

Evaluation de la qualité à l'hôpital et satisfaction des patients

Résumé : La santé joue un rôle fondamental dans l'amélioration de la productivité de la population et de son bien-être. L'objectif de notre étude est de rechercher à mesurer la satisfaction des patients par rapport à la qualité techniques et relationnelles des prestations de soins et de santé dans les établissements hospitaliers et ceci vis-à-vis des malades.

L'étude de cas a été effectuée à l'hôpital Dr. Benzerdjeb dans la wilaya de Ain Témouchent durant la période de 01/10/2012 au 30/03/2012, au moyen d'un questionnaire comprenait 36 items portant sur les différentes dimensions de la satisfaction. Les résultats de notre enquête montrent qu'il existe une satisfaction des patients de la qualité des prestations de soins et de santé offerts par l'hôpital. Néanmoins plusieurs défaillances ont été recensées sur certains critères liées principalement au management relationnel entre les personnels soignants et leurs patients.

Mots clés : Service – Patient – Hôpital – Santé – Satisfaction - Qualité.

الملخص : تلعب الصحة دورا أساسيا في تحسين إنتاجية المجتمع ورفاهيته. فالهدف من هذه الدراسة هو البحث في قياس رضا المرضى من جودة الخدمات الصحية سواء كانت التقنية أو من حيث العلاقات مع المرضى. قمنا بدراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب في ولاية عين تموشنت خلال الفترة الممتدة من شهر 2012/10/01 إلى 2012/03/30، وذلك باستخدام استبيان مكون من 36 معيار لاختبار الفرضيات المقترحة في دراسة رضا المرضى. نتائج الدراسة تشير إلى وجود رضا من طرف المرضى عن جودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى. لكن تم احصاء إخفاقات في بعض المعايير الخاصة بالعلاقات وتفاعلاها بين موظفي المستشفى من أطباء ومرضين... والمرضى.

الكلمات المفتاحية : الخدمة، المريض، المستشفى، الصحة، الرضا، الجودة.

Introduction :

La santé joue un rôle primordial dans l'amélioration de la productivité de la population et de son bien-être, d'où vient la nécessité de produire des prestations de santé de qualité. On vit dans une époque où la médecine a fait un grand progrès scientifique grâce aux nouvelles technologies d'un côté. De l'autre, le patient devient de plus en plus exigeant, capable de choisir selon ses besoins et perceptions. Il n'est plus le malade qui souffre et qui subit les décisions des médecins, c'est un client.

La problématique de ce travail est née de la constatation qu'un hôpital se définit comme étant une organisation naturellement centrée sur le patient et ses besoins :

Si un mouvement d'intérêt pour le point de vue des usagers a gagné l'ensemble des organisations sociales et commerciales contemporaines, ainsi que la santé publique en particulier, sur quels points et aspects les usagers d'hôpitaux vont-ils attirer l'attention des directions afin d'apporter la satisfaction attendue lors des parcours de soins hospitaliers ?

Cependant, cette problématique pose ainsi quelques interrogations :

- Est-ce que les patients sont satisfaits de la qualité du service hospitalier ?
- Quels sont les indicateurs de la qualité des services de santé où la satisfaction fait défaut ?
- Sur quels indicateurs de la qualité des services de santé les patients font plus attention ?

1. Les objectifs de cette étude sont :

- Déterminer les indicateurs liés à la qualité des services hospitaliers ;
- Mesurer la satisfaction globale et spécifique des patients hospitalisés ;
- Détecter l'existence des défaillances ;
- Analyser l'aspect du marketing relationnel entre patient et personnels soignants à l'hôpital.

2. Hypothèses de travail :

Hypothèse 1 (H1) : Il existe des indicateurs déterminants qui ont une relation directe avec la qualité globale des services hospitaliers offerts (on précise : la qualité perçue par le patient).

Hypothèse 2 (H2) : Il existe une satisfaisante qualité de la prestation hospitalière, expliquée par le niveau de satisfaction des patients supérieur à 50% (>50%).

Hypothèse 3 (H3): Il existe une défaillance dans la qualité de la prestation, expliquée par le niveau d'insatisfaction des clients.

Hypothèse 4 (H4): Nous supposons enfin qu'il existe une défaillance dans la qualité de la prestation hospitalière, expliquée par le niveau d'insatisfaction des patients par rapport au marketing relationnel.

Dans le but de vérifier nos hypothèses, et d'atteindre nos objectifs de recherche, nous avons choisis de mener notre étude de terrain auprès de l'Etablissement Hospitalier Dr Benzerdjeb. La création de l'établissement depuis 2007, a permis d'enrichir le parc hospitalier de la wilaya par une offre très diversifiée et de qualité remarquable.

A. Cadre théorique sur la qualité des services et satisfaction

I. Concept de Marketing et de santé

1. Définitions

La définition prônée par l'Organisation Mondiale de la Santé est citée de façon positive et globale comme référence.

Ainsi, pour (OMS, 2009), la santé est une ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie. C'est un concept positif qui se définit comme « Un état de complet bien-être, physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.(1) ».

Le marketing des services offre à l'institution hospitalière une perspective nouvelle et complémentaire, centrée sur l'analyse de l'organisation et la gestion des relations entre l'offre et la demande. Certes, la discipline s'est développée principalement dans les entreprises à but lucratif mais son application nous paraît très utile dans le secteur hospitalier également.

Cependant, une adaptation des outils du marketing au monde hospitalier est indispensable afin de ne pas perdre de vue que l'objectif final n'est pas le profit mais le maintien de soins de qualité dans un contexte économique difficile et concurrentiel.

2. Les formes de marketing dans un hôpital

Gérer les services hospitaliers, c'est diagnostiquer tous les espaces d'échange entre les parties qu'il faudra nécessairement considérer pour la réalisation, la communication et l'évaluation du service. Le système de relations marketing dans une organisation de soins de santé précise les acteurs et les interrelations liées au système de soins de santé selon lesquelles nous identifions trois formes de marketing.

- **Le marketing interne** Il lie l'organisation à son personnel, public interne à savoir le staff clinique, le staff administratif, le staff technique et les bénévoles. Le personnel fait office de premier client de l'organisation. Il motive les personnels tout en affirmant l'orientation client à mettre en œuvre (2).

Il s'agit tout d'abord de rappeler à l'intérieur de l'organisation l'importance de ceux qui sont en première ligne, en contact avec les clients. Il faut donc avoir vérifié que leur profil convient à ce type de poste, qu'ils apprécient leur emploi de service et de contact direct. À partir de là, l'organisation doit faire en sorte que ceux qui s'occupent directement des clients puissent travailler sereinement et dans de bonnes conditions(3).

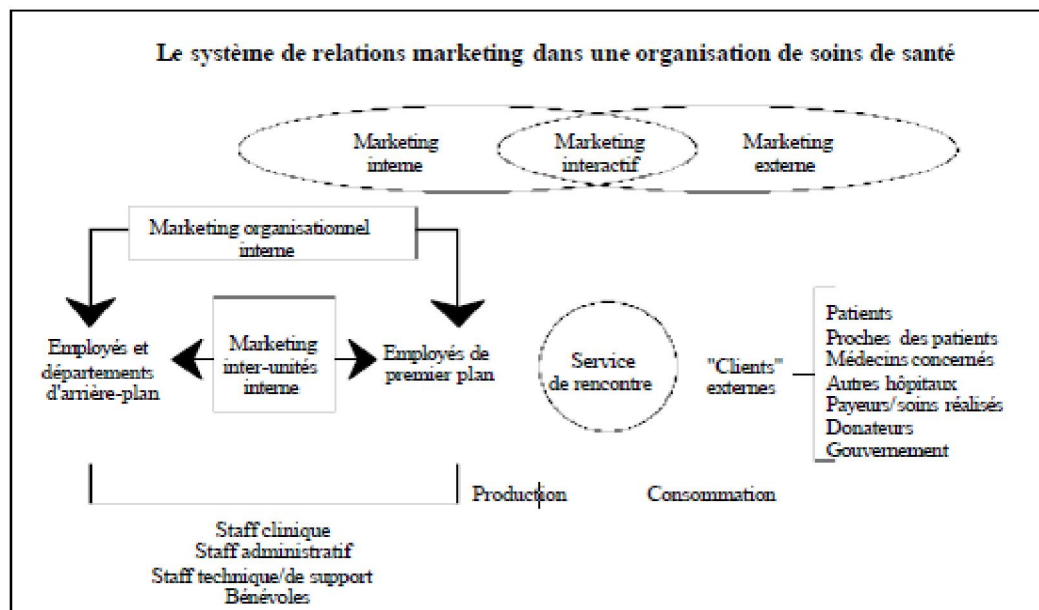
- **Le marketing externe** Il gère la relation entre l'organisation et les publics externes, à savoir les patients, les proches, les médecins traitants, les autres hôpitaux, les payeurs (mutualités, assurances), les éventuels donateurs et le gouvernement. C'est l'organisation dans son entité qui entre en contact avec sa clientèle externe.

Face à la concurrence des établissements privés et face à l'essor de « l'usager-client » en quête de données nourrissant sa liberté de choix, la mise en œuvre d'une politique volontariste de communication externe et de marketing développerait l'attractivité de l'établissement. Elle serait un facteur supplémentaire d'amélioration et de croissance de son activité(4).

- **Le marketing interactif ou relationnel** Il vise à favoriser la relation entre les publics externes et les publics internes de l'organisation, principalement lors de leur rencontre. Elle s'inscrit dans la relation interpersonnelle que ces derniers entretiennent avec les patients.

Les spécificités de l'établissement de santé sont d'ordre vital. C'est l'entreprise qui propose à ses clients le plus large champ de sentiments, de la douleur au plaisir en passant par l'angoisse, la tristesse, la révolte, l'espoir et la satisfaction. Or la gestion par le personnel de la peur et de l'injustice ressentie par le malade est souvent négligée.

Le marketing interactif ne peut être du marketing interne et du marketing externe. Ce n'est pas seulement lors de la prestation de service où clients externes et personnel de premier plan se rencontrent que les choses se décident, elles se préparent bien en amont de la production du service avec le personnel d'arrière plan et les relations inter-unités, et se répercutent en aval de sa consommation.

Figure 1 : Système de relations marketing (Traduit de W.B. Joseph, 1996).

Source : Fr. BIELEN, Op. cit, p. 82.

Ce schéma souligne également la multitude d'acteurs présents dans l'organisation de soins de santé. Les clients externes sont bien plus nombreux que les seuls patients comme on l'oublie trop souvent. De même, la chaîne de soins n'est souvent représentée que par les personnes en contact avec le patient et on néglige leurs relations avec les autres services et unités.

Cette approche plus systémique de la relation de soins a pour avantage de considérer tant l'existence des relations directes qu'indirectes. Seule la prise en compte de toutes les relations inhérentes aux processus de soins de santé permettra d'atteindre un certain seuil de qualité hospitalière.

3. Les spécificités des services : application au secteur hospitalier

Nous allons détailler les spécificités les plus importantes, propres à la notion de service et les appliquer au contexte hospitalier. Ces spécificités sont répertoriées globalement comme suit:

- **L'intangibilité** est la condition qui rend un service insensible au toucher et à la vue (Berry, 1980; Lovelock, 1981; Bateson, 1979; Flipo, 1989). L'intangibilité se traduit par l'incapacité pour la clientèle d'appréhender concrètement le service comme tel. Le service est constitué en fait par une combinaison d'éléments tangibles (un scanner, un

pansement, un lit, de la nourriture,...) et intangibles (des prestations du personnel médical et soignant)(5).

L'intangibilité crée une incompréhension mutuelle(6) entre le patient et le personnel hospitalier. Le dialogue entre les deux parties et la multiplication des contacts entre eux facilitera la tâche. L'intangibilité des services complique la conciliation entre les attentes des uns et les offres des autres.

- **L'hétérogénéité des prestations** L'hétérogénéité(7) (Eiglier, 1977; Filiatrault, 1987) aussi définie par l'appellation variabilité (Kotler, Filiatrault et Turner, 1994), décrit le caractère incertain de garantir une performance constante pour un prestataire de services comme entre différents prestataires d'un service.

La standardisation des services est très difficile car d'un côté ils sont intangibles et adaptés aux caractéristiques de chaque patient, et de l'autre, les sciences médicales ne sont pas des sciences exactes. Même si un patient teste un service rien ne dit que le service rendu, la prochaine fois, sera similaire. Il s'agit plus d'une promesse de satisfaction que d'une garantie.

- **La simultanéité (indivisibilité des services)** La simultanéité de la servuction et de la consommation est en effet caractéristique de la plupart des services. Alors que les biens sont produits, puis vendus et ensuite consommés, les services sont produits et consommés simultanément.(8) C'est au moment où le corps médical prodigue ses services - du diagnostic à la réadaptation - que le patient "consomme" les services de soins de santé.

- **La périssabilité des services** Le caractère périssable des services est lié au fait qu'on ne peut les stocker. S'il n'est pas acheté au moment où il est offert, un service disparaît à jamais.(9) Elle représente la durée de vie pour le moins éphémère d'un service, soit le temps d'une performance (Berry, 1983; Bitner et Zeithaml, 1987). Même si, les éléments tangibles pourront se stocker ce n'est pas le cas pour l'offre elle-même, qui est intangible par nature.

C'est le cas pour un hôpital, des lits non occupés dans des services suffisamment desservis en personnel et en équipement. Aussi, il est fondamental que l'offre puisse répondre aux excès de demande le plus promptement possible en cas d'urgence.

II. Qualité des services dans le secteur de santé

1. concept de la qualité et santé

Donabedian, parle de qualité à propos de soins qui « maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins »(10).

Selon la norme ISO 9000, la qualité est « L'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites des clients et des parties intéressées »(11).

Dans le secteur de santé, on a une multiplicité des « clients » potentiels d'une prestation de service. La traduction des besoins de ces différents clients oblige à prendre en compte les exigences de qualité spécifiques de chacun de ces clients(12) :

- Pour les patients, la qualité repose sur des critères multiples où la subjectivité peut prendre une part importante de la satisfaction finale. La complexité des traitements prescrits ne permet pas toujours de donner aux patients une information répondant à leurs attentes ;
- Pour les professionnels de santé, la qualité fait référence à une échelle de valeur professionnelle fondée sur différents aspects : capacité à s'adapter aux changements, à délivrer des produits ou un service dans des conditions optimales en termes d'efficacité, de sécurité, de délivrance au bon moment ;
- Pour les tutelles ou les organismes de financement, la qualité se traduit par des exigences multiples, comme notamment l'adéquation de l'offre de soins, le respect des exigences de sécurité, la maîtrise des coûts.

Comme nous l'avons vu, le terme « qualité » a plusieurs acceptions différentes, mais dans le contexte de notre étude, nous allons nous intéresser qu'au point de vue du patient.

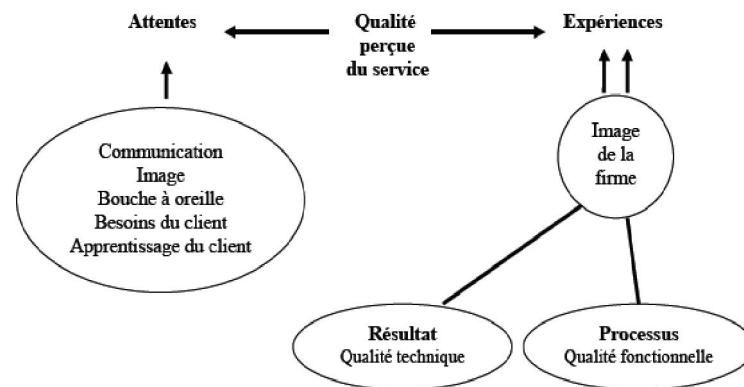
2. L'approche de la qualité perçue selon Christian Grönroos

Comme le démontre la recherche dans le marketing (des services) sur la qualité des services, la perception de la qualité passe généralement par la qualité du processus, qui consiste à percevoir la qualité du service dans sa globalité.

La première recherche menée par C. Grönroos, trouve son mérite dans sa tentative de définir la qualité perçue. La qualité perçue du service est ainsi définie comme « le résultat d'une comparaison entre le service attendu par le client et le service qu'il compte le recevoir ». Selon l'auteur, la qualité perçue du service dépend donc de deux variables : le service attendu et le service perçu. Il développe une approche qui

souligne l'importance d'identification de trois dimensions de la qualité perçue citées ci-dessous.

Figure 2 : Le modèle de la qualité de service de Grönroos (1984, 1990)



Source : W. SABADIE, « Contribution à la mesure de la qualité perçue d'un service public », Thèse de Sciences de Gestion, Université des sciences sociales de Toulouse, Décembre 2001, p. 74.

- **La qualité technique(13)** La dimension technique est relative au résultat du processus de servuction, ce que le client a obtenu une fois l'expérience de service terminée. C'est (le quoi).

L'organisation peut contrôler la qualité technique pendant la prestation. Ce type de qualité est facilement mesurable objectivement.

- **La qualité fonctionnelle** Elle fait référence à la nature des interactions(14) entre le fournisseur du service, le client et le processus de livraison du service(15), à la façon dont l'expérience se déroule. Elle est plus subjective et difficilement mesurable. Dans ce cas, les exigences du client s'inscrivent parmi les préoccupations majeures de l'organisation, afin de le satisfaire et de le fidéliser, ce qui est un peu complexe.
- **L'image de l'entreprise(16)** Il s'agit de l'image de l'organisation perçue par le client. Elle représente un ensemble de représentations mentales personnelles, subjectives, perçues à travers une multitude d'éléments fonctionnels (tangibles) et émotionnels (psychologiques).

Les résultats de cette recherche montrent que la qualité fonctionnelle est une dimension très importante de la qualité, parfois plus importante que la dimension technique. Une bonne qualité fonctionnelle peut faire oublier dans certains cas les problèmes temporaires de qualité technique. C'est pourquoi, le comportement du

personnel en contact, la façon qu'il a de mettre en œuvre ses capacités d'adaptation et d'argumentation, conditionnent la qualité de service perçue par le client(17).

III. La satisfaction des patients comme indicateur de la qualité des soins

1. Approche de la satisfaction

La satisfaction est considérée comme l'un des objectifs des soins médicaux qui ne visent pas seulement à améliorer l'état de santé du patient mais aussi à assurer sa satisfaction (Donabedian, 1987).

L'évaluation de la qualité des soins et de la pratique médicale ne saurait être réduite aux seuls aspects techniques et doit intégrer le jugement porté par le patient sur sa prise en charge (Ware, Snyder et al., 1983; Gasquet, 1999). La satisfaction du patient constitue ainsi un indicateur de la qualité des soins (Cleary et Mc Neil, 1988).

En effet, la satisfaction du patient est entendue "comme le résultat d'un processus d'évaluation et de comparaison du service obtenu des différents intervenants et des éléments de l'environnement physique lors de la livraison du service d'hospitalisation" (Singh, 1990).

2. Caractéristiques majeurs de la satisfaction

- **La satisfaction est une notion subjective :** elle est un sentiment de contentement que nous éprouvons quand les choses sont telles que nous les souhaitons. La satisfaction est donc subjective. La satisfaction des patients dépend de leur perception des services qui peut être différente non de la réalité objective. La satisfaction subjective du patient diffère de la satisfaction objective du médecin.

- **La satisfaction est une notion relative :** On considère qu'un patient est satisfait du service rendu si ce dernier égale ou surpasse ses attentes. La satisfaction d'un patient n'est pas liée à la qualité intrinsèque d'une servuction, mais au rapport entre la qualité perçue de la prestation et le niveau d'exigence du patient (deux patients peuvent avoir des satisfactions différentes alors qu'ils reçoivent pratiquement le même service et dans les mêmes conditions).

- **La satisfaction est une notion évolutive :** elle évolue avec le temps sur deux niveaux différents, en fonctions à la fois des attentes et des standards, et du cycle d'utilisation des services. Cette évolution est dépendance du cycle de vie de l'utilisation du service.

- **La satisfaction est une notion individuelle plus que collective :** En plus d'être subjective et relative, la satisfaction est une notion individuelle : elle est d'abord attachée à des individus plutôt qu'à un groupe d'acteurs.

B. Etude de cas : Centre hospitalier Dr Benzerdjeb d'Ain Témouchent (Algérie).

I. Méthodologie de la recherche

1. Type et population d'étude

Nous avons opté pour une enquête de satisfaction (une démarche combinée entre des éléments à la fois quantitatifs et qualitatifs) menée auprès des patients ayant été hospitalisés durant la période de Février à Mars 2012, dans l'établissement hospitalier Dr Benzerdjeb d'Ain Témouchent (Algérie).

La population de l'enquête se définit comme étant les patients qui ont été hospitalisés, pendant la période de l'étude dans tous les services de l'établissement. Si le patient avait été hospitalisé plus d'une fois, il n'était interviewé qu'une seule fois.

Nous considérons, que la moitié (50%) de notre population (200 patients ; un patient/lit) comme échantillon représentatif non-probabiliste, soit : 100 patients (questionnaires) pour notre échantillon (échantillonnage raisonné)(18). Cette méthode nous permettra de faire des déductions statistiques de manière à généraliser les résultats sur la population étudiée.

Nous avons supposé qu'il n'y avait pas de variation temporelle de la satisfaction pendant la période de l'étude.

2. La collecte des données

Le questionnaire comprenait 36 items explorant les différentes dimensions de la satisfaction : la satisfaction globale (6 items), la satisfaction spécifique quant à : l'accès à l'hôpital (5 items), la réception (5 items), la chambre (5 items), la restauration (5 items), les soins médicaux et paramédicaux (6 items) et les données sociodémographiques des patients (4 items). Afin de rencontrer les objectifs de notre étude, nous avons procédé à des entretiens avec les patients afin de les aider à remplir les questionnaires et nous assurons ainsi qu'ils étaient complétés correctement. Aucun questionnaire n'a été rejeté (taux de réponse de 100%).

Nous avons utilisé l'échelle de Likert qui correspond à quatre niveaux de satisfaction : très satisfait, satisfait, peu satisfait, pas satisfaisant, qui étaient codés respectivement de 3 à 0.

3. Méthodes d'analyse des données

L'analyse suivante va nous permettre de valider l'hypothèse suivante : Il existe une défaillance dans la qualité de la prestation hospitalière, expliquée par le niveau d'insatisfaction des patients par rapport au marketing relationnel.

Afin de vérifier l'hypothèse, nous avons utilisé une analyse descriptive (les fréquences, les pourcentages, les moyennes, les écarts type, Khi deux).

II. Résultats de l'étude

1. Description de la population étudiée

Nous avons obtenu une répartition homme (53%) / femme (47%) relativement satisfaisante. La majorité des patients interviewés avaient plus de 30 ans (83%) et étaient instruits (13% sont analphabètes). (69%) des répondants ont un revenu supérieur à 15000 DA.

Première approche : la qualité comme étant un « Processus »

Les facteurs de qualité étaient mesurés par un énoncé sur une échelle de Likert à 4 points (du 0 à 3). Pour déterminer les classes, nous avons calculé l'étendue (différence entre la plus grande et la plus petite valeur de l'échelle de Likert) : **Etendue** = $3 - 0 = 3$. Puis diviser l'étendue sur le nombre de classes de l'échelle pour avoir la largeur de l'intervalle réel de chaque classe : **Intervalle** = $3/4 = 0.75$

Tableau 1 : Intervalle des classes

Classe	Pas satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Intervalle	[0 ; 0,75]	[0,76 ; 1,49]	[1,50 ; 2,24]	[2,25 ; 3]

Nous allons donner une mesure précise des patients satisfaits/ insatisfaits et les causes de la défaillance à savoir « le marketing relationnel ». Les étapes suivies sont :

- L'accès à l'hôpital : (Tableau 2 en annexe)

Nous constatons que la moyenne des moyennes de ces indicateurs est satisfaisante (**2,132**) de 3 points. Les patients jugent que la qualité de l'accès à l'hôpital est satisfaisante.

L'établissement donne beaucoup d'importance à l'aspect de l'hôpital qui est l'élément de départ du contact de ce dernier avec les patients, ainsi qu'à l'élément d'accessibilité physique pour les patients car cet élément facilite souvent les déplacements pour les patients. Mais nous remarquons (17%) de patients pas satisfaits et (24%) des patients peu satisfaits de la serviabilité des agents de sécurité. Ce facteur du marketing relationnel qui est entre le personnel de l'établissement et les patients est très important et la défaillance doit être prise en considération et corrigée.

- La réception

La moyenne des moyennes de ces indicateurs est satisfaisante (**1,53**) de 3 points. Les patients jugent que la qualité de la réception à l'hôpital est satisfaisante.

Nous remarquons que les facteurs du marketing relationnel présentent des importantes défaillances (disponibilité du personnel, confidentialité du personnel, délai d'attente et manque de l'information considérée comme capitale pour les patients.

- La chambre

La moyenne des moyennes de ces indicateurs est très satisfaisante avec une moyenne de (2,284) de 3 points. Les patients jugent que la qualité de la chambre à l'hôpital est très satisfaisante.

La propreté de la chambre et la salle de bain et la qualité du mobilier, étaient très satisfaisantes. L'intimité, la température et le bruit étaient satisfaisants.

- La restauration

La moyenne des moyennes de ces indicateurs est satisfaisante avec une moyenne de (1,542) de 3 points. Les patients jugent que la qualité de la restauration à l'hôpital est satisfaisante.

La satisfaction des patients vis-à-vis des horaires de service des repas ainsi que sa qualité sont satisfaisants. En revanche, la quantité du repas, sa température et l'adaptation des menus (régime alimentaire) sont peu satisfaisantes.

- Les soins « médicaux et paramédicaux »

Nous constatons que la moyenne des moyennes de ces indicateurs est satisfaisante avec une moyenne de (1,95) de 3 points. Les patients jugent que la qualité des soins médicaux et paramédicaux à l'hôpital est satisfaisante.

Nous remarquons que tous les critères étaient satisfaisants mais avec des défaillances que l'établissement doit prendre en considération.

Tableau 3 : Récapitulatif

Service		Moyenne	
Services périphériques	Accès à l'hôpital	2,13	1,87
	Réception	1,53	
	Chambre	2,28	
	Restauration	1,54	
Services de base et « principaux dérivés »	Soins « médicaux et paramédicaux »	1,95	1,95
Service global			1,91

Les services de base « principaux et dérivés » viennent en première position avec une moyenne satisfaisante de (1.91), alors que les services de périphériques viennent en deuxième position avec une moyenne satisfaisante aussi de (1.87).

Deuxième approche : la qualité comme étant un «des perceptions globales»

Les moyennes obtenues à la partie de mesure de satisfaction en général :

Tableau 4 : Satisfaction en général

Service		Moyenne
Services périphériques	Accès à l'hôpital	2,15
	Réception	1,69
	Chambre	2,29
	Restauration	1,66
Services de base et « principaux dérivés »	Soins « médicaux et paramédicaux »	1,90
Service global	Les services offerts par cet hôpital en général	2.13

Les services de base « principaux et dérivés » ont une moyenne satisfaisante de (1.90). Les services de périphériques montrent un ordre décroissant de moyenne de satisfaction comme suit : Chambre (2.29); Accès à l'hôpital (2.15); Réception (1.69) ; Restauration (1.66).

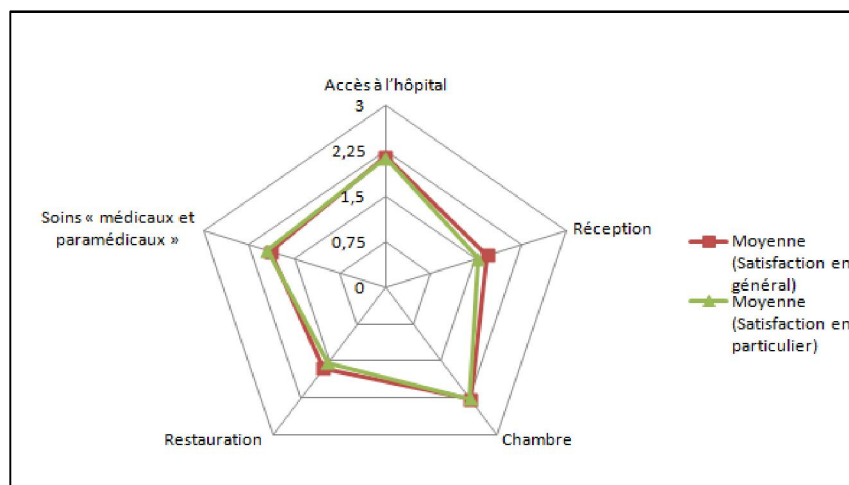
En comparaison des moyennes de satisfaction des deux tableaux nous trouvons :

Tableau 5: Comparaison entre satisfaction des patients en général et en particulier

Service		Moyenne (Satisfaction en général)	Moyenne (Satisfaction en particulier)
Services périphériques	Accès à l'hôpital	2,15	2,13
	Réception	1,69	1,53
	Chambre	2,29	2,28
	Restauration	1,66	1,54

Services de base et « principaux dérivés »	Soins « médicaux et paramédicaux »	1,90	1,95
Service global	Les services offerts par cet hôpital en général	2.13	1,91

Graphe 1: Comparaison entre satisfaction des patients en général et en particulier



Les moyennes des services périphériques font sortir des remarques très pertinentes. Les points forts sont liés à la qualité de l'hébergement et à l'accès à l'hôpital avec des fortes moyennes des indicateurs liés aux aspects physiques plutôt qu'aspects relationnels.

Les points faibles sont liés à la qualité de la réception et de la restauration. Là aussi, le marketing relationnel a un chemin à faire pour combler le manque enregistré par les patients.

Certes, la moyenne des services de base « principaux et dérivés » est dans la classe satisfaisante, mais ce n'est pas suffisant, car c'est la raison pour laquelle le patient vient à l'hôpital, elle doit être dans la classe très satisfaisante pour exprimer plus de confiance et d'attraction de l'hôpital vers ses patients. Et comme nous avons pu voir les défaillances sont liées principalement au marketing relationnel liant le personnel aux patients. Il est clair qu'il y a toute une culture à faire évoluer pour que le patient soit vu comme une partie principale voire la plus importante de la servuction, et passer d'une culture du patient, soumis à l'offre de l'hôpital, à la culture du patient, exigeant des choix personnalisés.

Il existe une défaillance dans la qualité de la prestation hospitalière, expliquée par le niveau d'insatisfaction des patients par rapport au marketing relationnel. Hypothèse H4 est valide

Conclusion

La philosophie de la qualité retrouve dans cette recherche toute sa logique, qui découle d'une idée simple qui en constitue le socle : tout doit converger vers la satisfaction du patient. Cette dernière, avec toute sa subjectivité, est un indicateur important dans l'évaluation de la qualité des services hospitaliers.

En effet, notre enquête nous a permis d'éclairer notre hypothèse. L'offre de l'établissement reste globalement satisfaisante. Le niveau perçu de la qualité des prestations diffère d'un service à un autre. Les indicateurs qui ressortent l'explique et le démontre. Et comme nous avons pu voir, les défaillances sont liées principalement au marketing relationnel liant le personnel aux patients, d'où la nécessité de faire évoluer une culture de marketing relationnel au sein de l'établissement.

Annexe : Tableau 2

ACCES A L'HOPITAL		Total	Très satisfa it (3)	Satisfa it (2)	Peu satisfa it (1)	Pas satisfa it (0)	Moyen ne	Ecart -type	Khi deux	Ordre
Signalisation et parking	Fréq	100	45	41	12	2	2,29	0,756	54,16	3
	%	100	45	41	12	2				
Disponibilité et serviabilité des agents de sécurité	Fréq	100	21	38	24	17	1,63	1,002	10	5
	%	100	21	38	24	17				
Accès aux ascenseurs	Fréq	100	20	47	30	3	1,84	0,775	40,72	4
	%	100	20	47	30	3				
Dispositifs pour la chaise roulante	Fréq	100	44	41	15	-	2,29	0,715	53,68	2
	%	100	44	41	15	-				
Aspect de l'hôpital (décor, apparence, verdure,...)	Fréq	100	61	39	-	-	2,61	0,490	109,7	1
	%	100	61	39	-	-				
Moyenne des moyennes							2,132	0,748		

RECEPTION		Total	Très satisfait (3)	Satisfait (2)	Peu satisfait (1)	Pas satisfait (0)	Moyenne	Ecart – type	Khi deux	Ordre
Confort et propreté de l'espace d'attente	Fréq	100	27	23	37	13	1,64	1,02	11,84	3
	%	100	27	23	37	13				
Disponibilité	Fréq	100	27	40	27	6	1,88	0,879	23,76	1
	%	100	27	40	27	6				
Confidentialité	Fréq	100	30	22	42	6	1,76	0,955	27,36	2
	%	100	30	22	42	6				
Délai d'attente	Fréq	100	11	21	45	23	1,20	0,932	24,64	4
	%	100	11	21	45	23				
Informations	Fréq	100	9	23	44	24	1,17	0,900	24,88	5
	%	100	9	23	44	24				
Moyenne des moyennes							1,53	0,937		
CHAMBRE		Total	Très satisfait (3)	Satisfait (2)	Peu satisfait (1)	Pas satisfait (0)	Moyenne	Ecart – type	Khi deux	Ordre
Mobilier (chambre et salle de bain)	Fréq	100	48	44	8		2,40	0,636	72,16	2
	%	100	48	44	8					
Propreté (chambre et salle de bain)	Fréq	100	61	34	4	1	2,55	0,626	95,76	1
	%	100	61	34	4	1				
Bruit	Fréq	100	33	42	18	7	2,01	0,840	29,04	5
	%	100	33	42	18	7				
Température	Fréq	100	48	30	18	4	2,22	0,961	41,76	4
	%	100	48	30	18	4				
Intimité et nombre de patient par chambre	Fréq	100	45	37	15	3	2,24	0,818	45,12	3
	%	100	45	37	15	3				

Moyenne des moyennes							2,284	0,776		
RESTAURATION		Total	Très satisfait (3)	Satisfait (2)	Peu satisfait (1)	Pas satisfait (0)	Moyenne	Ecart – type	Khi deux	Ordre
Qualité du repas	Fréq	100	21	35	28	16	1,61	0,994	8,24	2
	%	100	21	35	28	16				
Quantité du repas	Fréq	100	24	21	35	20	1,49	1,068	5,68	3
	%	100	24	21	35	20				
Adaptation des menus (régime alimentaire)	Fréq	100	11	23	48	18	1,27	0,886	31,12	5
	%	100	11	23	48	18				
Température	Fréq	100	22	17	47	14	1,47	0,989	27,12	4
	%	100	22	17	47	14				
Horaire	Fréq	100	16	58	23	3	1,87	0,706	66,32	1
	%	100	16	58	23	3				
Moyenne des moyennes							1,542	0,929		
RESTAURATION		Total	Très satisfait (3)	Satisfait (2)	Peu satisfait (1)	Pas satisfait (0)	Moyenne	Ecart – type	Khi deux	Ordre
Disponibilité des soins	Fréq	100	37	51	10	2	2,23	0,709	62,96	1
	%	100	37	51	10	2				
Disponibilité des médicaments	Fréq	100	26	39	30	5	1,86	0,865	24,88	4
	%	100	26	39	30	5				
Disponibilité et courtoisie (le personnel)	Fréq	100	38	35	25	2	2,09	0,842	31,92	2
	%	100	38	35	25	2				
Respect, intimité et confidentialité (le personnel)	Fréq	100	24	48	15	13	1,83	0,943	30,96	5
	%	100	24	48	15	13				
Compétence et habileté (le personnel)	Fréq	100	34	44	12	10	2,02	0,932	33,44	3
	%	100	34	44	12	10				
Communication	Fréq	100	23	34	32	11	1,69	0,95	13,2	6

et explications (le personnel)	%	100	23	34	32	11		0	0	
Moyenne des moyennes							1,95	0,87 3		

REFERENCES

- 1 - Définition trouvée sur le site Internet de l'OMS < www.who.int/about/fr/ >.
- 2 - R. CAILLET, D. CRIÉ, Op. cit, p.13.
- 3 - B. SCHADECK, P. MALAVAL, C. BENAROYA, « Marketing, facteur de développement. L'émergence des Pays du Sud », Harmattan, 2000, p. 155.
- 4 - L. ROBILLARD, « Marketing hospitalier. Un oxymore qui prend sens », Revue hospitalière de France, n°517- Juillet/août 2007, p. 62.
- 5 - J-P. FLIPO, (1989), Marketing des services : un mix d'intangible et de tangible, Revue Française du Marketing, n°121, p 21-29.
- 6 - B. PAQUIN B., N. TURGEON, « *Entreprises de services : gestion de la qualité* », Laval : Agence d'Arc, 1994.
- 7 - P. SAUVE, P. FILIATRAULT, Op.cit, p. 3.
- 8 - LENDREVIE J., LEVY J., LINDON D., « Mercator : théorie et pratique du marketing », Edition Dalloz, 7ème édition, 2003, p. 996.
- 9 - R-Y. DARMON, M. LAROCHE, J-V. PETROF, « Le Marketing: fondements et applications », 5ème édition, Chenelière/McGraw-Hill, 1996, Montréal, p.523
- 10 - Z. OR, L. COM-RUELLE, « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? », IRDES, Décembre 2008, p. 3.
- 11 - L. PITET, « La qualité à l'officine », Le Moniteur des Pharmacies, 2004, p. 32.
- 12 - L. PITET, Idem, p. 33.
- 13 - N. NGUYEN, G. LEBLANC, « Étude exploratoire des déterminants de la valeur perçue des coopératives de service », uniRcoop, Vol. 5, 24/05/2007, p. 192.
- 14 - A. GODENER, M.FORNERINO, D. RAY, « La satisfaction des utilisateurs du contrôle de gestion et leur performance managériale », 29ème congrès de l'AFC, AFC, Cergy-Pontoise, France, 2008, p. 11.
- 15 -G. BRESSOLLES, «La qualité de service traditionnelle versus la qualité de service électronique : Similarités, différences et voies futures de recherche », 2ème Journées Normandes de la consommation, 2003, p. 4.
- 16 - N. NGUYEN et al., « Eléments contribuant à la formation de l'image des caisses populaires : une étude empirique au Canada, au Mexique et au Brésil », uniRcoop, Vol. 2, 2004, p. 12.
- 17 - J. MOUTTE, « Qualité de service et valorisation d'une expérience de consommation dans la restauration traditionnelle de luxe : une perspective consommateur », 11èmes Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne, Dijon, Novembre 2006, p. 4.
- 18 - Certaines contraintes nous ont obligées de recourir à ce type d'échantillonnage (temps, contexte, ...etc.), il est à préciser que notre échantillon constitué reflète toutes les spécialités médicales et chirurgicales présentes dans l'établissement hospitalier.