité aux exigences de la clientèle*.

Il convient donc de parler des attentes de la clientèle. Ces attentes ne sont pas toujours claires. Le fournisseur en toute bonne foi pense les connaître. Parfois, le consommateur lui-même ne sait pas vraiment ce qu'il veut. Pour éviter tout malentendu, une négociation entre le fournisseur et sa clientèle doit établir ce à quoi l'acheteur et le consommateur sont en droit de s'attendre.

Parfois, le fournisseur offre des produits de catalogue dont les standards sont établis par le producteur. La clientèle n'a alors que le choix d'accepter ces spécifications ou de ne pas acheter. La majorité des biens de consommateur durables ou non durables entre cette catégorie. Il n'y a pas de négociation entre le fournisseur et sa clientèle, mais une communication de la part du fournisseur qui se doit d'être claire et inattaquable afin de permettre au client de décider si l'offre répond ou non à ses attentes.

Edward Fuchs, ancien responsable de la recherche chez AT&T, nous aide à comprendre les exigences de la clientèle en disant qu'un produit peut être considéré de qualité s'il est « bon pour l'usage et vaut son prix ». Il conviendrait de préciser « bon pour l'usage prévu », car il peut arriver que le consommateur utilise le produit d'une façon et à des fins que le fournisseur ne soupçonne pas.

Potter Stewart, quand il était juge à la Cour Suprême des Etats Unis, avait simplement dit de la qualité : « je la reconnais quand je la vois ». Mais, à vrai dire, on remarque surtout ce qu'on connaît déjà. Or, la technologie galope tellement vite, que le consommateur ne connaît pas et souvent n'est même pas censé comprendre la complexité

¹ P.Crosby, la qualité, c'est gratuit, economica, paris, 1988

technique des produits qu'il achète. De ce fait, le consommateur n'est pas toujours bien placé pour juger de la qualité du produit au moment de l'achat

R.De Maricourt¹ : La recherche d'une satisfaction maximale des usagers ou clients par une meilleure connaissance de ceux-ci, de leurs besoins et leur motivation, par une recherche systématique de cette satisfaction dès la conception des produits ou services proposés, enfin par une remise en cause permanente de l'organisation pour mieux s'adapter à la demande et pour réduire ses propres coûts

Lord Kelvin², pour Kelvin la qualité ne peut être qu'un jugement des utilisateurs. Elle sera jugée sur la base de deux facteurs, les musts et les wants. Les musts sont des facteurs qui déterminent de façon indispensable si la présentation est acceptable ou inacceptable. Les musts donnent lieu à une décision binaire qui est exprimée par un oui ou par un non, alors que les wants sont des variables. Ces facteurs contribuent à pondérer la décision. Très souvent les wants servent à qualifier les musts. Par exemple le must fixe le prix soit aussi bas que possible pour un produit répandant à certains critères. Quand les musts et les wants sont clairs, on peut mesurer la qualité, c'est-à-dire la satisfaction que peut en retirer la clientèle. L'auteur dit à juste titre que « ce qu'on ne mesure pas on ne connaît pas vraiment (...) et ce qu'on ne connaît pas on ne saurait améliorer et celui qui ne s'améliore pas, se fera supplanter par la concurrence ».

Badiru et Ayeni³ : La qualité représente le niveau d'équilibre de fonctionnalité que possède un produit ou un service, basée sur la capacité du producteur et les besoins des clients.

Dans cette définition, l'attention se portera essentiellement sur deux notions importantes, il s'agit de :

- La capacité du producteur que les auteurs définissent comme l'agrégation des hommes, des machines et de toutes les facultés de production disponibles pour le producteur, qui lui permettent d'offrir un produit conforme aux attentes des clients.

¹ R.De Maricourt, Les samourais du management, Ed Vuibert, 1993

² L.Kalvin, le consommateur, analyse du comportement, economica, paris, 1992

³ Badiru et Ayeni, quality and process improvement, Chapman and Hall, New York, 1993

- Les besoins des clients sont définis comme la combinaison de ce que le client veut, de ce qu'il a besoin et de ce qu'il préfère.

La qualité selon ces deux auteurs est un processus qui touche toute l'activité et tous les niveaux de l'entreprise. Le personnel et les équipements y sont associés de sorte qu'ils puissent délivrer le produit avec le plus haut niveau de la qualité possible.

Il faut retenir qu'en dernière instance que la qualité est une question de jugement et que ce jugement appartient à la partie prenante ou les récepteurs (ayants droit). Il est basé sur la satisfaction des ces attentes.

1.2.3. Les différents paliers de la qualité :¹

1.2.3.1. Le premier palier : concerne **la qualité du produit** qui doit satisfaire celui ou celle qui l'utilise ou le consomme. Ici, la définition de Fuchs « bon pour l'usage et vaut son prix » nous convient parfaitement. Des normes sectorielles régissent certains aspects de la qualité du produit et ont pour but principale la protection de la clientèle et la facilitation des échanges commerciaux.

1.2.3.2. Le deuxième palier : le fournisseur doit maîtriser sa production de façon à répondre aux normes de qualité environnementales établies par la communauté dans laquelle son entreprise se trouve ou pour celles des endroits où vont ses produits.

Si on analyse la façon dont la clientèle prend sa décision, on voit qu'elle commence par sélectionner le produit en fonction de la valeur perçue, et qu'en suite elle procède par élimination en se basant sur **la qualité du fournisseur**, c'est-à-dire sur sa capacité de répondre de façon fiable aux exigences contractuelles, environnementales et sectorielles.

1.2.3.3. Le troisième palier : nous en arrivons ainsi au troisième palier de la qualité, il s'agit de **la qualité de l'environnement**. En effet, à quoi bon avoir un produit de qualité et satisfaire l'environnement si la clientèle ne peut pas faire confiance à son fournisseur.

Bien entendu, le fournisseur doit d'abord franchir les deux premiers paliers de la qualité avant d'atteindre la troisième. On voit bien que si la qualité du produit

¹ Daoudi Mohamed, management de la qualité : perception et niveau d'intégration au sein des entreprises algériennes, facultés des sciences économiques, université d'Oran, 2002

offert n'est pas compétitive, celui-ci ne se vend pas. Il en va de même si le producteur ne respecte pas les normes environnementales, car il ne pourra pas commercialiser son produit.

Ces trois paliers de la qualité sont complémentaires et chacun est important. A lui seul, aucun d'entre eux n'est suffisant pour assurer la satisfaction du client et, à travers elle, la survie de l'entreprise.

Le premier et le troisième palier de la qualité concernant la satisfaction de la clientèle. Le deuxième palier concerne indirectement le consommateur que la communauté veut protéger par normes écologiques.

1.2.3.4. Le quatrième palier : Il concerne **la satisfaction du personnel** sans laquelle on ne saurait prétendre satisfaire les clients et atteindre le niveau de qualité du fournisseur voulu.

1.2.3.5. Le cinquième palier : concerne **la satisfaction des actionnaires** qui donnent au fournisseur les moyens financiers pour satisfaire les clients et l'environnement, et qui en contrepartie ont des attentes légitimes en ce qui concerne la rémunération de leur investissement ainsi de la prospérité de l'entreprise.

1.2.4. Les récepteurs de la qualité :

Toutes entreprises doit satisfaire plusieurs parties prenantes ayant un intérêt commun dans certaines performances de l'entreprise. Nous les appelons les ayants droit.

Toutefois, la clientèle et la communauté ou l'environnement ne sont pas les seuls et uniques récepteurs que le fournisseur doit satisfaire. En effet, l'entreprise à 5 ayants droit à satisfaire, à savoir :

- La clientèle qui est le partenaire en aval du fournisseur ;
- Les sous-traitants qui sont les partenaires en amont du fournisseur ; tout partenaire, qu'il soit en amont ou en aval du fournisseur, souhaite travailler avec une entreprise efficace et fiable afin de pouvoir entretenir avec elle une relation transparente, efficace et durable ;
- L'environnement, faute de quoi on risque de ne plus pouvoir continuer à travailler ;
- Le personnel sans lequel on ne saurait satisfaire les partenaires ;

- Les actionnaires qui ont des attentes légitimes concernant la rémunération de leur investissement et qui, au-delà d'intérêt financiers à court terme, veulent la survie et prospérité de leur entreprise.

Tableau n° 02 : Les paliers de la qualité et ces récepteurs

Paliers de la qualité	Ayants droit
Management	Actionnaire, personnel, sous-traitant, environnement, client
Personnel	Actionnaire, personnel, client
Fournisseur	Client, environnement, sous-traitant
Environnement	Environnement
Produit	Client

Source : W.A.Ssusland, le manager, la qualité et les normes ISO, PPUR, paris, 1996, P55

Nous retenons les points suivants :

- La qualité n'a pas un but en soi, mais un moyen de satisfaire les cinq (5) ayants droit envers lesquels l'entreprise a des responsabilités ;
- La qualité doit être établie et maintenue sur les cinq (5) paliers, car, à lui seul, aucun palier ne peut satisfaire les cinq (5) ayants droit ;
- La qualité peut et doit être mesurée.

1.2.5. La qualité de service :

Il existe plusieurs définitions de la qualité de service, tout dépend les différents besoins et attentes des clients lors de la recherche de la qualité de service requise, ainsi que la différence de juger de la qualité du service. La qualité de service pour les personnes âgées est différente de celles des jeunes et différente pour les hommes d'affaires que pour les clients ordinaires...

Gérard Toquer¹: La qualité de service est l'écart entre les attentes du client à l'égard du service et la perception de la qualité après avoir utiliser le service.

¹ Gérard Toquer, marketing des services le défi relationnel, édition Dunod, Paris, 1992, p23

Jean Pierre Baruche¹ : La qualité de service c'est la prestation, la mise à disposition, à l'accompagnement, le conseil, le service après vente associé au service principale, en quelque sorte la dimension humaine qui se trouve à chaque instant du service.

Jacques Horovitz² : La de service est la satisfaction globale que tire le client d'un ensemble de services, elle doit être envisagée par rapport à son caractère global, c'est-à-dire en tant que réponse complète aux besoins du consommateur.

La qualité de service est la capacité de véhiculer dans des bonnes conditions un niveau supérieur de service aux souhaits et attentes des clients afin de satisfaire leurs exigences.

Ainsi la qualité de service est devenue un facteur très important dans la décision d'achat face à la concurrence qui s'est accrue, le client fait face à une diversité de plus en plus grande de service.

1.2.5.1. La mesure de la qualité de service : La mesure de la qualité de service a un triple effet:

- Effet technique : sur le marché des entreprises en permettant l'élimination des dysfonctionnements et donc, la disparition des travaux redondants.
- Effet social : à cause de la valorisation des personnes et des groupes au sein de la collectivité, permettant une meilleure cohésion des acteurs de l'entreprise, objectivant les relations client /fournisseur notamment les relations internes. Ceci conduit à un décloisonnement réel de l'entreprise et à une meilleure adhésion aux objectifs de l'entreprise.
- Effet culturel : la mesure prend sa dimension dans la durée, elle exige une attitude de remise en cause permanente. Signe de vitalité, de volonté et de responsabilité par opposition aux attitudes fatalistes ou résignées qui sont dominées par l'environnement, la mesure est un facteur d'évaluation culturel.

En d'autre terme, on mesure la qualité pour :

- Fixer les objectifs ;
- Analyser les besoins ;
- Définir les spécifications ;
- Evaluer les écarts ;

¹ Jean Pierre Baruche, La qualité du service dans l'entreprise ; satisfaction et rentabilité, Ed. d'Organisation, 1992, France, p17

² Jacques Horovitz, la qualité de service- A la conquête d client, édition Interéditions, Paris, 1987, p25

- Chiffrer les défaillances.

Sans mesure, on ne peut pas exposer correctement un problème et encore moins le résoudre.

Il existe deux catégories de mesure à savoir :

- Les mesures externes : Qui concernent la perception des consommateurs à l'égard des performances de l'entreprise, elles permettent de diagnostiquer les défaillances internes, autrement dit l'insatisfaction des consommateurs.
- Les mesures internes : Elles impliquent la satisfaction des employés de la servuction.

1.2.5.2. Les perspectives de la qualité de service¹ : (David Garvin professeur à la Harvard Business School)

- La vue transcendante de la qualité est synonyme d'une excellence innée, une marque de standard inflexibles et de prestations de haut niveau. Ce point de vue est souvent appliqué aux arts du visuel et de la performance. Tout prouve que les gens apprennent à reconnaître la qualité uniquement à travers l'expérience acquise par une exposition répétée. Cependant, selon un point de vue pratique suggérer que les managers ou les clients prendront conscience de la qualité simplement en la voyant ne les aidera pas beaucoup.
- L'approche par le produit de base voit la qualité comme une variable précise et mesurable. Les différences en matière de qualité, et cela se justifie, reflètent les différences au sein de l'ensemble des ingrédients ou attributs que le produit possède. Et comme cette vision est complètement objective, il apparaît impossible de rendre compte des différences de goûts, de besoins et de préférences eux même (ou même de segments de marché complet).
- Les définitions fondées sur l'utilisation partent du principe que la qualité est une trompe l'œil. Ces définitions associent la qualité et la satisfaction maximum. Cette perspective subjective est orientée vers la demande et reconnaît que les clients ont différents besoins et différentes envies.
- L'approche par la production est prioritairement basée sur les pratiques de l'ingénierie et de la fabrication (dans les services nous auront tendance à dire que la qualité est dirigée par les opérations). L'accent est mis sur la conformité des spécifications

¹ David Garvin, *Managing quality*, chapitre 3 en particulier, The free press, NewYork, 1988. Cité par: C. Lovelock et al., *Marketing des services*, Ed. Pearson, France, 2006, p 90

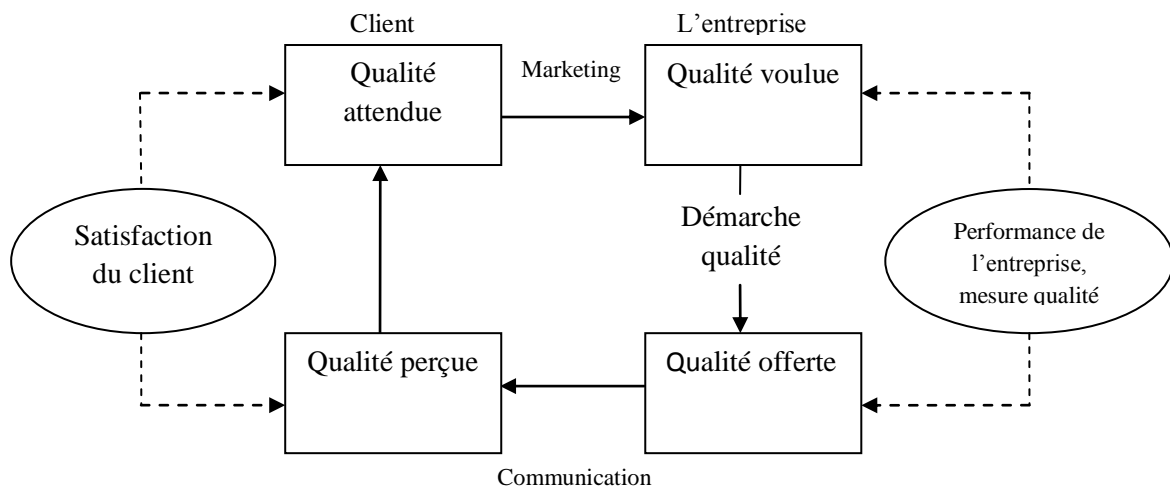
développées en interne, qui sont souvent dictées par des objectifs de productivité et de respect des coûts.

- Les définitions basées sur la valeur définissent la qualité en terme de valeur et de prix. En considérant l'échange entre la performance et le prix, la qualité tend à être définie comme une « excellence abordable ».

1.2.5.3. Le cycle qualité (CYQ): un modèle adapté aux services

Les chercheurs et les praticiens ont beaucoup travaillé pour créer des modèles qui permettent de se représenter de façon simplifiée le cycle de la qualité dans les services, illustré par la figure ci-après :

Figure n°04 : Cycle de la qualité



Source : Revue française du marketing, n°144-145, Paris, 1993

Il existe quatre types de qualité ¹:

- La qualité attendue:

C'est le niveau de qualité répondant aux besoins et attentes exprimés ou implicites des clients. Alors, l'entreprise cherche à connaître grâce à son service d'étude marketing les attentes des clients. Elle doit également intégrer les zones d'insatisfaction, grâce au service de réclamations, à des enquêtes, etc.

- La qualité prévue (promise, voulue, conçue) :

C'est le niveau de qualité que l'établissement de santé souhaite atteindre compte tenu des attentes de ses patients, en fonction de ses ressources internes et des contraintes de son

¹ C VILCOT, H LECLLET, 2006, indicateur qualité en santé, édition Afnor, Franc, 2e édition , P, 16-adapter-

environnement (aspects techniques des soins, obligations sécuritaires, exigences légales et réglementaires).

- La qualité fournie (offerte, réalisée) :

C'est le niveau de qualité réellement atteint par l'établissement de santé, obtenu sur le terrain. Ce type de qualité va donner lieu à une définition de standards et de normes à respecter, il s'agit ensuite d'imaginer les processus permettant d'aboutir et d'obtenir une qualité servie (qualité réalisée) au client.

On peut mesurer en interne l'adéquation entre la qualité voulue et la qualité réalisée, les « visites mystères » permettent d'évaluer si les normes sont bien respectées ou non.

- La qualité perçue :

Niveau de qualité ressentie par le client à partir de ses propres attentes. C'est la mesure de la satisfaction client qui permet un contrôle objectif de la qualité perçue par les clients, elle compare leurs attentes et leurs perceptions.

D'après les quatre types de qualité, on remarque que le rapport entre la qualité attendue et la qualité perçue définit les trois perceptions de la satisfaction du client (insatisfaction, normalité, forte satisfaction), et le rapport entre la qualité fournie et la qualité prévue définit le niveau de la conformité du produit ou du service aux normes.

1.2.6. Les implications technico-économiques de la qualité :

1.2.6.1. Conformité à des règles :

- Permet d'évaluer si un produit fabriqué et qu'il est écrit dans le manuel, est conforme aux règles énoncées ;
- Définit la qualité comme étant la propriété d'un produit qui correspond aux spécifications de ces concepteurs ;
- Produit conforme conduit à une maîtrise statistique de la qualité.

On peut citer deux points faibles de la conformité :

- Le contrôle du processus de production et de la conformité peut créer une relation conflictuelle entre les producteurs et les contrôleurs (ils deviennent des ennemis) ; ➔ Avoir un esprit de responsabilité et d'accepter les critiques afin d'éliminer les conflits.

- Le contrôle de la conformité incite de vérifier si le produit répond aux exigences du concepteur et non s'il satisfait le client → Avoir un esprit marketing au sein de l'entreprise peut régler cette différence.

1.2.6.2. L'adaptation à l'utilisation :

- Moyen d'assurer la satisfaction ;
- Aller à la rencontre des besoins ou des désirs réels du consommateur, et ne correspond pas simplement aux normes fixées par le producteur ;
- Si une entreprise a clairement compris ce que l'adaptation à l'utilisation (satisfaire les besoins..) ; elle peut acquérir une position de monopole ce qui lui permet d'appliquer des prix suffisamment élevés pour compenser les coûts d'une qualité plus élevée obtenue par le contrôle.

1.2.6.3. La maîtrise du coût :

- Implique une qualité élevée et un faible coût ;
- Exige l'information en retour et une correction à chaque étape et non à la fin du processus de production (feed back);
- Le faible coût de main d'œuvre chez le concurrent peut être un point faible pour l'entreprise.

1.2.6.4. Satisfaction des exigences latentes :

- Découvrir une exigence latente sur le marché permet d'avoir le monopole pendant un certain temps, et demander un prix plus élevé pour avoir un grand profit (enquêtes de satisfaction, études de marché...).

1.2.7. Les coûts de la qualité :

« La qualité coûte cher, mais il existe quelque chose de plus coûteux que la qualité : son absence ».¹

- coûts d'obtention de la qualité (COQ)
- coûts de la non qualité (CNQ)

¹ Jocoü P, Les enjeux économiques de la qualité. Paris : Dunod, 1992.

Tableau n°03: Les composants de COQ et CNQ

Coûts d'obtention de la qualité (COQ)		
Dimension	Prévention	Evaluation
Définition	Prévenir les erreurs et intégrer la qualité dans le processus	Activité de détection des erreurs
Exemple	Formation du personnel	Méthode de l'audit
Coûts de la non qualité (CNQ)		
Dimension	Défaillance interne	Défaillance externe
Définition	Erreur interne détectée avant que le service ne soit délivré	Erreur qui est découverte par le patient et qui le touche directement
Exemple	Coûts liés aux surtemps de travail	Coûts d'infection nosocomiale, ré-hospitalisation

Source : ANAES, Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital, Paris; 1998. p.13

- *Les facteurs de non qualité :*¹ Les causes de la non-qualité peuvent être résumées en quatre points essentiels à savoir :
- L'ignorance des attentes de la clientèle : Il existe un écart entre les attentes de la clientèle et la perception de ces dernières par la direction, trois facteurs expliquent ces écarts :
 - Le degré d'utilisation de la recherche en marketing pour avoir à communiquer au personnel toutes les informations sur les besoins et les attentes des clients ;
 - Le manque de communication qui peut être attribué à deux raisons : la direction ne sollicite pas et ne félicite pas les flux d'informations en prévoyance du personnel, et le peu de relation avec la clientèle ;
 - Le nombre d'échelons entre le poste le plus élevé et le poste le moins élevé dans la pyramide de l'entreprise car un grand nombre d'échelons ne permet pas à l'entreprise de maintenir des liens étroits avec la clientèle.
- L'absence des normes : Il ne suffit pas de connaître les attentes des clients avec précision mais la perception de ces derniers doit se traduire par les normes de service. Celles-ci constituent des normes de rendements qui répondent aux attentes de la clientèle.
- La discordance entre le service offert et les normes : Beaucoup d'entreprises définissent des normes de service, mais leur personnel est incapable de les respecter.

¹ Vincent Le. Boucheix, Traité la qualité, Ed. Dunod, Paris, 1990, PP 147-149

De nombreux facteurs contribuent à l'écart entre les moyens et les services offerts par le personnel chargé de les appliquer, notamment :

- L'adéquation entre l'employé et son poste : l'employé recruté par l'entreprise n'est pas qualifié pour le travail demandé ;
 - L'adéquation entre l'employé et les moyens techniques utilisés : les employés n'ont pas tous les moyens techniques nécessaires pour réaliser le service conformément aux normes établies ;
 - Le niveau de délégation : le personnel n'a pas la liberté de prendre des décisions afin de satisfaire la clientèle ;
 - L'évaluation du rendement du personnel qui ne tient pas compte du résultat final pour le client ;
 - L'ambiguïté du rôle des employés : ceux-ci ne connaissent pas les attentes de leurs supérieurs ;
 - L'existence des rôles conflictuels : les employés dépendent d'autres employés pour réaliser le service aux clients et n'ont aucune emprise sur l'activité de ses derniers ;
 - L'absence d'un esprit d'équipe : on n'encourage pas les employés à faire un travail ensemble pour offrir un service de qualité.
- Le manquement aux promesses : Il y'a une certaine exagération dans les promesses faites aux clients : la publicité et les relations publiques se traduisent généralement par une hausse des attentes de la clientèle, lesquelles dépassent le rendement réel des services.

Tableau n°04: Les éléments des coûts de la non qualité

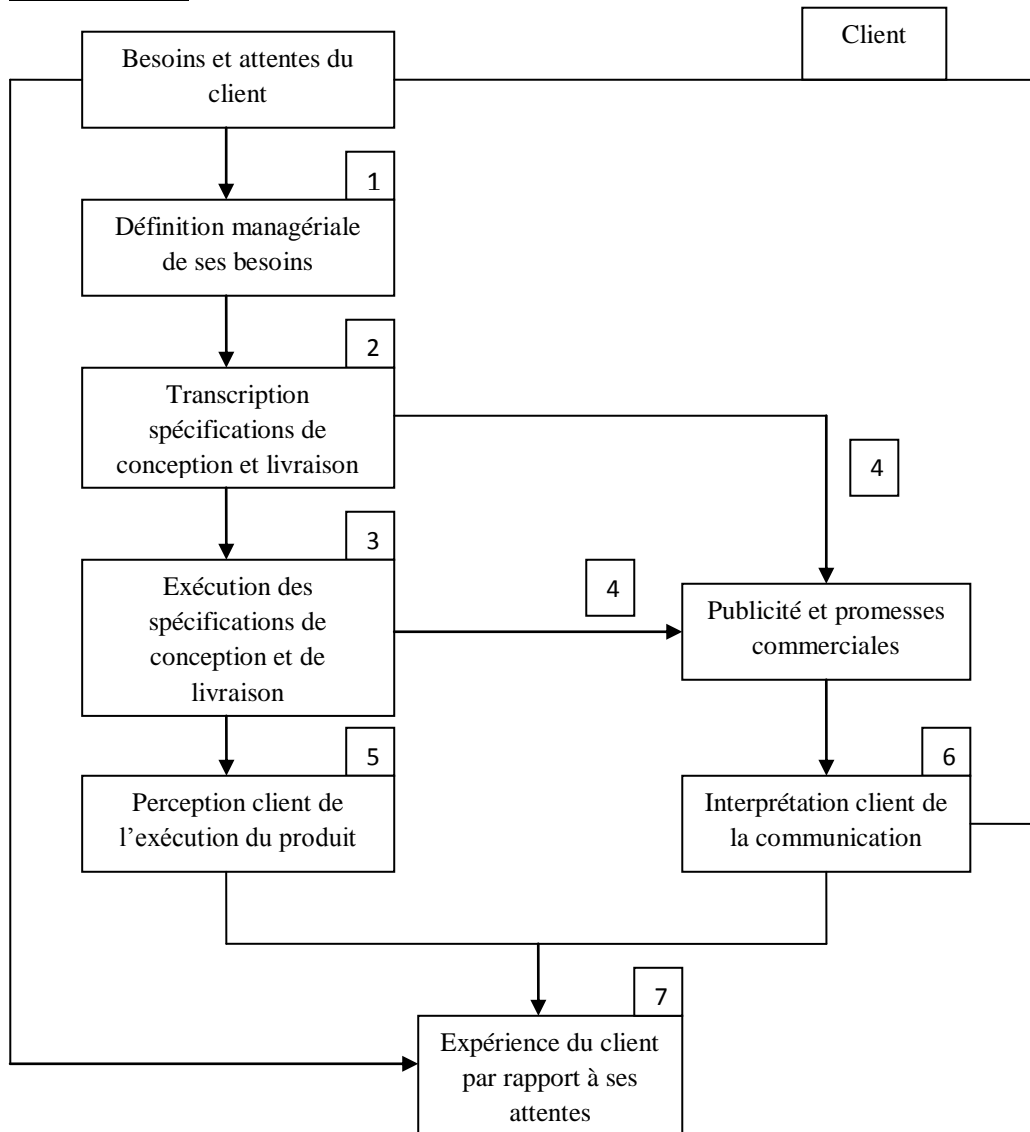
I.	coûts directs de la non qualité
	A. coûts contrôlables
	1. coûts de prévention
	2. coûts d'évaluation
	B. coûts résultants
	1. coûts de l'erreur interne
	2. coûts de l'erreur externe
	C. coûts de l'équipement
II.	coûts indirects de la non qualité
	A. coûts supportés par le client
	B. coûts de l'insatisfaction du client
	C. coûts de la perte de renom

Source : K. Hostontani, les méthodes de résolution des problèmes, Dunod, Paris, 1994, P94

1.2.8. Les écarts entre la livraison et la conception du service¹ :

D'après la figure, on remarque 07 écarts possibles dans la prestation de service :

Figure n°05 : Les sept (7) écarts de la qualité de service



Source: C. Lovelock, product plus, Mc Graw-Hill, New York, 1994, p112 –adapter-

1 **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.

2

¹ A. Zeithaml et al., « communication and control processes in the delivery of services », Journal of marketing n°52, avril 1988, pp 36-58 traduit par: Lovelock et al., Marketing des services, Ed. Pearson, France, 2006, p 128

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.

3 *Écart de livraison* : La différence entre les standards de livraison spécifiés et la performance réelle du prestataire de service.

4 *Écart 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 livrer.

5 *Écart 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).

6 *Les écarts d'interprétation* : La différence entre ce que la communication d'une prestation de service (avant la livraison) promet et ce que le client avait compris de la promesse de la communication.

7 *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.

1.3. La satisfaction client :

La comparaison entre la qualité attendue (avant achat) et la qualité perçue (après achat) génère la satisfaction ou l'insatisfaction du client. La satisfaction client est un objectif majeur dont dépend la survie d'une entreprise, qu'elle soit certifiée ou non.

1.3.1. Essai de définition

« Satisfaire : répondre à l'attentes de » (Dictionnaire Larousse)

« Satisfaction de bien-être plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire ou simplement d'une chose souhaitable » (Robert).

L'AFNOR définit la satisfaction comme : « L'opinion d'un client résultant de l'écart entre sa perception du produit ou service consommé et ses attentes » (Source : ISO/DIS 9000, mars 1999)

« L'impression d'être convenablement ou non récompensé pour les sacrifices supportés lors d'une situation d'achat » (Howard et Sheth)

Un client est satisfait si « son évaluation lui démontre que l'expérience a été au moins aussi bonne qu'elle était censée être » (Hunt)

« Le jugement d'un client vis-à-vis d'une expérience de consommation ou d'utilisation résultant d'une comparaison entre ses attentes à l'égard du produit et ses performances perçues » (Ph. Kotler et B. Dubois)

Selon STAMPS (1984)¹, «La satisfaction des patients est considérée comme une perception subjective qui reflète les préférences et les attentes personnelles des patients »

Selon ZEITHAML, PARASURAMAN, BERRY (1990) est défini comme étant « le degré de congruence entre les attentes des consommateurs et leur perception de la qualité des soins reçus »

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

¹ Raymond GREBIER ;« la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients » ; université de Montréal ; Canada ; PDF ;P, 04-05

« La satisfaction des clients est dans toute activité, obtenue par un offre bien adaptée aux attentes des clients »¹.

Alors dans l'abondante littérature consacrée au domaine des services, les notions de qualité et de satisfaction sont étroitement liées et le plus souvent perçue subjectivement ou non, en fonction des attentes des clients.

Le jugement de la qualité des services résulte d'une comparaison des attentes de service à la performance actuelle.

Les attentes en matière de service font apparaître deux notions :

- *Le service désiré* : c'est le niveau de service que le client souhaite recevoir, et qu'il estime mériter (valeur attendue);
- *Le service adéquat* : c'est le niveau de service que le client est prêt à accepter, il se rapproche de niveau minimal de service désiré ;

A partir de ces définitions, on peut définir la satisfaction comme un état psychologique d'un client après l'achat, la consommation d'un produit ou un service qui se traduit par un sentiment fugace résultant de l'écart entre sa perception du produit ou du service consommé et ses attentes.

On peut présenter cette définition par le schéma suivant:

Attentes → expérience (du produit, du service) → perception d'un écart entre expérience et attentes → (in)satisfaction

Trois situations apparaissent lors ou après l'acquisition d'un produit ou une prestation de service :

- Un sentiment de mécontentement ; lorsque les performances sont en dessous des attentes ;
- Un sentiment de satisfaction ; dans le cas où les performances sont satisfaisantes ;
- Un sentiment d'enthousiasme ; lorsque les performances sont au-delà des attentes.

1.3.2. Le modèle de satisfaction² :

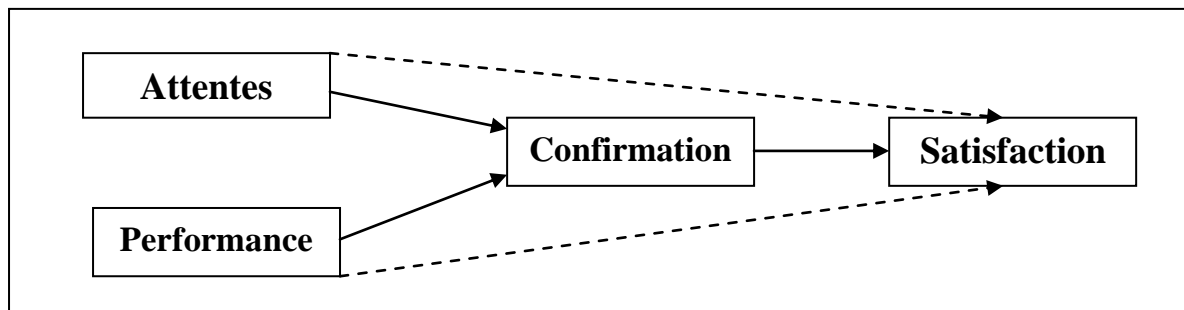
¹ M ZOLLINGER , Eric LAMARQUE, op cit , P, 73

² Yver EVRARD, « la satisfaction des consommateurs : état de recherche, revue française du marketing, édition ADETEM, 1993, n°144-145, P58

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

- Le jugement porté sur la performance du produit/service au cours de l'expérience de consommation, on pourrait parler aussi de qualité perçue.
- Les attentes (les expectations) formée par le consommateur préalablement à l'achat et à la consommation du produit/service concerné ; on pourrait parler aussi de qualité attendue ;
- La comparaison entre la performance et les attentes va donner naissance à la disconfirmation qui peut être positive (cas où les performances sont supérieures aux attentes), neutre (cas d'égalité ; on pourrait alors parler de confirmation), ou négative (cas où les performances sont inférieures au standard de référence des consommateurs) ;
- La disconfirmation va générer l'évaluation globale de l'expérience de consommation, c'est-à-dire la satisfaction.

Figure n°06 : Le modèle de satisfaction



Source : Yver EVRARD, Op.cit, p58

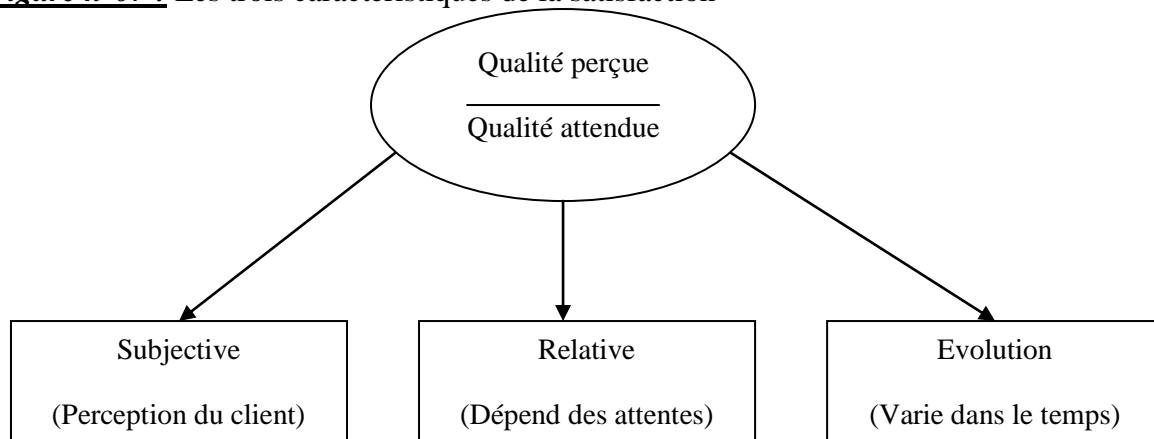
Pour le modèle de base, la disconfirmation est une variable médiatrice par laquelle transite l'influence de la performance et des attentes sur la satisfaction (traits pleins de la figure). Des tests de ce modèle ont montré qu'au moins dans certains cas, il pouvait exister des relations directes entre les performances et/ou les attentes et la satisfaction (traits pointillés de la figure).

1.3.3. Les caractéristiques de la satisfaction¹:

On définit trois caractéristiques de la satisfaction sur lesquelles se forme le jugement du client vis-à-vis d'un produit ou un service :

¹ Daniel RAY, mesurer et développer la satisfaction, édition d'organisation, Paris, 2001, p 24, -adapter-

Figure n°07 : Les trois caractéristiques de la satisfaction



Source: Daniel RAY, Op.cit, p 24

1.3.3.1. La satisfaction est subjective : la satisfaction des clients dépend de leur perception de nos produits et services, et non de la réalité.

La probabilité est donc forte que cette perception soit différente de la réalité objective, c'est-à-dire la perception du client et celle du fournisseur.

1.3.3.2. La satisfaction est relative : Directement dépendante de la perception du client et donc par essence même subjective, la satisfaction varie aussi selon les niveaux d'attentes.

Ceci explique que ce ne soient pas les « meilleurs » produits qui se vendent le mieux, car ce qui compte n'est pas le fait d'être le meilleur, mais d'être le plus adapté aux attentes des clients.

En réalité, le meilleur produit ou service prend en considération les attentes des clients à partir des études marketing.

Ces attentes sont souvent fondées sur une base de références, un « standard » défini :

- Par l'état actuel du marché ;
- Par les expériences personnelles d'achat ;
- Par les informations obtenues par le consommateur (Bouche à oreille, Publicité, Médias, Arguments et promesses des vendeurs).

1.3.3.3. La satisfaction est évolutive : La satisfaction évolue avec le temps à deux niveaux différents, en fonctions à la fois des attentes et des standards, et du cycle d'utilisation des produits.

1.3.4. La nécessité de la mise en place d'une mesure de la satisfaction client :

La mesure de la satisfaction est devenue aujourd'hui une nécessité, pour les entreprises et un point fondamental dans la politique de fidélisation client avec son intégration dans les récentes normes ISO, et est également une réelle opportunité en terme de profil future, car il existe des liens étroits ente la satisfaction des clients et la rentabilité de l'entreprise.

On peut citer un certain nombre de raisons pratiques, afin de mesurer la satisfaction client. En voici quelques unes :

- Appuyer les efforts visant à améliorer la qualité et démontrer la valeur des produits et services client ;
- Déterminer dans quelle mesure les programmes sont utiles du point de vue des clients, ainsi que les modifications qui devraient être apportées ;
- Déterminer ce que les clients apprécient le plus ou le moins au sujet d'un produit ou d'un service ;
- Permettre aux personnels de se faire une idée de la façon dont les clients considèrent ses efforts en ce qui concerne les produits et services du secteur ;
- Appuyer les objectifs de récupération des coûts ou autres objectifs de nature commerciale ;
- Obtenir la rétroaction nécessaire pour optimiser les investisseurs et de répondre aux attentes des clients.

1.3.5. Les méthodes de mesure et de suivi de la satisfaction :

Le sentiment de satisfaction est un état psychologique qu'on ne pas observer directement, d'où la difficulté de le mesurer. La mesure de la satisfaction est un sujet qui a fait l'objet de plusieurs recherches. Ainsi, de nombreuses entreprises s'intéressent de la mesure du degré de la satisfaction de leurs clients et les facteurs qui l'influencent.

Pour cela, il existe diverses méthodes de mesure :

1.3.5.1. Les indicateurs de satisfaction :

- Les réclamations : Mesurer la satisfaction par le suivi des réclamations des clients, le traitement des réclamations et des plaintes peut être un indicateur d'insatisfaction client. Mais les réclamations ne peuvent pas toujours relever le degré de satisfaction des clients mais les causes de l'insatisfaction, car les clients insatisfaits ne manifestent pas toujours.
- Les boîtes à suggestions : Nombreuses entreprises utilisent cette méthode, par exemple les hôtels et les restaurants tiennent des registres de suggestion et de réclamation afin d'inviter leurs clients à exprimer leurs remarques. Cela peut donner des idées de nouveaux produits.

1.3.5.2. Le client « fantôme » ou « mystère » : Cette technique consiste à demander à une personne de jouer le rôle d'un client anonyme, et de décrire ses perceptions positives ou négatives à propos du produit ou du service reçu. (Par exemple¹, un client mystère peut se plaindre à haute voix dans un restaurant afin de voir comment la situation est prise en main).

1.3.5.3. Les enquêtes de satisfaction : Sont des enquêtes sur des échantillons représentatifs de la population cible. Ces enquêtes permettent de vérifier qu'il existe une bonne corrélation entre les caractéristiques du produit ou du service offert et la satisfaction des clients. Les enquêtes de satisfaction peuvent être sous forme des questionnaires, des entretiens, des enquêtes d'observation...

1.3.5.4. L'analyse des clients perdus : La mesure de la défection des clients est suivie dans le cadre de la fidélisation. La montée du taux de défection soit par le changement de la marque ou du fournisseur, est un signe d'un problème de satisfaction (insatisfaction).

¹ PH.Kotler et al., op.cit, p174

1.3.6. Les enjeux de la satisfaction¹ :

- La satisfaction gisement de la vente connexe : Le développement des ventes connexes par rapport à la présentation initiale. Afin de maximiser son chiffre d'affaire, l'entreprise cherche à détecter de nouvelles opportunités d'affaires et formuler des offres adaptées et attractives pour ces clients. Si les clients sont satisfaits, l'entreprise aura plus de facilité à les convaincre de nouvelles ventes.
- La satisfaction source de fidélité : La fidélisation des clients et ses bénéfices. En raison de l'intensification concurrentielle du contexte économique actuel et du comportement plus mobile des clients, la question de la fidélité est effectivement essentielle pour les activités de service. Donc, la concurrence oblige les entreprises de concentrer leurs efforts vers la fidélisation.
- Fidélité par la satisfaction : La satisfaction crée un attachement durable d'une majorité de clients à leurs fournisseurs. Selon une étude consacrée aux services citée par D. Chanbartaud ², un client insatisfait quittera son prestataire dans 91% des cas si l'insatisfaction est majeure, et dans 63% des cas si l'insatisfaction est mineure, l'exception viendra des clients insatisfaits dont on aura traité la réclamation avec rapidité et efficacité. D'après ces résultats on constate que plus les clients sont satisfaits, plus leurs fidélités s'accroissent.
- La fidélisation génère le profit : la satisfaction est une source de fidélité par suite d'un profit. Ceci peut être expliqué par plusieurs règles complémentaires :
 - Fidéliser un client coûte moins chère que de conquérir de nouveaux clients ;
 - Un client satisfait (surtout très satisfait) deviendra prescripteur de l'entreprise et suscitera ainsi de nouvelles ventes ;
 - Le client fidèle est moins sensible au prix par rapport à un nouveau client. Son attachement repose d'abord sur la satisfaction, c'est-à-dire sur la valeur perçue, et non sur la faiblesse du prix.
- La satisfaction force de prescription : Un client satisfait devient un ambassadeur de ses fournisseurs, il les recommande à ces proches. Par contre, un client insatisfait devient un opposant actif contre ses fournisseurs. L'entreprise doit donc maîtriser cette publicité négative.

¹ J.Lendrevie, D. Lindon, Op.cit, p716 –adapter-

² D. Chanbartaud, Service vendu, service vendu, Ed. Nathan, Paris, 1999, p127

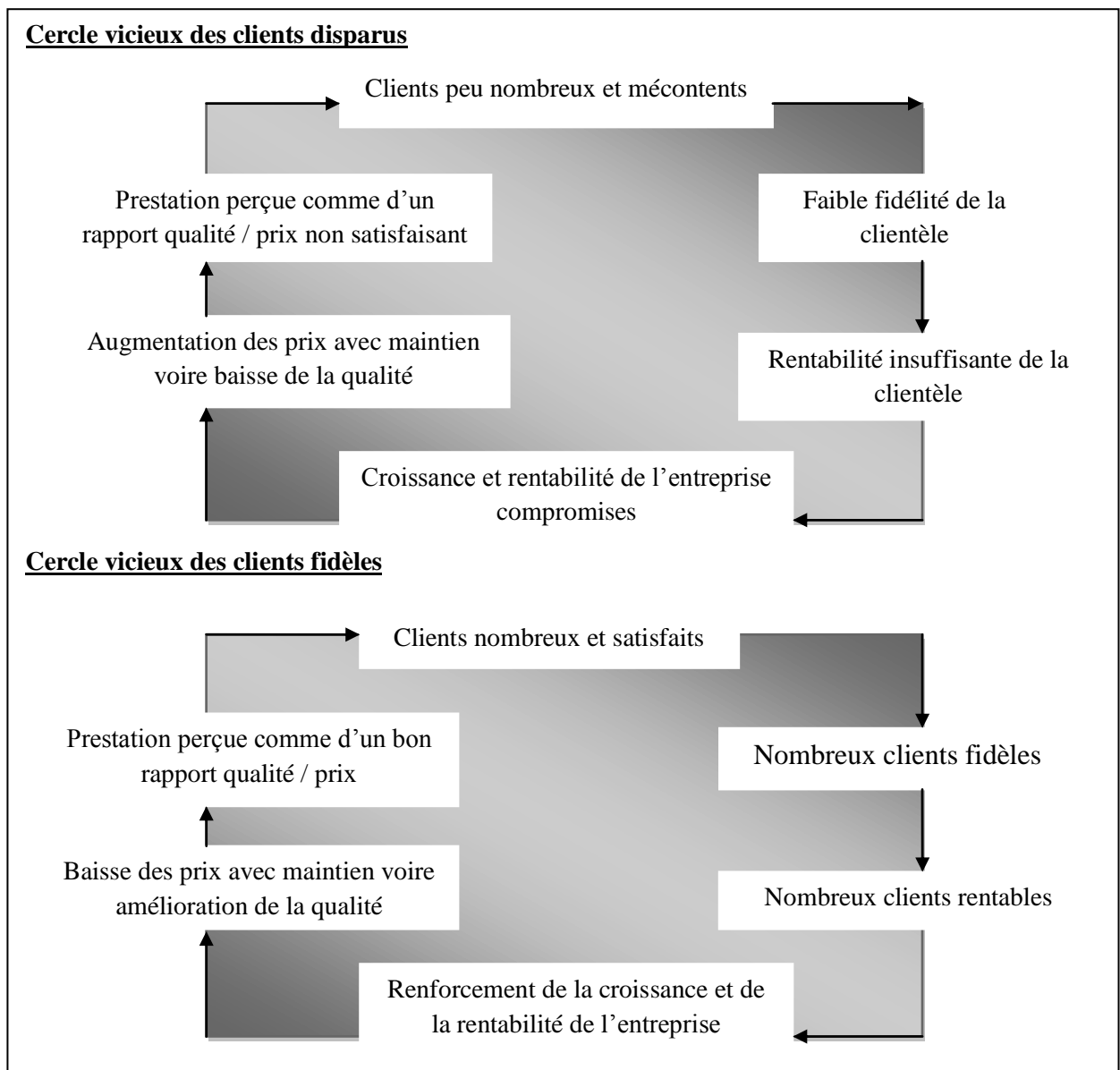
1.3.7. L'interaction Satisfaction / Qualité :

Il existe un lien étroit entre la qualité de l'offre d'un bien ou d'un service et la satisfaction de la clientèle. La qualité perçue influence la satisfaction.

La différence entre satisfaction et qualité a été reconnue sur les points suivants (Liosa1996, Ngoboo1997) :

- La satisfaction et la qualité perçue sont toutes les deux des évaluations subjectives de l'expérience de service qui se basent sur une comparaison entre la performance perçue et un standard de référence complexe et variable ;
- La satisfaction est essentiellement expérientielle et partiellement liée aux sentiments du client tandis que le jugement de qualité n'implique pas nécessairement une expérience personnelle et résulte d'un processus cognitif ;
- En fonction de la dimension temporelle que l'on considère et du modèle d'attitude des clients, le lien causal entre les deux concepts peut varier dans les deux sens.

Figure n°08 : La qualité pour entrer dans le cercle des clients fidèles



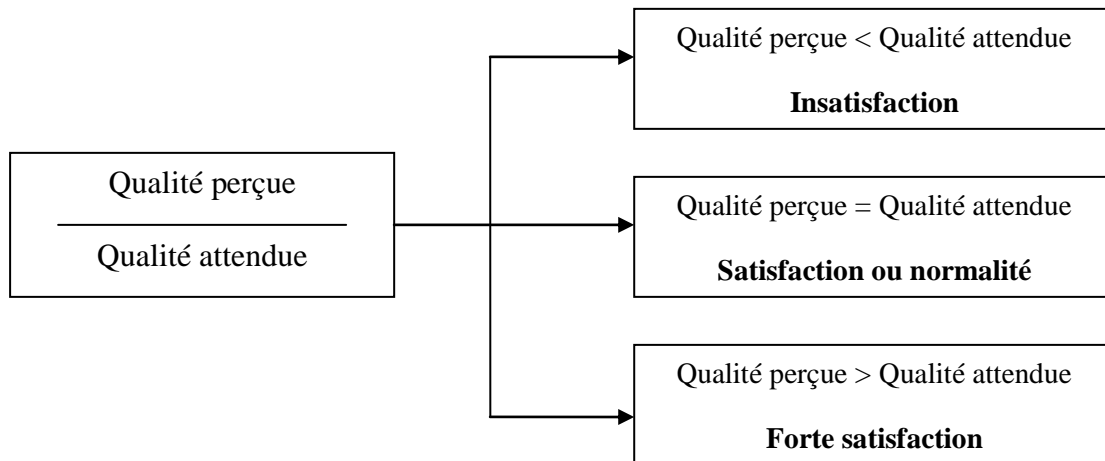
Source : M BADOUC, réinventer le marketing de la banque et de l'assurance « du sens du client au néo-marketing », édition revue banque, Paris, 2004, P 4

Cette figure montre que l'entreprise peut se sortir du cercle vicieux des clients disparus, pour entrer dans celui vertueux des clients fidèles.

1.3.8. Insatisfaction et satisfaction¹ :

Si l'on reprend la définition de la satisfaction (en remplaçant dorénavant pour des raisons pratiques « performances » en numérateur par « qualité » dans son sens le plus large), on s'aperçoit que trois cas sont possibles :

Figure n° 09: Les trois perceptions possibles de la satisfaction



Source: Daniel RAY, op.cit, p31

Dans le premier cas, le client est déçu puisqu'il « s'attendait » à mieux ;

Le deuxième cas, correspond peu ou prou à « la norme », c'est-à-dire à l'adéquation du produit ou service aux attentes du client. Cette situation relève plutôt d'une zone d'indifférence (ni réellement satisfait, ni insatisfait), le client n'étant pas surpris positivement, il juge la prestation « normale » au sens minimaliste du terme ;

En fin, le troisième cas, est essentiellement plus rare pour les clients que nous sommes. C'est pourtant le seul à générer une réelle satisfaction, le surplus de valeur créé à été perçue et apprécié par le client.

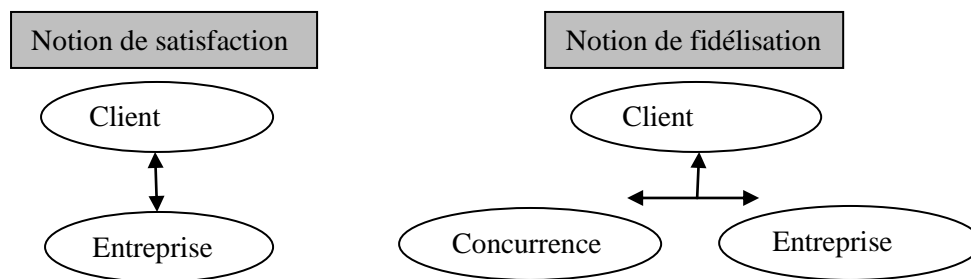
¹ Daniel RAY, op.cit, p30 –adapter-

1.3.9. La satisfaction et la fidélisation du client :

La satisfaction n'est pas une fin en soi. Elle est avant tout un moyen de favoriser la fidélité. Un client satisfait reste en général plus fidèle à son fournisseur, lui achète davantage de produits, est moins sensible au prix, accorde moins d'attention aux concurrents, suggère des idées d'innovations, et diffuse un bouche à oreille positif sur l'entreprise¹.

De nos jours, les entreprises ne peuvent plus se contenter d'acquérir de nouveaux clients afin de survivre, évoluer et être rentable, car cette action devient de plus en plus difficile et coûteuse. C'est dans ce contexte, d'un environnement concurrentiel qu'est née la fidélisation des clients, vers laquelle les entreprises se sont penchées et en deviennent dépendantes pour développer leurs aptitudes à conserver leurs clients, c'est-à-dire à les fidéliser.

Figure n° 10: La satisfaction et la fidélisation du client



Source: J. MARGERAND, F. GILLET-GOINARD, Manager la qualité pour la première fois, Ed. d'Organisation, 2006, p05

1.3.9.1. Définition de la fidélité :

Plusieurs définitions ont été formulées pour le mot fidélité », nous avons retenu les trois suivantes :

Selon Oliver, La fidélité est un « engagement profond pour acheter ou fréquenter à nouveau un produit ou un service en dépit des facteurs situationnels et des efforts marketing susceptibles de provoquer un changement de comportement d'achat »².

¹ Kotler et al., op.cit, p172

² Kotler et al., op.cit, p185

Lendrevie, Levy et Lindon définissent la fidélité : « La fidélité d'un client à une marque se mesure par le renouvellement de ses achats à la même marque et le pourcentage des achats de cette marque dans l'ensemble des achats de même catégorie faits par ce client »¹

1.3.9.2. Définition de la fidélisation :

« Ensembles d'actions liées au produit, au prix, à la communication ou à la promotion, destinées à renforcer la fidélité des clients à une marque »².

LEHU Jean-Marc mentionne concernant la fidélisation : « La fidélisation n'est que la caractéristique d'une stratégie marketing, conçue et mise en place dans le but de rendre les consommateurs fidèles au produit, au service, à la marque, et/ ou au point de vente elle doit également permettre un meilleur contrôle de l'activité de l'entreprise concernée et, à terme, une plus grande rentabilité de cette activité »³.

1.3.9.3. Les trois niveaux de fidélisation⁴:

Il existe trois niveaux de fidélisation des clients :

- Répondre aux besoins vitaux : le produit ou le service doit correspondre à la promesse et à la valeur attendue par le client ;
- Répondre aux besoins de confort : grâce à l'apport de prestations complémentaires et de personnalisation ;
- Répondre aux besoins de reconnaissance : par la création de privilèges ou d'un accompagnement personnalisé.

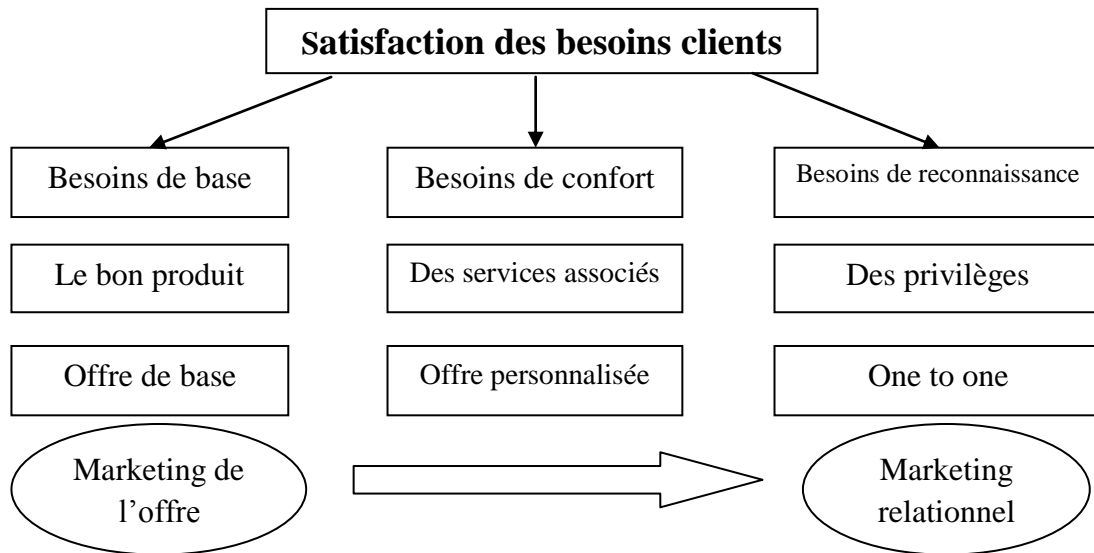
¹ Lendrevie, Levy, Lindon, op.cit, p1092

² Ibid, P1092

³ LEHU Jean-Marc, Stratégie de fidélisation, Ed. d'Organisation, Paris, 2003, p31

⁴ N VAN-LEATHEM, Y LEBON, B DURAND-MEGRET, du responsable marketing, édition dunod, Paris, 2007, P182

Figure n°11 : Les trois niveaux de fidélisation



Source : N VAN-LEATHEM,et al ,Op.cit, P182

1.3.9.4. La stratégie de fidélisation :

L'entreprise est amenée à fidéliser ses clients pour plusieurs raisons¹ :

- Limiter l'évasion de la clientèle (traitement rapide des réclamations...);
- Conserver ses clients les plus rentables pour l'entreprise et le plus longtemps possible ;
- Accroître la rentabilité de l'entreprise ;
- Favoriser le prosélytisme, par parrainage spontané ou généré, par bouche à oreille.

Avant la mise en œuvre d'une politique de fidélisation, l'entreprise doit avoir identifié, évalué, les envies, les attentes et les besoins de ses clients.

La politique de fidélisation doit optimiser les achats des clients par l'accroissement de la valeur commerciale de certaines attentes après avoir les satisfaire.

Ainsi, la fidélisation doit être sélective ; c'est-à-dire adopter toute action de fidélisation par rapport à une analyse de la valeur clients, car les clients ne contribuent pas tous de la même valeur à la rentabilité de l'entreprise (par exemple : pour un opérateur téléphonique, les clients suivant le paiement à l'avance ne contribuent pas à la rentabilité de l'entreprise comme les clients suivant le paiement en facture).

¹ N VAN-LEATHEM,et al ,Op.cit, P183 –adapter-

L'entreprise peut proposer également différentes options, par rapport à la nature du marché et les clients :

- Des privilèges axés sur la valeur et le prix (cadeaux offerts à l'achat, coupons de réduction...);
- Offrir des bénéfices immatériels aux clients (caisses réservées, système de priorité, assistance...);
- Des avantages différées dans le temps, qui cherchent à instaurer une relation durable avec les clients les plus rentables et susceptible ;
- Anticiper les coûts induits.

Section 02 : *Le marketing des services sanitaires*

2.1. Le service public :

La planification de la vie en commun a amené les hommes à se doter d'un « tiers », d'une autorité publique, puis d'un Etat... pour fonder et garantir le lien social, les conditions de la vie en commun, un tiers reconnu comme légitime par les hommes, bien qu'étant réducteur, par nature, de la liberté individuelle de chacun¹.

Le service public est évolutif dans le temps et dans l'espace ; c'est un construit historique et sociétal ; il n'existe pas de modèle « unique » et « universel » du service public².

Les services publics concevraient largement la population dans sa vie de tous les jours: école, santé, transport urbain et ferroviaire, collecte des déchets, électricité et distribution de l'eau, activités culturelles, qualité de l'air, etc. Les différentes activités de service public prélèvent une partie importante des ressources économiques du pays, où les services publics sont des investisseurs, des consommateurs, des producteurs et des employeurs de premier plan.³

Au -delà des tâches techniques qu'ils remplissent, les services publics jouent un rôle pour s'opposer à la pauvreté, promouvoir l'égalité des citoyens et combattre les inégalités.ils sont le centre d'enjeux sociaux importants ;

Et depuis une vingtaine d'années, des changements importants sont intervenir au sein des services publics avec les privatisations.les alternatives possibles sont présentées selon que l'état exerce lui-même le service public ou le délègue à une entreprise privée. Les privatisations des dernières années ont été menées en faisant l'hypothèse qu'un service public délégué à une entreprise privée est plus efficace que celui effectué directement par une institution publique.

¹ Léviathan, Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile, Sirey, Coll. « Bibliothèque Dalloz », Paris, 1971

² Pierre Bauby, Service public, services publics, la documentation française, Sep 2011

³ P. MASNE, les services publics édition PUR « DIDACT économie », France, 2007, P 07-08

2.1.1. Histoire du service public¹ :

Dans l'Europe médiévale, la majeure partie de la population étaient des serfs, dominés par le seigneur. Celui-ci assurait la protection contre les invasions, et percevait en échange un impôt en nature. Néanmoins, certaines actions des rois (charité, hôpitaux) échappent à ce concept. Le colbertisme marque également un souci de faire intervenir l'état.

Avec le siècle des Lumières est née la notion de contrat social, qui se concrétisa à la Révolution française : le dirigeant n'est alors plus vu comme un maître, mais comme un organisateur à qui l'on a délégué la gestion et l'administration des biens communs. L'impôt sert alors à assurer cette gestion.

En France, jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, les missions de service public sont fréquemment effectuées par des entreprises privées. Vers la Seconde Guerre mondiale, des entreprises publiques sont créées pour effectuer une partie importante du service public (comme par exemple la SNCF en 1938), des entreprises privées continuant à assurer un service public par délégation.

2.1.2. Définition du service public :

« Le service public est un service si important pour la vie économique, sociale et politique d'une société que l'état intervient pour l'organiser ou le réglementer. il relève aux notions d'intérêt général, d'utilité publique, de droit des citoyens ou des usagers »².

Un service public « est une activité d'intérêt général, assurée directement ou sans la responsabilité d'une personne publique qui a la maîtrise des structures de ce service »³

Cette définition s'accompagne d'une triple obligation, commune à tous les services publics :

- La continuité du service ;
- L'égalité d'accès ;
- L'adéquation à la demande et l'évolution sociale.

Léon Duguit (1859-1928) est un juriste français, principal représentant de « l'école du service public » en France, a défini le service public :

¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Service_public_définition_et_explications.htm consulté le : 23.02.2013

² P. MASNE, Op.cit, P 08-09

³ Claude Gour, service public et exercice d'une profession, Bulletin d'information de l'ABF, n°139, 1988, cité par : Bertrand Calenge, Op.cit, P 23

« Le service public, ce sont les activités qui, à une époque donnée, sont au cœur de l'interdépendance sociale et qui, pour cette raison, doivent être organisées et contrôlées par la force gouvernante ».

Le service public est défini comme le service du « bien commun », le service de « l'intérêt général ». L'intérêt général dépassant l'intérêt collectif d'un groupe particulier, il se veut « l'intérêt de tous ». La définition du service public tient compte du critère d'intérêt général, du type d'activité, d'un contrôle plus ou moins direct par les pouvoirs publics, et de l'usage des procédés juridiques différents de ceux du droit privé¹.

Donc, on peut dire qu'un service public est une activité exercée directement par l'autorité publique (État, collectivité régionale ou locale) ou sous son contrôle, dans le but de satisfaire un besoin défini politiquement comme étant d'intérêt général.

D'après ces définitions, on constate que la création des services publics est le fait des autorités publiques à tous les niveaux d'organisation institutionnelle, pour répondre aux besoins d'intérêts commun ou général de la collectivité humaine. Les services publics reposent sur :

- La garantie des droits de chaque habitant (intérêt commun) ;
- La solidarité des groupe afin d'assurer leur lien social ;
- La préparation de l'avenir (paix civile).

Ce qu'il faut retenir, c'est que le service public n'est pas nécessairement au service du public, certaines administrations publiques n'ont pas pour objet d'offrir des prestations directes à leurs usagers.

2.1.3. Les différents domaines des services publics² :

Les services publics concernent des activités du secteur secondaire et surtout du secteur tertiaire et notamment le secteur social.

Certains services publics sont marchants (énergie ou distribution d'eau) et d'autres sont principalement non-marchants (éducation, justice ou police, etc.). Dans certains services publics principalement non-marchants, comme la santé, une partie non négligeable de la consommation reste à la charge des ménages (médicament, bilan des analyses hors l'hôpital).

¹ Bertrand, Usager ou clients ? écoute, marketing et qualité dans les service public, Ed. d'Organisation, Paris, 1998, p40-41

² P. MASNE, op.cit p 09

On distingue souvent quatre grandes catégories de services publics :

- Les services publics régaliens (souveraineté) : regroupent la justice, la police, la défense, la représentation nationale à l'étranger (ambassades). L'état n'existe pas sans ces fonctions essentielles.
- Les services publics de l'état providence : concernent l'éducation, la santé et la protection sociale, les sports et la culture, ainsi que le logement et la protection de l'environnement ;
- Les services nationaux de réseau : concernent des activités de l'énergie, des communications et des transports ;
- Les services publics locaux : sont assurés par les collectivités locales, communes, département, régions ;

2.1.4. Les principes du service public ¹:

2.1.4.1. Les principes fondamentaux : Les missions premières et fondamentales de l'Etat, garant des valeurs républicaines, défenseur de l'intérêt général, promoteur du progrès économique et social, imposent aux services publics des devoirs particuliers : égalité, neutralité et continuité. Ce sont eux qui donnent tout son sens au service public et qui doivent inspirer les agents qui le servent, dans leur comportement quotidien à l'égard des usagers.

- **Egalité** : ce principe implique qu'aucune distinction ne soit faite entre les usagers quant à l'accès au service public comme au service rendu lui-même. Mais l'égalité des droits ne veut pas dire uniformité de la prestation.

- **Neutralité** : La neutralité garantit le libre accès de tous aux services publics sans discrimination. Elle implique la laïcité de l'Etat, l'impartialité des agents publics et l'interdiction de toute discrimination fondée sur les convictions politiques, philosophiques, religieuses, syndicales ou tenant à l'origine sociale, au sexe, à l'état de santé, au handicap, ou à l'origine ethnique.

- **Continuité** : la continuité exige la permanence des services essentiels pour la vie sociale (police, pompier), les services de santé (hôpitaux), les services de communication, certains services techniques (électricité, gaz, eau) etc. Elle implique que tout service doit fonctionner de manière régulière, sans interruptions autres que celles prévues par la réglementation en vigueur et en fonction des besoins et attentes des usagers...

¹ Bertrand, Op.cit, p44-47

2.1.4.2. *Les principes d'action* : ces principes permettent à tout citoyen ou usager de s'assurer du bon fonctionnement des services publics et de faire valoir leurs droits.

- **Transparence et responsabilité :**
 - ✓ Tout usager dispose d'un droit à l'information sur l'action des services publics et ceux-ci ont l'obligation d'informer les usagers de manière systématique. La transparence doit être conçue comme une condition du dialogue et de la concentration mais également comme un instrument du contrôle de l'action des services publics par les usagers.
 - ✓ L'administration doit s'efforcer de suivre une procédure contradictoire préalable à la décision afin de permettre à l'administré de faire valoir ses arguments. Souvent elle en a l'obligation. De même, les services publics doivent, toutes les fois qu'il est possible, consulter les usagers avant de prendre des décisions touchant à l'organisation et au contenu du service rendu dans leurs unités de base. L'évaluation des politiques et actions publiques est un devoir s'imposant à tous les services et à tous les niveaux de l'Etat. Elle est le gage de l'efficacité mais aussi de l'effectivité du service public.
 - ✓ Tout usager peut obtenir communication de documents administratifs dans les limites de la législation en vigueur. Il peut obtenir communication des documents nominatifs le concernant et il peut consigner ses observations en annexe du document communiqué. Les services publics doivent informer le destinataire des raisons de la décision prise. Ils doivent lui indiquer les possibilités de réclamation et voies de recours.
 - ✓ Tout citoyen peut contester les décisions le concernant, formuler une réclamation, demander une rectification. Il peut s'adresser au service public lui-même, à des institutions indépendantes créées à cet effet ou au juge s'il n'a pas obtenu satisfaction.

- **Simplicité et accessibilité :**
 - ✓ L'existence de procédures et de textes claires et compréhensibles est toutefois garante de l'état de droit dans notre société républicaine : neutralité et respect de la loi dans des conditions identiques pour tous en fonction de la situation de chacun. L'effort de simplification et de clarification administrative est un levier essentiel de la relation des services publics avec les usagers. Les services publics doivent s'attacher à

lutter contre l'inflation des normes de toutes sortes et ne préparer de nouvelles règles juridiques que dans la mesure où le problème posé ne peut être résolu par d'autres moyens.

✓ Les services publics doivent aussi être accessibles en terme d'implantation géographique notamment en zone rurale et dans les quartiers difficiles.

✓ Enfin, chaque service public devra progressivement s'efforcer de faire connaître clairement ses objectifs et de mettre au point des indicateurs de qualité et de satisfaction des besoins des usagers.

- Participation et adaptation :

✓ En effet dans leur action quotidienne, les services publics sont également garants de la cohésion sociale de la Nation et, à ce titre, l'utilisateur doit aussi se sentir responsable de l'action des services publics. Les agents des services publics doivent s'attacher à comprendre chacune des usagers qu'ils ont en face d'eux ou dont ils traitent le cas et à tenir compte de ses attentes et de ses besoins que l'auteur de la loi ou du règlement ne pouvait avoir à l'esprit dans toute leur diversité.

- Confiance et fiabilité :

✓ L'utilisateur a le droit à la sécurité juridique et à la fiabilité dans ses relations avec l'administration et les services publics. Cela signifie que l'Etat doit établir clairement les modalités et conditions de fonctionnement de ses services publics ; les règles doivent être stables : en cas de changement... les nouvelles règles doivent être mises en vigueur suivant des modalités permettant à l'utilisateur de s'y adapter dans les meilleures conditions.

✓ Une évaluation des règles existantes devra être faite et, dans toute la mesure du possible, des fiches d'impact estimant les charges et les coûts tant directs qu'induits pour l'administration et les usagers seront établies pour les nouvelles règles.

✓ Enfin les services publics doivent savoir reconnaître leurs erreurs, les corriger le plus rapidement possible et en tirer toutes les conséquences tant auprès des usagers pour dédommagements éventuels qu'en terme de réglementation et d'organisation des services.

2.1.5. Types des services publics¹:

2.1.5.1. Services publics non marchands :

Il s'agit de services, pour l'essentiel gratuits, financés principalement par l'impôt (ou les cotisations obligatoires). Les établissements relèvent du droit administratif, mais ces services associent aussi des organismes privés (sous contrat) et des associations.

- Enseignement (éducation nationale);
- Santé (services hospitaliers) ;
- Sécurité sociale (entreprise privée sous tutelle) ;
- Aide sociale ;
- Culture (musées, théâtres, bibliothèques, maisons de jeunes...);
- Services d'assainissement ;
- Gestion des infrastructures (routes, voies ferrées, ports, aérodromes..).

Quand ils assurent conjointement des services du secteur marchand, les organismes publics correspondants relèvent à la fois du droit administratif et du droit commercial.

2.1.5.2. Secteurs publics marchands :

Il s'agit de services financés principalement par une activité commerciale, mais qui sont considérés comme devant être sous contrôle de la collectivité.

- Transports : transports urbains, transports ferroviaires régionaux (TER), ramassage scolaire, services portuaires et aéroportuaires ;
- Énergie : distribution du gaz et de transport d'électricité ;
- Distribution d'eau potable ;
- Services postaux ;
- Communications électroniques : services à haut débit, services de voix (téléphonie) et de transmission de données, radiodiffusion ;
- Pompes funèbres : conséquence des lois de séparation des églises et de l'État, le monopole des inhumations a été enlevé aux organismes culturels et confiés exclusivement aux communes, qui l'exercent directement ou par délégation.

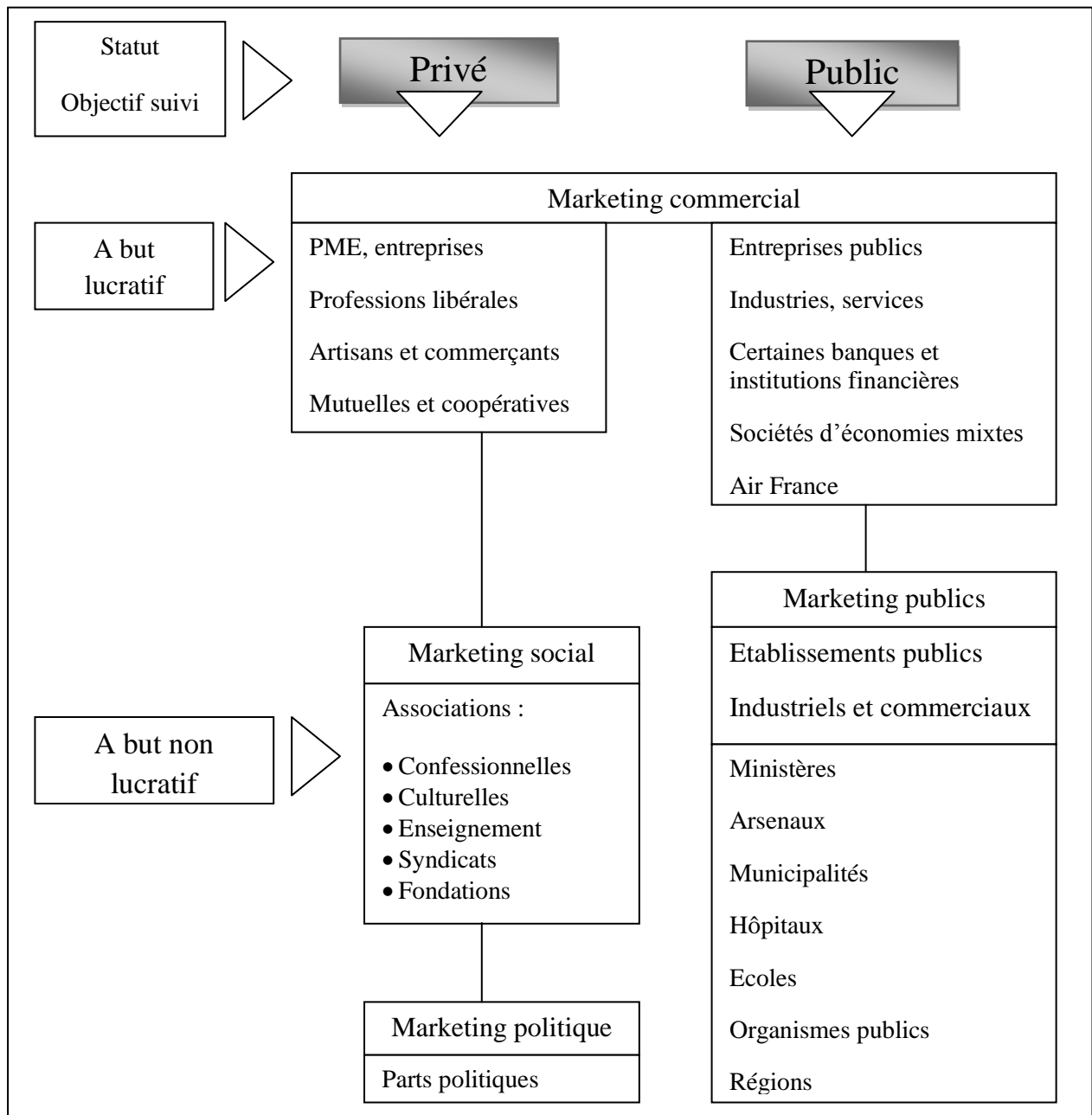
2.2. *Le marketing des services publics :*

Le domaine de l'application du marketing peut se différencier en fonction :

¹ Jean HORGUES-DEBAT, Service public et au public : de quoi parle-t-on ?, France, 2007, p4_ PDF

- Du but de l'entreprise (lucratif, non lucratif) ;
- Du statut de l'entreprise (public, privé) ;
- Du produit offert (bien, service) ;
- Du type de la clientèle (interne, externe...).

Figure n°12: Secteurs d'application du marketing (d'après HERMEL et ROMAGNI 1990)



2.2.1. Le marketing des services :

Les services sont immatériels et nécessitent la présence du client lors de leur production. Le produit ou le service devra être appréhendé de la façon la plus large possible, de façon à intégrer l'ensemble des éléments de processus de servuction. L'entreprise ne doit

pas se focaliser sur le service lui-même mais sur tous les éléments qui sont susceptibles d'agir sur la satisfaction du client.

Le caractère intangible des services rend leur marketing plus complexe :

- Communication difficile (montrer un bien / communiquer sur un service intangible) ;
- Justification du prix (difficile d'apprécier le prix de revient) ;
- L'innovation de service est difficile.

Le marketing des services peut concerner deux aspects différents d'une offre :

- Le produit principal : Il correspond à la vocation première de l'entreprise de service.
- La composante « services » qui accompagne la vente et la consommation de tous les produits (bien ou service) et que l'on appelle services associés. Comme le service après-vente pour les automobiles, le service de billetterie par Internet pour le train...

2.2.2. Les approches du Marketing et de qualité des services publics :

Deux démarches ont récemment été importées dans le secteur des services publics, le marketing et la qualité. Elles sont complémentaires, car, elles représentent un état d'esprit qui conduit à placer l'utilisateur ou le client au centre des préoccupations du service (rares sont aujourd'hui les organisations privées ou publiques, qui n'ont pas placé le client au cœur de leur processus marketing et qui n'utilisent pas au moins quelques-unes des méthodes et des techniques d'écoute des clients)¹.

2.2.2.1. Le marketing de service public :

Le marketing de service public est l'art de² :

- Promouvoir des prestations mettant en œuvre des missions d'intérêt général démocratiquement définies et évaluées ;
- En apportant au débat démocratique et à la décision politique et sans jamais se substituer à eux :

¹ D. GOTTELAND, l'orientation marché « nouvelle méthode, nouveaux outils », édition d'organisation, Paris, 2005, P19 -adapter-

² Bertrand de quatrebarbes, op.cit, p61

- Des techniques d'écoute, de connaissance des publics et du marché,
- Des analyses et des recommandations sur les différents leviers de promotion : produit, prix, communication, mise à disposition élaborées en association avec l'ensemble des parties prenantes : usagers, personnel...

Le marketing public des administrations ou des collectivités locales est un marketing où l'objectif n'est pas le profit, mais le service rendu avec efficacité. Ce type de marketing concerne plutôt des services que des produits même si les services publics construisent des infrastructures (hôpitaux, mairies, écoles...) et des routes, c'est toujours pour objectif d'offrir un service.

2.2.2.2. La qualité dans les services publics :

La démarche qualité se différencie en fonction de :

- Type de produit (bien, service) ;
- Type d'exigence des clients (qualité technique, qualité de l'usage, ...) ;
- Le niveau d'application durant le processus de production ;
- Le degré d'intervention du personnel dans la production.

La qualité du service public est¹ :

- De satisfaire des missions d'intérêt général démocratiquement définies et évaluées ;
- En apportant des prestations conçues, réalisées et perçues comme satisfaisant les besoins implicites et explicites de leurs utilisateurs et de la société ;
- Dont la valeur ajoutée ou le moindre coût sont équitablement partagés entre les usagers, les fournisseurs, les fonctionnaires, les différents types de contribuables et la communauté sociale ;
- En respectant l'environnement ;
- Par la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes, personnels, usagers, fournisseurs, contribuables, sur ces objectifs.

2.2.2.3. *Les services publics et la satisfaction:*

Les deux démarches marketing et qualité visent également la satisfaction du client, dont la démarche marketing prend en charge l'image avec l'extérieur, et que la démarche qualité, permet de répondre aux besoins du client, de l'utilisateur.

¹ Ibid, P64

On parle ici de la satisfaction des usagers et non des clients. Le secteur public et notamment les services publics se caractérisent de certaines spécificités tels que :

- Les services publics se trouvent souvent dans une position dominante (monopole), et par la suite les usagers se trouvent dans une situation de ne pas avoir le choix de leur fournisseur. Cette situation peut créer un sentiment de mécontentement chez l'utilisateur donc d'insatisfaction.
- Les services publics sont des services gérés par l'Etat ou sous son tutelle, c'est pourquoi les décisions concernant les actions correctives sont prises à un niveau politique, ces décisions ne prennent pas en considération les contraintes habituelles du marché.

2.3. Le Marketing des services de santé :

2.3.1. Définition :

Par rapport aux autres domaines de service public, « l'exigence d'intérêt public est vécue plus intensément dans le domaine de la santé, où la collectivité doit s'assurer l'égalité la plus complète possible entre les individus qui la composent »¹.

Le concept du marketing de santé se diffère du concept du marketing général qu'il consacre toutes les activités de marketing à créer le bon climat pour atteindre la santé publique et de prévenir ou réduire les problèmes de santé et de maintenir un environnement sain en éduquant les gens et les encourager à s'éloigner d'habitudes de consommation et le comportement individuel qui nuise à l'environnement et la santé, nous constatons qu'il ya un conflit dans les objectifs de marketing commercial exhortant les individus à augmenter leur consommation et de les encourager à acheter de nombreux produits qui sont considérés par le marketing de santé comme l'un des raisons pour le faible niveau de santé tels que la consommation des huiles, fast-food ... etc.

Le marketing des patients peut être défini à partir des théories du marketing des services comme « un système d'échange et de communication visant à augmenter la qualité perçue des soins et la satisfaction des patients dans le but de contribuer à l'amélioration de la santé publique »². Ses actions conduisent à mesurer la satisfaction face aux soins offerts, à

¹ <http://jaquesfournier.blog.lemonde.fr/service-public-sante-transport> Cité par: Pierre Bauby, Op.cit, p116

² J-C. ANDREANI et al., Tendances du Marketing des Services et Implications pour les Secteurs de Santé, la Chaire Marketing-Communication, Paris, janvier 2006, PDF, p09

caractériser la communication auprès des patients, à corriger les défauts de la qualité des soins par la construction d'un système de réclamations facile à l'accès.

Le marketing de santé peut être défini comme un ensemble d'activités et d'événements qui visent à atteindre un contact avec les clients ciblés et recueillir des informations à leur sujet et d'identifier leurs besoins afin de former un comportement sain chez les individus, et que ce comportement exige les travailleurs dans le domaine du marketing de la santé de¹ :

- Collecter des informations et des données sur le marché cible et de déterminer ces besoins réels des services de santé.
- Former un comportement sain et volontaire chez les individus de différentes races et une propagation de sensibilisation sanitaire contribue à diriger ce comportement.
- Déterminer l'efficacité et le succès des activités de marketing de santé.
- Déterminer l'efficacité des services de santé dans la réduction des maladies et rendre les gens plus capables de les prévenir.

Ainsi, le marketing de santé est défini comme « L'analyse des activités intégrées et interdépendantes effectuée par les organismes de santé, afin de fournir les services les plus appropriés requise, une bonne planification, le suivi de leur bonne mise en œuvre et de les promouvoir, de manière à renforcer le processus de l'échange des avantages (ou valeurs) avec leurs marchés cibles, de sorte qu'ils puissent atteindre la réalisation de ses objectifs de manière efficace et efficiente plus élevées ».²

Philip Kotler a défini le marketing de santé comme « l'analyse, la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes établis avec précision vers la réalisation d'une valeur d'échange facultative (volontaire) avec les marchés cibles dans le but d'atteindre les objectifs qu'ils visent les organismes de santé, en s'appuyant sur les besoins de ces marchés cibles et leurs désirs, et par l'utilisation efficace de la tarification, de la communication et de distribution, afin d'informer le marché et de trouver la motivation chez les individus et leur service ».³

¹ ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي و الاجتماعي، دار المناهج للنشر و التوزيع، الاردن، 2008، ص 81
² طلال بن عابد الأحمد، ادارة الرعاية الصحية، معهد الادارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2004، ص 276
³ ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، الأردن: دار اليازوري العلمية، 2005، ص31

D'un côté social du marketing, les droits des consommateurs et les associations de protection de consommateurs sont émergés, et dans le secteur de la santé a émergé ce qu'on appelle l'immunité de patient (Patient Charte), ce que permet au patient de bénéficier de¹ :

- Recevoir le service de santé sur la base de son besoin médical et clinique, indépendamment de ces capacités financières ;
- L'accès aux services médicaux d'urgence à tout moment, et profiter du service d'ambulance ;
- Renvoyer à un médecin consultant acceptable par le patient, lorsque le praticien estime que le renvoi est nécessaire ;
- Une explication claire de chaque traitement médical proposé, ainsi que de clarifier les risques potentiels et les alternatives thérapeutiques possibles, et ensuite de décider d'accepter ou de rejeter le traitement ;
- Avoir le droit d'accéder à ses dossiers médicaux, et de s'assurer que les travailleurs dans l'établissement de la santé gardent la confidentialité des ses informations.
- Avoir le droit d'accepter ou de ne pas accepter la participation à la recherche médicale, ou la formation des étudiants en médecine.
- Avoir des informations détaillées sur les services de santé locaux (fourni dans l'établissement de la santé), comprennent les normes de qualité et la longueur maximale de la période d'attente.
- Dans le cas d'une plainte déposée au sujet du service de santé, quel que soit le fournisseur de service, elle doit être examinée et délivrer une réponse rapide.

2.3.2. Processus du marketing de santé :

Partant de la définition de Kotler, on peut distinguer plusieurs étapes dans le processus de marketing de santé : ²

- Le marketing est connu comme une fonction administrative comprend quatre phases, à savoir : l'analyse, la planification, la mise en œuvre et le contrôle.
 - ✓ Phase I: C'est l'analyse et la compréhension de l'emplacement de l'organisation au sein de l'environnement concurrentiel et le degré de réponse aux besoins et attentes des patients.
 - ✓ Phase II: La planification pour la recherche et le recensement des besoins actuels et futurs des patients, et de fixer les objectifs et les normes.

¹ <http://www.magetude.com/ar/index.php?option=com> consulté le : 23.03.2014 –adapter-

² Ph.Kotler, B.Dubois, Marketing management, 11ème édition, Pearson éducation, paris, 2004, P52

- ✓ Phase III : comprend l'évaluation de la mise en œuvre pour gérer le marketing mix de santé, c'est-à-dire quelle est la meilleure façon ou la façon optimale pour atteindre les objectifs de marketing, et qui sera chargé de la mise en œuvre.
- ✓ Phase IV: le contrôle qui comprend les mesures prises afin de vérifier que le plan aller dans le bon sens, et les opérations correctives pour la modification et la correction des erreurs et les écarts.
- Les personnels du marketing dans les organisations de santé cherchent à former un ensemble d'avantages pour le marché cible par l'attraction efficace et l'échange volontaire entre l'avantage et le coût supportés par les parties d'échange.
- Le marketing de santé dans un marché cible comprend deux buts principaux et rapprochés, l'un pour l'organisation et l'autre pour le client, le premier objectif se réfère à l'orientation exacte des organisations de santé pour répondre à la demande réelle de ce marché cible, puis une réponse précise pour les besoins et les désirs des consommateurs dans ce marché. En revanche, le deuxième but est l'obtention du consommateur de tout ce qu'il a besoin de services en temps opportun, avec un minimum d'effort et de la qualité qu'il veut.
- Le but du marketing est d'aider les organismes de santé à atteindre leurs objectifs pour survivre et prospérer, et être flexibles pour travailler dans un environnement en mutation à travers un travail plus efficace dans leurs marchés en se concentrant sur les besoins et les désirs des marchés cibles, le marketing acteur est orienté vers le consommateur (Consumer-Oriented).
- Le marketing utilise et dépend d'un ensemble d'outils appelé le marketing mix (Les 7Ps) sont: la conception de produit / service, la tarification, la promotion, la distribution, les opérations, le personnel et l'environnement physique.

2.3.3. L'importance de concept du marketing dans les établissements de santé :

L'importance du marketing dans les établissements de santé peut être reconnue à travers les caractéristiques et les avantages découlant de son utilisation, on peut l'identifier comme suit ¹:

- Améliorer l'efficacité des activités de marketing et en mettant l'accent sur le style de la gestion rationnelle et la coordination pour le développement du : produit, prix,

¹ ثامر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص ص 52-53

distribution et promotion. Le marketing permet à l'administration d'avoir une entrée scientifique pour exécuter le plus haut niveau de l'efficacité dans les activités de marketing ainsi que la coordination continue entre eux.

- Rendre les organisations de santé plus sensibles aux besoins sanitaires de la communauté, grâce à sa fusion avec les clients, puisque le sondage de l'opinion des patients et le processus de mesurer le degré de leur satisfaction sont au cœur du travail de la fonction marketing, ils sont l'élément principal du processus de réalisation de la rétroaction (Feed Back) entre les patients et les établissements de santé.
- Améliorer l'image de l'établissement de la santé et le rendre dans une position privilégiée et décent dans le marché de la santé, l'introduction de la notion de marketing dans le travail des établissements de la santé pousse ces derniers à déplacer leurs idées entièrement sur tous les individus, ainsi que leur quête pour rechercher les avantages concurrentiels qui leur permettent de fournir les meilleurs services aux personnes dont ils ont besoin.
- Permettre la gestion des établissements de santé par la création des systèmes plus efficaces dans la fourniture et la distribution des services, et l'élaboration d'une politique de prix appropriée pour les services de santé qu'ils offrent.
- Le développement de la sensibilisation à la santé et l'éducation médicale chez les bénéficiaires des services de santé.
- Compléter les échanges entre les patients et l'établissement de santé à travers la gestion des opérations d'achat et de vente du service rendu et ce qu'elle exige de :
 - ✓ Collecte d'informations ;
 - ✓ Utiliser les méthodes et les différentes façons d'estimer le volume de la demande ;
 - ✓ Estimer l'énergie nécessaire de l'emploi pour servir les patients comme les médecins, infirmières, techniciens et assistants..., et aussi l'estimation de la capacité des lits et des équipements pour faire face à la demande dans les établissements de santé.
- Identifier le marché cible et quels sont les bénéficiaires actuels et potentiels de différents services de santé associés de leurs problèmes et les maladies de l'environnement.
- L'accroissement des formes de services de santé fournis et de la technologie ont ajouté une nouvelle dimension à la concurrence entre les établissements de santé, ce qui a

influencé sur le rôle du marketing dans ces établissements pour satisfaire les désirs et les besoins des personnes dans certaine région.

2.4. L'approche qualité des soins :

2.4.1. Le service sanitaire :

2.4.1.1. Définition :

Les services de santé sont considérés comme une forme de services, et l'un des facteurs de production de santé. Ils ont été défini comme le traitement prodigué aux patients, quelque soit de diagnostic ou des conseils ou une intervention médicale, résultant de satisfaction et d'intéressement par les patients, et notamment impliquant un meilleur état de santé¹.

Cette définition se réfère au contenu du service de santé comprend trois dimensions clés :

- Caractéristique du service: principalement liés à la substance du service de santé fourni, qui est constitué de plusieurs procédures de diagnostic différentes;
- Les avantages souhaités du service: c'est les différents éléments obtenus par le patient pour répondre à ces besoins de santé, et inclus une réelle compréhension de l'efficacité du travail effectué, et qui peuvent être divisés en ce qui suit²:

- Avantages directs et tangibles qui peuvent être mesurés et calculés: Les coûts qui peuvent être économisés à l'avenir en raison de la production de certains services de santé.

- Les avantages directs intangibles et difficiles à mesurer: c'est la réduction de la douleur et des maladies subi par le patient, ou qui seraient encore éviter, en raison des services obtenus.

- Les avantages indirects et tangibles qui peuvent être calculées: L'augmentation de la production à la suite de services de santé reçus par des membres de la main-d'œuvre.

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق ، ص. 168.

² ابراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمة الصحية، مكتبة القدس، مصر، 2006، الطبعة الثانية ، ص. 28.

- Services de soutien: tous les éléments ajoutés qui sont fournis avec le service de santé, et comprennent le système de réservation des rendez-vous, la réception, la coordination avec d'autres établissements de santé et les organisations sociales.

Le service de santé est défini aussi comme: le ou l'ensemble des avantages fournis à un bénéficiaire qui reçoit lors de la réception d'un service, qui lui assure un état complet de la sécurité physique, mentale et sociale pas seulement le traitement contre les maladies.¹

Cette définition montre que le processus de traitement qui a amené le patient à l'établissement de santé ne représente pas le service de santé en soi, mais plutôt une composante de ces composants, le service de santé est une activité composée de trois variables clés, et qui apparaissent dans le tableau suivant:

Tableau n°05 : Les composants du service de santé

	Exemples
Hôtel et la restauration	<ul style="list-style-type: none"> - Logement, l'entretien et le nettoyage ; - Alimentation ; - Réception ; - Chauffage.
Gestion et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des stocks, pharmacie, équipements ; - La gestion des ressources humaines, la gestion de l'information, la gestion des dossiers médicaux.
Services médicaux et paramédicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Les services thérapeutiques ; - Laboratoires d'analyse et radiologie ; - Opérations chirurgicales ; - Anesthésie.

Source : Djellal Farida et al. L'hôpital Innovateur : de l'innovation médicale à l'innovation de service, Paris : Masson, 2004, P64

Selon Karny et Darby, le service sanitaire appartient aux produits de croyance, que sont parmi les trois catégories de produits citées par ces deux auteurs² :

¹ زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات و تطبيقاته، دار المناهج، عمان، 2005، ص. 87.

² Youssef Mahyaoui, Etude Juridico Economique de la contractualisation dans le système de soins, Université de Paris : Doctorat le système de soins Hospitalier, 2003, PP 38-42

- Produit de croyance: comprend les biens et les services que le client ne peut pas assurer sa leurs qualité et leur valeur seulement après la consommation, car il n'a pas la connaissance, ni la capacité de le faire;
- Produit de recherche: comprend les biens et les services que le client peut se sentir, le voir et donc il peut l'analyser et évaluer avant le processus d'achat;
- Produit d'expérience: relatives aux biens et services que le client ne peut mesurer sa qualité seulement après son achat et pendant sa consommation.

Et en réfléchissant sur les trois types de produits, nous constatons que le service sanitaire peut être appartenant à la catégorie de produits de croyance parce que le bénéficiaire ne peut pas estimer son utilitaire seulement après qu'il l'utilise, et peut également suivre la catégorie de produits d'expérience, parce que dans certaines positions le patient peut obtenir de l'information sur les traitements médicaux, soit parce qu'il a coexisté le même état avant (accouchement, soins dentaires, ...), et soit parce qu'il a eu recours à un certain traitement sur une base continue, comme ce est le cas chez les personnes souffrant de maladies chroniques.

2.4.1.2. *Quelques caractéristiques de service sanitaires*¹ :

Les caractéristiques des services de santé ne s'éloignent pas des caractéristiques générales des services. Toutefois, le service de santé est caractérisé par des propriétés supplémentaires, qui sont comme suit:

- Les services sanitaires se caractérisent qu'ils sont offerts d'une façon personnel : c'est-à-dire à une seule personne par exemple le médecin ne peut pas traiter plus qu'un malade en même temps et que des cas limités des maladies à cause de sa spécialisation dans un domaine particulier. Cependant, cette propriété ne s'applique pas à tous les services de santé, où il ya des services qui ne prévoient pas une personne, mais à un certain nombre de personnes à la fois, comme la sensibilisation d'une maladie et la vaccination des enfants.
- Les services sanitaires exigent la vitesse dans leur fourniture et n'acceptent pas de retard : la maladie nécessite un traitement immédiat pour l'éliminer lorsque l'apparition de ces symptômes. Cette propriété de vitesse exige à son tour :
 - ✓ La propagation spatiales : en raison de la propagation de la population dans de nombreux pays du monde, dans les petites villes et villages dispersés sur de grandes

¹ بالاعتماد على: (بالتصرف)
 - صلاح محمود دياب، ادارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، الاردن، الطبعة الاولى، 2009، ص 35
 - زكي خليل مساعد، مرجع سابق، ص. 24-31.

surfaces, qui sont reliés les uns aux autres de façon que le transport est souvent médiocre, et en raison de l'urgence pour satisfaire les besoins de la population pour un service sanitaire, il faudrait l'existence d'établissements de santé à proximité de la zone géographique où se trouve un groupe de résidents et de les rendre accessibles à tous, afin de fournir les services de santé nécessaires.

✓ La propagation temporelle : les services sanitaires se caractérisent d'autres services d'être plus urgents, donc la demande d'un service sanitaire n'accepte pas le retard et doit être répondue dans le temps dont le patient a besoin, (une femme enceinte qui va s'accoucher en pleine nuit, ainsi que dans le cas de certaines épidémies comme le choléra, il nécessite de ne pas reporter la lutte mais tout l'ensemble du système de santé doit dépêcher à l'élaboration de mesures appropriées pour la prévention de cette maladie...).

- La difficulté de déterminer, de mesurer et d'évaluer la qualité des services de santé: Cela est dû à la nature du service fourni et son lien avec la vie humaine :

✓ La difficulté de déterminer la qualité des services de santé: En raison du fait que les services de santé ne sont pas tangibles, il est donc difficile de déterminer la qualité du service rendu aux bénéficiaires. Pour faire face à ce problème, l'établissement de santé doit donner une attention particulière à la planification de ces services, et l'administration doit faire tout son possible pour assurer une sorte de cohérence dans l'exécution, et donc les établissements de santé peuvent gagner de la confiance du bénéficiaire de ces services et avoir une bonne réputation pour une croissance continue.

✓ La difficulté de mesurer la qualité du service: Il peut être facile à l'établissement de santé de mesurer ce qui a été utilisé en matière de ressources comme le nombre de lits et le nombre de médecins. Mais il n'est pas facile de mesurer la qualité du service fourni d'une façon directe, mais elle peut être mesurée à partir des changements sociaux et économiques de la communauté et le niveau élevé de santé.

✓ La difficulté d'évaluer la qualité du service: En raison du fait que les services de santé ne sont pas tangibles, il est donc difficile d'évaluer la qualité du service fourni aux bénéficiaires. L'évaluation est basée sur la comparaison du nombre de ceux qui ont été guéris de la maladie dans une certaine période, ou

degré de l'engagement du bénéficiaire envers les instructions sanitaires qui lui ont été fournies par l'établissement de santé, c'est-à-dire le résultat de performance entre les réalisations de l'activité dans l'établissement de santé (sorties) par rapport aux ressources consacrées (entrées) selon les objectifs fixés. Les établissements de santé ont habitué lors de l'évaluation de ses services à évaluer trois éléments:

- Evaluation des compétences: toute évaluation d'efficacité du potentiel soit humain tels que les médecins et les infirmiers, matériel tels que les lits et les équipements ;
 - Evaluation de l'efficacité: toute évaluation du résultat de ce qu'est effectivement réalisé entre ce qu'a été prévu de fournir dans une période déterminée et de sa relation à ce qu'il visait ;
 - Evaluation des coûts: ce qui a été dépensé pour le service.
- Continuité: Si les établissements de santé sont obligés que leurs services soient caractérisés d'urgence et de vitesse, ainsi que fournir une sensibilisation élevée pour la santé, ils doivent affirmer également la pérennité et la continuité de ces services.

Le concept de continuité se varie selon le point de vue du bénéficiaire de service de santé, cela signifie:

- ✓ Du point de vue du patient, que les procédures de services de santé sont le soin de la personne comme un tout et non comme des parties du corps, le patient est au centre de la gestion des services de santé, et ceci est réalisé grâce à la continuité de la relation entre les bénéficiaires du service et ses fournisseurs, qui guident leurs patients et les dirigent vers où leurs cas exigent de suivi et de meilleurs soins.
 - ✓ Du point de vue de la société, ce sont des relations de coopération et de coordination continue et fructueuse entre les établissements de santé et les fournisseurs du service sanitaire, et que l'administration doit être consciente que le bon service de santé est celui qui envisage l'individu qu'il a des sentiments comme il a des besoins physiques, et que le service de santé est plus que le traitement avec le patient seulement mais il comprend aussi la sensibilisation et la réadaptation.
- La demande de service sanitaire est variée par le temps, selon plusieurs critères par exemple l'âge (un nouveau née, jeune homme, vieux homme) ou bien aussi

l'émergence de nouvelles maladies dans des périodes précises (les intoxications au moment d'été) ;

- Le service sanitaire est un droit pour tous (principes de service public) ;
- Le service sanitaire est un devoir humain et social avant tout sans prendre en compte les obstacles religieux, la race, l'âge, le sexe, le niveau de vie (notamment pour les établissements sanitaires publics).

2.4.1.3. Les types de services de santé :

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

- Service sanitaire de soins¹ :

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

- Service de prévention²:

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

Ces services sont également appelés « services de santé environnementale ou public », y compris :

- Services de vaccination contre les maladies et les épidémies ;
- Services de santé maternelle et de l'enfant ;
- Services de lutte contre les insectes et les animaux vecteurs de maladies ;
- Services de contrôle sanitaire sur les magasins d'alimentation et les magasins la beauté et coiffure ;

¹ ابراهيم طلعت الدمردش، مرجع سابق ، ص 126
² زكي خليل المساعد، مرجع سابق ، ص 291

- Services de contrôle environnemental pour les unités de production industrielle et agricole;
- Services de média et de sensibilisation de santé ;
- Services de quarantaine.

Il ya une autre division de services de santé, y compris :

- des services médicaux;
- Services paramédicaux;
- services pharmaceutiques;
- services chirurgicaux;
- services de reconstitution des membres;
- services de prévention (primaire et secondaire);
- Services liés à l'environnement (nutrition, l'eau, le type de la vie).

2.4.2. La qualité des soins :

2.4.2.1 Essai de définition :

Le concept de qualité dans les services de santé se varie d'une personne à un autre, selon la position de chaque personne dans l'organisation de santé, la qualité chez le fournisseur de service signifie l'engagement envers les normes de qualité médicale lors de la fourniture des soins qui sont acceptables pour lui-même, et l'administration de l'organisation de la santé peut voir que la qualité est l'accès à un niveau élevé de satisfaction des patients avec le moindre coût. Les politiciens de santé dans tous les pays voient que la qualité est une amélioration de la santé des membres de la communauté à la lumière des ressources disponibles.

Ainsi, la qualité des soins de santé comporte trois aspects:

- Le premier « professionnel » lié à l'application pertinente de la science et de la technologie médicale pour traiter les problèmes de santé de patient ;
- Le deuxième « humain » lié aux relations sociales et psychologiques du patient et le fournisseur de service de santé ;
- Alors que le troisième aspect est lié à la réalisation des besoins de luxe du patient.

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

« Un soin de grande qualité est un soin qui assure le mieux possible le bien-être du patient, après que celui-ci a pu juger des relations entre les gains espérés et les risques inhérents au soin lui-même ».¹

« C'est le niveau auquel parviennent les organisations de santé en termes d'augmentation de la probabilité de résultats souhaités pour les individus et les populations et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles ».²

L'organisation mondiale de la santé OMS a défini la qualité des soins comme étant une « capacité de "garantie " à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...], lui assurant le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la santé, au meilleur cout pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... »³.

« La qualité des soins signifie légitimation sociale des soins, justification des soins fournis, accès au soins et justice sociale, continuité des soins, mais aussi gestion du personnel de soins,»

La définition la plus largement employée vient de l'institut de médecine des Etats-Unis (IOM), la qualité des soins est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment »⁴.

Cette définition a touché plusieurs points :

Le terme service de santé se rapporte à un éventail de services qui touchent la santé (intégration aussi des maladies mentales), en outre, cette définition s'applique à tous les types de fournisseurs de soins (médecins, paramédicaux, etc), et d'établissements (hôpital, maison

¹ C. GABA et al. , Prévention des risques dans l'unité de soins, Mosson édition, Paris, 2003, P115 - PDF -

² Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (interrégional ouest), 14 juillet 1999, amélioration de la qualité en hygiène hospitalière, Rennes cedex 9, P05 - PDF -

³ Zaynep OR, Laure COM-RUELLE, la qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer, IRDES édition, DT N° 18, Paris, décembre 2008, P 03 - PDF -

⁴ Conférence des hôpitaux académiques de Belgique, read van universitaire ; Soins de qualité et accréditation, « point de vue de la CHAB-RUZB », price waterhouse coopers health research institute, keeping score, Belgique, 2007, P 02 - PDF - adapter

de repos, etc). Aussi, l'inclusion à la fois des « individus et des populations » attire l'attention sur les différentes perspectives qui doivent être envisagées.

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

Donc, ce n'est pas facile, en particulier dans le secteur de la santé, de donner une définition fixe de la qualité, ça revient à la nature de la santé, où elle est un objet personnel relatif au patient, et vari selon les attentes des individus et leurs estimations personnelles.

De ce qui précède, la qualité des soins de santé peut être définie comme la poursuite continue à réaliser les exigences du patient avec le coût le plus bas possible, où elle comprend trois points clés:

- Le premier: atteindre la qualité du point de vue du patient, et elle peut être vérifiée en mesurant la satisfaction des patients ;
- Le seconde: atteindre la qualité du point de vue professionnelle, qui est de parvenir à ce que les besoins des patients en fonction de ce qui est médicalement acceptable, en termes de diagnostic, les procédures et le traitement ;
- Le troisième : est basé sur la qualité des opérations liées à la qualité de la conception et la prestation de services de santé, à travers l'utilisation optimale des ressources de l'organisation de la santé.

2.4.2.2 Les trois niveaux de la qualité des services :

Face à la concurrence exacerbée et aux évolutions accélérées qui caractérisent le contexte économique actuel, il faut bien évidemment viser le niveau de qualité le plus élaboré (qualité satisfaction).

En effet, la création d'une offre durablement attractive ne peut s'envisager désormais sans les éléments suivants¹ :

- Une réponse complète face aux besoins du client (explicites et implicites) ;
- Une différenciation concurrentielle perceptible par les clients ;
- Une adaptation et une anticipation permanentes sur les besoins du client ;
- Une excellente fiabilité des prestations.

¹ J. MENIN, la certification qualité dans les services, édition Afnor, France, 2001, P 57

On peut identifier trois niveaux de qualité des services selon l'approche que l'on aura des exigences du client.

Tableau n°06 : Les trois niveaux de la qualité

Nature des exigences prise en compte	Résultats
Qualité conformité	
<ul style="list-style-type: none"> - Attentes explicites du client ; - Moyens du client ; - Promesse explicite du fournisseur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Service rendu est conforme au service promis ; - Le prix est adapté aux moyens des clients cibles.
Qualité perçue	
<ul style="list-style-type: none"> - Attentes explicites et implicites du client ; - Moyens du client ; - Offre des concurrents. 	<ul style="list-style-type: none"> - La promesse est adaptée à toutes les attentes du client et attractives face à la concurrence ; - Le service rendu est conforme au service promis ; - Le prix est adapté aux moyens des clients cibles.
Qualité satisfaction	
<ul style="list-style-type: none"> - Attentes explicites et implicites du client ; - Besoins actuels et à venir du client ; - Offre des concurrents. 	<ul style="list-style-type: none"> - La promesse est adaptée à toutes les attentes du client et attractives face à la concurrence ; - La promesse anticipe et répond aux besoins des clients (caractéristiques non encore attendus par le client) ; - Le service rendu est conforme au service promis.

Source : J. Menin, op.cit, p57

¹Dans l'ensemble des types de qualité, deux types dépendent de l'établissement de santé et reflètent sa performance :

- La qualité prévue, qui est théorique et procédurée ;
- 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 et descriptive ;
- La qualité perçue, qui est subjective mais mesurable et appréciable ;

¹ C. Vilcot, H. Lecllet, op cit, P 16 -adapter -

Tableau n°07 : Distinction entre qualité réelle et qualité perçue

	Mesure de la qualité offerte	Appréciation de la qualité perçue
Soins	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'infections nosocomiales - Charge en soins - Nombre de radiographie de correction - Effectif/ malade 	<ul style="list-style-type: none"> - Plus qu'à l'entrée - Personnel pressé - Trop de radiographie - Manque d'attention
Hébergement	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de lits/ chambre - Nombre de téléviseurs - Mesures acoustiques - Nombre de places de parking - Nombre de panneaux de signalisation - Nombre de chambres neuves 	<ul style="list-style-type: none"> - Intimité - Isolement - Service bruyant - Accès difficile - Repérage pas clair - Confort acceptable
Logistique	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de mutations vers plateaux techniques - Taux de renouvellement des matériels - Nombre de plats proposés - Température des plats 	<ul style="list-style-type: none"> - Déplacements trop nombreux - Hôpital vétuste - Hôpital en retard - Repas non variés - Repas tièdes
Communication/ sécurité	<ul style="list-style-type: none"> - Délai de rendez-vous - Nombre d'hauteses - Nombre de formation à l'accueil - Nombre de vols/ malade - Nombre de chutes/ malade - Nombre de contacts/ médecin 	<ul style="list-style-type: none"> - Attente trop longue - Manque d'accueil - Malade bien ou mal accueilli - Hôpital plus ou moins sûr - Sécurité respectée - Malade informé sur sa santé

Source : D. Bonhomme, « *Pour une dynamique de la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital* » Gestions hospitalières, n° 334, 1994.

2.4.2.3 Les dimensions de la qualité des soins :

Ce point est parmi les grandes difficultés rencontrées par les patients est leur évaluation du service à cause de son caractère immatériel, bien que la question des biens tangibles soit plus facile. Cependant, dans les services et même les services de santé, l'évaluation repose sur des spécifications qualitatives et expérimentale dépend de l'expérience

et de l'expertise comme la satisfaction, le bonheur, la joie, la tristesse... des spécifications qui ne peuvent pas être senties que par l'achat ou la consommation des services de santé, comme dans le traitement et guérir les blessures, l'extraction de la dent, contention des fractures ... Il développe ce qui est au-delà des services de santé lorsqu'ils sont liés à ou dépendant des spécifications de qualité de confiance et de crédibilité.

Et malgré tout ça, les patients comptent sur leur évaluation des services de santé sur le niveau ou le degré de qualité, en s'appuyant sur cinq dimensions :

Fiabilité (32% d'importance relative), Réactivité (22% d'importance relative), Sécurité (19% d'importance relative), Tangibilité (11% d'importance relative) Empathie (16% d'importance relative)¹

- Fiabilité :

La fiabilité fait référence à la capacité du fournisseur de services des soins pour accomplir ou exécuter la prestation promise d'une façon exacte et fiable.

Afin de comprendre la fiabilité, nous devons concentrer sur les caractéristiques de service concernant la façon dont son rendement au travail pendant l'utilisation, il s'agit d'un service conforme à la fonction désirée avec succès dans les conditions normales d'utilisation et pour une période déterminée, et dans cette définition sont quatre éléments importants sont : la performance, les conditions d'utilisation, le respect des horaires et la fiabilité (précision du diagnostic dès la première fois).

- Réactivité :

La réactivité signifie la capacité du fournisseur de services et sa rapidité à répondre aux demandes et aux réclamations des patients, elle reflète le désir et la volonté permanente à aider et à donner un service rapide aux utilisateurs quand ils en ont besoin indépendamment de leur origine, et leur état, et leur fond.

Réagir dans le domaine des services de santé comprend les variables suivantes : vitesse dans la prestation de services nécessaires de santé, la réponse immédiate aux besoins du patient quel que soit le degré de préoccupation, la volonté constante d'employés de coopérer avec le patient, une réponse rapide aux demandes de renseignements et plaintes ...

¹ ثامر ياسر البكري ، مرجع سابق ، ص214

- Assurance (sécurité):

La nomination de l'assurance est destinée à mettre l'accent sur les caractéristiques du personnel qui ont de la connaissance et la capacité et la confiance nécessaires pour fournir le service.

Les critères d'évaluation de la qualité des services de santé en vertu de cette dimension sont comme suit: l'image et la place de l'établissement dans la société, la connaissance et la compétence du corps médical et les qualités personnelles du personnel.

- Tangibilité :

La tangibilité se réfère à l'aspect des ressources humaines et matérielles, les équipements nécessaires pour fournir le service, les installations de l'intérieur, le matériel et les équipements de communication, en plus les bâtiments et les techniques de l'information et de la communication utilisées...

Les critères d'évaluation de cette dimension comprennent: les outils utilisés dans le diagnostic et le traitement, l'apparence extérieure des prestataires de services, les zones d'attente et de réception, les moyens de loisirs. En tenant compte de l'apparence de l'assainissement et de la propreté dans les établissements de santé, et l'utilisation des outils propres et des procédures normalisées dans les établissements et enfin la prescription médicale qui doit être facilement comprise par les patients.

- Empathie :

L'empathie signifie l'existence de confiance, de respect, de courtoisie et de gentillesse, la compréhension, l'écoute et la communication entre les fournisseurs de soins de santé et les bénéficiaires.

Les critères d'évaluation de cette dimension comprennent: degré d'attention et d'intérêt personnalisé consacrés à chaque patient en particulier et de travailler à trouver des solutions à ses problèmes humainement la disponibilité et l'écoute du personnel, respect de l'intimité du patient, répondre aux besoins des patients avec politesse et amabilité.

Tableau n°08 : Les dimensions de la qualité

Dimension	Critères d'évaluation	Exemples
Fiabilité	- Des registres sans erreurs - Respect des horaires d'offre de soin	- Confiance du patient sur la fiabilité des factures - Confiance d'être en sécurité
Serviabilité	- Offrir des services de soins rapides - Disponibilité du personnel 24h/24	- Arrivé des ambulances au bon moment - Bloc opératoire prêt à n'importe quel moment et pour tout les cas
Assurance	- Image et place de l'hôpital - Compétence et connaissance du corps médical - Caractéristiques personnelles du personnel	- Bonne communication avec les soignants - Haute compétence à réagir
Tangibilité	- Outils et équipement utilisés dans le diagnostic et le traitement - Apparence extérieure du personnel - Espaces d'attente e d'accueil	- Propreté des locaux - Bonne qualité des repas offerts
Empathie	- Attention personnel du patient - Ecoute aux réclamations - Répondre aux besoins gentiment et aimablement	- Voir le patient qu'il a toujours raison - L'infermière est la 2 ^{ème} mère du patient

ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 213 : source

En plus de ces dimensions, d'autres auteurs ajoutent les dimensions suivantes:¹

- La facilité d'accès aux services de santé: tout service de santé ne doit pas être limité par un obstacle, mais être accessible, près et facile à communiquer ;
- L'efficacité et l'impact: la qualité dépend de l'efficacité et l'impact des services fournis sur des bases scientifiques, et de les fournir d'une manière appropriée technologiquement en tenant compte des circonstances et des risques potentiels;
- La relation entre les individus: c'est l'interaction entre les fournisseurs de services de santé et ses bénéficiaires, ainsi qu'entre l'équipe de la santé et de la communauté afin qu'ils soient de bonnes relations, y compris la réactivité et de l'empathie et de la bonne écoute et le respect;

¹ فريد كورتل، تسويق الخدمات، الطبعة الاولى، دار الكنوز العلمية للنشر، 2009، ص ص 362-363

- Les équipements : les spécifications des services qui aident à la satisfaction des patients et la satisfaction de leurs désirs comme la disponibilité des salles d'attente confortable ainsi des rideaux dans les chambres d'examen médical permettent de maintenir les secrets du patient et sa vie privée.

2.4.2.4 *L'évaluation de la qualité des soins :*

IL n'y a pas de qualité sans mesure, la mesure fait partie intégrante de la mise en place de la 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 ;
- Le bon déroulement des processus, cela consiste en une objectivation du niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration ;
- Un suivi en continu de certaines caractéristiques afin d'agir dès qu'une dérive apparaît ;
- Valoriser le travail accompli ;
- Donner confiance aux professionnels et aux patients sur le maintien d'une qualité de prestation ;
- D'apporter la preuve des progrès réalisés.

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.

Dans le domaine de soin de santé, les professionnels dans ce domaine voient qu'il ya deux éléments de base avec lesquels la qualité de services de santé peut être mesurée :

- L'élément technique: l'application des connaissances et de l'information et de la technologie médicale et d'autres sciences dans le traitement des problèmes médicaux,

la qualité dans cet élément est mesurée par le degré de capacité à fournir le maximum d'avantages de santé du patient sans entraîner des risques accrus;

- L'élément humain : et c'est la gestion de l'interaction sociale et psychologique entre les fournisseurs des services de santé et les patients en fonction des valeurs et des normes sociales qui régissent l'interaction entre les individus en général et dans les positions de la maladie en particulier, et la qualité dans cet élément est mesurée par le degré de réponse aux attentes et besoins des patients par les fournisseurs de services de santé, et aussi en termes des conditions de confort et de plaisir dans de la résidence comme des aspects complémentaires social et psychologique.

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

- Les indicateurs : Les indicateurs de qualité doivent être simples, pertinents, reproductibles et fiables. 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 ;
 - ✓ 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.
- 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.

- 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.

On peut également mesurer la qualité des services de santé à travers:

- L'étude et l'identification des attentes des patients bénéficiaires des services des établissements de santé;
- Mettre des spécifications bien définies, délibérées et étudiées sur tous les niveaux des établissements de santé comme un outil essentiel pour concevoir des services qui sont en ligne avec les attentes des patients et des visiteurs de l'hôpital;
- L'évaluation des performances réelles pour savoir le degré de conformité du service aux aspirations et aux attentes des patients.

2.5. **La satisfaction des patients : un enjeu pour les établissements sanitaires**

Le processus de réalisation de la satisfaction du client dans le marketing des services se diffère souvent de celui dans le marketing des produits, car la qualité perçue du service n'est pas la qualité perçue des biens tangibles à cause de leurs différentes caractéristiques, et la question devient plus privée dans le secteur des services de santé du reste des autres secteurs des services en raison de la vie privée des patients qui se diffèrent les uns des autres en fonction de leur état de santé. Par conséquent, l'essence de la qualité est de répondre aux besoins et exigences des patients à travers le service de santé fourni.

Il convient de noter que le patient construit ses prédictions sur le résultat du service à partir de l'interaction de quatre variables, à savoir:

- Les besoins du patient.
- L'expérience antérieure du patient.
- Le mot échangé « Word of mouth » de ses amis et collègues.
- Les communications de marketing fournies par les organismes de santé pour leurs clients, de les informer sur le niveau de qualité de service de santé, annoncées par les activités de publicité et de promotion.

Il est à noter que les attentes des patients jouent un rôle essentiel dans le jugement de la qualité du service fourni par les organismes de santé. La satisfaction des patients s'appuie sur nombreuses dimensions :

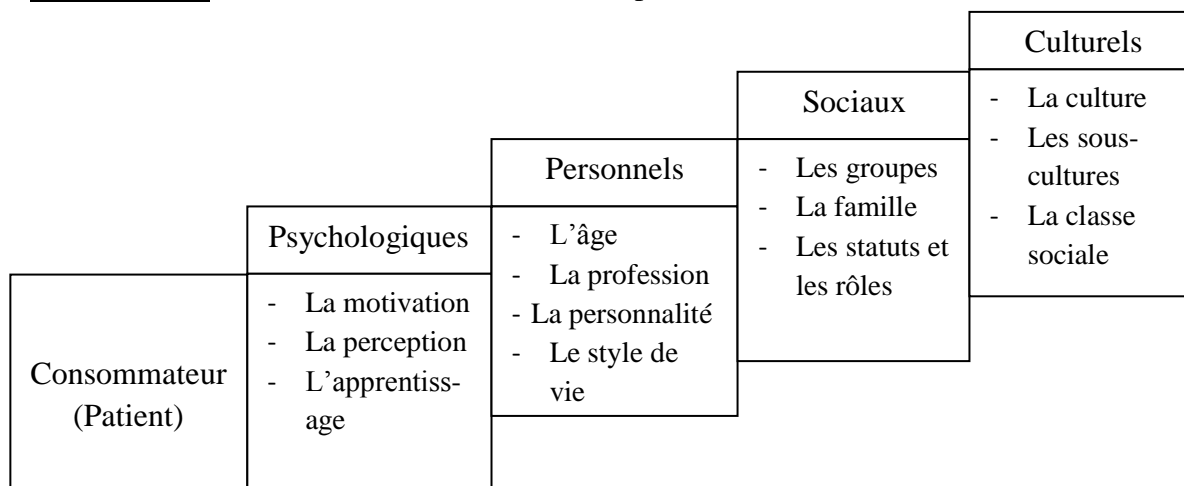
- Humanisme ou l'art de la prise en charge ;
- Capacité des communications ;
- Qualité globale, y compris les relations interpersonnelles ;
- Efficacité du fournisseur de services ;
- Bureaucratie au sein du système de santé ;
- Facilité d'accès au service ;
- Coût ;
- Environnement externe et interne ;
- Résultat de soins de santé ;
- Faire attention aux problèmes psychologiques et sociaux.

Dans les services publics, de nombreux facteurs influencent la satisfaction de l'utilisateur¹ :

- Le sentiment de satisfaction est dépendant des références sociales, culturelles et personnelles de chaque usager. Les travaux de Laville (2005) insistent sur la dimension intersubjective de la relation entre l'utilisateur et l'administration comme source de satisfaction.
- Par ailleurs, en tant que perception, la satisfaction dépend autant de l'idée que la personne se fait du service public que de la réalité du service public.
- La satisfaction renvoie pour l'utilisateur à un «sentiment de justice» ou «d'injustice» c'est-à-dire à la perception d'avoir été traités «justement» ou «injustement».

¹ SABADIE, W. (2003), Conceptualisation et mesure de la qualité perçue d'un service public, Recherche et Applications en Marketing, 18, n°1, 1-18.

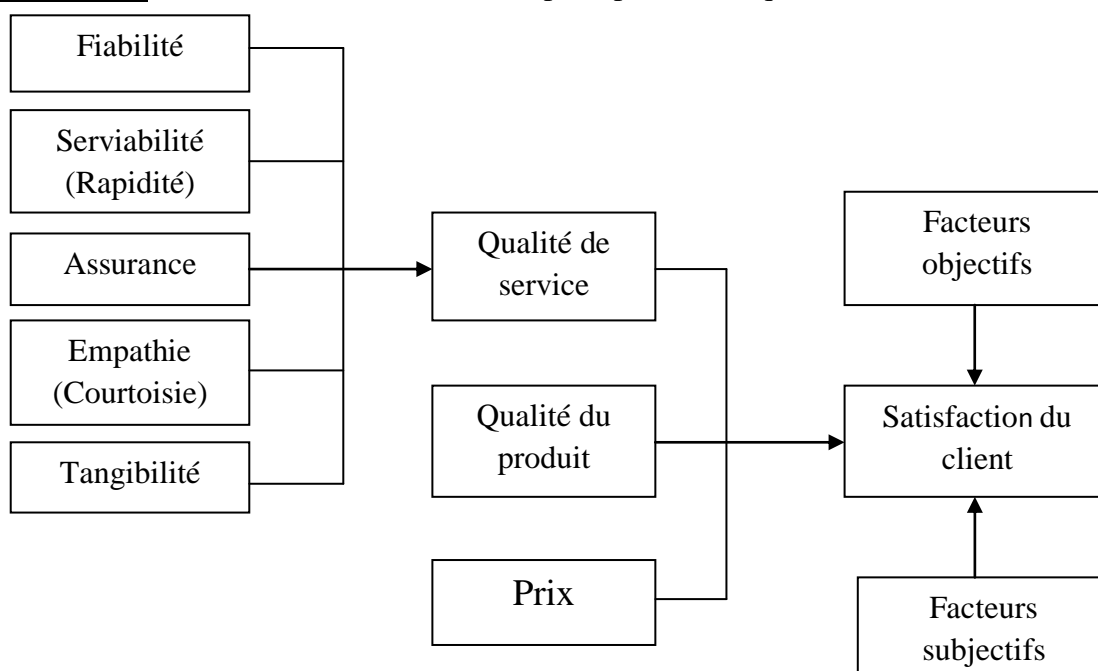
Figure n°13 : Les facteurs influants sur le comportement de consommateur



Source : P.Kotler , B.Dubois, "marketing management",publi-union ,10eme edition , Paris, 2000, P173

Le problème de la satisfaction dans les services publics ne se pose donc pas uniquement en termes de critères mesurables d'accessibilité des services, de simplicité des démarches administratives, de rapidité de traitement des dossiers... Le processus de «servuction» implique non seulement de prendre en compte les facteurs formels de production du service (accueil, délais...) mais aussi les circonstances de production (environnement, caractéristiques des bénéficiaires, qualité de l'écoute, attention de l'agent...). La coproduction du service avec l'usager implique que la satisfaction individuelle se porte sur des éléments autres que le cadre strict de la prestation.

Figure n°14: La satisfaction du client et sa perception de la qualité



Source : -traduit- 99 ص 2002، الأردن، عمان. الأردن، "سلوك المستهلك"، دار المناهج، عمان، 2002، ص 99

Sur la base de ce qui précède, on peut dire que la réalisation de la satisfaction des patients est un objectif et un outil de marketing dans le même temps, le but principal de l'activité de marketing est de rendre le client heureux et satisfaits des services de l'organisation de santé, donc toutes les activités de l'organisation doivent être axées sur la satisfaction du patient.

2.5.1. Comment atteindre la satisfaction des patients ? :

Le diagramme en arbre : Le diagramme en arbre est un outil utilisé par un groupe de chercheurs pour répondre à la question *Comment ?* Il s'agit de trouver des solutions pour exclure les causes du problème. Représentation en arborescence qui permet à partir d'un objectif de départ de décliner l'ensemble des objectifs intermédiaires et les moyens à mettre en œuvre.

Son objectif est de rechercher l'ensemble des moyens à mettre en œuvre pour atteindre un objectif déterminé.

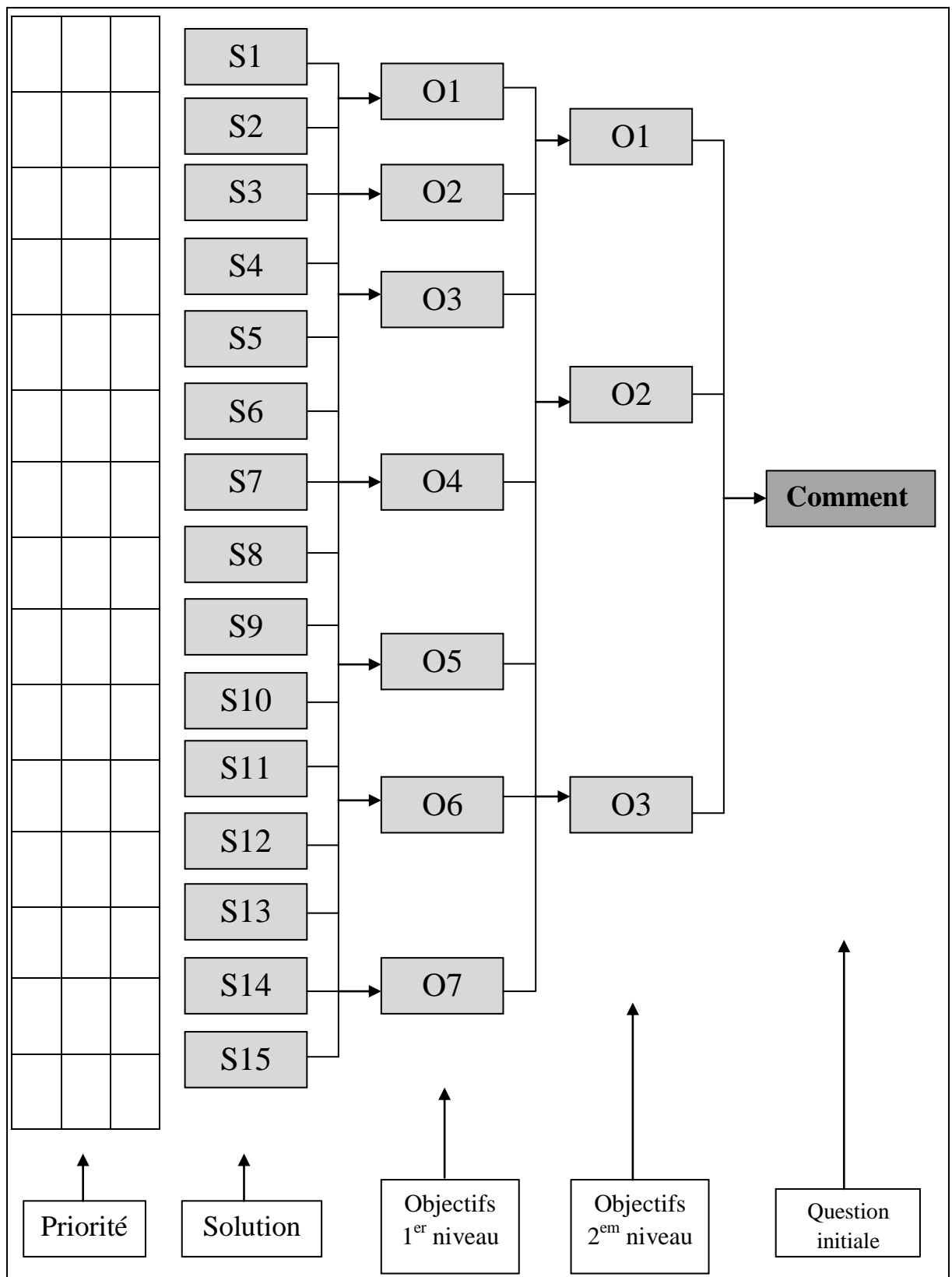
Pour répondre à la question « *comment on peut satisfaire les besoins des patients qui visitent ce service ?* », à l'aide de certains personnels travaillant dans le service et le directeur financier de l'hôpital Habib Bourguiba (Sfax) qui ont proposé de tracer le diagramme en arbre (figure ci-après)¹.

La figure suivante montre que l'objectif c'est la « satisfaction des patients », une fois l'objectif fixé, il est important de fixer des catégories qui sont dans notre cas au nombre de trois (Temps d'attente, Ressources Humaines et Méthodes), pour chaque catégories il y a des sous catégories et à la fin de la hiérarchisation on fixe des attributs qui expliquent mieux les sous catégories.

Ce diagramme permet au responsable de l'hôpital de prendre en compte les catégories, les sous catégories et les attributs collectés dans leur planification future.

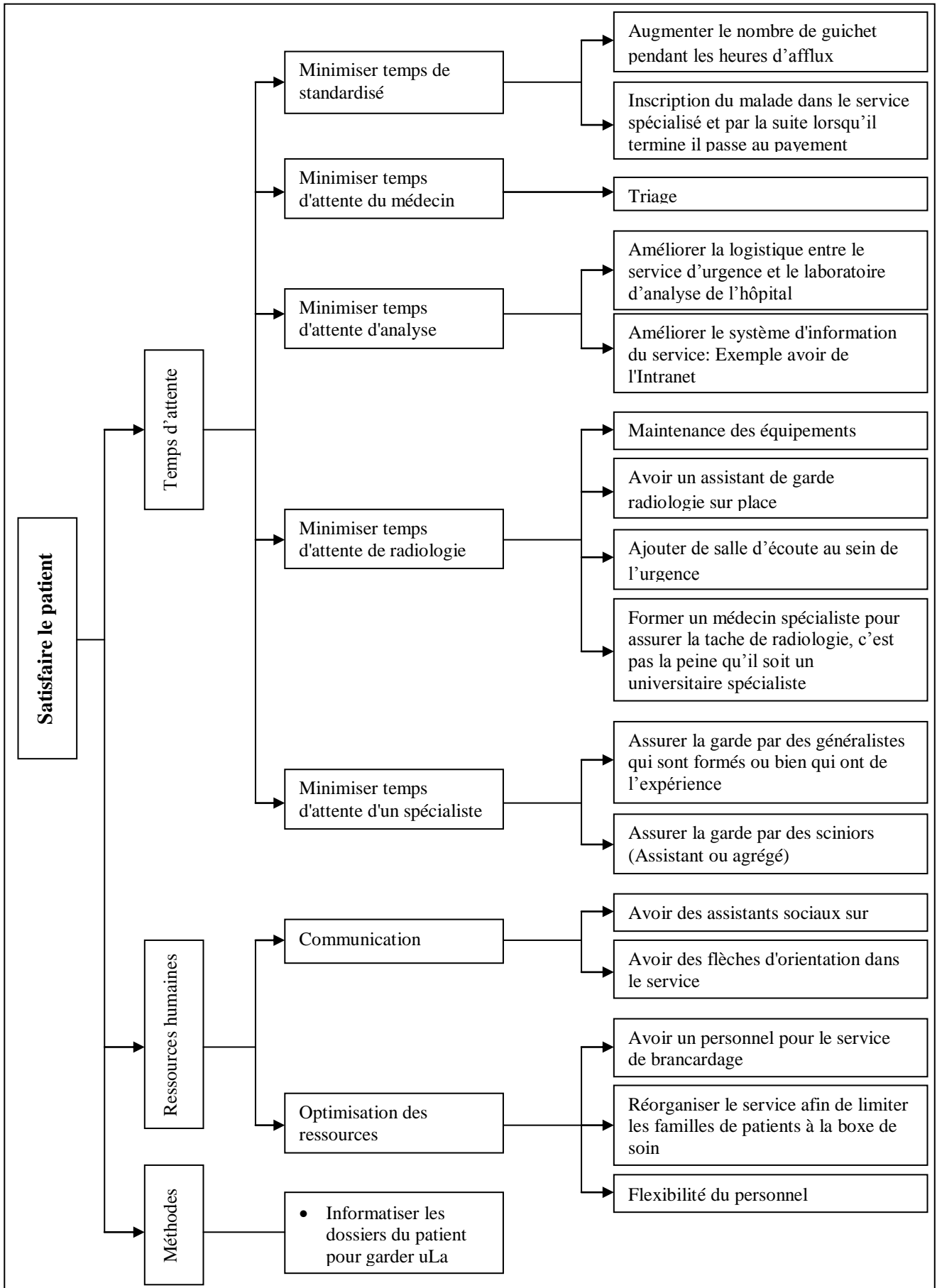
¹ J. JLASSI-A. EL MHAMEDI -H. CHABCHOUB ; 22-24 oct. 2007 ; Utilité du diagramme en arbre pour la satisfaction des patients ; CPI'2007, Rabat – Maroc, P 10, PDF

Figure n°15 : Le diagramme en arbre



Source : J. JLASSI-A. EL MHAMEDI -H. CHABCHOUB, Op.cit, P 10

Figure n°16 : Le diagramme en arbre du service d'urgence-hôpital de Sfax



2.5.2. L'évaluation de la satisfaction des patients : un indicateur qui évolue et se généralise

La notion d'évaluation s'inscrit dans l'idée que les services publics doivent rendre compte du bon usage des finances publiques.

Un service public n'est pas simplement un prestataire de service, il participe également à la cohésion de la société. Selon Chevallier (2005)¹, « alors que les organisations privées sont « introverties », c'est-à-dire finalisées sur elles-mêmes, les organisations publiques sont « extraverties » c'est-à-dire mises au service d'intérêts qui les dépassent ; toute réforme administrative vise donc à une meilleure satisfaction de « l'administré » ce qui implique une certaine représentation de celui-ci. Les services publics ne sont donc pas seulement destinés à répondre aux attentes individuelles de leurs usagers, ils sont aussi l'un des instruments majeurs à la disposition des pouvoirs publics pour leur permettre d'influencer l'environnement socio-économique d'un territoire ».

La différence entre public et privé se situe ainsi au niveau des finalités. Les institutions publiques sont au service de la société et contribuent à la mise en œuvre des politiques. La finalité recherchée dans la définition de l'activité publique est par conséquent d'influencer leur environnement (impact) et ne vise pas seulement à produire des prestations (résultat). L'évaluation des résultats des décisions et des actions de gestion doit donc intégrer l'analyse de l'impact des politiques et peut s'effectuer de multiples manières en fonction des objectifs assignés².

La mesure du niveau de satisfaction de la clientèle est important pour toute organisation, car il reflète le succès de la gestion de l'organisation dans leur traitement avec les clients et dans la commercialisation de leurs produits et services. Des études ont montré que le client satisfait du produit ou du service parle de sa satisfaction à trois personnes, cependant un client insatisfait, parle de son insatisfaction à l'égard du produit ou service à plus de vingt personnes. Cela montre l'ampleur de l'impact de la satisfaction du client ou de l'insatisfaction dans le processus de marketing. Ainsi, la satisfaction du client est considérée comme un actif parmi les actifs de l'organisation et qui aide l'organisation à maintenir, car le client satisfait revient pour acheter d'autres fois, ainsi que cela fonctionne sur le transfert

¹ CHEVALLIER, J., Le service public, Que sais-je? 2005, PDF

² GERBAIX, S., Le contrôle de gestion, Que sais-je ? 2006, PDF

d'une bonne image du produit ou du service et de l'organisation elle-même, ce qui permet d'attirer de nouveaux clients.¹

L'évaluation comprend des éléments structurés formels (règles explicites, procédures, mesures des résultats, tableaux de bord, comptabilité analytique, évaluation des politiques publiques ...) et/ou informels (culture d'établissement, valeurs communes, loyauté, engagement réciproque, règles non écrites ...).

L'évaluation implique la prise en compte de l'ensemble de ses dimensions subjective aussi bien qu'objective et rationnelle (Bessire, 1999)².

2.5.2.1. *Les objectifs de l'évaluation :*

- Fournir aux établissements de santé des outils de pilotage et de gestion de la qualité ;
- Répondre à l'exigence de transparence par les usagers ;
- Aider à la décision et au pilotage des politiques d'intervention à l'échelon régional et national ;
- Améliorer l'efficacité de la procédure de certification.

2.5.2.2. *Les outils de l'évaluation de la satisfaction :*

Il existe de nombreux outils disponibles pour mesurer la satisfaction, puisque le succès de l'organisation de santé dans le marché est fortement tributaire de sa capacité à servir ses clients et d'atteindre leur satisfaction. Parmi ces méthodes comprennent :

- Les systèmes des plaintes et des suggestions : En vertu de ce système, l'organisation de santé encourage les clients pour donner leurs propositions à développer et à améliorer le service et même les éléments du marketing mix de la santé afin d'obtenir leur satisfaction, et grâce à un système de plaintes et de suggestions l'organisation peut transformer les gens insatisfaits de l'organisation aux personnes loyautés envers l'organisation et ses services, parce que ce système crée chez le client un sentiment qu'il est le sujet d'intérêt de l'organisation. Il est à noter que les organisations qui ont une orientation vers le client réagissent fortement avec les plaintes des clients, en plus, elles essaient de chercher des plaintes, car l'absence de plaintes ne signifie pas nécessairement d'avoir un niveau élevé de satisfaction de la clientèle, de sorte que le

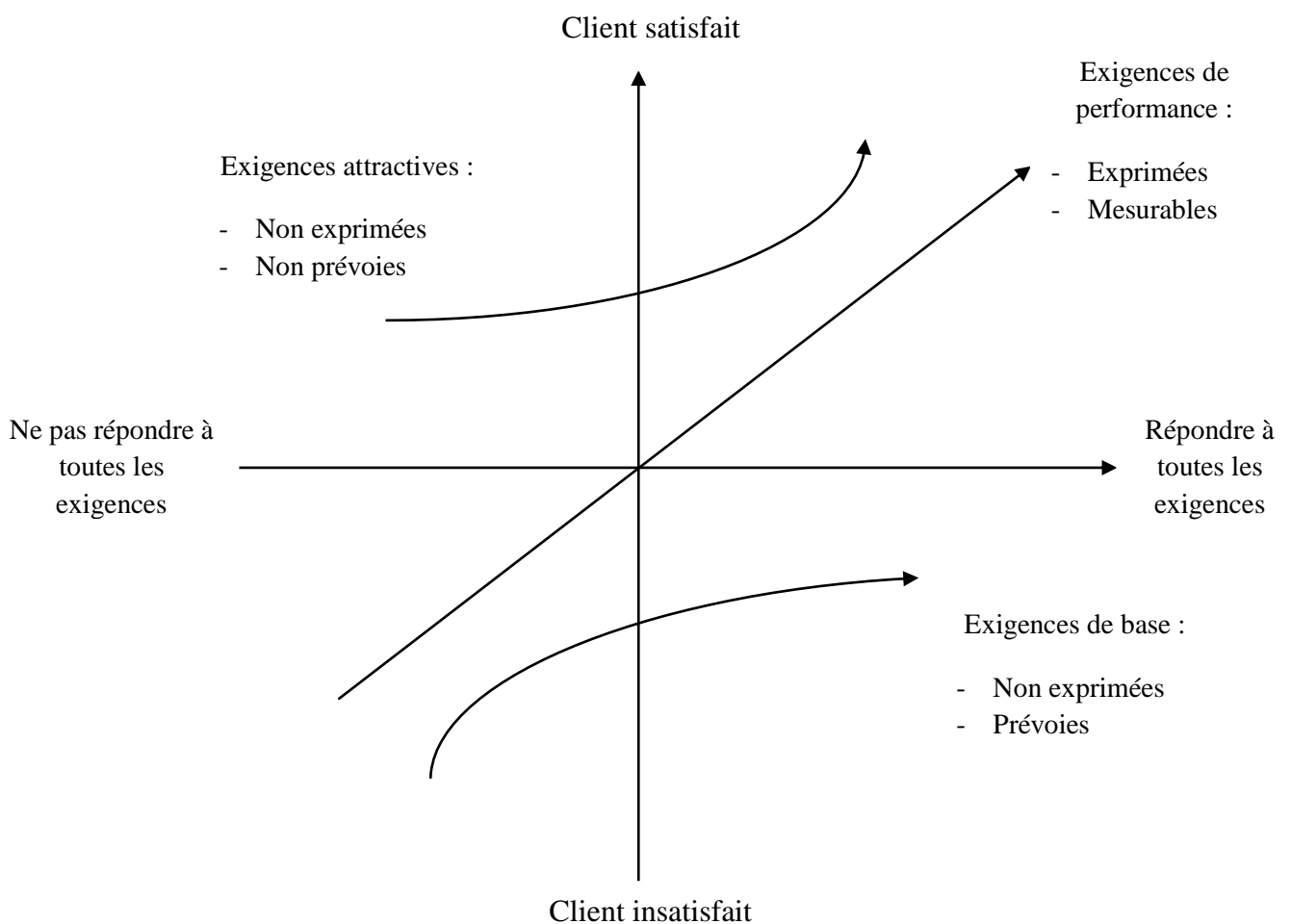
¹ محفوظ احمد جودة، ادارة الجودة الشاملة: مفاهيم و تطبيقات، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الاولى، عمان الاردن، 2008، ص80

² BESSIRE, D. (1999), Définir la performance, Comptabilité Contrôle Audit, 2, n°5, 127-150.

Le système utilisé pour donner la possibilité d'installer leur satisfaction sur le service peut ne pas être suffisant. Il convient également de prendre en compte le fait qu'il existe des soi-disant la majorité silencieuse des clients qui ne sont pas disposés à faire des plaintes, quelles que soient les circonstances.

- Recherches de mesurer de la satisfaction des clients : C'est que l'organisation de la santé mène, de temps en temps, des recherches pour mesurer la satisfaction du client sur ses services et son désir de continuer à traiter avec elle à l'avenir ou non, et en concevant une liste de l'enquête sous la forme d'une échelle qui représente les niveaux de qualité de service, il faut généralement cinq niveaux allant de : merveilleux très bien, satisfaisant, équitable, et enfin mauvais.
- Le modèle de Kano de satisfaction de la clientèle : Le modèle " Kano " divise les exigences de service en termes de son impact sur la satisfaction du client en trois types:¹

Figure n° 17: le modèle de Kano de la satisfaction des clients



source: محفوظ احمد جودة، مرجع سابق، ص 82

¹ محفوظ احمد جودة، مرجع سابق، ص 82

✓ Les exigences de base : il prévient que ces exigences existent dans le service, et n'a donc pas besoin d'être exprimé. Si ces exigences n'ont pas été répondu, le client ne sera pas satisfait, en revanche, si ces conditions sont réunies (certes être présent), il ne sera pas augmenter le niveau de satisfaction de la clientèle.

✓ Exigences de performance : Selon les exigences de performance qui sont sur une seule direction, le niveau de satisfaction de la clientèle est directement proportionnelle au degré de répondre à ces exigences, plus que le degré de répondre à ces exigences est élevé plus que le niveau de satisfaction est élevé et vice versa, et ces exigences sont expressément requises par le client.

✓ Exigences attractives: ces exigences ont le grand degré d'impact sur le degré de satisfaction de la clientèle. Selon la nature de ces exigences, elles ne sont pas exprimées par le client, et même elles ne sont pas prévues par lui. L'accomplissement de ces exigences à un certain degré donne le client un degré plus de satisfaction. Mais si ces exigences ne sont pas accomplies, le client ne se sent pas l'insatisfaction.

Ce modèle aide l'organisation à classer ses priorités en ce qui concerne le développement de ses services, à travers la concentration de ses efforts sur les exigences de performance et attractives au lieu les exigences de base qu'elles doivent être satisfaisantes pour le client. Et concernant la collecte des informations, l'organisation peut utiliser l'observation, l'interview ou le questionnaire.

2.5.2.3. *Modalités de l'enquête :*

- Enquête transversale réalisée chaque année ;
- Enquête téléphonique auprès des patients 15 jours après leur hospitalisation ;
- Un numéro vert gratuit est mis à disposition.
- Questionnaire :
 - ✓ Satisfaction globale (opinion, préférence de l'établissement, recommandation de l'établissement) ;
 - ✓ Questions filtres (intensité de la douleur, compréhension sur les actes opératoires) ;

- ✓ Questions propres au patient (âge, amélioration de l'état de santé perçu, satisfaction de la vie en général) ;
- ✓ Questions opérationnelles à l'initiative et à la charge des établissements de santé.

Conclusion :

D'après notre étude des caractéristiques des services et de leur marketing, on note qu'il existe une alliance entre le niveau de la santé des individus et le développement du pays. D'ici, il est indispensable de donner à ce secteur un grand intérêt et chercher à le développer en améliorant la qualité des services de soins fournis pour répondre aux besoins des usagers et par la suite pour les satisfaire.

Le système hospitalier doit rendre un service de qualité aux usagers tout en étant soutenable d'un point de vue financier. Les multiples exigences auxquelles il est confronté, contrainte économique, égalité d'accès aux soins, offre de qualité, nécessitent de la part des établissements de santé de profondes adaptations et des modifications de leur modes de fonctionnement. Ils doivent exploiter toutes les marges de manœuvre disponibles pour accroître leur performance.

CHAPITRE 03 :

***L'étude empirique ;
l'impact de la qualité du
service sur la satisfaction des
patients***

Préambule :

La question de la qualité est devenue vitale dans le secteur des services en général et dans le domaine de la santé, en particulier. Pour cela, il devient important de l'évaluer et de chercher à l'améliorer, sans oublier que l'un des facteurs influençant sur la satisfaction de l'utilisateur est bien évident la qualité de la prestation du service fourni.

Mesurer la performance d'un service public n'est pas aisé. Plusieurs approches sont possibles. La satisfaction des usagers en est une.

Bien que la finalité d'un service est de satisfaire un usager, et que l'une des dimensions d'évaluation de la qualité d'un service est de savoir la façon dont les usagers pensent de lui, il est donc nécessaire dans un cadre méthodologique d'interroger un échantillon de patients sur leurs avis vis-à-vis la qualité du service obtenu dans un établissement public.

Section 01 : Les étapes de déroulement de l'étude empirique

1.3. Méthodologie de recherche :

On présente ci-dessus la méthodologie qu'on a suivi au cours de notre recherche et de l'étude empirique, en passant par définir les limites de l'étude, les outils de collecte des données, définir l'échantillon de l'étude, les hypothèses de recherche et les études antérieurs qui portent sur la qualité des services et la satisfaction des usagers des services publics...

1.3.1. Les limites de l'étude :

L'étude était limitée par des limites temporelles, spatiales et humaines.

- Les limites temporelles : l'étude a été élaboré dans la période de Septembre 2013 jusqu'à Février 2014 ;
- Les limites spatiales : afin de mettre en lumière l'état de la qualité de services des soins au sein des établissements publics et de mesurer la satisfaction des usagers, on a choisi comme cas trois établissements publics hospitaliers qu'on va les présenté ci-après ;
- Les limites humaines : notre étude a visé un échantillon de 150 patients qui ont séjourné au sein de ces trois EPH.

1.3.2. Les outils de collecte des données :

Du fait de la nature et de la particularité de sujet de notre recherche portant sur la satisfaction des patients, il était nécessaire de suivre la méthode d'analyse descriptive par l'analyse des données statistiques et d'expliquer la relation entre les variables.

L'étude a été passée en deux étapes :

- Au premier lieu, afin de collecter les données et les statistiques concernant le système national de santé et son organisation, on a visité quelques institutions et écoles : ministère de santé, de population et des réformes hospitalières (MSPRH), agence nationale de la documentation de la santé(ANDS), école supérieure du management de la santé publique (ESMSP), institut national de la santé publique (INSP).
- Au deuxième lieu, on a visité les établissements publics hospitaliers (EPH) de Boufarik, Tiaret et Tissemsilet, la visite a visée deux buts : d'avoir une présentation de

chaque établissement, et de collecter des données auprès d'un questionnaire destinés au patients.

- **Interview :**

L'interview est l'un des moyens importants de collecter les données de l'étude des individus et le comportement humain. Il est défini comme « un dialogue ou d'une conversation ou une discussion orientée, sont généralement entre le chercheur et une autre part représente une personne ou un groupe de personnes, et dans le but de l'accès à l'information qui reflète les faits ou les réalités que le chercheur a besoin afin d'arriver au objectif visé ».¹

Compte tenu de l'objet de notre recherche sur la qualité des services de santé, nous avons concentré notre entrevue à l'interrogation des directeurs des EPH de Boufarik, Tiaret et Tissemsilet auteur leur point de vue sur la réalité de la qualité des services sanitaires en Algérie sous les réformes hospitalières et de la perception des patients vis-à-vis les services de soins fournis au sein de chaque établissement.

Ainsi, nous avons interviewé certains patients sur leur perception et leur degré de satisfaction envers les services sanitaires obtenus où qu'ils considéraient comme la plus importante partie relativement à l'objet de l'étude, en plus des problèmes les plus importants auxquels ils sont confrontés, et la mesure de leur désir de participer à l'amélioration de ces services.

En plus de l'interview, nous avons utilisé comme une méthode dans la recherche **l'observation** (l'apparence extérieure des prestataires de services et d'assainissement, les zones d'attente et de réception, la propreté des chambres, du linge et des toilettes, les repas servis...), afin de s'assurer la fiabilité des réponses.

- **Questionnaire :**

Le questionnaire est considéré comme l'un des moyens les plus efficaces de collecte de données, qui est « une forme contenant une série de paragraphes formulés sous forme de sondage, que chaque participant dans l'échantillon doit répondre lui-même ».²

¹ عامر قنديلجي، "البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والإلكترونية"، دار الميسرة للنشر، عمان الأردن، 2001، ص 15 -traduit-

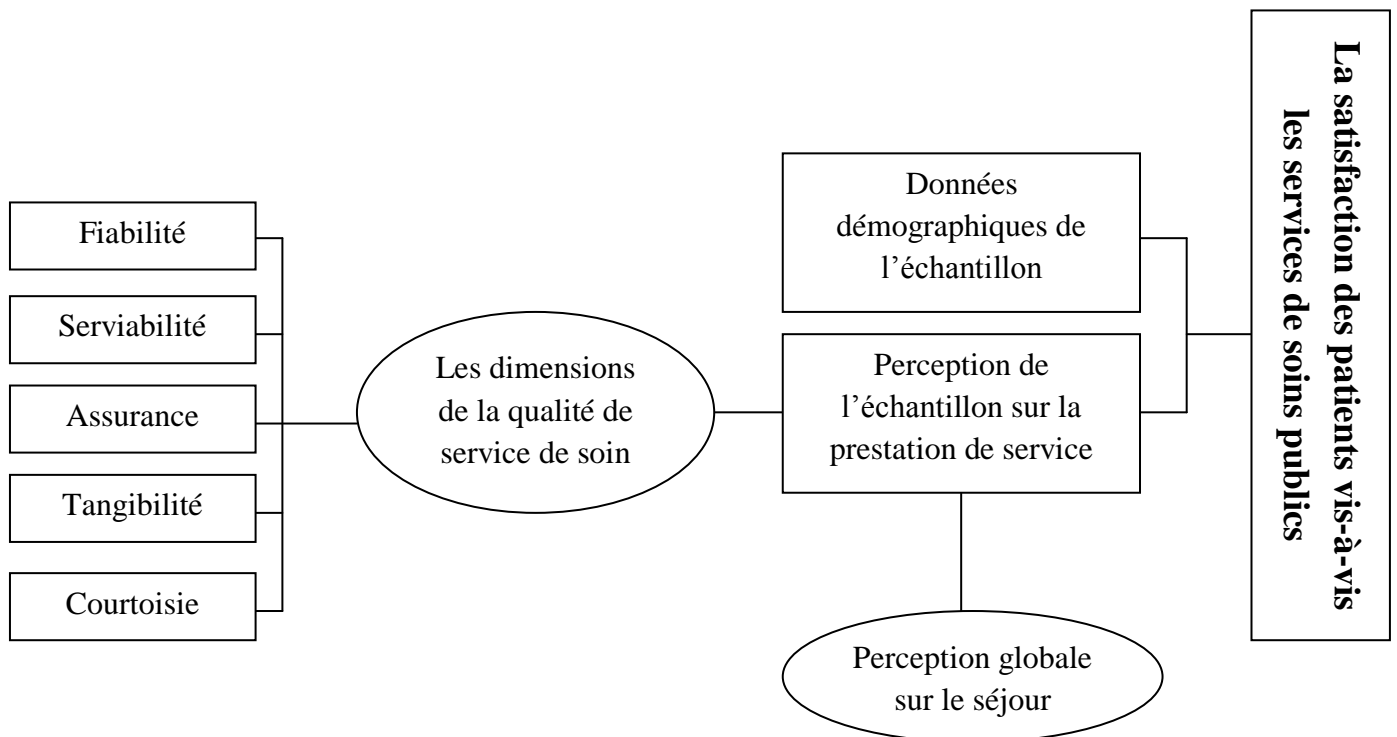
² مهدي حسن زويلف، "منهجية البحث العلمي"، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان الأردن، 1991، ص 5 -traduit-

Nous l'avons adoptée dans la recherche de faits et des aspects scientifiques du sujet. Le questionnaire facilite également le processus de collecte de données, la compilation et l'interprétation, et donc l'accès aux conclusions nécessaires et appropriées.

A cet effet, nous avons construit un questionnaire initial qu'on a distribué sur un échantillon de patients (auprès de l'EPH de Ksar Chellala W. Tiaret), afin de tester sa fiabilité, et par la suite on a arrivé à formé notre questionnaire final après les modifications portées sur le questionnaire initial inspirées des réponses du test.

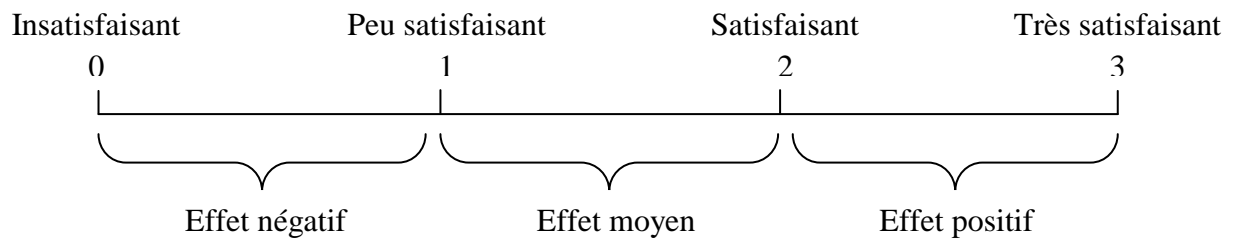
Le questionnaire a été divisé en deux parties, la première partie des données démographiques de l'échantillon, tels que le sexe, l'âge, niveau d'instruction et la longueur du séjour. Et la deuxième partie est basée sur la détermination de la perception de l'échantillon de l'étude sur les dimensions de qualité de service de santé à travers 23 questions reflètent les indicateurs clés pour les cinq dimensions de la qualité des services de santé.

Figure n° 3.01 : Contenant du questionnaire



Source : Par nous, dans le cadre d'élaboration du mémoire

Les questions du questionnaire ont été présentées sur une échelle de 0 à 3 comme suit :



[0 – 0,99] : La qualité du service de soin a un effet négatif sur la satisfaction du patient ;

[1 – 1,99] : La qualité du service de soin a un effet moyen sur la satisfaction du patient ;

[2 – 3] : La qualité du service de soin a un effet positif sur la satisfaction du patient.

1.3.3. L'échantillon de l'étude :

On optant pour trois établissements publics hospitaliers, on a voulu d'élargir notre échantillon d'étude. Le questionnaire a été distribué aléatoirement sur un nombre de patients résidants au sein de ces EPH dans différents services. Il était demandé des patients de répondre aux questions posées en toute liberté et honnêteté, et à l'absence du personnel.

Nous notons à cet égard la difficulté d'obtenir toutes les informations parce l'entrevue des patients nécessite beaucoup de la patience et de suivi, sans oublier que 30% des patients interrogés ont un niveau d'instruction nul, et la plupart des autres ne maîtrisent pas la langue française.

1.3.4. Hypothèses de l'étude:

Partant de la problématique fourni, afin que nous puissions discuter et répondre à la problématique, on propose deux hypothèses :

- La qualité de service de soins à un effet positif sur la satisfaction du patient dans les établissements de santé public :
 - La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de fiabilité.
 - La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de réactivité (serviabilité).
 - La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de sécurité (assurance).

- La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de tangibilité.
- La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes d'empathie (courtoisie).
- La satisfaction des patients vis-à-vis les services de soins publics se diffère d'un établissement à l'autre.

1.3.5. Les études antérieures :

L'étude de *camilleri et O'Callaghan, (1998)* qui a porté sur la mesure de la qualité des services de santé entre certains hôpitaux publics et privés à Malte. Cette étude atteint à la conclusion que la compétence dans les soins de santé, et le degré d'attention personnelle donnée par un hôpital pour le patient sont les deux indicateurs de la qualité des services de santé les plus importants dans les hôpitaux publics et privés.

Et ce qui est très intéressant dans cette étude, est que les patients dans les hôpitaux publics donnent une plus grande importance à la variable «prix» pour obtenir les services de santé (classé en troisième lieu), par rapport aux patients dans les hôpitaux privés qui considèrent cette variable dans la dernière position parmi les éléments sélectionnés pour la qualité de service.

L'étude a également démontré que certains patients dans les hôpitaux publics sont insatisfaits par les prix élevés des services de santé dans les hôpitaux privés, tandis que d'autres estiment qu'ils ont payé des impôts au gouvernement et ont le droit de profiter du service de soins de santé gratuits dans les hôpitaux publics et de qualité satisfaisante afin d'éviter d'aller demander ce service dans les hôpitaux privés .

L'étude de *Berry et al. (1985) & Parasuraman et al (1988)*, cette étude est la plus largement acceptée sur la détermination des dimensions de la qualité de service, où ces chercheurs ont développé dix dimensions de base qui spécifie la qualité du service selon les perceptions des consommateurs, et ces dimensions incluent les aspects de tangibilité (matérialité), de la fiabilité, le degré de réponse, la communication efficace avec les clients, la crédibilité, l'efficacité et la capacité du service de l'employé, de la courtoisie et de respect dans la communication, l'honnêteté.

Ces chercheurs ont réduit ces dimensions à cinq dimensions, à savoir : la fiabilité, la réactivité (serviabilité), la sécurité (assurance), tangibilité, l'empathie (courtoisie).

Cette étude, par rapport aux autres études, comprenait une analyse de la relation entre la satisfaction du client et la qualité de service d'un point de vue différent où elle a développé des dimensions sophistiquées de la qualité, et elle a analysé le concept de qualité à travers ces dimensions.

Une étude menée par *Goldsmith en 1980* sous le titre du marché des soins de santé, une étude qui s'articule autour de la question suivante : peuvent les hôpitaux continuer à rester et survivre ? après les changements dans la législation de l'État en ce qui concerne le marché des soins de santé, et l'accroissement de la concurrence entre les hôpitaux, les hôpitaux menacent leur survie, comme il a expliqué Goldsmith dans son étude portée sur la relation entre l'application du marketing et la survie des hôpitaux, où il a noté que les hôpitaux qui ont emprunté des techniques du secteur d'activité représentés dans le marketing, étaient les plus efficaces et efficaces que ceux qui n'ont pas adopté les conditions de changements et de ne pas les appliquer pour le marketing.

Parmi les études de qualité dans le monde arabe, on note l'étude de *Magdi Abdel Fattah Abdel Rahman (2001)*, elle considérée parmi les études mondiales les plus importantes dans le domaine de la qualité des services de santé, elle était dans le cadre de l'obtention d'un doctorat en administration des affaires à l'université du Caire faculté de commerce, et intitulé " Le rôle de management de la qualité totale dans l'augmentation de l'efficacité de la gestion des opérations dans l'industrie des services en appliquant sur la gestion des hôpitaux " .

L'étude visait à déterminer le niveau d'efficacité de la gestion des opérations dans un hôpital déterminé avant et après l'utilisation de la gestion de la qualité totale, afin qu'ils puissent accéder à la qualité globale de la gestion spécifique des programmes, ce qui peut augmenter l'efficacité des processus de gestion dans les hôpitaux, et ainsi combler les insuffisances. Et ce qui était critiqué dans cette étude, c'est qu'elle a concentré trop sur le côté technique de qualité, sans les aspects comportementaux, représentées principalement dans la communication et l'interaction entre les parties fournissant des services et les bénéficiaires.

L'étude de *Fawzi Madkour (1997)*, qui portait le titre « Le degré de perception et d'application des méthodes de management de la qualité des soins par les gestionnaires des hôpitaux publics égyptiens », qui a été publié dans la revue scientifique de l'économie et du commerce, un magazine trimestriel publié par la Faculté de commerce, Université Ain Shams.

L'étude a été lancée sur la question suivante : Comment font les hôpitaux égyptiens face aux différentes vagues successives de la demande mondiale et nationale en vue d'améliorer la qualité des soins Médical ?

L'étude a visé à démontrer les différents points de vue des gestionnaires dans leurs perceptions de la qualité des services hospitaliers et la qualité des soins aux patients. Ainsi, l'étude a été limitée à un point de vue de la notion de soins aux patients de qualité, qui est le point de vue des gestionnaires.

Une autre étude menée sur la qualité des services de soins, l'étude de **D. Salah Mahmoud Diab (2012)** ; professeur assistant et chef de la direction de gestion des hôpitaux dans la faculté des sciences économiques et administratives - Université des sciences appliquées de Amman – Jordanie.

L'étude intitulée « Mesurer les dimensions de la qualité des services médicaux fournis dans les hôpitaux publics de la Jordanie du point de vue des patients et du personnel », était pour objet de mesurer les dimensions de la qualité des services de soins fournis dans les 30 hôpitaux publics de la Jordanie.

L'étude a révélé un bon nombre de constatations les plus importantes:

- les hôpitaux publics s'appliquent les dimensions de la fiabilité du service médical, la tangibilité, l'empathie, et la sécurité, à l'exception de la réactivité et celle du point de vue des travailleurs dans les hôpitaux, en tenant compte du fait que cette application est anisotrope entre les cinq dimensions ;
- L'évaluation des dimensions eux-mêmes par les patients était de force égale à l'égard de toutes les dimensions, sauf dimensions la réactivité et l'empathie.

1.4. Présentation de l'organisme d'accueil :

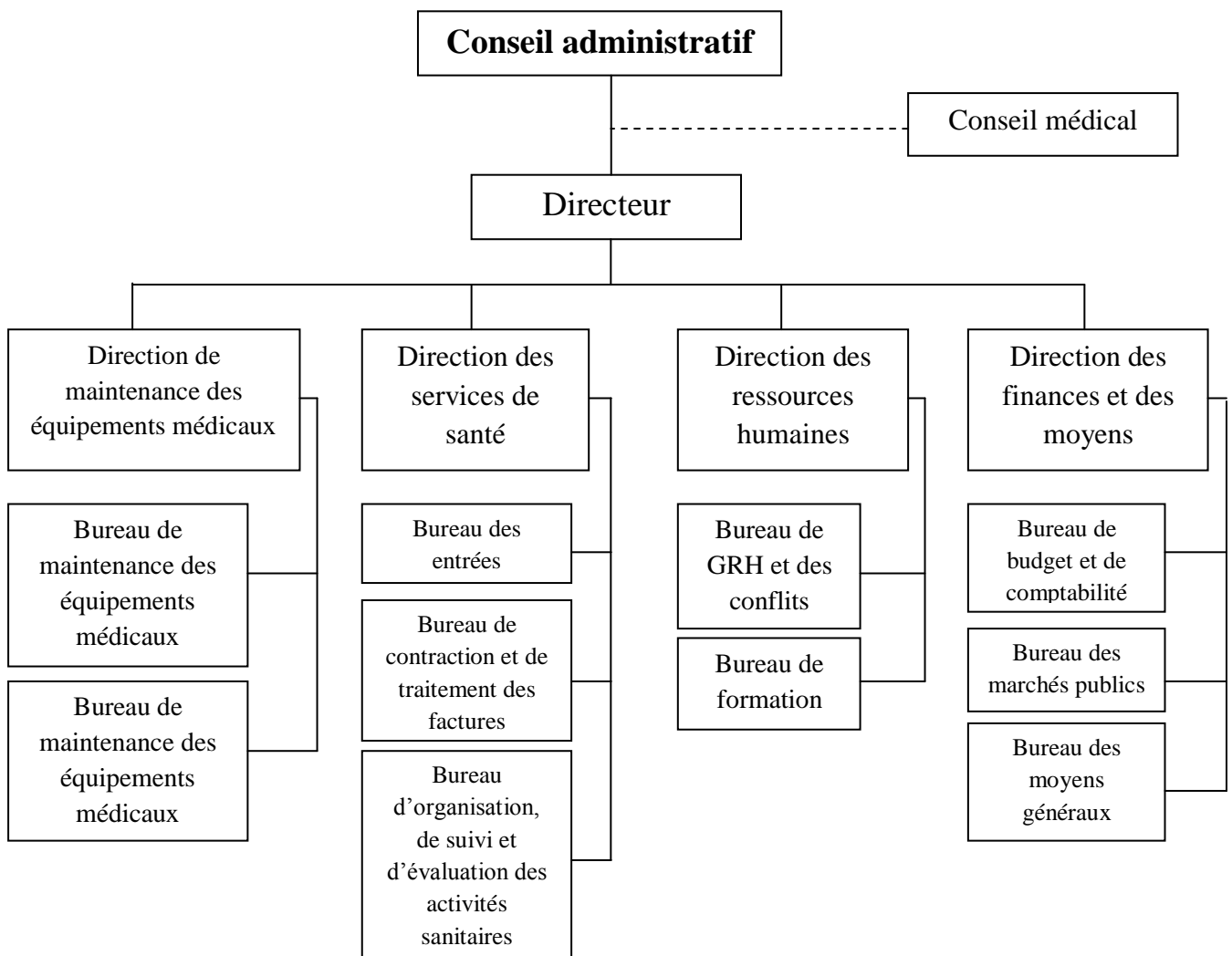
1.4.1. Définition d'un établissement public hospitalier (EPH) ¹:

L'établissement public hospitalier 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.

L'établissement public hospitalier est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou d'un ensemble de communes.

La consistance physique de l'établissement public hospitalier est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Figure n° 3.02 : Structure organisationnelle d'un établissement public hospitalier



Source : Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007, JORADP n° 33

¹ Art. 1 et Art 2, Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007, Journal officiel n° 33 du 20 mai 2007

1.4.2. Etablissement public hospitalier de Boufarik W. Blida :

Il était construit et créé en 1873, et en 1^{er} Janvier 2008 est devenu un EPH (avant c'était secteur sanitaire), et couvre une population de 300.000 habitants.

Au 24.02.2014, l'EPH recrute un nombre de 465 travailleurs, répartis comme suit :

Tableau n° 3.01 : Etat global du personnel médical et paramédical

Personnel	Spécialistes	Généralistes	Infirmiers	TOTAL
Effectif	92	22	234	348

Source : EPH Boufarik, direction des finances et des moyens

Tableau n° 3.02 : Etat global du personnel administratif, technique et de services

Personnel	Administratifs	Techniques	Services	TOTAL
Effectif	31	7	79	117

Source : EPH Boufarik, direction des finances et des moyens

Ainsi, l'EPH contient 12 services avec une capacité de 192 lits :

Tableau n° 3.03 : Etat des infrastructures

Structure sanitaire	Services	Capacité de lits
EPH BOUFARIK	Urgence	10
	Réanimation	07
	Chirurgie générale	39
	Génécoologie	15
	Pédiatrie	26
	Médecine interne	32
	Maladies infectieuses	63
	Prévention (épidémiologie)	/
	Médecine légale	/
	Pharmacie	/
	Laboratoire	/
	Radiologie	/
TOTAL		192

Source : EPH Boufarik, direction des finances et des moyens

1.4.3. Etablissement public hospitalier de Tiaret :

Il était construit et créé en 1958, et en 1^{er} Janvier 2008 est devenu un EPH (avant c'était secteur sanitaire)

Au 01.03.2014, l'EPH recrute un nombre de 651 travailleurs, répartis comme suit :

Tableau n° 3.04 : Etat global du personnel médical

Personnel	Spécialistes	Généralistes	Pharmaciens	Chirurgien Dentistes	Psychologues	TOTAL
Effectif	46 Dont 04 chinois et 04 détachés	43	04	02	02	97

Source : EPH Tiaret, direction des finances et des moyens

Tableau n° 3.05 : Etat global du personnel paramédical

Personnel	Diplômés d'état	Brevetés	Aides Para-médic	TOTAL
Effectif	232	44	86	362

Source : EPH Tiaret, direction des finances et des moyens

Tableau n° 3.06 : Etat global du personnel administratif, technique et de services

Personnel	Administratifs	Techniques	Services	TOTAL
Effectif	32	13	147	192

Source : EPH Tiaret, direction des finances et des moyens

Ainsi, l'EPH contient 17 services avec une capacité de 353 lits :

Tableau n° 3.07 : Etat des infrastructures

Structure sanitaire	Services	Nombre de lits
EPH de Tiaret	Néphrologie-hémodialyse	26
	Cardiologie	/
	Gastro-entérologie	16
	Endocrinologie	/
	Hématologie	/
	Pédiatrie	41
	Pneumo-physiologie	40
	Médecine interne	78
	Rééducation fonctionnelle	/
	Maladies infectieuses	38
	Chirurgie traumatologie	28
	Chirurgie infantile	/
	Neurochirurgie	/
	Urologie	/
	Chirurgie générale	64
	Urgence médicochirurgicale	16
Médecine légale	06	
Total	353	

Source : EPH Tiaret, direction des finances et des moyens

1.4.4. *Etablissement public hospitalier de Tissemsilet :*

Il était construit et créé en 1958, et en 1^{er} Janvier 2008 est devenu un EPH (avant c'était secteur sanitaire)

Au 01.03.2014, l'EPH recrute un nombre de 445 travailleurs, répartis comme suit :

Tableau n° 3.08 : Etat global du personnel médical

Personnel	Spécialistes	Généralistes	Pharmaciens	Psychologues	paramédicaux	TOTAL
Effectif	57	30	03	03	225	318

Source : EPH Tissemsilet, direction des finances et des moyens

Tableau n° 3.09 : Etat global du personnel administratif, technique et de services

Personnel	Administratifs	Techniques	Services	TOTAL
Effectif	24	08	95	127

Source : EPH Tissemsilet, direction des finances et des moyens

Ainsi, l'EPH contient 12 services avec une capacité de 249 lits :

Tableau n° 3.10 : Etat des infrastructures

Structure sanitaire	Services	Nombre de lits
EPH de Tissemsilet	Néphrologie-hémodialyse	177
	Endocrinologie	
	Hématologie	
	Pédiatrie	
	Pneumo-phtisiologie	
	Médecine interne	
	Chirurgie traumatologie	38
	Neurochirurgie	
	Chirurgie générale	
	Urologie	34
	ORL	
	Gastro-entérologie	
Total		249

Source : EPH Tissemsilet, direction des finances et des moyens

Section 02 : L'analyse statistique du questionnaire

2.2. **Description de l'échantillon** :

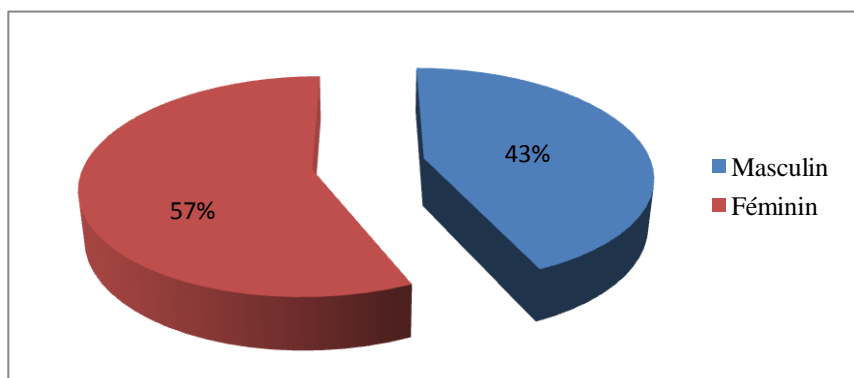
2.1.6. **Répartition des éléments du questionnaire selon leur sexe** :

Tableau n° 3.11 : Répartition des éléments du questionnaire selon leur sexe

	Masculin	Féminin	Total
EPH Tiaret	20	30	50
EPH Boufarik	20	30	50
EPH Tissemsilet	25	25	50
Total	65	85	150

Le tableau ci-dessus montre que le grand pourcentage des éléments correspond aux femmes (57%) et les hommes sont de 43% du total.

Figure n° 3.03 : Répartition des éléments du questionnaire selon leur sexe



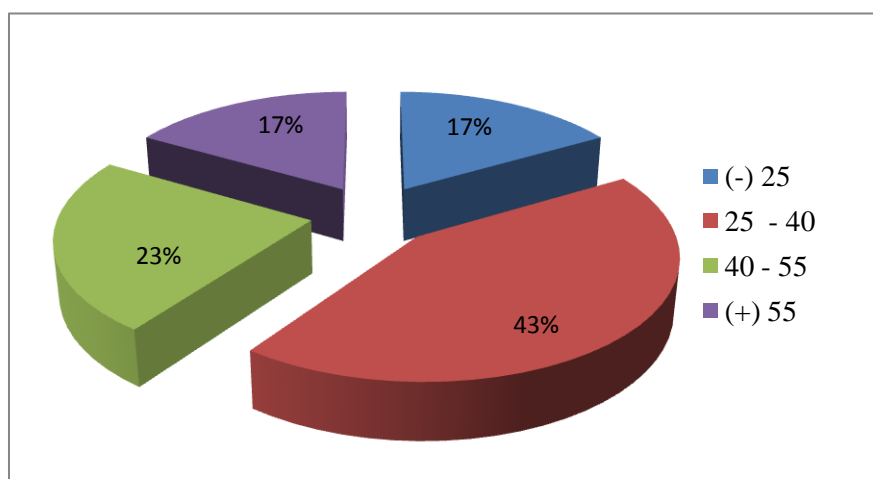
2.1.7. **Répartition des éléments du questionnaire selon leur âge** :

Tableau n° 3.12 : Répartition des éléments du questionnaire selon leur âge

	(-) 25 ans	25 - 40	40 - 55	(+) 55	Total
EPH Tiaret	10	15	10	15	50
EPH Boufarik	5	30	10	5	50
EPH Tissemsilt	10	20	15	5	50
Total	25	65	35	25	150

Le tableau montre que l'intervalle de [25-40] ans est le plus interrogé avec un pourcentage de 43%, il suit l'intervalle de [40-55] ans avec 23%, en temps que les deux autres intervalles (-25 ans, +55 ans) sont égaux avec 17% à chacun.

Figure n° 3.04: Répartition des éléments du questionnaire selon leur âge



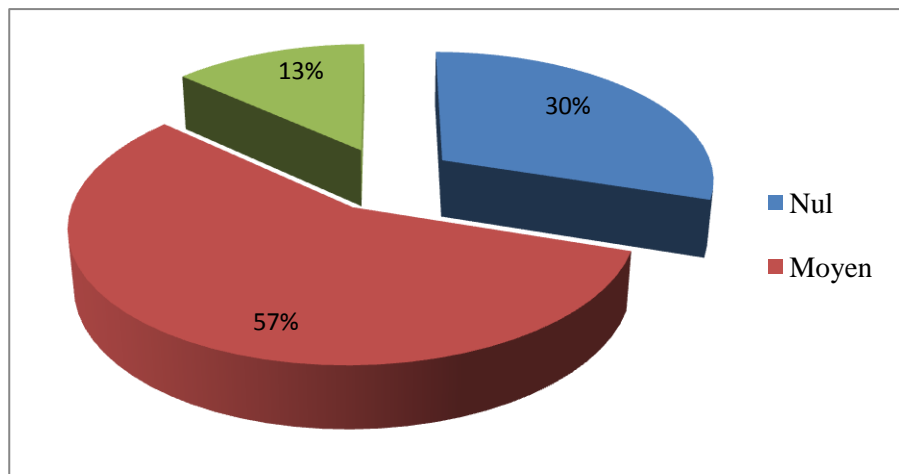
2.1.8. Répartition des éléments du questionnaire selon leur niveau d'instruction:

Tableau n° 3.13 : Répartition des éléments du questionnaire selon leur niveau d'instruction

	Nul	Moyen	Universitaire	Total
EPH Tiaret	20	30	0	50
EPH Boufarik	5	30	15	50
EPH Tissemsilet	20	25	5	50
Total	45	85	20	150

D'après le tableau, on remarque que 57% des éléments ont un niveau d'instruction moyen (primaire, moyen, secondaire), 30% des éléments ont un niveau d'instruction nul et que 13% des éléments sont des universitaires. Cela peut signifier que le niveau d'instruction a une certaine importation au niveau de santé du côté de protection.

Figure n° 3.05: Répartition des éléments du questionnaire selon leur niveau d'instruction



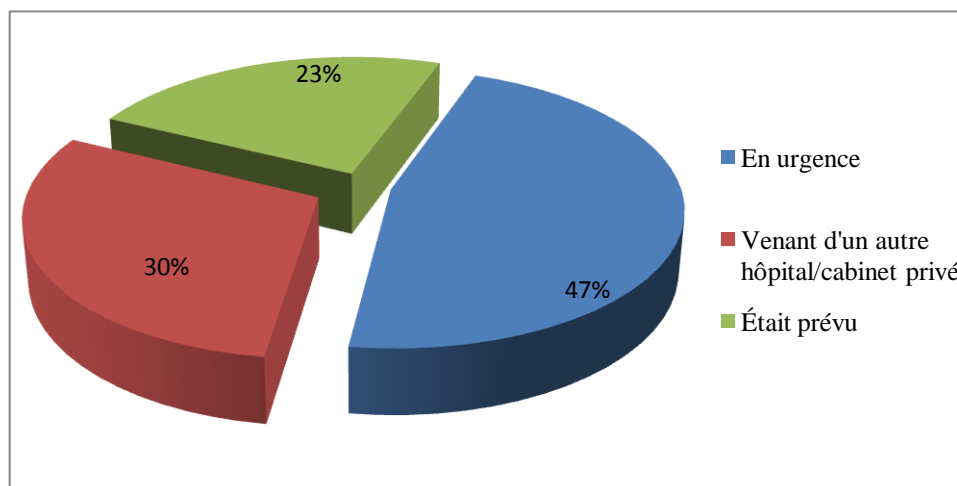
2.1.9. Répartition des éléments du questionnaire selon le type de leur séjour :

Tableau n° 3.14: Répartition des éléments du questionnaire selon le type de leur séjour

	En urgence	Venant d'un autre hôpital/cabinet privé	Était prévu	Total
EPH Tiaret	20	10	20	50
EPH Boufarik	30	15	5	50
EPH Tissemsilt	20	20	10	50
Total	70	45	35	150

D'après le tableau, il est clair que 47% des éléments sont venus aux établissements en urgence, tandis que 30% des éléments sont orientés par d'autres établissements publics ou par des cabinets privés, les 23% des éléments restantes étaient programmés à l'avance d'être séjourné (maternité, chirurgie, ...).

Figure n° 3.06 : Répartition des éléments du questionnaire selon le type de leur séjour



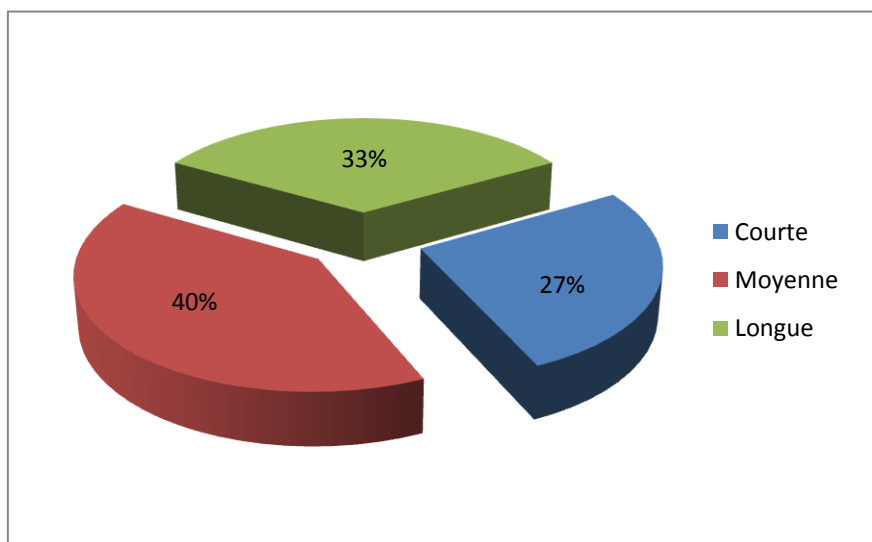
2.1.10. Répartition des éléments du questionnaire selon la période de leur séjour :

Tableau n° 3.15: Répartition des éléments du questionnaire selon la période de leur séjour

	Courte	Moyenne	Longue	Total
EPH Tiaret	10	20	20	50
EPH Boufarik	5	25	20	50
EPH Tissemsilt	25	15	10	50
Total	40	60	50	150

D'après le tableau, on remarque que 40% des éléments ont séjourné une moyenne période (de 4 à 9 jours), 33% des éléments ont séjourné une longue période (+10 jours) et que 27% des éléments ont séjourné une courte période (-3 jours).

Figure n° 3.07 : Répartition des éléments du questionnaire selon la période de leur séjour



2.2. L'analyse descriptive des réponses des individus de l'échantillon et le test des hypothèses :

2.2.3. La première hypothèse :

« La qualité de service de soins à un effet positif sur la satisfaction du patient dans les établissements de santé public ».

Tant qu'on a proposé les cinq dimensions de la qualité des services de soins par 21 questions, on va traiter chaque question par l'analyse des pourcentages et des graphes, afin de calculer la moyenne arithmétique et l'écart-type généraux de chaque dimension, qu'on utilise à tester les cinq sous hypothèses.

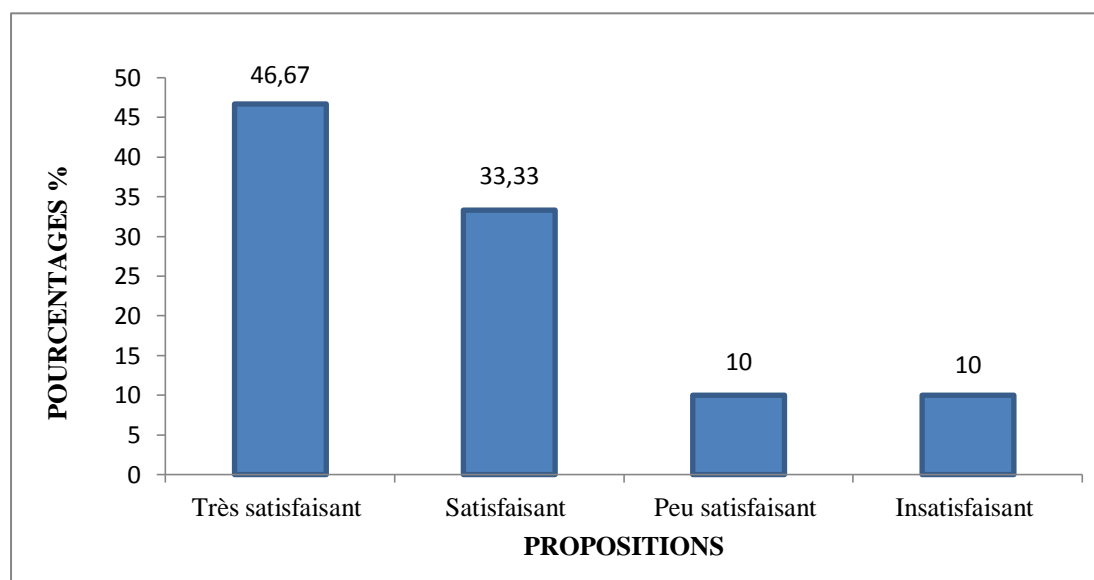
- La première sous hypothèse :
« La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de fiabilité ».

Question 1 : L'accueil du service administratif

Tableau n°16 : Répartition des réponses de la première question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	70	50	15	15	150
Pourcentage	46,67	33,33	10	10	100
Pour. Cumulé	100,00	53,33	20	10	

Figure n° 3.08 : Répartition des réponses de la première question



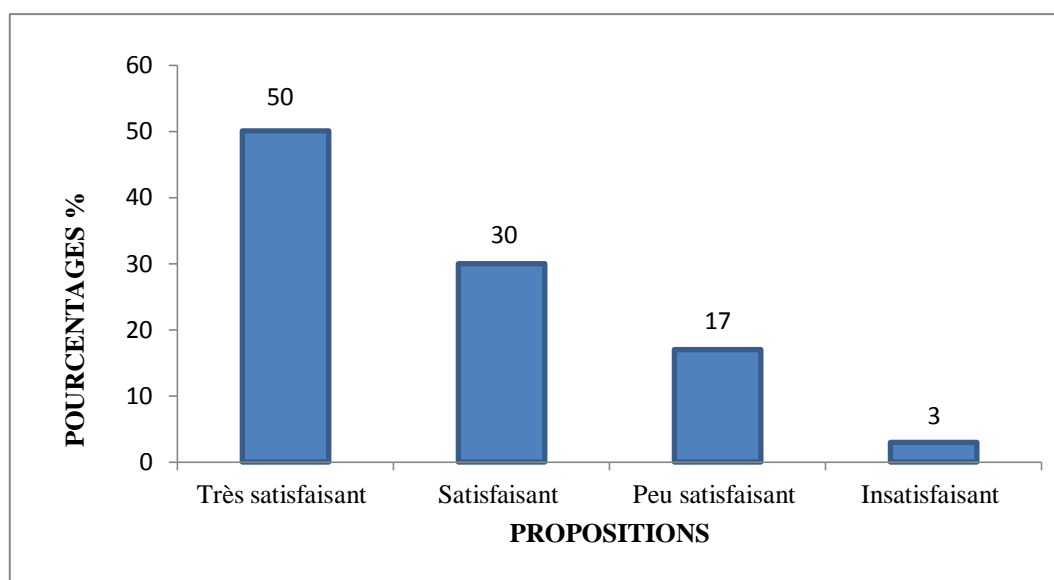
D'après les réponses de cette question, on remarque que 80% (46.67% Très satisfaisant, et 33.33% Satisfaisant) des patient sont satisfaits de l'accueil du service administratif, tandis que 20% (10% peu satisfaisant, et 10% insatisfaisant) des patients sont insatisfaits du service administratif. Ces derniers ont expliqué leur insatisfaction par l'inégalité à l'accès aux établissements de santé.

Question 2 : La précision du diagnostic

Tableau n° 3.17 : Répartition des réponses de la deuxième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	75	45	25	5	150
Pourcentage	50	30	16,7	3,3	100
Pour. Cumulé	100	50	20	3,3	

Figure n° 3.09 : Répartition des réponses de la deuxième question



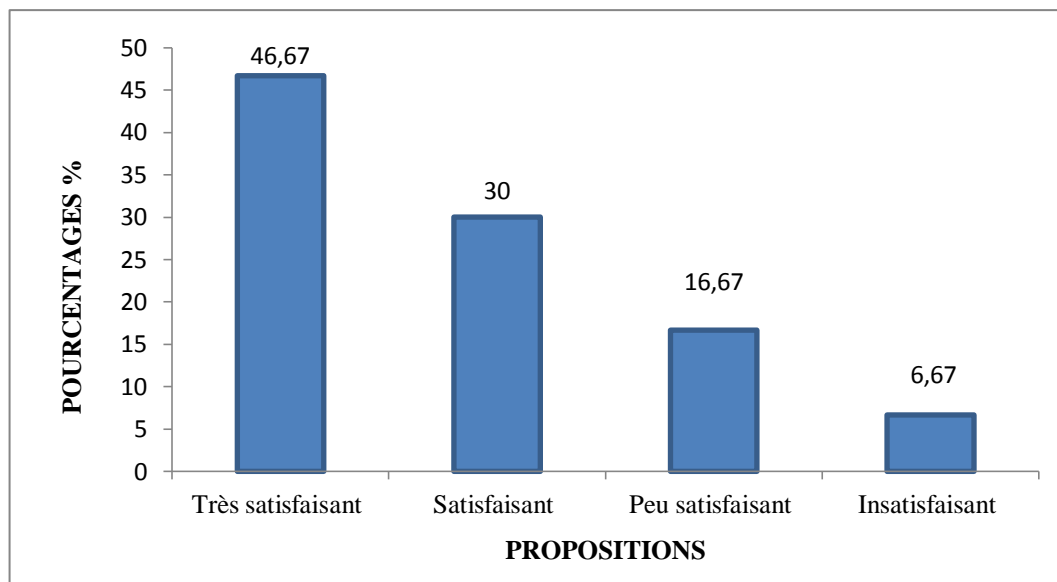
D'après les résultats obtenus ci-dessus, la plupart (80%) des patients étaient satisfaits de la précision du diagnostic de leurs états, 17% des patients étaient peu satisfaits et 3% étaient insatisfait. Les patients insatisfaits avaient consulté différents médecins avant de découvrir leur maladie.

Question 3 : Le respect des horaires d'offre de soins et les rendez-vous de visite du médecin

Tableau n°18 : Répartition des réponses de la troisième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	70	45	25	10	150
Pourcentage	46,67	30,00	16,67	6,67	100
Pour. Cumulé	100	53,33	23,33	6,67	

Figure n° 3.10 : Répartition des réponses de la troisième question



I

Il est clair d'après les pourcentages

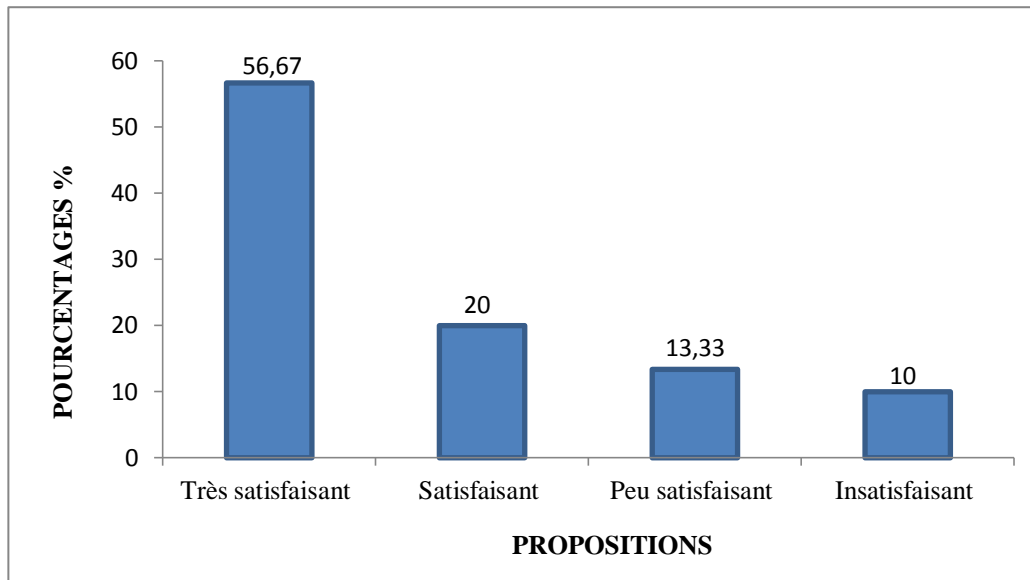
des réponses, que 76% des malades sont satisfaits du respect des horaires d'offre de soins et les rendez-vous de visite du médecin, 16.67% sont un peu satisfaits et 6.67% sont insatisfaits, ces derniers ont réclamé surtout sur les visites du médecin et les rendez-vous tardés.

Question 4 : La fiabilité des services de soins (Dès la première fois)

Tableau n° 3.19 : Répartition des réponses de la quatrième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	85	30	20	15	150
Pourcentage	56,67	20,00	13,33	10,00	100
Pour. Cumulé	100	43,33	23,33	10	

Figure n° 3.11 : Répartition des réponses de la quatrième question



On remarque qu'une grande partie des patients sont satisfaits (76%) de la fiabilité des soins (dès la première fois), cependant 23.33% sont insatisfaits car ils avaient des complications après l'obtention des services de soins médicaux ou paramédicaux.

- Test de la première sous hypothèse :

Le tableau ci-dessous présente l'évaluation de la qualité de service à travers la dimension de « *Fiabilité* » :

Tableau n° 3.20 : Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « *Fiabilité* »

Source : Par nous, en utilisant Excel

	La moyenne arithmétique	L'écart-type	L'effet sur la satisfaction du patient
Question 1	2,17	0,9690	Effet positif
Question 2	2,27	0,8537	Effet positif
Question 3	2,17	0,9339	Effet positif
Question 4	2,23	1,0225	Effet positif
La fiabilité	2,21	0,9448	Effet positif

D'après le tableau, on remarque que les quatre questions se trouvent dans l'intervalle positif, avec des moyennes arithmétiques allant de 2,17 – 2,27 – 2,17 – 2,23 successivement, et des écart-types de 0,9690 - 0,8537 - 0,9339 - 1,0225. Ce qui signifie que la dimension de « *Fiabilité* » qui comprend la capacité à réaliser le service promis en toute confiance et de manière précise, existe et affecte sur la satisfaction du patient positivement car sa moyenne arithmétique générale était de 2,21 et son écart-type général était de 0,9448.

- La deuxième sous hypothèse :

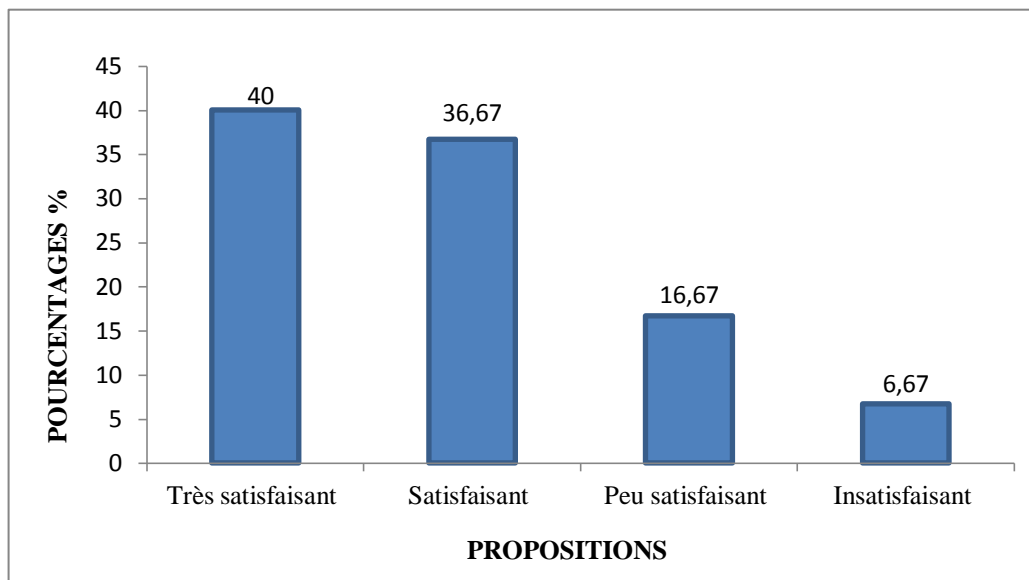
« La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de serviabilité (réactivité) ».

Question 5 : Les délais d'attente des soins

Tableau n°21 : Répartition des réponses de la cinquième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	60	55	25	10	150
Pourcentage	40,00	36,67	16,67	6,67	100
Pour. Cumulé	100,00	60	23,33	6,67	

Figure n° 3.12 : Répartition des réponses de la cinquième question



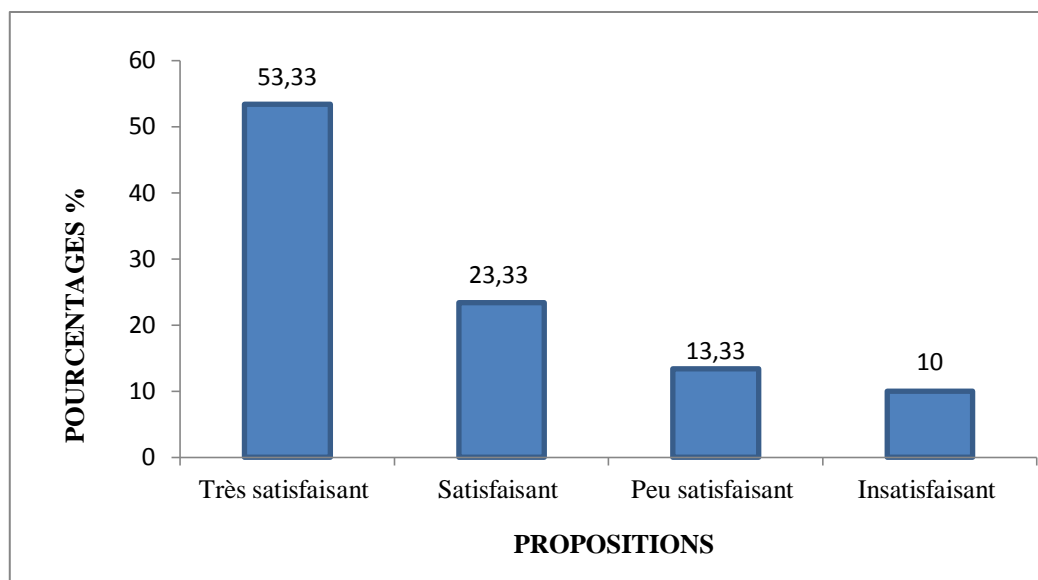
Les résultats obtenus sur la satisfaction des patients vis-à-vis les délais d'attente des soins, ont montré que 76.67% des malades sont satisfaits, tandis que 23.33% des patients sont insatisfaits (16.67% peu satisfait et 6.67% insatisfaits).

Question 6 : La réponse à vos réclamations et vos demandes

Tableau n° 3.22 : Répartition des réponses de la sixième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	80	35	20	15	150
Pourcentage	53,33	23,33	13,33	10	100
Pour. Cumulé	100	46,67	23,33	10	

Figure n° 3.13: Répartition des réponses de la sixième question



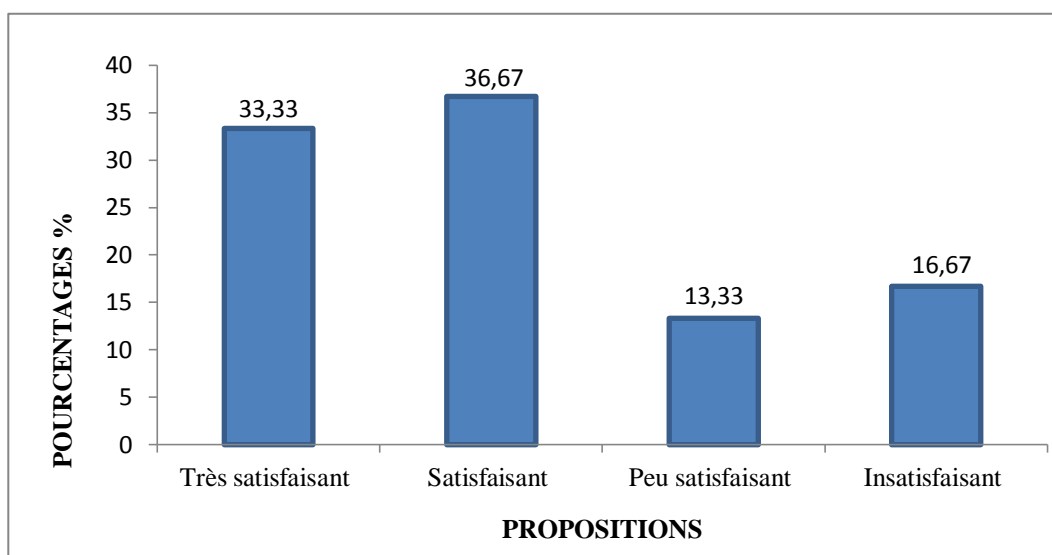
D'après les résultats des réponses, les patients sont satisfaits de la réponse de leurs réclamations et de leurs demandes avec 76.66% (53.33% très satisfaisant, 23.33% satisfaisant), en temps que les restes sont insatisfaits (23.33%). Ces derniers expriment leur insatisfaction de la réactivité des infirmiers envers leurs demandent ou leurs réclamations tandis que les malades satisfaits disent que le patient doit patienter un peu de temps surtout quant il s'agit d'un mouvement urgent (accident de route...).

Question 7 : L'aptitude du personnel à offrir les services

Tableau n° 3.23 : Répartition des réponses de la septième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	50	55	20	25	150
Pourcentage	33,33	36,67	13,33	16,67	100
Pour. Cumulé	100	66,67	30	10	

Figure n° 3.14 : Répartition des réponses de la septième question



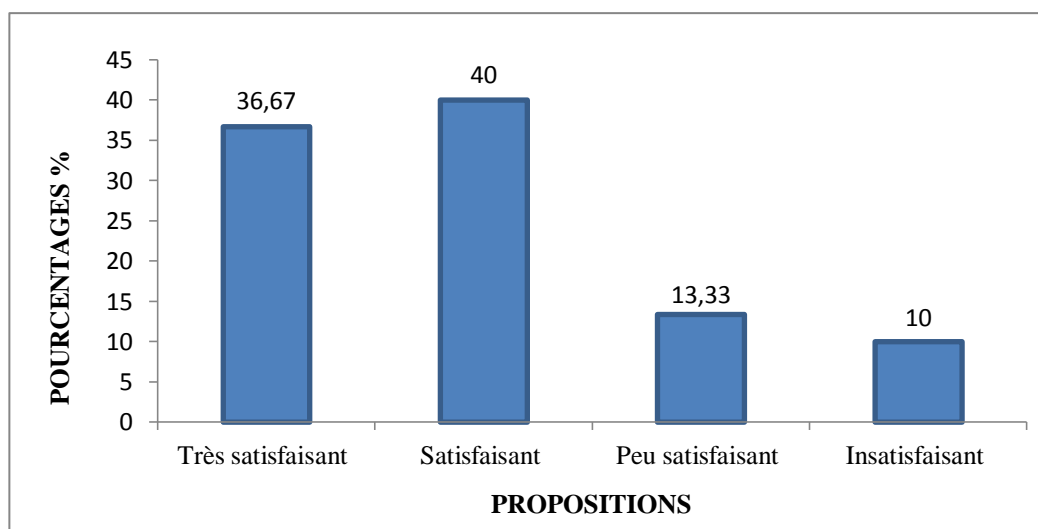
Les résultats ci-dessus montrent que 70% des patients sont satisfaits de l'aptitude de personnel à offrir les services de soins (d'être toujours prêt à aider et à offrir le service prompt) et 30% (13.33% peu satisfaisant et 16.67% insatisfaisant) sont insatisfaits.

Question 8 : La simplicité des procédures de soins

Tableau n° 3.24 : Répartition des réponses de la huitième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	55	60	20	15	150
Pourcentage	36,67	40	13,33	10	100
Pour. Cumulé	100	63,33	23,33	10	

Figure n° 3.15 : Répartition des réponses de la huitième question



D'après les réponses de cette question, on remarque que 76.67% (36.67% Très satisfaisant, et 40% Satisfaisant) des patient sont satisfaits de la simplicité des procédures de soins, tandis que 23.33% (13.33% peu satisfaisant, et 10% insatisfaisant) des patients sont insatisfaits.

- Test de la deuxième sous hypothèse :

Le tableau ci-dessous présente l'évaluation de la qualité de service à travers la dimension de « *Serviabilité* » :

Tableau n° 3.25 : Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « *Serviabilité* »

	La moyenne arithmétique	L'écart-type	L'effet sur la satisfaction du patient
Question 5	2,10	0,9074	Effet positif
Question 6	2,20	1,0132	Effet positif
Question 7	1,87	1,0562	Effet moyen
Question 8	2,03	0,9481	Effet positif
La serviabilité	2,05	0,9812	Effet positif

Source : Par nous, en utilisant Excel

D'après les résultats obtenus, on remarque que les questions 5, 6 et 8 se trouvent dans l'intervalle positif, cependant la question 7 se trouve dans l'intervalle moyen avec une moyenne de 1,87 et un écart-type de 1,0562. En général, la dimension « serviabilité » qui comprend la bonne volonté à répondre aux patients et offrir le service prompt, se trouve dans l'intervalle positif avec une moyenne arithmétique de 2,05 et un écart-type de 0,9812, ce qui signifie que la serviabilité a un effet positif sur la satisfaction des patients.

- La troisième sous hypothèse :

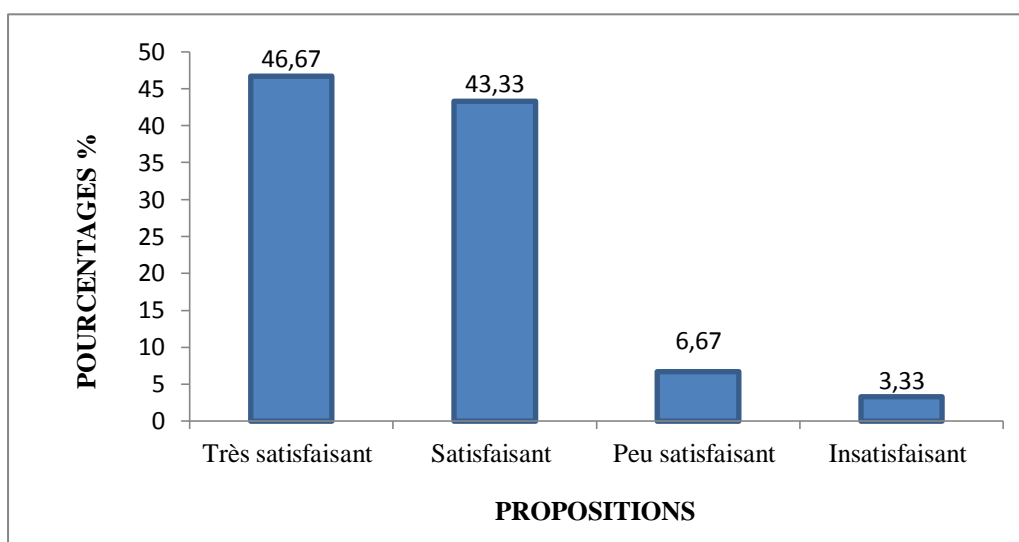
« La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de sécurité (assurance) ».

Question 9 : La compétence du corps médical

Tableau n° 3.26 : Répartition des réponses de la neuvième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	70	65	10	5	150
Pourcentage	46,67	43,33	6,67	3,33	100
Pour. Cumulé	100	53,33	10	3,33	

Figure n° 3.16 : Répartition des réponses de la neuvième question



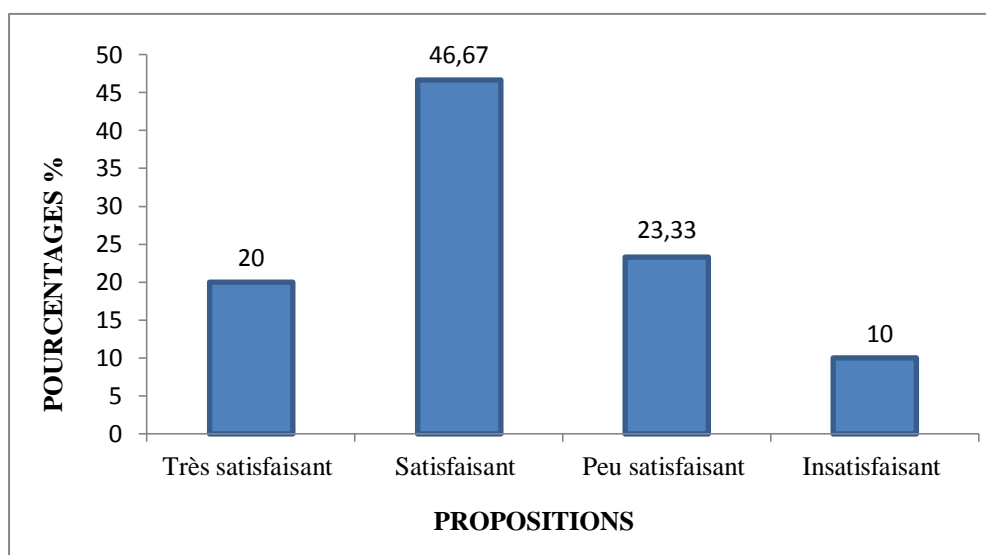
Il est clair d'après les pourcentages des réponses, que 90% des malades sont satisfaits de la compétence du corps médical, 6.67% sont un peu satisfaits et 3.33% sont insatisfaits. Sachant que personne ne peut juger la compétence d'un médecin (même un juge ne peut juger si un médecin a fait l'erreur ou pas sans faire appel à un expert médical), mais elle reste la mentalité de la société qui affecte le choix du médecin ou l'établissement (public ou privé) à visiter.

Question 10 : L'image et la place de l'établissement dans la société

Tableau n° 3.27 : Répartition des réponses de la dixième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	30	70	35	15	150
Pourcentage	20	46,67	23,33	10	100
Pour. Cumulé	100	80	33,33	10	

Figure n° 3.17 : Répartition des réponses de la dixième question



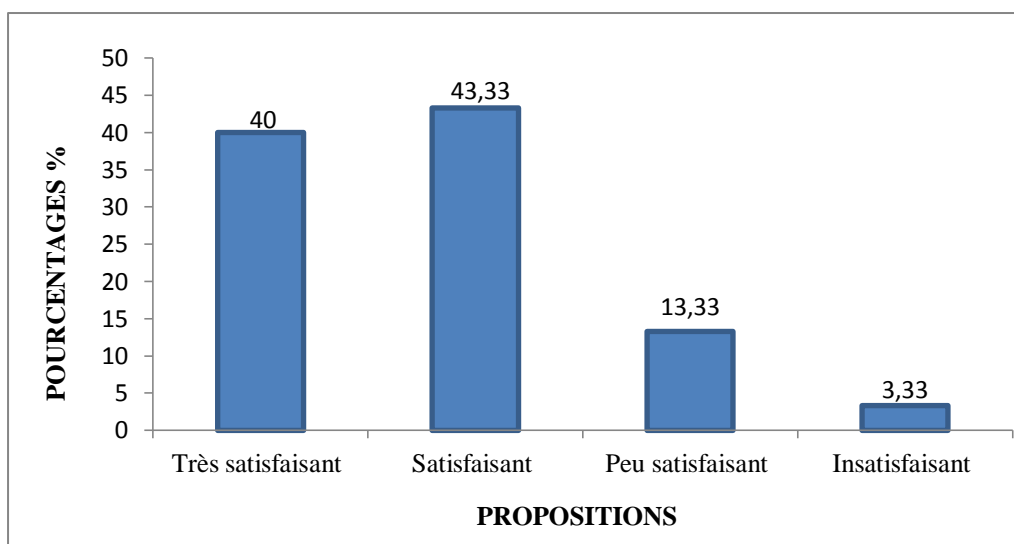
On remarque que 66.67% des patients sont satisfaits (20% très satisfaisant et 46.67% satisfaisant) de l'image et la place de l'établissement dans la société, cependant 33.33% sont insatisfaits soit 1/3 du total. L'image de l'établissement joue un rôle fondamental dans le choix de l'établissement, certains malades déplacent à d'autres communes ou wilayas à cause de la mauvaise image de l'établissement de santé de leur commune ou de la bonne image de l'établissement d'accueil.

Question 11 : La confidentialité de vos informations

Tableau n° 3.28 : Répartition des réponses de la onzième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	60	65	20	5	150
Pourcentage	40	43,33	13,33	3,33	100
Pour. Cumulé	100	60	16,67	3,33	100

Figure n° 3.18 : Répartition des réponses de la onzième question



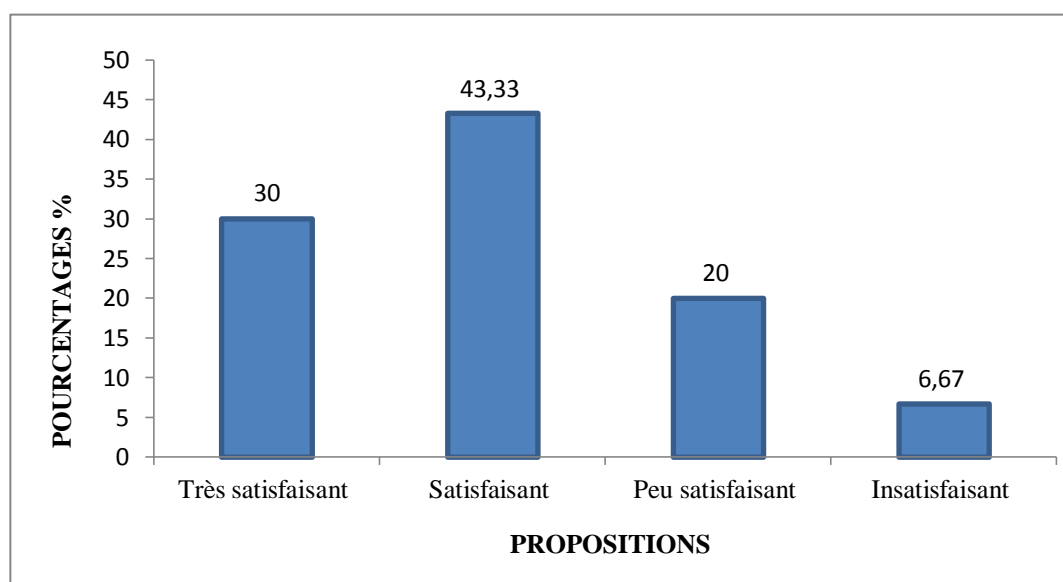
Les résultats ci-dessus montrent que 83.33% des patients sont satisfaits de la confidentialité de leurs informations et 16.67% (13.33% peu satisfaisant et 3.33% insatisfaisant) sont insatisfaits. La confidentialité des informations des patients est la capacité des soignants à garder le secret professionnel et qui influence positivement sur leur image et celle de l'établissement.

Question 12 : La communication avec les soignants

Tableau n° 3.29 : Répartition des réponses de la douzième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	45	65	30	10	150
Pourcentage	30	43,33	20	6,67	100
Pour. Cumulé	100	70	26,67	6,67	

Figure n° 3.19 : Répartition des réponses de la douzième question



On remarque qu'une grande partie des patients sont satisfaits (73.33%) de la communication avec les soignants, cependant 26.67% sont insatisfaits. Certains malades qui ont un niveau d'instruction nul trouvent des difficultés à communiquer et à comprendre les médecins.

- Test de la troisième sous hypothèse :

Le tableau ci-dessous présente l'évaluation de la qualité de service à travers la dimension d' « Assurance » :

Tableau n°3.30 : Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « Assurance »

	La moyenne arithmétique	L'écart-type	L'effet sur la satisfaction du patient
Question 9	2,33	0,7454	Effet positif
Question 10	1,77	0,8825	Effet moyen
Question 11	2,20	0,7916	Effet positif
Question 12	1,97	0,8750	Effet moyen
L'assurance	2,07	0,8236	Effet positif

Source : Par nous, en utilisant Excel

On remarque que les deux questions 1 et 3 se trouvent dans l'intervalle positif, tandis que les deux autres questions 2 et 4 se trouvent dans l'intervalle moyen, les moyennes arithmétiques attendent successivement 2,33 – 1,77 – 2,20 – 1,97 et les écarts-types étaient

0,7454 - 0,8825 - 0,7916 - 0,8750. La moyenne et l'écart-type généraux étaient 2,07 et 0,8236, c'est-à-dire la dimension de l'assurance qui est la compétence des employés ainsi que leur capacité à inspirer la confiance affecte la satisfaction des patients positivement.

- La quatrième sous hypothèse :

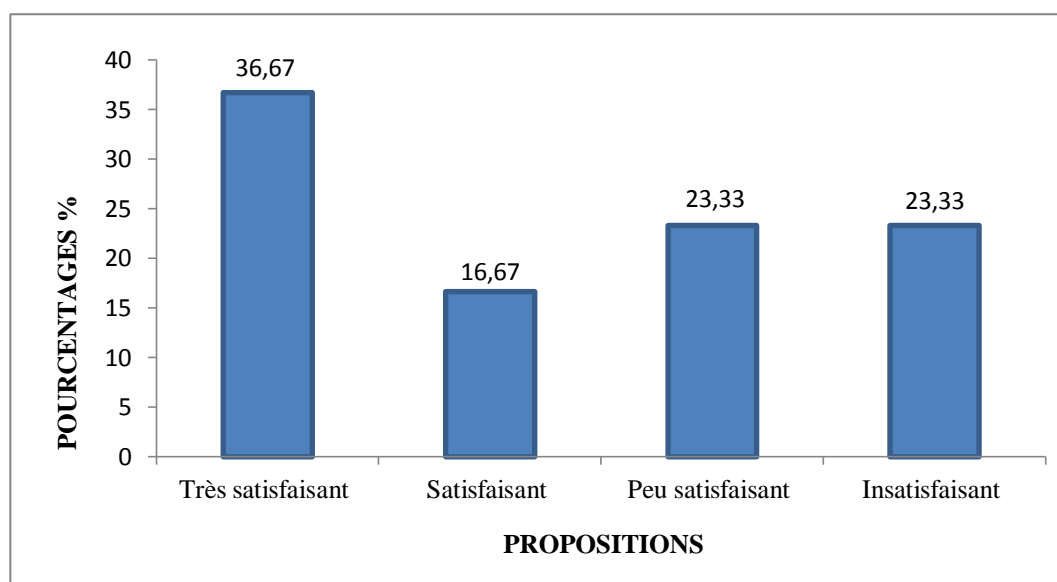
« La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de tangibilité ».

Question 13 : Le confort de votre chambre (La propreté des locaux, des toilettes et du linge, chauffage...)

Tableau n°31 : Répartition des réponses de la treizième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	55	25	35	35	150
Pourcentage	36,67	16,67	23,33	23,33	100
Pour. Cumulé	100	63,33	46,67	23,33	

Figure n° 3.20 : Répartition des réponses de la treizième question



Il est clair d'après les pourcentages des réponses, que 44.33% des malades sont satisfaits du confort de leurs chambres (La propreté des locaux, des toilettes et du linge, chauffage...), et 46.66% sont insatisfaits (16.67% peu satisfaisant et 6.67% insatisfaisant), ces derniers ont réclamé surtout sur la propreté soit des locaux ou du linge. Cependant on a pas

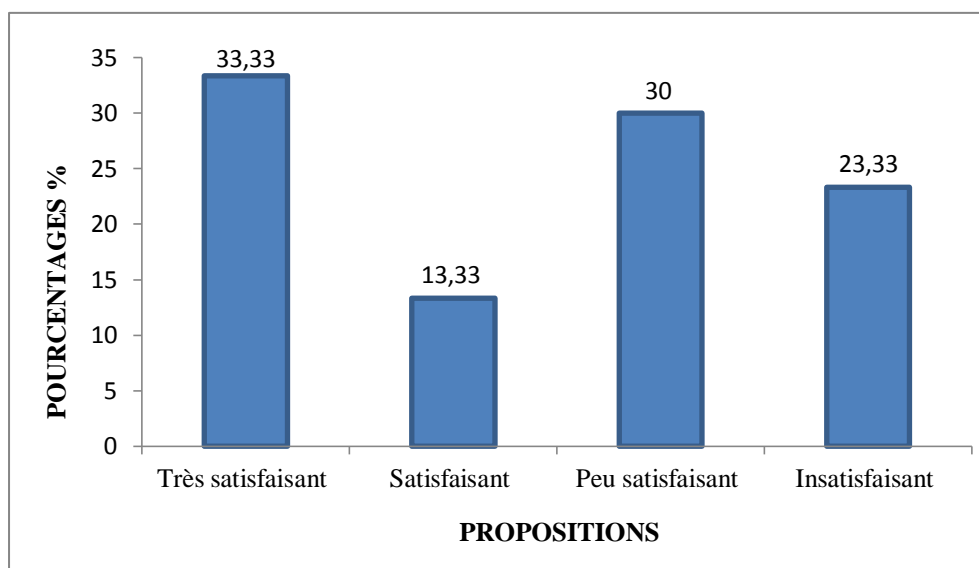
marqué des malades insatisfaits à l'EPH de Tiaret de ce critère (changement quotidien du linge, un nombre suffisant de femmes de ménage).

Question 14 : Les repas (variété des menus, quantité, qualité, respect du régime...)

Tableau n° 3.32 : Répartition des réponses de la quatorzième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	50	20	45	35	150
Pourcentage	33,33	13,33	30	23,33	100
Pour. Cumulé	100	66,67	53,33	23,33	

Figure n° 3.21 : Répartition des réponses de la quatorzième question



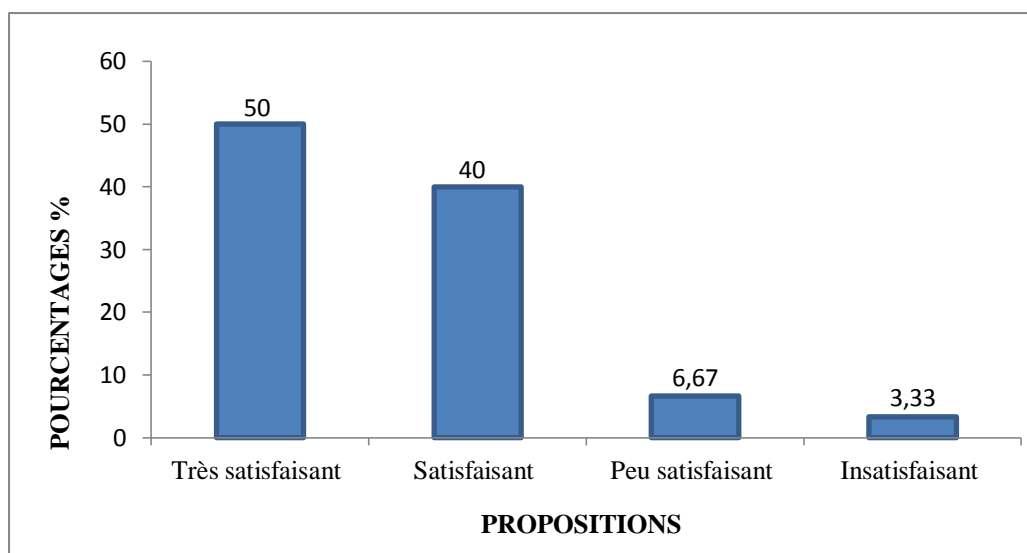
On remarque que la grande partie des patients sont insatisfaits (53.33%) des repas offerts (variété des menus, quantité, qualité, respect du régime...), cependant 46.66% sont satisfaits. On a remarqué que la plupart des malades ne prennent même pas ces repas.

Question 15 : L'atmosphère générale du service (calme, sécurité, ...)

Tableau n°33 : Répartition des réponses de la quinzième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	75	60	10	5	150
Pourcentage	50	40	6,67	3,33	100
Pour. Cumulé	100	50	10	3,33	

Figure n° 3.22 : Répartition des réponses de la quinzième question



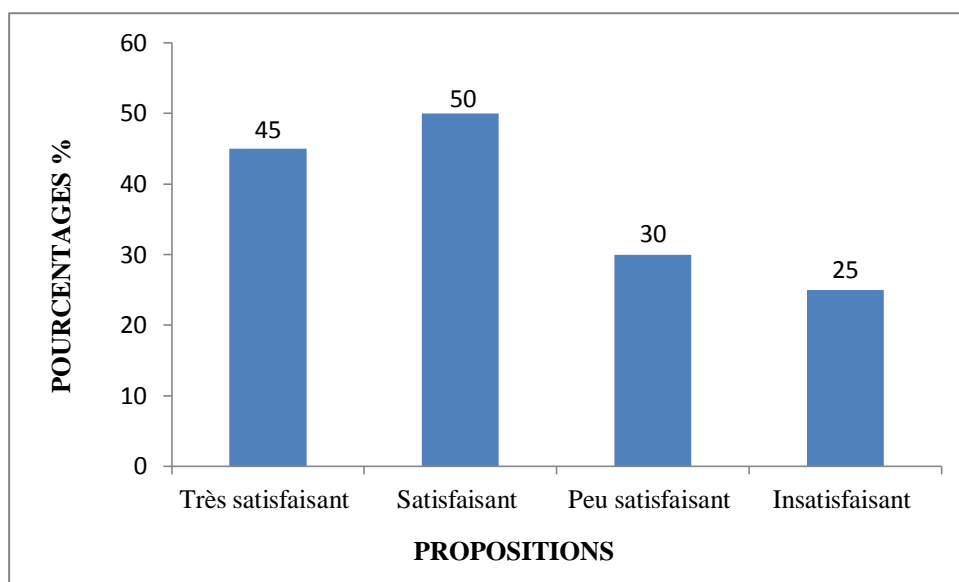
D'après les réponses obtenus, 90% des patients sont satisfaits de l'atmosphère générale du service (calme, sécurité, ...), et 10% des malades sont insatisfaits du calme (généralement les moments des visites, ou des urgences).

Question 16 : Disponibilité des équipements et des médicaments

Tableau n° 3.34 : Répartition des réponses de la seizième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	45	50	30	25	150
Pourcentage	30,00	33,33	20,00	16,67	100
Pour. Cumulé	100	16,67	36,67	16,67	

Figure n° 3.23 : Répartition des réponses de la seizième question



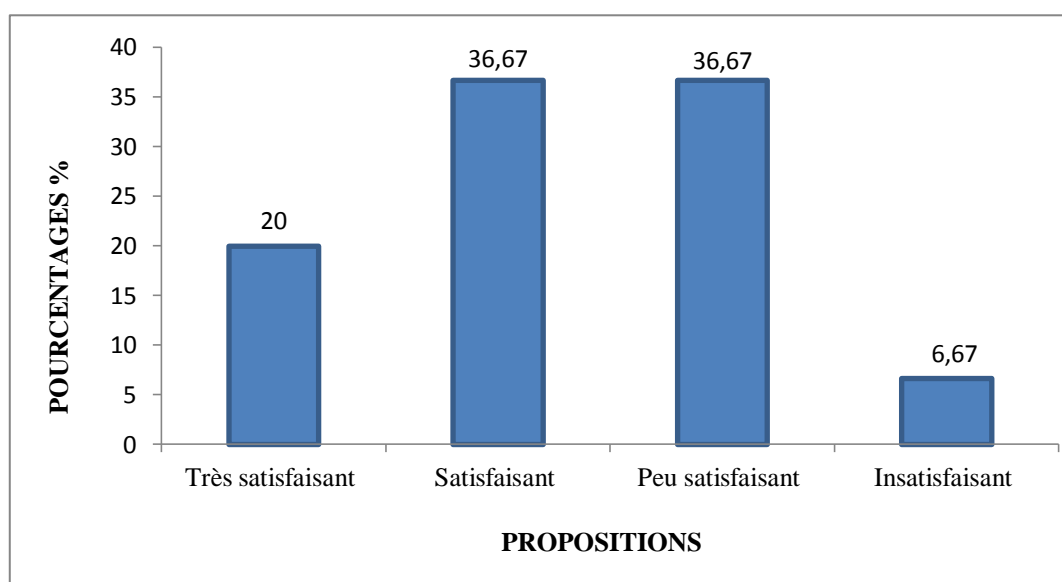
D'après les réponses de cette question, on remarque que 79.17% (37.5% Très satisfaisant, et 41.67% Satisfaisant) des patient sont satisfaits de la disponibilité des équipements et des médicaments, tandis que 20.83% (16.67% peu satisfaisant, et 4.17% insatisfaisant) des patients sont insatisfaits. Le problème de l'insuffisance des médicaments reste toujours un souci des patients ; certains malades se trouvent obligés de faire leurs analyses chez les laboratoires privés. Ainsi, les malades réclament souvent sur l'indisponibilité des équipements modernes (échographie, radiologie, hémodialyse ...).

Question 17 : Les modalités de visite (horaires, aménagement des locaux, panneaux didactiques...)

Tableau n° 3.35 : Répartition des réponses de la dix-septième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	30	55	55	10	150
Pourcentage	20,00	36,67	36,67	6,67	100
Pour. Cumulé	100	80	43,33	6,67	

Figure n° 3.24 : Répartition des réponses de la dix-septième question



On remarque que les pourcentages des patients satisfaits et peu satisfaits sont égaux (36.67%), cependant les malades qui sont très satisfaits représentent 20% et ce qui sont insatisfaits 6.67%. On a remarqué au cours de notre visite l'absence des salles d'attentes et l'aménagement des chambres pour les visiteurs ou même pour les gardes malades, cependant les trois EPH contiennent des panneaux didactiques facilitent l'accès aux différents services et unités.

- Test de la quatrième sous hypothèse :

Le tableau ci-dessous présente l'évaluation de la qualité de service à travers la dimension de « *Tangibilité* » :

Tableau n°3.36 : Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « *Tangibilité* »

	La moyenne arithmétique	L'écart-type	L'effet sur la satisfaction du patient
Question 13	1,67	1,1926	Effet moyen
Question 14	1,57	1,1743	Effet moyen
Question 15	2,37	0,7520	Effet positif
Question 16	1,77	1,0546	Effet moyen
Question 17	1,70	0,8622	Effet moyen
La tangibilité	1,81	1,007	Effet moyen

Source : Par nous, en utilisant Excel

Les résultats du tableau montrent que sauf la question 15 qui se trouve dans l'intervalle positif, tandis que les autres questions se trouvent dans l'intervalle moyen avec des moyennes arithmétiques égales à 1,67 - 1,57 - 1,77 - 1,70. Ces résultats expliquent que la tangibilité qui comprend tout ce qu'est tangible (les installations physiques, les équipements et l'apparence du personnel) affecte sur la satisfaction des patients à un degré moyen, la moyenne générale et l'écart-type étaient 1,8 et 1,007.

- La cinquième sous hypothèse :

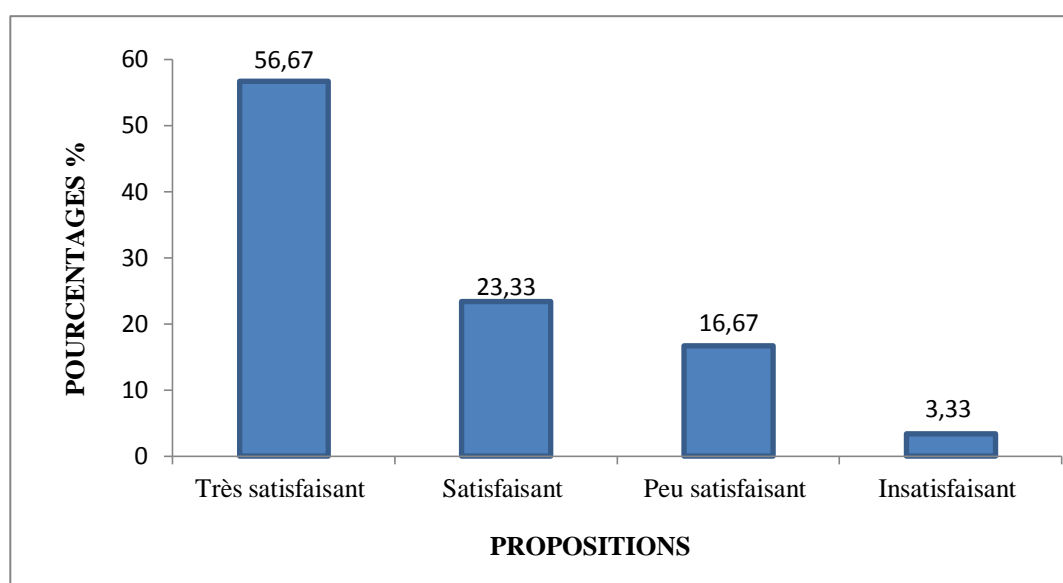
« La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes d'empathie (courtoisie) ».

Question 18 : Politesse et amabilité du personnel

Tableau n° 3.37 : Répartition des réponses de la dix-huitième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	85	35	25	5	150
Pourcentage	56,67	23,33	16,67	3,33	100
Pour. Cumulé	100	43,33	20	3,33	

Figure n° 3.25 : Répartition des réponses de la dix-huitième question



Une grande partie des malades (80%) sont satisfaits de la politesse et l'amabilité du personnel, tandis que 16,67% la trouvent peu satisfaisante et 3,3% la trouvent insatisfaisante.

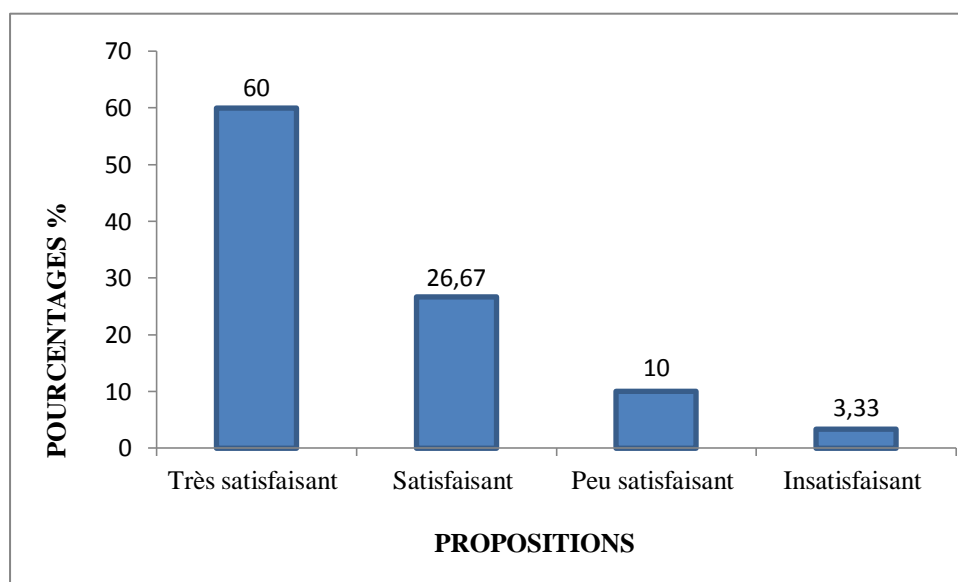
La plupart des malades étaient généralement satisfaits de la totalité des personnels à l'exception de quelques uns, tandis que d'autres trouvent des difficultés à communiquer avec eux, cela peut revenir au comportement du malade (et son garde) et sa capacité à créer des relations intenses et durables.

Question 19 : La disponibilité et l'écoute du personnel

Tableau n° 3.38 : Répartition des réponses de la dix-neuvième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	90	40	15	5	150
Pourcentage	60	26,67	10	3,33	100
Pour. Cumulé	100	40	13,33	3,33	

Figure n°26 : Répartition des réponses de la dix-neuvième question



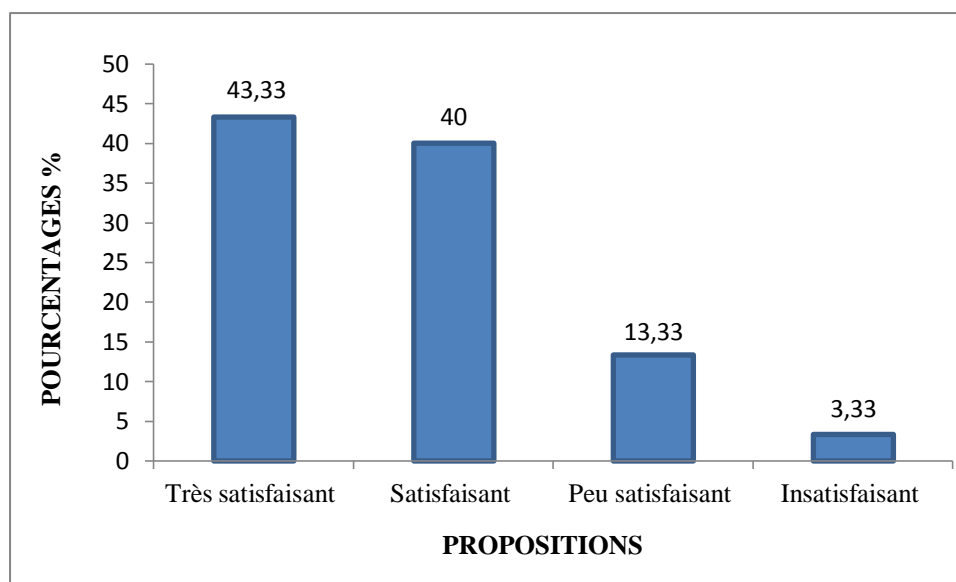
86,67% des malades trouvent que la disponibilité et l'écoute du personnel est satisfaisante (60% très satisfaisante et 26,67% satisfaisante), 10% la trouvent peu satisfaisante et 3,33% la trouvent insatisfaisante.

Question 20 : Respect de votre intimité

Tableau n° 3.39 : Répartition des réponses de la vingtième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	65	60	20	5	150
Pourcentage	43,33	40	13,33	3,33	100
Pour. Cumulé	100	56,67	16,67	3,33	

Figure n° 3.27 : Répartition des réponses sur la vingtième question



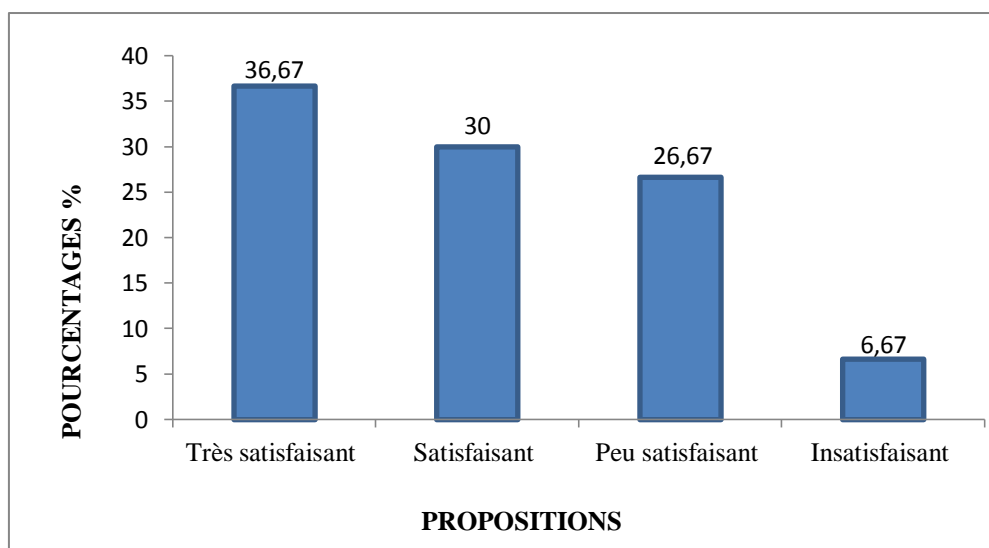
D'après les réponses obtenues, 83,33% des réponses sont d'accord avec le respect de leur intimité qu'ils ont reçu, et 16,66% sont désaccord. Le respect de l'intimité du malade est un principe de notre société soit du coté de notre religion ou de nos traditions, généralement les femmes sont les plus concernées de ce point surtout avec les éléments masculins (médecins, infirmiers, administrateurs, stagiaires...) au sein de l'établissement.

Question 21 : Intérêt et attention individualisés du soignant à chaque patient

Tableau n° 3.40 : Répartition des réponses de la vingt-unième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	55	45	40	10	150
Pourcentage	36,67	30	26,67	6,67	100
Pour. Cumulé	100	63,33	33,33	6,67	

Figure n° 3.28 : Répartition des réponses de la vingt-unième question



On remarque 66,67% des malades sont insatisfaits de l'intérêt et l'attention individualisés du soignant à chaque patient et 33,33% des malades sont insatisfaisants (soit le 1/3 du total). L'intérêt individualisé qui consacre le soignant à chaque malade joue un grand rôle dans sa satisfaction et même pour sa guérison, chaque malade devient sensible devant sa maladie et sauf la bonne charité qui peut l'aider à sentir mieux.

- Test de la cinquième sous hypothèse :

Le tableau ci-dessous présente l'évaluation de la qualité de service à travers la dimension de « *Courtoisie* » :

Tableau n° 3.41 : Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « *Courtoisie* »

	La moyenne arithmétique	L'écart-type	L'effet sur la satisfaction du patient
Question 18	2,33	0,8692	Effet positif
Question 19	2,43	0,8035	Effet positif
Question 20	2,23	0,8035	Effet positif
Question 21	1,97	0,9481	Effet moyen
La courtoisie	2,24	0,8561	Effet positif

Source : Par nous, en utilisant Excel

D'après le tableau, on remarque que les questions 18, 19 et 20 se trouvent dans l'intervalle positif, cependant la question 21 se trouve dans l'intervalle moyen avec une moyenne de 1,97 et un écart-type de 0,8561. En général, la dimension de courtoisie qui comprend La prise en considération l'attention individualisée que l'établissement accorde à ses malades, se trouve dans l'intervalle positif avec une moyenne arithmétique de 2,24 et un

écart-type de 0,8561, ce qui signifie que la courtoisie a un effet positif sur la satisfaction des patients.

2.2.4. *La deuxième hypothèse :*

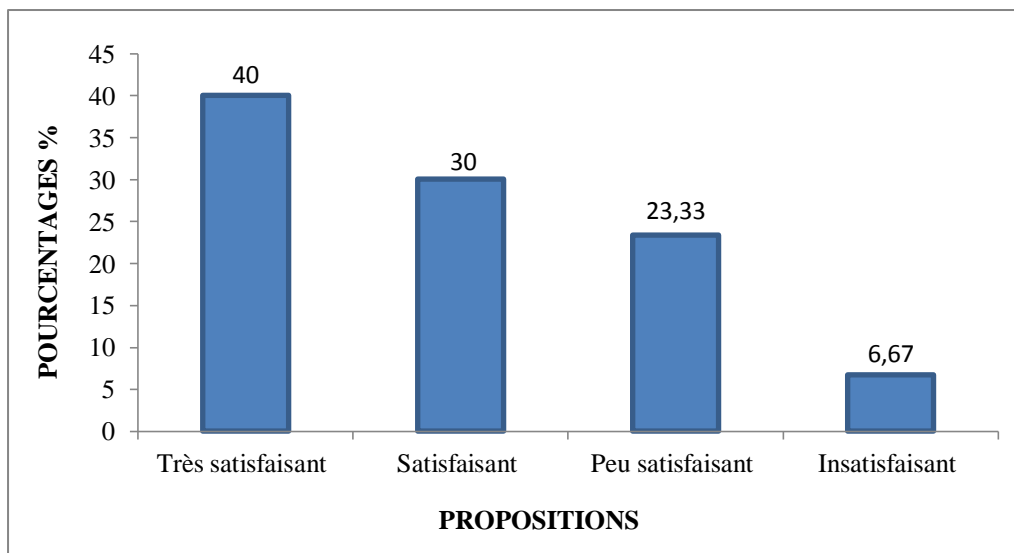
« La satisfaction des patients vis-à-vis les services de soins publics se diffère d'un établissement à l'autre ».

Question 22 : Appréciation globale sur le séjour

Tableau n° 3.42 : Répartition des réponses de la vingt deuxième question

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant	TOTAL
Fréquence	60	45	35	10	150
Pourcentage	40	30,00	23,33	6,67	100
Pour. Cumulé	100	60	30	6,67	

Figure n° 3.29 : Répartition des réponses de la vingt deuxième question



Les résultats obtenus ci-dessus montrent que :

- 40% des patients sont très satisfaits de leur séjour ;
- 30% des patients sont satisfaits de leur séjour ;
- 23,33% des patients sont peu satisfaits de leur séjour ;
- 6,67% des patients sont insatisfaits de leur séjour.

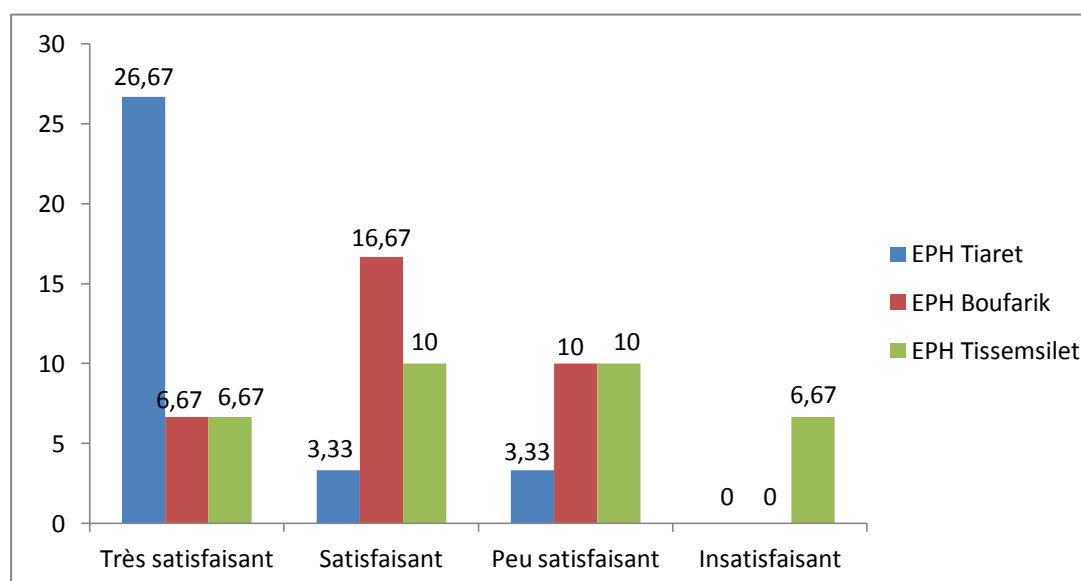
Ces résultats ne donnent pas une image réelle de la satisfaction des patients vis-à-vis les services de soin publics offerts au sein des établissements de santé publics. A titre

d'illustration, le taux de satisfaction marqué dans chaque EPH qu'ils font l'objet de recherche était inégal :

Tableau n° 3.43 : Appréciation globale sur le séjour des patients selon leur établissement

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
EPH Tiaret	40	5	5	0
EPH Boufarik	10	25	15	0
EPH Tissemsilet	10	15	15	10

Figure n°3.30 : Appréciation globale sur le séjour des patients selon leur établissement (%)



Il est clair que la satisfaction des patients vis-à-vis les services de soins publics se diffère d'un établissement à l'autre.

2.3. Test des hypothèses :

Afin de confirmer la stabilité de la validité des résultats, on a utilisé le test T pour échantillon unique à l'aide du programme de SPSS (Statistical Package For Social Science) qui est utilisé surtout dans les analyses statistiques. On a pris comme niveau de signification le niveau 5% (0.05).

Tableau n°3.44 : Résultats du test T pour échantillon unique

	t Tabulé	t Calculé	Degré de liberté	Valeur de probabilité (P. value. Sig)
Dimensions de qualité	1.645	4.554	149	0.000
Fiabilité	1.645	6.052	149	0.000
Serviabilité	1.645	3.839	149	0.000
Assurance	1.645	4.957	149	0.000
Tangibilité	1.645	0.806	149	0.421
Courtoisie	1.645	7.339	149	0.000
Appréciation globale	1.645	3.648	149	0.000

Source : à partir les outputs de SPSS 17.0

2.3.1. La première hypothèse :

La valeur de t calculé des dimensions de la qualité a atteint 4.554 qui est supérieure de sa valeur tabulé 1.645, et la valeur de Sig = 0.000 qui est inférieur de 0.05, donc « La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients» **Hypothèse acceptable.**

- La valeur de t calculé de la dimension de fiabilité a atteint 6.052 qui est supérieure de sa valeur tabulé 1.645, et la valeur de Sig = 0.000 qui est inférieur de 0.05, On conclue que :
 - ⇒ « La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de fiabilité » **sous hypothèse acceptable.**
- La valeur de t calculé de la dimension de serviabilité a atteint 3.839 qui est supérieure de sa valeur tabulé 1.645, et la valeur de Sig = 0.000 qui est inférieur de 0.05, On conclue que :

- ⇒ « La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de serviabilité » *sous hypothèse acceptable.*
- La valeur de t calculé de la dimension d'assurance a atteint 4.957 qui est supérieure de sa valeur tabulé 1.645, et la valeur de Sig = 0.000 qui est inférieur de 0.05, On conclue que :
 - ⇒ « La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes d'assurance » *sous hypothèse acceptable.*
- La valeur de t calculé de la dimension de tangibilité a atteint 0.806 qui est inférieur de sa valeur tabulé 1.645, et la valeur de Sig = 0.421 qui est supérieure de 0.05, On conclue que :
 - ⇒ « La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de tangibilité » *sous hypothèse rejetée.*
- La valeur de t calculé de la dimension de courtoisie a atteint 7.339 qui est supérieure de sa valeur tabulé 1.645, et la valeur de Sig = 0.000 qui est inférieur de 0.05, On conclue que :
 - ⇒ « La qualité des services de santé fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en termes de courtoisie » *sous hypothèse acceptable.*

2.3.2. La deuxième hypothèse :

La valeur de t calculé de l'appréciation globale des patients sur leur séjour a atteint 3.648 qui est supérieure de sa valeur tabulé 1.645, et la valeur de Sig = 0.000 qui est inférieur de 0.05, donc « La satisfaction des patients vis-à-vis les services de soins publics se diffère d'un établissement à l'autre » *Hypothèse acceptable.*

Conclusion :

Nous arrivons à la fin de ce chapitre à mesurer l'impact de la qualité des services de santé fournis sur la satisfaction du patient, en fonction des dimensions de la qualité du service de santé.

Nous sommes arrivés par le traitement statistique des données collectées à travers le questionnaire distribué, à confirmer que la qualité de la prestation du service de soin a un impact positif sur la satisfaction des patients en terme de fiabilité, de serviabilité, d'assurance et de courtoisie, cependant la tangibilité a un effet moyen ce qui revient au manque de médicament, les pannes des équipements et l'absence d'hygiène.

Nous sommes arrivés aussi à confirmer que la surcharge de certains établissements peut revenir au déplacement des patients de leurs régions vers d'autres, ce peut être expliqué par le décalage du niveau de la qualité des soins dans les établissements publics hospitaliers du pays.

CONCLUSION

Le secteur des services est devenu l'un des secteurs les plus rentables, parce qu'il a été associé à une grande partie de la vie quotidienne des citoyens, notamment les services sanitaires. Pour cela, il est devenu nécessaire d'avoir un intérêt évident pour rendre ce secteur plus efficient en adoptant les approches du marketing des services dans les établissements de santé, et par l'application des normes de la qualité des soins.

La définition de la qualité des soins se diffère en fonction de la localisation de l'individu dans le système de santé. De point de vue de l'administrateur ; la qualité des soins est l'utilisation optimale des ressources et la capacité à attirer plus de ressources pour fournir le service promis. De point de vue médical, la qualité des soins est de donner le meilleur service avec un haut niveau de développement. Et pour le bénéficiaire, la qualité des soins se concentre sur la façon d'obtenir le service et le résultat final.

Ainsi, l'amélioration de la qualité des soins est l'un des points essentiels qui portent les réformes hospitalières qui a connu l'Algérie au cours des deux dernières décennies, en tenant compte que la qualité est un élément essentiel dans la satisfaction du client.

La satisfaction est un objectif régulièrement rappelé, depuis peu d'années dans tous les domaines du service public, notamment le secteur de santé. La satisfaction représente un indicateur qui permet de corriger les dysfonctionnements de ce secteur. Ce n'est pas le fournisseur de la prestation qui peut définir le résultat d'un service offert à un usager, c'est la satisfaction de l'usager qui fait partie des composantes de ce résultat.

Donc, le recueil du point de vue de l'usager permet d'évaluer la qualité du service offert, en tenant compte que l'avis de l'usager est basé sur son comportement, son mode de vie et sa dynamique subjective. La satisfaction des patients peut être donc située dans l'écart entre leurs attentes et leurs perceptions sur le service obtenu.

C'est dans cet esprit que nous avons essayé à travers cette recherche de mesurer la satisfaction des patients vis-à-vis les services de soins publics, en posant deux hypothèses à tester. On note à cet égard que la complexité du sentiment de la satisfaction rend sa mesure complexe, ceci peut revenir à certains facteurs liés à :

- Le comportement du patient est un facteur important sur lequel il juge les choses ; son comportement peut être influencé par des facteurs personnels (âge, sexe...), sociaux (niveau social...), psychologiques et culturels (niveau d'instruction...). Par exemple,

le patient âgé est moins sévère que le patient jeune car il était témoin de l'évolution des services de santé, et il sait la différence entre la qualité des services de santé dans le présent par rapport au passé. Ainsi, l'état de santé du patient joue un rôle dans sa satisfaction, plus que son état est bon plus qu'il est satisfait.

- La satisfaction telle qu'on la mesure par les questionnaires est variable au cours du temps. Elle n'est pas la même à la sortie, quinze jours après, deux mois après ;
- Si les conditions d'anonymat ne sont pas strictement garanties, le patient peut hésiter à formuler une appréciation négative sur un service où il sera amené à revenir.

L'étude est arrivée à confirmer que la qualité des services de soins fournis par l'hôpital public a un impact positif sur la satisfaction des patients, en particulier, les dimensions de la fiabilité, la rapidité, l'assurance et la courtoisie, cependant, la dimension de la tangibilité a un effet négatif sur la satisfaction des patients. Ainsi, l'étude a confirmé que la satisfaction des patients se diffère d'un établissement à l'autre.

On peut résumer les résultats obtenus par les points suivants :

- La dimension de fiabilité a situé dans l'intervalle positif qui est traduite par une grande satisfaction sur l'accueil et la fiabilité du diagnostic, ce qui implique la capacité de l'hôpital à réaliser le service promis en toute confiance et de manière précise.
- La dimension de serviabilité a également situé dans l'intervalle positif, les patients étaient satisfaits des délais d'attentes et la façon dont les soignants répondent à leurs réclamations, donc cela explique la bonne volonté des soignants à répondre aux patients et offrir le service prompt.
- La dimension de l'assurance se trouve aussi dans l'intervalle positif, le sentiment de sécurité chez les patients et leur confiance envers la compétence des soignants ont un effet positif sur leur satisfaction, ceci explique la compétence des employés ainsi que leur capacité à inspirer confiance.
- La dimension de tangibilité se trouve dans l'intervalle moyen, il été remarqué qu'une grande partie des patients sont insatisfaits du côté de propreté des locaux, des équipements et des médicaments, les patients se trouvent obligés de faire certains analyses et échographies chez des cabinets privés, ce qui influence négativement sur la satisfaction des malades.
- La principale dimension de qualité qui a généralement une grande influence sur la satisfaction ; la dimension de courtoisie qui se trouve dans l'intervalle positif, la prise

en considération l'attention individualisée accordée aux malades, la disponibilité et l'amabilité du personnel sont des facteurs qui créent un sentiment de satisfaction chez le malade.

- Le taux de satisfaction marqué dans chaque EPH qu'ils font l'objet de recherche était inégal, les patients dans l'EPH de Tiaret étaient très satisfaits en terme de toutes les dimensions de la qualité de service offert, les patients de l'EPH de Boufarik étaient moyennement satisfaits en terme de serviabilité, d'assurance et de courtoisie, cependant les patients les patients de l'EPH de Tissemsilet étaient les plus insatisfaits de l'accueil, de la tangibilité, de la serviabilité et de l'image de l'établissement. Ces résultats confirment que l'état de la qualité des soins en Algérie se diffère d'un établissement à l'autre et de Wilaya à l'autre, cette différence a poussé le patient à déplacer vers d'autres établissements dans les autres régions en cherchant la meilleure qualité de soin et ce qui crée une surcharge dans ces établissements.

D'après les résultats obtenus, nous proposons les suggestions suivantes:

- La nécessité du management de la qualité dans les organisations de santé n'est plus seulement une théorie, mais il devenue un besoin important pour l'amélioration et le développement de leur performance.
- Les établissements sont de plus en plus incités à réviser leurs organisations et leurs fonctionnements à travers la mesure de la satisfaction et le traitement des réclamations.
- Les établissements de santé doivent adopter un système de contrôle qui se compose de médecins, administrateurs et spécialistes de la nutrition, permettant l'amélioration de la qualité des services fournis en surveillant tout le processus de soin et d'alimentation.

Enfin, L'étude fut menée sur seulement trois établissements publics qui ne peuvent pas donner une image réelle de l'état des établissements de santé en Algérie, et même du taux de satisfaction des patients. Ainsi, l'étude a touché uniquement l'impact de la qualité des soins sur la satisfaction des malades, cependant le comportement du patient peut influencer sur sa satisfaction et on peut remarquer cette influence si on compare un établissement public avec un autre privé, cela peut être l'objet d'une multiplicité de recherches...

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- **Anglais :**

- Badiru et Ayeni, *quality and process improvement*, Chapman and Hall, New York, 1993

- **Français :**

- A. Beresniak, G. Duru, « *économie de la santé* », édition Masson, 5e édition, Paris, 2001
- Bertrand de Quatrebarbes, « *Usager ou clients ? écoute, marketing et qualité dans les services publics* », Ed. d'Organisation, Paris, 1998
- C. Gaba, L. Eroy, A-M. Bonnery, D. Larande, P. Michet, « *Prévention des risques dans l'unité de soins* », édition Masson, Paris, 2003
- C. Lovelock, J. Wirtz, D. Lapert, A. Munos , « *Marketing des services* », édition Pearson, France, 2008, 6^e édition
- C. Lovelock et al., « *Marketing des services* », Ed. Pearson, France, 2006
- C. Vilcot, H. Lecllet, « *Indicateur qualité en santé* », édition Afnor, 2^e édition, France, 2006
- D. Chanbartaud, « *Service vendu, service vendu* », Ed. Nathan, Paris, 1999
- D. Gotteland, « *L'orientation marché : nouvelle méthode, nouveaux outils* », édition d'organisation, Paris, 2005
- Daniel RAY, « *Mesurer et développer la satisfaction* », édition d'organisation, Paris, 2001
- F. Dupon, « *Management des services* », Ed. SAK, Paris, 2000
- G. Delande, « *Introduction à l'économie de la santé* », Paris, 1991
- G.Toquer, M.Langlois, « *Marketing des services ; le défi relationnel* », Ed Dunod, 1992
- Gérard Toquer, « *Marketing des services le défi relationnel* », édition Dunod, Paris, 1992

- J. Abbad, « *Organisation et mangement hospitalier* », édition berger-leverault, Paris, 2001
- J. Margerand, F. Gillet-Goinard, « *Manager la qualité pour la première fois* », Ed. d'Organisation, 2006
- J. Menin, « *La certification qualité dans les services* », édition Afnor, France, 2001
- J. Teboul, « *Le temps des services* », édition d'organisation, 4^e tirage, Paris, 2002
- J.Horovitz, « *La qualité de service à la conquête du client* », International Ed, 1987
- Jean-Marc LEHU, « *Stratégie de fidélisation* », Ed. d'Organisation, Paris, 2003
- Jean Pierre Baruche, « *La qualité du service dans l'entreprise ; satisfaction et rentabilité* », Ed. d'Organisation, 1992, France
- K. Hostontani, « *Les méthodes de résolution des problèmes* », Dunod, Paris, 1994
- L.Kalvin, « *Le consommateur, analyse du comportement* », Economica, Paris, 1992
- M. Jaeger, « *Guide du secteur social et médicaux-social* », édition Dunod , 5^e édition, Paris, 2004
- M. Zollinger, E. Lamarque, « *Marketing et stratégie de la banque* », édition Dunod, Paris, 5^e édition,2008
- Marc Dupont, Claudine Esper, Christian Paire, « *Droit hospitalier* », édition Dalloz, 3e édition, Paris, 2001
- N. Van-Leathem,Y. Lebon, B. Durand-Megret, « *Du responsable marketing* », édition Dunod, Paris, 2007
- P. Coutelle- Brillet, V. Descarets, «*Marketing de l'analyse à l'action*», Pearson édition, et Enode France, 2004
- P. Eiglier, E. Langeard, « *Servuction, le marketing des services* », Ed. McGraw-Hill, Paris, 1991
- P. Jocu, « *Les enjeux économiques de la qualité* », Dunod, Paris, 1992
- P. Masne, « *Les services publics* », édition PUR DIDACT économie, France, 2007
- P.Crosby, « *La qualité, c'est gratuit* », economica, paris, 1988
- PH.Kotler et al., « *Marketing management* », Ed. Pearson, 12^e édition, Paris, 2006
- R.De Maricourt, «*Les samouraïs du management* », Ed Vuibert, 1993

- Vincent Le. Boucheix, « *Traité la qualité* », Ed. Dunod, Paris, 1990
- W.A.Ssusland, « *Le manager, la qualité et les normes ISO* », PPUR, paris, 1996

• **Arabe :**

- ثامر ياسر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، دار يازوري للنشر والتوزيع، 2005
- زكي خليل المساعد، "تسويق الخدمات و تطبيقاته"، دار المناهج، عمان، 2005
- صلاح محمود دياب، "ادارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة"، دار الفكر، الاردن، الطبعة الاولى، 2009
- طلعت الدمردش، "اقتصاديات الخدمة الصحية"، مكتبة القدس، مصر، 2006، الطبعة الثانية
- محمد ابراهيم عبيدات، جميل سمير دبابيه، "التسويق الصحي و الدوائي"، دار الوائل، الطبعة الاولى، الاردن، 2006
- محمود جاسم الصميدعي، ردينة عثمان يوسف، "سلوك المستهلك"، دار المناهج، عمان. الأردن، 2002
- نور الدين حاروش، "إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"، دار الكتامة للنشر والتوزيع الجزائر، الطبعة الأولى 2009

Reuves et articles :

- Bernard Bonnici, « *L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires* », la documentation française, Janvier, 2007
- C. Gaba-Leroy ; A-M Bonneky ; D Marande ; P Michet ; « *Prévention des risques dans l'unité de soins* » ; Mosson édition ; Paris; 2003 ; PDF
- Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (interrégional ouest), 14 juillet 1999, « *amélioration de la qualité en hygiène hospitalière* », Rennes cedex 9, PDF
- Conférence des hôpitaux académiques de Belgique ; read van universitaire ; Soins de qualité et accréditation; 2007; PDF
- D.BESSIRE, (1999), « *Définir la performance* », Comptabilité Contrôle Audit, 2, n°5, 127-150
- D. Koutaissoff, « *Marketing et communication des établissements sanitaires analyse et positionnement des services de maternité* », Lausanne, Juillet 2005
- J.Chevallier, « *Le service public, Que sais-je?* » 2005, PDF

- J. Jlassi - A. El Mhamedi -H. Chabchoub, 22-24 oct. 2007, « *Utilité du diagramme en arbre pour la satisfaction des patients* », CPI'2007, Rabat – Maroc, PDF
- J-C. Andreani et al., « *Tendances du Marketing des Services et Implications pour les Secteurs de Santé* », la Chaire Marketing-Communication, paris, janvier 2006, PDF
- Jean Horgues-Debat, « *Service public et au public : de quoi parle-t-on ?* », France, 2007, PDF
- Joëlle Vanbamme; mai 2004 ; « *La surprise et son influence sur la satisfaction des consommateurs* », revue française du marketing ; revue française du marketing ; ADETEM édition –France ; n° 197-215
- Laboratoire de la qualité des soins, « *méthodologie de l'évaluation de la qualité des soins* », ANDRES, université de Constantine, Algérie, PDF
- Larousse médicale, 2003, édition Larousse VDEF, Paris
- « *Le panorama des établissements de santé* », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, édition 2011, Paris
- « *Le SIDA EN Algérie SIDA* », bimestrielle de formation et d'information et zad pharma,JMP-Algérie, N03, janvier/février 2009
- M. Badoc, « *réinventer le marketing de la banque et de l'assurance : du sens du client au néo-marketing*», édition revue banque, Paris, 2004
- Marie-Thérèse El Khazen, « *Les fondements d'un projet d'entreprise et d'une démarche qualité des structures de santé* » dans son Article paru dans la revue Gestions hospitalières, novembre 2001
- marjolaine-matray.fr/.../les spécificités du_mkg_des_services. Pdf
- N. Paul Senzira, « *Cours de l'économie de l'éducation et de la santé* », inédit, UNIGOM, 2008
- Pierre Bauby, « *Service public, services publics* », la documentation française, Sep 2011
- Rashad Massoud ; décembre 2002 ; « *un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité)* », center for human services ; USA ; PDF
- Raymond Grebier, « *la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients* », université de Montréal ; Canada ; PDF
- S. Gerbaix, « *Le contrôle de gestion, que sais-je ?* » (2006), PDF

- Thines G & Lempereur A. *Dictionnaire général des sciences humaines*. Paris, Editions universitaires, 1984
- W. Sabadie, (2003), « *Conceptualisation et mesure de la qualité perçue d'un service public* », Recherche et Applications en Marketing, 18, n°1, 1-18
- Yver Evrard, « *La satisfaction des consommateurs : état de recherche* », revue française du marketing, édition ADETEM, 1993, n°144-145
- Zaynep OR, Laure Com-Ruelle, « *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer* », IRDES édition, DT N° 18, Paris, décembre 2008, PDF

- صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية عمان – الأردن، المجلد العشرين العدد الأول، ص – 69 ص 104 يناير 2012 <http://www.iugaza.edu.ps/ar/periodical/>

Documents administratifs, lois et journaux officiels :

- Documents internes :
 - Ministre de la santé et de la population, développement du système national de santé : stratégie perspective de santé, mai 2001 <http://www.Ands.DZ./système/htm>
 - MSPRH ; Statistiques sanitaires : année 2006 – 2008 – 2010
 - Rapport général sur l'organisation du SNS
 - Travaux de recherche des étudiants de l'INSP
 - Conseil National Economique et Social (CNES).
 - L'institut national pédagogique de la formation paramédicale
 - Démographie Algérienne –ONS 2005 -...- 2012
 - Enquête MICS 3 ALGERIE 2006.
 - Enquête Nationale de Santé TAHINA-2005.
- Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007, Journal officiel n° 33 du 20 mai 2007
- Article L6141-1 du code de la santé publique français
- Article L6111-1 du code de la santé publique français

Travaux universitaires :

- Dj. Ghoul, Le financement des projets d'investissement sanitaires par une institution administrative (MSPRH), mémoire de licence, EHEC d'Alger, 2010
- K. Mathe, Caractéristiques et déterminants de la demande de soins dans la ville de Goma, mémoire - inédit, UNIGOM, 2005-2006
- Mohamed Daoudi, management de la qualité : perception et niveau d'intégration au sein des entreprises algériennes, mémoire de magister, université d'Oran, 2002
- M. Malek, M. Bennabi, L'impact de la qualité de service sur la satisfaction de la clientèle, mémoire de licence, EHEC d'Alger, 2010
- Z. Kessas, L'application du marketing des services dans les établissements hospitaliers privés, mémoire de magister, université de Tlemcen, 2011
- عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير، جامعة تلمسان، 2012

Webographie :

- http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l'h%C3%B4pital
- <http://www.scinf.umontreal.ca/cours/sol6230/DIaporama/indicateurs/de/qualité>
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Service_public_définition_et_explications.htm
- <http://www.francetop.net/dictionnaire/synonymes/definition/hopital>
- <http://www.cocoledico.com/dictionnaire/h%F4pital,150840.xhtml>
- http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/hopital/pdf/types_hopitaux.pdf
- <http://www-zope.ac-strasbourg.fr>
- <http://jaquesfournier.blog.lemonde.fr/service-public-sante-transport>

Liste des tableaux:

N°	Titre	Page
<i>Chapitre 01</i>		
1.1	Classification des établissements publics selon le type des soins	19
1.2	Indicateurs démographiques en 1962-1963	29
1.3	Situation épidémiologique pour 100.000 habitants	30
1.4	Encadrement médical et paramédical	30
1.5	Infrastructures	31
1.6	Plan de développement de la santé 1980-1984	31
1.7	Répartition des ressources humaines de la santé en 2010	40
1.8	Répartition des praticiens de santé entre le secteur public et privé (2010)	42
1.9	Etat global des équipements de l'année 2000 à 2010	44
1.10	Distribution des personnes en % souffrent de maladies chroniques selon le type de maladie et le milieu de résidence	58
1.11	Les sources de financement de santé	62
1.12	Evolution du budget de la santé (1963-2008)	63
1.13	Evolution des dépenses globales de santé (1962-2007)	63
<i>Chapitre 02</i>		
2.1	Les 04 catégories d'offre en fonction d'un mix Biens-Services	75
2.2	Les paliers de la qualité et ces récepteurs	85
2.3	Les composants de COQ et CNQ	91
2.4	Les éléments des coûts de la non qualité	93
2.5	Les trois niveaux de la qualité	127
2.6	Les dimensions de la qualité	130
2.7	Quelques indicateurs qualité	135
<i>Chapitre 03</i>		
3.1	Etat global du personnel médical et paramédical	156
3.2	Etat global du personnel administratif, technique et de services	156

3.3	Etat des infrastructures	156
3.4	Etat global du personnel médical	157
3.5	Etat global du personnel paramédical	157
3.6	Etat global du personnel administratif, technique et de services	157
3.7	Etat des infrastructures	157
3.8	Etat global du personnel médical	158
3.9	Etat global du personnel administratif, technique et de services	158
3.10	Etat des infrastructures	158
3.11	Répartition des éléments du questionnaire selon leur sexe	159
3.12	Répartition des éléments du questionnaire selon leur âge	159
3.13	Répartition des éléments du questionnaire selon leur niveau d'instruction	160
3.14	Répartition des éléments du questionnaire selon le type de leur séjour	161
3.15	Répartition des éléments du questionnaire selon la période de leur séjour	162
3.16 - 19	Répartition des réponses concernant la fiabilité	163-165
3.20	Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « <i>Fiabilité</i> »	166
3.21 - 24	Répartition des réponses concernant la serviabilité	167-169
3.25	Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « <i>Serviabilité</i> »	170
3.26 - 29	Répartition des réponses concernant l'assurance	171-173
3.30	Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « <i>Assurance</i> »	174
3.31 - 35	Répartition des réponses concernant la tangibilité	175-178
3.36	Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « <i>Tangibilité</i> »	179
3.37 - 40	Répartition des réponses concernant la courtoisie	180-182
3.41	Evaluation de la qualité de service à travers la dimension de « <i>Courtoisie</i> »	183
3.42	Répartition des réponses concernant l'appréciation globale du séjour	184
3.43	Appréciation globale sur le séjour des patients selon leur établissement	185
3.44	Résultats du test T pour échantillon unique	186

Liste des figures :

N°	Titre	Page
<i>Chapitre 01</i>		
1.1	Les composantes d'un système de santé	23
1.2	Le système de santé français	24
1.3	Evolution du taux d'accroissement naturel de la population (1990-2012)	49
1.4	Le Taux Brut de Natalité (1990-2012)	49
1.5	Evolution des Taux Brut de Nuptialité (1990-2012)	50
1.6	Le taux brut de mortalité (1990-2012)	51
1.7	Le Taux de Mortalité Infantile (1990-2012)	51
1.8	L'espérance de vie à la naissance (1990-2012)	53
<i>Chapitre 02</i>		
2.1	La prestation de service	69
2.2	La fleur des services	72
2.3	Les deux catégories de service selon les éléments de base	75
2.4	Cycle de la qualité	89
2.5	Les sept (7) écarts de la qualité de service	94
2.6	Le modèle de satisfaction	98
2.7	Les trois caractéristiques de la satisfaction	99
2.8	La qualité pour entrer dans le cercle des clients fidèles	104
2.9	Les trois perceptions possibles de la satisfaction	105
2.10	La satisfaction et la fidélisation du client	106
2.11	Les trois niveaux de fidélisation	108
2.12	Secteurs d'application du marketing (d'après HERMEL et ROMAGNI 1990)	117
2.13	Entrants, processus et extrants/résultats selon le modèle d' DENABEDIAN	131
2.14	La satisfaction du client et sa perception de la qualité	137

2.15	Le diagramme en arbre	139
2.16	Le diagramme en arbre du service d'urgence-hôpital de Sfax	140
<i>Chapitre 03</i>		
3.1	Contenant du questionnaire	150
3.2	Structure organisationnelle d'un établissement public hospitalier	155
3.3	Répartition des éléments du questionnaire selon leur sexe	159
3.4	Répartition des éléments du questionnaire selon leur âge	160
3.5	Répartition des éléments du questionnaire selon leur niveau d'instruction	161
3.6	Répartition des éléments du questionnaire selon le type de leur séjour	161
3.7	Répartition des éléments du questionnaire selon la période de leur séjour	162
3.08 – 28	Répartition des réponses des 21 questions	163-183
3.29	Répartition des réponses concernant l'appréciation globale du séjour	184
3.40	Appréciation globale sur le séjour des patients selon leur établissement	185

ANNEXE

Date :/...../.....

Questionnaire de satisfaction

Ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'une recherche universitaire pour la préparation d'un mémoire de magister sur le thème « Les services de soins publics : Quelle satisfaction des patients ? ».

A travers ce questionnaire nous aimerions recueillir des informations concernant notre recherche, son objectif est d'apprécier et d'évaluer le niveau de satisfaction des patients dans les établissements de santé publics vis-à-vis les services de soins fournis.

Etablissement :

Unité (service):

Sexe : Masculin Féminin

Age : - 25 ans 25 - 40 ans 40 - 55ans +55 ans

Niveau d'instruction : Nul Moyen Universitaire

Le séjour : En urgence Venant d'un autre hôpital Etait prévu

Période de séjour : Courte Moyenne Longue

Comment jugez-vous ? :

LA FIABILITE :

C'est la capacité à réaliser le service promis en toute confiance et de manière précise.

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
L'accueil du service administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La précision du diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le respect des horaires d'offre de soins et les rendez-vous de visite du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fiabilité des services de soins (Dès la première fois) ☒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA SERVIABILITE (RAPIDITE) :

La bonne volonté à répondre aux patients et offrir le service prompt.

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Les délais d'attente des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La réponse à vos réclamations et vos demandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'aptitude du personnel à offrir les services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La simplicité des procédures de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'ASSURANCE :

La compétence des employés ainsi que leur capacité à inspirer confiance.

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
La compétence du corps médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'image et la place de l'établissement dans la société	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La confidentialité de vos informations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La communication avec les soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA TANGIBILITE :

Les installations physiques, les équipements et l'apparence du personnel.

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Le confort de votre chambre (La propreté des locaux, des toilettes et du linge, chauffage...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les repas (variété des menus, quantité, qualité, respect du régime...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'atmosphère générale du service (calme, sécurité, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité des équipements et des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les modalités de visite (horaires, aménagement des locaux, panneaux didactiques...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'EMPATHIE (COURTOISIE):

La prise en considération l'attention individualisée que l'établissement accorde à ses malades.

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Politesse et amabilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La disponibilité et l'écoute du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intérêt et attention individualisés du soignant à chaque patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPRECIATION GLOBALE SUR VOTRE SEJOUR

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Insatisfaisant
Vous pouvez qualifier votre séjour de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Classez les éléments suivants de 1 à 5 selon le degré d'importance :

- La fiabilité
- La serviabilité (Rapidité)
- L'assurance
- La tangibilité
- L'empathie (Courtoisie)

OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....