

l'enquête satisfaction

Enquêtes de satisfaction auprès des patients hospitalisés sont réalisées dans le cadre de la démarche qualité, l'évaluation de la satisfaction des patients étant un des indicateurs de la qualité des soins et des prestations fournies par une clinique privée.

3-1 l'objectif majeur de l'étude :

L'objectif majeur de cette étude est de vérifier la réalité qui est notre but principal. Mais avant l'étude de terrain, nous essaierons de nous baser sur la théorie c'est-à-dire l'application du marketing des services dans les établissements sanitaires, notamment les cliniques privées à travers plusieurs écrits (ouvrages et références) disponibles dans cette matière.

- Dresser un état des lieux sur l'information et les modalités d'évaluation de la qualité des soins auprès du patient.
- Quantifier les perceptions des patients : leur vécu de la qualité des soins.
- Elaborer quelques facteurs chiffrés, validés et fiables reflètent le niveau de la qualité de soins au sein de l'établissement hospitalier privé et qui permet d'estimer la satisfaction ou l'insatisfaction des patients (facteurs de la qualité technique et facteurs de qualité non-technique).

3-2 Elément méthodologique :

3-2-1 l'enquête transversale :

Cette enquête a été réalisée par questionnaire auprès des patients présents dans l'établissement hospitalier privé

*La durée de cette enquête est : entre le 01/06/2010 jusqu'au 30/07/2010

*Cette enquête a été réalisée dans 03 cliniques privées :

- La clinique « LES CASTORS » au niveau de la wilaya de Mostaganem
- La cliniques « LES DAHLIAS » au niveau de la wilaya de Tlemcen
- La clinique « TABET » au niveau de la wilaya de Tlemcen

3 2-2 outils questionnaire :

Nous avons choisi le questionnaire qui est l'outil le plus cité dans la littérature pour les enquêtes de la satisfaction. Celui-ci cherche à explorer différentes dimensions de la satisfaction des patients par des questions simple, construites en tenant compte de la forme et du fond.

Un court texte de présentation introduit le questionnaire et permet à chaque patient de comprendre l'intérêt et le but de cette enquête, avant de l'assurer de la confidentialité de ses réponses et de son anonymat.

Nous avons été attentifs de la formulation des questions qui évitent un « jargon trop médical », peu compréhensible.

Le modèle de questionnaire a été élaboré à travers d'autres recherches, par un simple exemple : le questionnaire faite par la HAS » haute autorité de santé ».

➤ Nombre des questionnaires distribués dans chaque clinique :

Tableau 3-1 : Nombre des questionnaires distribués dans chaque clinique

<i>Clinique privée</i>	<i>nombre</i>	<i>pourcentage</i>
La clinique « LES CASTORS »	90	60%
La cliniques « LES DAHLIAS »	30	20%
La clinique « TABET »	30	20%
total	150	100%

3-2-3 la population enquêtée :

Le choix de la population enquêtée constituait un critère de réussite. La population enquêtée inclut un nombre de 50 patients hospitalisés à chaque clinique, avec un taux de réponse de 100%.

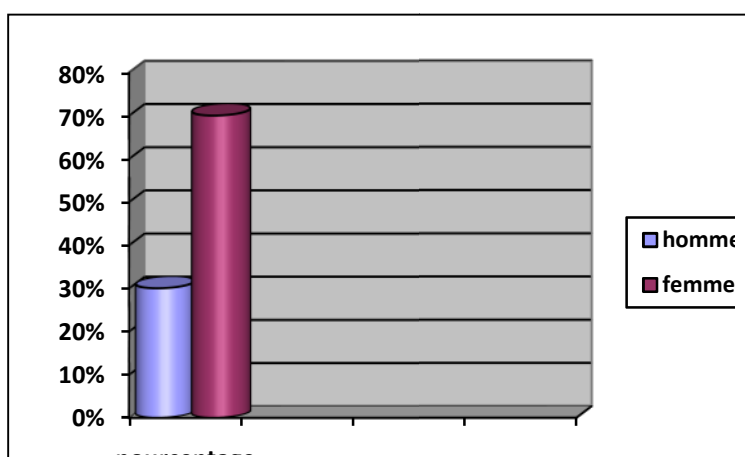
3-2-3-1 la répartition de la population enquêtée :

♣ Répartition par sexe :

Tableau 3-2 : Répartition par sexe

	nombre	pourcentage
hommes	45	30%
femmes	105	70%
total	150	100%

figure 3-1 : Répartition par sexe



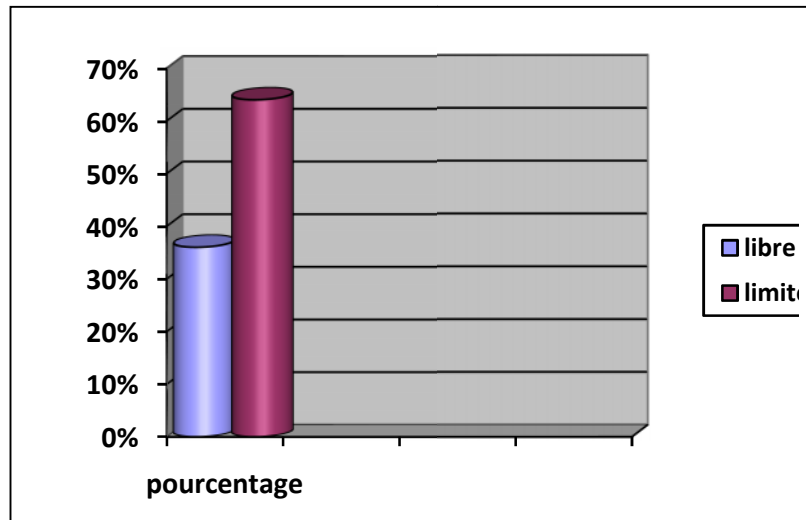
La majorité des répondeurs sont des femmes (70%).

♦ Répartition par âge :

Tableau 3-3 : répartition par âge
âge

	nombre	pourcentage
20-30	72	48%
31-40	51	34%
41-50	06	04%
51-60	12	08%
61 et plus	09	06%
total	150	100%

figure 3-2: répartition par



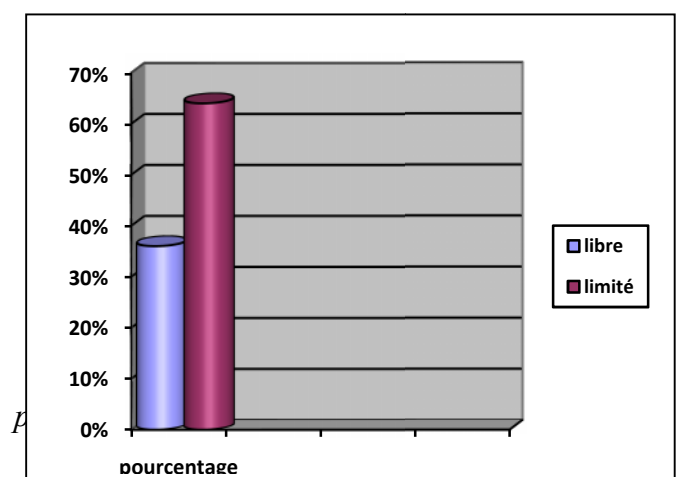
La plupart des enquêtés sont des personnes entre 20-30 ans (48%).

♦ Le choix de la clinique privée :

Tableau 3-4 : Le choix de la clinique privée
clinique

	nombre	pourcentage
libre	54	36%
limité	96	64%
total	150	100%

Figure 3-3 : Le choix de la



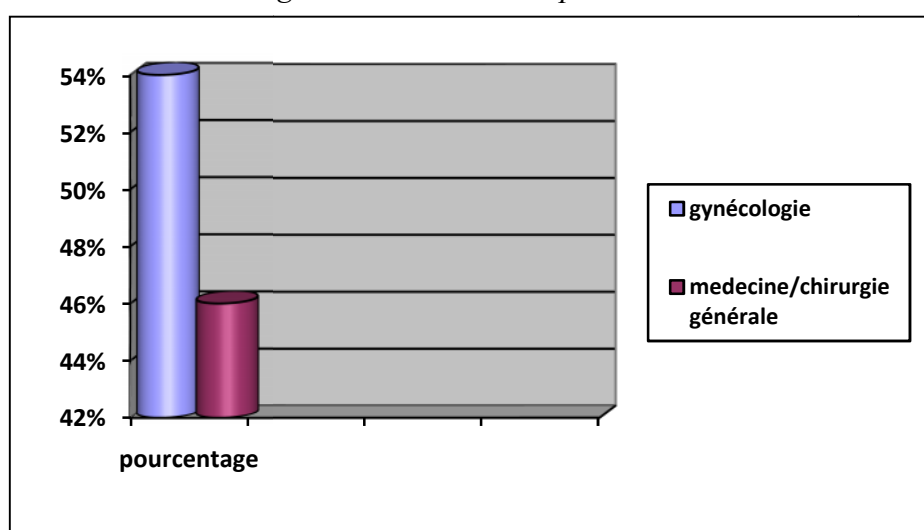
la majorité des patients n'ont pas la capacité de choisir leur établissement, ils sont orientés vers la clinique soit par leur médecin ou bien par l'hôpital (64%).

♣ Les cas hospitalisés :

Tableau 3-5 : Les cas hospitalisés

	nombre	pourcentage
Gynécologie/obstétrique	81	54%
Médecine / chirurgie générale	69	46%
total	150	100%

Figure 3-4 : Les cas hospitalisés



Nous avons occasionnellement interrogé les cas hospitalisés en service de gynécologie/obstétrique (54%)

3-2-4 critère d'inclusion et d'exclusion :

3-2-4-1 critère d'inclusion :

- Tous les patients dont l'état de santé permet de participer en connaissance de cause à cette enquête (capacité de compréhension, d'expression), et hospitalisés dans un service de l'établissement concerné.
- Prise en considération des réponses du patient uniquement à l'exclusion de l'expression des membres de son entourage.

- Eviter la présence du personnel de l'établissement le moment de remplir le questionnaire.

3-2-4-2 critère d'exclusion :

- Les patients pris en charge en hospitalisation de jour, en chirurgie ambulatoire, en externe, en consultation.
- Les patients admis le jour de l'enquête.

3-3 l'analyse des résultats :

3 -3-1 L'analyse et résultats de modélisation des équations structurelles :

Pour tester notre modèle théorique, nous avons utilisé une analyse d'équations structurelles. Nous avons suivi la démarche de « développement de modèle » utilisé par (Hair et *alii*, 1998 ; Raykov et Marcoulides, 2000) : élaboration des modèles structurels et de mesures (en intégrant les variables observables de chacun des construits de la figure (01)), sélection de la matrice d'entrée de données (matrice de covariance), sélection de la méthode de l'évaluation (maximum de vraisemblance), sélection des indices d'ajustement (Chi-deux sur degrés de liberté, RMSEA, GFI), validation individuelle des construits (modèle de mesure) et validation du modèle structurel. Tous les traitements ont été effectués avec le logiciel Statistica 8.

Pour la validation du modèle structurel, nous avons utilisé la démarche en deux étapes d'Anderson et Gerbing (1988) :

(1) validation du modèle de mesure par d'analyse factorielle confirmatoire (Hair et *alii*, 1998)

(2) évaluation des liens structurels théoriques entre les variables latentes par l'évaluation des mesures d'ajustement du modèle intégré (Hair et *alii*, 1998). Avant cela, nous avons épuré les échelles par le biais du logiciel SPSS.

3-3-2 Notion de modèle :

¹Un modèle spécifie un ensemble de relation hypothétique entre des variables mesurées et des variables latentes.

variables mesurées : une variable pour laquelle on dispose de mesures expérimentales ;

variables latentes : une variable non observée dont on suppose que les variables mesurées reflètent les effets ;

Au total, le modèle se partitionne en deux sous-modèles : le modèle de mesure et le modèle structurelle.

le modèle de mesure : ¹ Il décrit l'ensemble des relations impliquées par les variables mesurées ;

Le modèle structurelle : Il décrit les relations impliquées exclusivement les variables latentes ;

3-4 le modèle de mesure :

3-4-1 la validation du modèle de mesure :

L'objectif de cette validation est de vérifier de l'unidimensionnalité, de la fiabilité et des contributions factorielles des construits au moyen de l'analyse factorielle confirmatoire. Les résultats obtenus de l'ajustement de modèle de mesure sont illustrées dans le tableau suivant.

¹ w3.univ-tlse2.fr/ltc/raufaste/Pages/Etudiants/.../SEM.htm

Tableau 3-6 : Les indices d'Ajustement du modèle de mesure

Mesure	Le seuil acceptable	Ajustement du modèle de mesure
Chi ² (χ^2)		414.857
Degré de liberté (ddl)		90
Probabilité	0.05<	0.000
χ^2 / ddl	[2 - 5]	4.609
Steiger and Lind RMSEA Index	[0.04 – 0.08]	0.075
Joreskog and Sorböm GFI	Proche de 0.9	0.801
Joreskog and Sorböm AGFI	Proche de 0.9	0.754
Joreskog and Sorböm RMR	[0.04 – 0.08]	0.078
Population Gamma Index	Proche de 0.9	0.849
Adjustment Population Gamma Index	Proche de 0.9	0.793
Bentler and Bonett Normed Fit Index (NFI)	Proche de 0.9	0.701
Bentler Comparative Fit Index (CFI)	Proche de 0.9	0.968
Bollen's Rho		0.65
Bollen's Deltha		0.71
McDonald Noncentrality Index		0.600

Selon les valeurs calculées, nous observons que la qualité d'ajustement du modèle est bonne :

- ♣ Chi-deux (X^2) égale à 414.857, afin de vérifier la validité discriminante de chaque variable.
- ♣ Le **ddl** « degré de liberté » égale à 90 (**ddl** ≥ 0)
- ♣ Le rapport entre X^2 et **ddl** égale à 4.609, inclus dans l'intervalle **[2,5]**, il est acceptable.

Les autres indices d'ajustement sont bons puisque :

- ♣ **RMSEA** égale à **0.075**, inclus dans l'intervalle **[0.04,0.08]**.

- ◆ **GFI= 0.801 (proche de 0.9).**
- ◆ **AGFI= 0.754 (proche de 0.9).**
- ◆ **RMR= 0.078 (entre 0.04 et 0.08).**
- ◆ **PGI = 0.849 (proche de 0.9).**
- ◆ **APGI=0.793(proche de 0.9).**
- ◆ **NFI =0.701 (proche de 0.9).**
- ◆ **CFI =0.968 (proche de 0.9).**
- ◆ **Bollen's Deltha=0.65.**
- ◆ **Bollen's Deltha= 0.71.**
- ◆ **McDonald Noncentrality Index =0.600.**
- ◆ **P=0 (<0.05).**

Alors, nous pouvons affirmer que les construits étudiés du modèle de mesure représentent des **résultats acceptables**, qui nous permet de poursuivre l'analyse du modèle structurel.

3-4-2 les indices de symétrie du modèle de mesure :

Les valeurs négatives signifient que les réponses tendre vers la droite (échelle 4 et 5) et au contraire.

Tous les valeurs quelque soit positives ou négatives représentent les échelles utilisés dans la mesure :

1 : pas du tout satisfait 2 : peu satisfait 3 : moyennement satisfait
4 : satisfait 5 : très satisfait

Selon le tableau suivant, les mesures montrent que la majorité des résultats des indices de symétrie sont négatifs parce qu'ils sont localisés entre -1 et 0 (les réponses tendre vers les grandes valeurs c'est-à-dire vers les échelles 4 : satisfait, et 5 : très satisfait).sauf la variable **QLS3 (QLS3=0.358)** tendre vers la gauche (vers les petites valeurs c'est-à-dire vers l'échelle 1 : pas du tout satisfait).

Tableau 3-7 : les indices de symétries du modèle de mesure

Variables manifestes	Skewness	Corrected	Normalized
FT1	-0,556	-0,562	-2,780
FT2	-1,399	-1,414	-6,997
FT3	-0,547	-0,552	-2,733
FT4	-0,554	-0,560	-2,771
FN1	-0,040	-0,040	-0,199
FN2	-0,847	-0,855	-4,234
FN3	-0,659	-0,666	-3,294
FN4	-0,547	-0,552	-2,733
FN5	-0,276	-0,279	-1,382
FN6	-0,786	-0,794	-3,930
QLS1	-1,385	-1,399	-6,927
QLS2	-0,481	-0,486	-2,406
QLS3	0,358	0,361	1,789
QLS4	-0,230	-0,232	-1,148
QLS5	-0,302	-0,305	-1,509

3-4-3 les indices d'aplatissement du modèle de mesure :

Les données sont fiable si leur valeur ne dépasse pas **08**.

Le tableau ci-après représente les résultats des indices d'aplatissement du modèle de mesure :

- ♦ Tous les résultats négatifs (**FT1= -0.668, FT3= -0.917, FN2= -0.536, FN3= -0.677, FN4= -0.917, FN5= -1.012, FN6= -0.508, QLS2= -0.442, QLS4= -0.531, QLS5= -0.655**), expliquent que les réponses sont divergentes (la courbe est étendue, dans ce cas les réponses sont différentes).
- ♦ Tous les résultats positifs (**FT2= 1.758, FT4= 0.408, FN1= 0.324, QLS1= 2.167, QLS3= 0.157**), signifient que les réponses sont plus proches entre elles ou bien centrées (courbe pointue)

Tableau 3-8 : les indices d'aplatissements du modèle de mesure

Variables manifestes	Kurtosis	Corrected	Normalized
FT1	-0,668	-0,650	-1,671
FT2	1,758	1,860	4,396
FT3	-0,917	-0,907	-2,292
FT4	0,408	0,463	1,019
FN1	0,324	0,376	0,811
FN2	-0,536	-0,513	-1,339
FN3	-0,677	-0,659	-1,694
FN4	-0,917	-0,907	-2,292
FN5	-1,012	-1,005	-2,530
FN6	-0,508	-0,484	-1,270
QLS1	2,167	2,282	5,417
QLS2	-0,442	-0,416	-1,104
QLS3	0,157	0,203	0,393
QLS4	-0,531	-0,508	-1,328
QLS5	-0,655	-0,636	-1,637

3-4-4 la contribution factorielle du modèle de mesure :

Le meilleur indice que nous pouvons utiliser pour tester la signification est le **t de student**, à condition que le teste de **t de student** est supérieur à **1.96** au niveau de signification de **05%** pour chaque contribution factorielle des variables latentes.

Dans le tableau suivant, la deuxième colonne représente les résultats estimés des contributions factorielles (équivaloir à covariance) entre les variables latentes et les variables observées.

L'analyse factorielle confirmatoire est renforcée par 4 items de facteur technique, 6 items de facteur non-technique et 5 items de qualité des soins.

Les tableaux 3-9 donne le résumé des contributions factorielles entre les variables latentes et les variables mesurées.

Tableau 3-9 : la contribution factorielle du modèle de mesure

Les variables latents et ses variables manifestes	Contribution factorielle λ	Erreur type	T de Student 1.96 <	Niveau de probabilité <0.05
(FT)-1->[FT1]	0,557	0,035	15,828	0.000
(FT)-2->[FT2]	0,578	0,047	12,187	0.000
(FT)-3->[FT3]	0,507	0,034	15,097	0.000
(FT)-4->[FT4]	0,114	0,058	1,976	0.000
(FN)-5->[FN1]	0,319	0,049	6,536	0.000
(FN)-6->[FN2]	0,350	0,064	5,518	0.000
(FN)-7->[FN3]	0,314	0,093	3,371	0.000
(FN)-8->[FN4]	0,246	0,049	4,976	0.000
(FN)-9->[FN5]	0,499	0,063	7,911	0.000
(FN)-10->[FN6]	0,388	0,060	6,469	0.000
(QLS)-21->[QLS1]	0,497	0,059	8,485	0.000
(QLS)-22->[QLS2]	0,957	0,072	13,249	0.000
(QLS)-23->[QLS3]	0,550	0,046	12,040	0.000
(QLS)-24->[QLS4]	0,923	0,061	15,125	0.000
(QLS)-25->[QLS5]	0,837	0,056	14,940	0.000

Les formules générales

$$FT_n = \lambda_n FT + \xi_n$$

$$FN_n = \lambda_n FN + \xi_n$$

$$QLS_n = \lambda_n QLS + \xi_n$$

✓ Les facteurs techniques :

Tableau 3-10 : Les équations de contribution factorielle des facteurs techniques

<i>indicateurs</i>	<i>équations</i>	<i>($\lambda, P < 0.05$)</i>	<i>résultat</i>
Indicateur 1	FT1= 0.557 FT+ 0.035	$\lambda_1 = 0.557$	bon
Indicateur 2	FT2= 0.578 FT+ 0.047	$\lambda_2 = 0.578$	bon
Indicateur 3	FT3= 0.507 FT+ 0.034	$\lambda_3 = 0.507$	bon
Indicateur 4	FT4= 0.114 FT+ 0.058	$\lambda_4 = 0.114$	bon

Selon les équations, nous observons que

- ♣ l'indicateur FT1 qui représente la qualité de diagnostic des praticiens dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_1 = 0.557, P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur FT2 qui représente la qualité de l'intervention chirurgicale, dont leur contribution factorielle [$\lambda_2 = 0.578, P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur FT3 qui représente les soins infirmiers offerts dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_3 = 0.507, P < 0.05$] est bon.

- ♣ l'indicateur FT4 qui représente la prise en charge des douleurs et des complications dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_4 = 0.114$, $P < 0.05$] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student** > 1.96 , nous permettons de mesurer la variable du facteur technique.

✓ **Les facteurs non- techniques :**

Tableau 3-11 : Les équations de contribution factorielle des facteurs non- techniques

<i>indicateurs</i>	<i>équations</i>	<i>(λ, $P < 0.05$)</i>	<i>résultat</i>
Indicateur 1	FN1= 0.319 FN+ 0.049	$\lambda_1 = 0.319$	bon
Indicateur 2	FN2= 0.350 FN+ 0.064	$\lambda_2 = 0.350$	bon
Indicateur 3	FN3= 0.314 FN+ 0.093	$\lambda_3 = 0.314$	bon
Indicateur 4	FN4= 0.246 FN+ 0.049	$\lambda_4 = 0.246$	bon
Indicateur 5	FN5=0.499 FN +0.063	$\lambda_5 = 0.499$	bon
Indicateur 6	FN6=0.388 FN +0.060	$\lambda_6 = 0.388$	bon

Selon les équations, nous observons que

- ♣ l'indicateur FN1 qui représente la propreté de l'endroit et des personnels dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_1 = 0.319$, $P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur FN2 qui représente e comportement des personnes médicales et non-médicales dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_2 = 0.350$, $P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur FN3 qui représente l'information médicale, dont leur contribution factorielle [$\lambda_3 = 0.314$, $P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur FN4 qui représente e confort de la chambre dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_4 = 0.246$, $P < 0.05$] est bon

- ♣ l'indicateur FN5 qui représente la propreté de e calme dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_5 = 0.499$, $P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur FN6 qui représente la qualité des repas dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_6 = 0.388$, $P < 0.05$] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student** > 1.96 , nous permettons de mesurer la variable du facteur non- technique.

✓ **La qualité des soins:**

Tableau 3-12 : Les équations de contribution factorielle de la qualité des soins

<i>indicateurs</i>	<i>équations</i>	<i>(λ, $P < 0.05$)</i>	<i>résultat</i>
indicateur 1	QLS1= 0.497 QLS+ 0.059	$\lambda_1 = 0.497$	bon
Indicateur 2	QLS2= 0.957 QLS+ 0.072	$\lambda_2 = 0.957$	bon
Indicateur 3	QLS3= 0.550 QLS+ 0.046	$\lambda_3 = 0.550$	bon
indicateur 4	QLS4= 0.923 QLS+ 0.061	$\lambda_4 = 0.923$	bon
Indicateur 5	QLS5=0.837 QLS +0.056	$\lambda_5 = 0.837$	bon

Selon les équations, nous observons que

- ♣ l'indicateur QLS1 qui représente e résultat médical, dont leur contribution factorielle [$\lambda_1 = 0.497$, $P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur QLS2 qui représente la prestation complète de l'établissement par rapport à d'autre établissement (hôpital) , dont leur contribution factorielle [$\lambda_2 = 0.957$, $P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur QLS3 qui représente la compétence et le contact humain des personnels médicaux et non-médicaux dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_3 = 0.550$, $P < 0.05$] est bon.

- ◆ l'indicateur QLS4 qui représente la les frais engagés par rapport à l'ensemble de séjour, dont leur contribution factorielle [$\lambda_4 = \mathbf{0.923}$, $P < \mathbf{0.05}$] est bon.
- ◆ l'indicateur QLS6 qui représente 'adéquation entre les attentes et les services fournis, dont leur contribution factorielle [$\lambda_6 = \mathbf{0.837}$, $P < \mathbf{0.05}$] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student** $> \mathbf{1.96}$, nous permettons de mesurer la variable de la qualité des soins.

3-5 le modèle structurel :

3-5-1 la validation du modèle de mesure :

Tableau 3-13 : Les indices d'Ajustement du modèle structurel.

Mesure	Le seuil acceptable	Ajustement du modèle de mesure
χ^2 (χ^2)		437.883
Degre de liberté (ddl)		88
Probabilité	0.05<	0.000
χ^2 / ddl	[2 - 5]	4.97
Steiger and Lind RMSEA Index	[0.04 – 0.08]	0.08
Joreskog and Sorböm GFI	Proche de 0.9	0.767
Joreskog and Sorböm AGFI	Proche de 0.9	0.682
Joreskog and Sorböm RMR	[0.04 – 0.08]	
Population Gamma Index	Proche de 0.9	0.849
Adjustment Population Gamma Index	Proche de 0.9	0.793
Bentler and Bonett Normed Fit Index (NFI)	Proche de 0.9	0.737
Bentler Comparative Fit Index (CFI)	Proche de 0.9	0.729
Bollen's Rho		0.686
Bollen's Deltha		0.775
McDonald Noncentrality Index		0.512

Selon les valeurs calculées dans le tableau ci-avant, nous remarquons que la qualité d'ajustement du modèle est bonne :

- ♣ Chi-deux (X^2) égale à 437.883, afin de vérifier la validité discriminante de chaque variable.
- ♣ Le **ddl** « degré de liberté » égale à 88 (**ddl** ≥ 0)
- ♣ Le rapport entre X^2 et **ddl** égale à 4.97, inclus dans l'intervalle **[2,5]**, il est acceptable.

Les autres indices d'ajustement sont bons puisque :

- ♣ **RMSEA** égale à **0.08**, inclus dans l'intervalle **[0.04,0.08]**.
- ♣ **GFI**= **0.767** (proche de 0.9).
- ♣ **AGFI**= **0.682** (proche de 0.9).
- ♣ **PGI** = **0.849** (proche de 0.9).
- ♣ **APGI**=**0.793**(proche de 0.9).
- ♣ **NFI** =**0.737** (proche de 0.9).
- ♣ **CFI** =**0.729**(proche de 0.9).
- ♣ **Bollen's Deltha**=**0.686**.
- ♣ **Bollen's Deltha**= **0.775**.
- ♣ **McDonald Noncentrality Index** =**0.512**.
- ♣ **P**=**0** (<**0.05**).

Alors, nous pouvons affirmer que les construits étudiés du modèle structurel représentent des **résultats acceptables**, qui nous permet de poursuivre l'analyse du modèle structurel.

3-5-2 les indices de symétrie du modèle de mesure :

Les valeurs négatives signifient que les réponses tendre vers la droite (échelle 4 et 5) et au contraire.

Tous les valeurs quelque soit positives ou négatives représentent les échelles utilisés dans la mesure :

1 : pas du tout satisfait 2 : peu satisfait 3 : moyennement satisfait

4 : satisfait

5 : très satisfait

Selon le tableau suivant, les mesures montrent que la majorité des résultats des indices de symétrie sont négatifs parce qu'ils sont localisés entre -1 et 0 (les réponses tendre vers les grandes valeurs c'est-à-dire vers les échelles 4 : satisfait, et 5 : très satisfait).sauf la variable **QLS3 (QLS3=0.358)** tendre vers la gauche (vers les petites valeurs c'est-à-dire vers l'échelle 1 : pas du tout satisfait).

Tableau 3-14 : les indices de symétries du modèle structurel

Variables manifestes	Skewness	Corrected	Normalized
FT1	-0,556	-0,562	-2,780
FT2	-1,399	-1,414	-6,997
FT3	-0,547	-0,552	-2,733
FT4	-0,554	-0,560	-2,771
FN1	-0,040	-0,040	-0,199
FN2	-0,847	-0,855	-4,234
FN3	-0,659	-0,666	-3,294
FN4	-0,547	-0,552	-2,733
FN5	-0,276	-0,279	-1,382
FN6	-0,786	-0,794	-3,930
QLS1	-1,385	-1,399	-6,927
QLS2	-0,481	-0,486	-2,406
QLS3	0,358	0,361	1,789
QLS4	-0,230	-0,232	-1,148
QLS5	-0,302	-0,305	-1,509

3-5-3 les indices d'aplatissement du modèle structurel :

Les données sont fiable si leur valeur ne dépasse pas **08**.

Le tableau ci-après représente les résultats des indices d'aplatissement du modèle de mesure :

- ♦ Tous les résultats négatifs (**FT1= -0.668, FT3= -0.917, FN2= -0.536, FN3= -0.677, FN4= -0.917, FN5= -1.012, FN6= -0.508, QLS2= -0.442, QLS4= -0.531, QLS5= -0.655**), expliquent que les réponses sont divergentes (la courbe est étendue, dans ce cas les réponses sont différentes).
- ♦ Tous les résultats positifs (**FT2= 1.758, FT4= 0.408, FN1= 0.324, QLS1= 2.167, QLS3= 0.157**), signifient que les réponses sont plus proches entre elles ou bien centrées (courbe pointue).

Tableau 3-15 : les indices d'aplatissements du modèle structurel

Variables manifestes	Kurtosis	Corrected	Normalized
FT1	-0,668	-0,650	-1,671
FT2	1,758	1,860	4,396
FT3	-0,917	-0,907	-2,292
FT4	0,408	0,463	1,019
FN1	0,324	0,376	0,811
FN2	-0,536	-0,513	-1,339
FN3	-0,677	-0,659	-1,694
FN4	-0,917	-0,907	-2,292
FN5	-1,012	-1,005	-2,530
FN6	-0,508	-0,484	-1,270
QLS1	2,167	2,282	5,417
QLS2	-0,442	-0,416	-1,104
QLS3	0,157	0,203	0,393
QLS4	-0,531	-0,508	-1,328
QLS5	-0,655	-0,636	-1,637

3-5-4 la contribution factorielle du modèle de mesure :

Dans le tableau suivant, la deuxième colonne représente les résultats estimés des contributions factorielles (équivaloir à covariance) entre les variables latentes et les variables observées.

Les tableaux **3-17,3-18,3-19** donne le résumé des contributions factorielles entre les variables latentes et les variables mesurées.

Tableau 3-16 : la contribution factorielle du modèle de mesure

Les variables latents et ses variables manifestes	Contribution factorielle λ	Erreur type	T de Student 1.96 <	Niveau de probabilité <0.05
(FT)-1->[FT1]	0,557	0,035	15,869	0.000
(FT)-2->[FT2]	0,584	0,047	12,389	0.000
(FT)-3->[FT3]	0,506	0,034	15,068	0.000
(FT)-4->[FT4]	0,117	0,058	2,032	0.000
(FN)-5->[FN1]	0,342	0,044	7,779	0.000
(FN)-6->[FN2]	0,361	0,058	6,188	0.000
(FN)-7->[FN3]	0,372	0,086	4,341	0.000
(FN)-8->[FN4]	0,237	0,046	5,171	0.000
(FN)-9->[FN5]	0,467	0,057	8,207	0.000
(FN)-10->[FN6]	0,368	0,055	6,649	0.000
(QLS)-21->[QLS1]	0,486	0,069	7,050	0.000
(QLS)-22->[QLS2]	0,933	0,101	9,254	0.000
(QLS)-23->[QLS3]	0,541	0,061	8,856	0.000
(QLS)-24->[QLS4]	0,890	0,091	9,760	0.000
(QLS)-25->[QLS5]	0,815	0,083	9,785	0.000

✓ **Les facteurs techniques :**

Tableau 3-17 : Les équations de contribution factorielle des facteurs techniques

<i>indicateurs</i>	<i>équations</i>	<i>(λ, $P < 0.05$)</i>	<i>résultat</i>
indicateur 1	FT1= 0.557 FT+ 0.035	$\lambda_1 = 0.557$	bon
Indicateur 2	FT2= 0.584 FT+ 0.047	$\lambda_2 = 0.584$	bon
Indicateur 3	FT3= 0.506 FT+ 0.034	$\lambda_3 = 0.506$	bon
Indicateur 4	FT4= 0.117 FT+ 0.058	$\lambda_4 = 0.117$	bon

Selon les équations, nous observons que

- ♣ l'indicateur FT1 qui représente la qualité de diagnostic des praticiens dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_1 = 0.557$, $P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur FT2 qui représente la qualité de l'intervention chirurgicale, dont leur contribution factorielle [$\lambda_2 = 0.584$, $P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur FT3 qui représente les soins infirmiers offerts dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_3 = 0.506$, $P < 0.05$] est bon.
- ♣ l'indicateur FT4 qui représente la prise en charge des douleurs et des complications dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_4 = 0.117$, $P < 0.05$] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student** > 1.96 , nous permettons de mesurer la variable du facteur technique

✓ **Les facteurs non- techniques :**

Tableau 3-18 : Les équations de contribution factorielle des facteurs non- techniques

<i>indicateurs</i>	<i>équations</i>	<i>($\lambda, P < 0.05$)</i>	<i>résultat</i>
Indicateur 1	FN1= 0.342 FN+ 0.044	$\lambda_1 = 0.342$	bon
indicateur 2	FN2= 0.361 FN+ 0.058	$\lambda_2 = 0.361$	bon
Indicateur 3	FN3= 0.372 FN+ 0.086	$\lambda_3 = 0.372$	bon
Indicateur 4	FN4= 0.237 FN+ 0.046	$\lambda_4 = 0.237$	bon
Indicateur 5	FN5=0.467 FN +0.057	$\lambda_5 = 0.467$	bon
Indicateur 6	FN6=0.368 FN +0.055	$\lambda_6 = 0.368$	bon

Selon les équations, nous observons que

- ♣ l'indicateur FN1 qui représente la propreté de l'endroit et des personnels dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_1 = 0.342$, $P < 0.05$] est bon.

- ◆ l'indicateur FN2 qui représente le comportement des personnes médicales et non-médicales dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_2 = 0.361$, $P < 0.05$] est bon.
- ◆ l'indicateur FN3 qui représente l'information médicale, dont leur contribution factorielle [$\lambda_3 = 0.372$, $P < 0.05$] est bon.
- ◆ l'indicateur FN4 qui représente le confort de la chambre dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_4 = 0.237$, $P < 0.05$] est bon.
- ◆ l'indicateur FN5 qui représente la propreté de l'environnement dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_5 = 0.467$, $P < 0.05$] est bon.
- ◆ l'indicateur FN6 qui représente la qualité des repas dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_6 = 0.368$, $P < 0.05$] est bon.

Tous ces résultats dont le test de **t de Student** > 1.96 , nous permettent de mesurer la variable du facteur non- technique.

✓ **La qualité des soins:**

Tableau 3-19 : Les équations de contribution factorielle de la qualité des soins

<i>indicateurs</i>	<i>équations</i>	<i>($\lambda, P < 0.05$)</i>	<i>résultat</i>
Indicateur 1	QLS1= 0.486 QLS+ 0.069	$\lambda_1 = 0.486$	bon
Indicateur 2	QLS2= 0.933 QLS+ 0.101	$\lambda_2 = 0.933$	bon
Indicateur 3	QLS3= 0.541 QLS+ 0.061	$\lambda_3 = 0.541$	bon
Indicateur 4	QLS4= 0.890 QLS+ 0.091	$\lambda_4 = 0.890$	bon
Indicateur 5	QLS5=0.815 QLS +0.083	$\lambda_5 = 0.815$	bon

Selon les équations, nous observons que

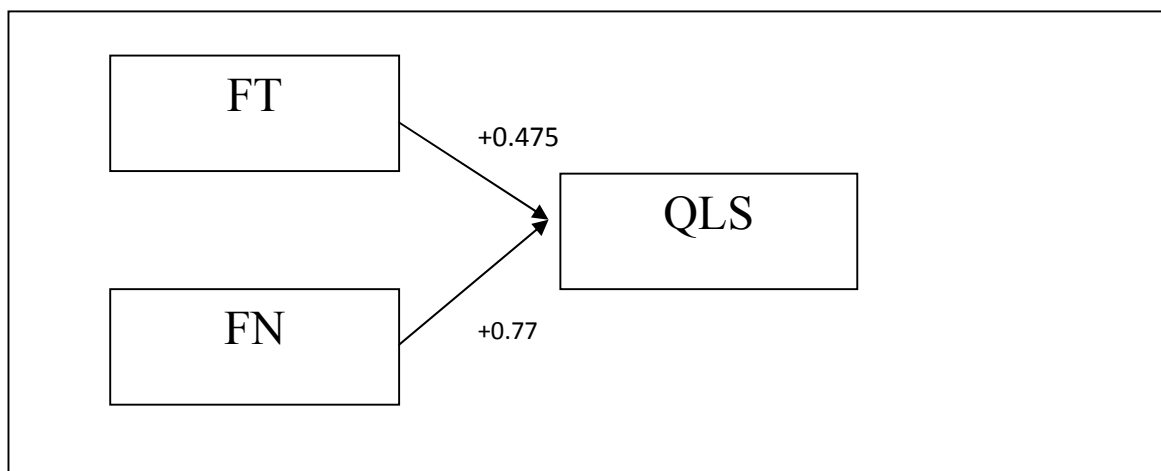
- ◆ l'indicateur QLS1 qui représente le résultat médical, dont leur contribution factorielle [$\lambda_1 = 0.486$, $P < 0.05$] est bon.
- ◆ l'indicateur QLS2 qui représente la prestation complète de l'établissement par rapport à d'autre établissement (hôpital) , dont leur contribution factorielle [$\lambda_2 = 0.933$, $P < 0.05$] est bon.
- ◆ l'indicateur QLS3 qui représente la compétence et le contact humain des personnels médicaux et non-médicaux dans la clinique privée, dont leur contribution factorielle [$\lambda_3 = 0.541$, $P < 0.05$] est bon.
- ◆ l'indicateur QLS4 qui représente les frais engagés par rapport à l'ensemble de séjour, dont leur contribution factorielle [$\lambda_4 = 0.890$, $P < 0.05$] est bon.
- ◆ l'indicateur QLS6 qui représente 'adéquation entre les attentes et les services fournis, dont leur contribution factorielle [$\lambda_6 = 0.815$, $P < 0.05$] est bon.

Tous ces résultats dont le teste de **t de student** > 1.96 , nous permettons de mesurer la variable de la qualité des soins.

3-5-5 l'indice de corrélation :

Avant de tester les hypothèses liées au modèle de cette étude, nous voulons donner une vision complète sur les relations causales et linéaires entre les variables latentes du modèle structurel.

Figure 3-5 : le modèle théorique de la qualité des soins



Les valeurs qui sont à côté des flèches entre deux variables latentes signifient le sens et l'intensité de la relation entre ces deux variables.

Le dernier critère de qualité d'ajustement est estimé, celui des corrélations entre les variables non-observées (latente). Les résultats présentés dans le tableau ci-après montrent que toutes les corrélations entre les variables latentes sont significatives, elles s'établissent à des niveaux moyennement élevé (0.475) et plus élevé (0.778).

Tableau 3-20: corrélations entre les variables latentes

Relations entre les variables latents	Coefficient de corrélation β_i	Erreur type ξ_i	T de student	Niveau de probabilité p
(FT)-32->(QLS)	0,475	10,954	4,285	0.000
(FN)-33->(QLS)	0,778	6,681	10,954	0.000

* Equation entre FT et QLS :

$$QLS = \beta_1 FT + \xi_1.$$

$$QLS = 0.475 FT + 10.954.$$

* Equation entre FN et QLS :

$$QLS = \beta_2 FN + \xi_2.$$

$$QLS = 0.778 FN + 6.681.$$

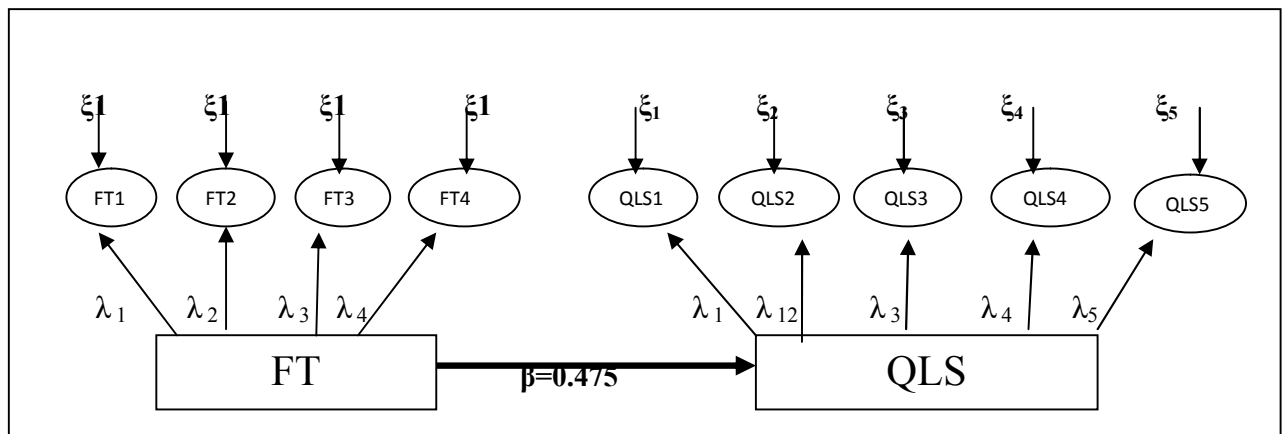
3-6 teste des hypothèses :

La dernière étape de cette étude est d'étudier l'intensité des relations liées entre les variables du modèle de qualité des soins on utilise la covariance β .

3-6-1 l'effet des facteurs techniques sur la qualité des soins :

Pour confirmer cette liaison, nous recourons aux modèles des équations structurelles afin d'extraire la forme structurelle. Cette dernière reflète la relation entre les facteurs techniques(tous ce qui est liés aux actes cliniques)et la qualité des soins.

Figure 3-6 : le modèle de mesure et structurel facteurs techniques-qualité des soins



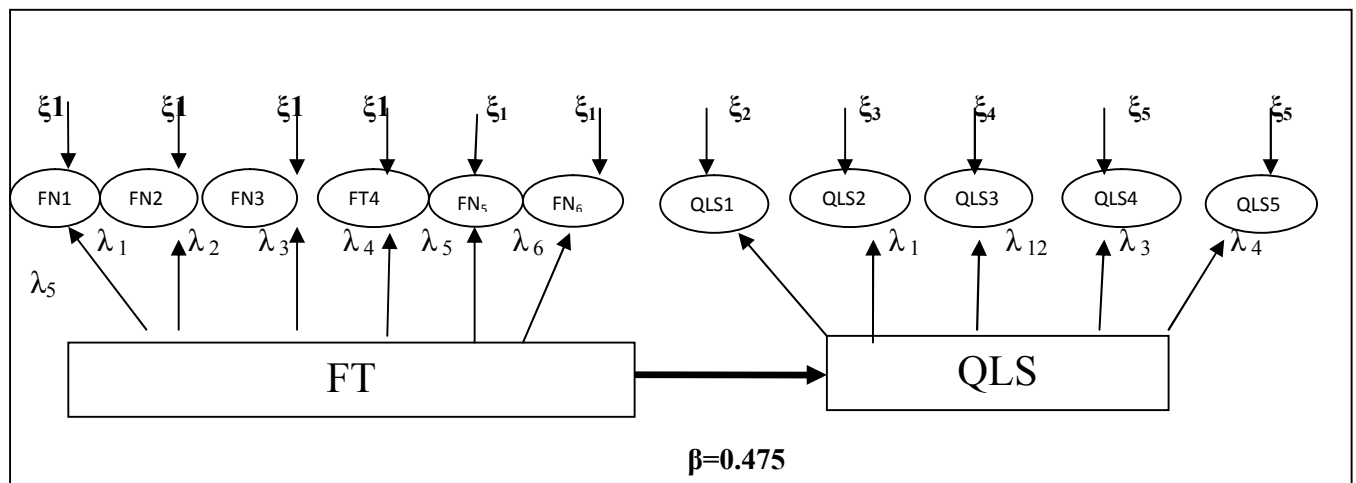
La première hypothèse proposée que les facteurs techniques influencent positivement la qualité des soins délivrée par une clinique privée, il ressort de l'analyse que l'apport des facteurs technique à la qualité des soins est significatif ($H_1 : \beta_1=0.475, t>1.96, p<0.05$).

Nous pouvons dire alors que *les facteurs techniques jouent un rôle important dans la délivrance d'une bonne qualité des soins*, ce qui confirme cette hypothèse.

3-6-2 l'effet des facteurs non- techniques sur la qualité des soins :

Pour confirmer cette liaison, nous recourons aux modèles des équations structurelles afin d'extraire la forme structurelle. Cette dernière reflète la relation entre les facteurs non-techniques (tous ce qui est liés aux relations entre le patient et les personnels médicaux et non-médicaux, et à l'environnement au sein de la clinique privée) et la qualité des soins.

Figure 3-7 : le modèle de mesure et structurel *facteurs non- techniques-qualité des soins*



La deuxième hypothèse proposée que les facteurs non- techniques influencent positivement la qualité des soins délivrée par une clinique privée, il ressort de l'analyse que l'apport des facteurs non-technique à la qualité des soins est significatif ($H_1 : \beta_1=0.778, t>1.96, p<0.05$).

Nous pouvons dire alors que *les facteurs non- techniques jouent un rôle important dans la délivrance d'une bonne qualité des soins*, ce qui confirme cette hypothèse.

Conclusion générale

La satisfaction des patients représente une dimension importante de la qualité des soins et un indicateur crédible pour mettre en évidence ainsi que pour corriger certains dysfonctionnements dans des établissements de soins.

L'objectif de notre étude était d'apprécier le degré de satisfaction des patients à l'égard de la qualité des soins hospitaliers dans les cliniques privées algériennes et d'identifier les principaux facteurs qui interviennent dans cette satisfaction.

La mesure et l'évaluation de la satisfaction des patients s'appuient davantage sur des éléments subjectifs, sur des perceptions que sur des critères normatifs. La satisfaction des patients est un concept qui peut être défini comme l'étendue de l'écart entre les attentes des patients et leurs perceptions.

Malgré l'intérêt croissant des chercheurs, des gestionnaires et des praticiens pour la satisfaction des patients, comme indicateur de la qualité des soins,

Plusieurs facteurs limitent potentiellement la validité de cette approche. Des gestionnaires ont exprimé de la réticence à intégrer les données sur la satisfaction des patients à celles recueillies dans le cadre d'un programme d'appréciation de la qualité des soins. Cette réticence est principalement attribuable à la méconnaissance des facteurs associés à cette notion.

Les résultats indiquent que les aspects des soins avec lesquels les patients sont les moins satisfaits concernent le comportement du personnel notamment les infirmières, **l'information médicale reçue, la qualité des repas que ce soit l'adéquation des repas aux régimes et même les horaires de distribution des repas, et la variation des menus.** Le calme et la perturbation de repos du patient car généralement les salles d'opérations se trouvent au même niveau que les chambres des patients (cas d'accouchement), la disponibilité du personnel de nuit (un infirmier pour 10 malades). La rapidité de réponse aux appels des patients. Cette insatisfaction des patients par rapport à ces différents domaines est également une préoccupation majeure des responsables de la santé, des personnels médicaux et paramédicaux que des patients et leurs familles.

Notre étude nous a permis de confirmer que les facteurs non-techniques autrement dit les facteurs de l'environnement interne et même les facteurs du contact humain, ont une influence significative et plus importante sur la qualité des soins auprès du patient, sans pour autant écarter les facteurs techniques c'est-à-dire les facteurs liés à l'application des connaissances et des techniques par les praticiens, et leurs influences sur la qualité des soins.

Points essentiels

Les outils de marketing sont à prendre en considération dans les stratégies d'établissement, dans un contexte de concurrence croissante entre établissements hospitaliers (entre le secteur public et le secteur privé, le secteur privé lui même).

- ✓ L'application du marketing : composante incontournable du management.
- ✓ la clinique privée face à de nouveaux enjeux : être attractif en passant par une stratégie marketing
- ✓ Les problématiques de la santé deviennent au cœur des préoccupations des Algériens (multiplication des émissions télévisuelles, radiophoniques, magazines et sites web dédiés à la démocratisation médicale).
- ✓ Consumérisme sanitaire et médical : attente de plus en plus forte d'informations sur les établissements de santé.
- ✓ On parle d'usager-client, connaissance des attentes des patients
- ✓ Mise en place d'une politique volontariste de communication externe et de marketing qui permettrait une meilleure attractivité de l'établissement.
- ✓ Exigence accrue de transparence et besoin de compréhension de l'usager
- ✓ La clinique privée ne doit plus se reposer sur ses acquis, sur son savoir uniquement. Les établissements de soins se doivent d'être attractifs et d'être capables de faire savoir pour survivre dans un contexte de concurrence accrue.

- ✓ Elle doit tout d'abord centrer sa vision sur les facteurs techniques et environnementaux (non-techniques) qui procurent la satisfaction des patients.
- ✓ L'objectif de l'évaluation des pratiques professionnelles est l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients.

Limites de la recherche :

- ✓ l'étude a touché uniquement quelques facteurs techniques et non-techniques selon la nature de l'échantillon (ex : nous avons éliminé les questions concernant le délai d'attente puisque tous les cas que nous avons pris sont préalablement programmer dont nous avons évité les cas urgents).
- ✓ L'étude fut menée sur seulement trois cliniques privées.
- ✓ Il est possible de faire une étude comparative entre les cliniques privées et l'hôpital.
- ✓ Nous n'avons pas mesuré la fidélité des patients

Bibliographie

➤ Ouvrages

Anglais

- Nacim-Hafez ABOUGOMAAH, 2006, marketing « arab and foreing perspectives » the(ad) arab administratie development organisation, egypt
- Raymond P. FISK ; Stephen J. GROVE, Joby jONN, 2000, interactive services marketing houghton mifftin company Boston,new york

Français

- Alexandre KAMYAB-SAMII, 2001, stratégie de service « E.business, supply chain », édition dunod, Paris
- Anne-catherine OUDART, 2001, les chargé(e)s de relation clientèle face à la lettre de réclamation, édition Septentrion, Paris
- Ariel BERESNIAK, Gérard DURU, 2001, économie de la santé, édition Masson ,Paris,5^e édition
- Bernard AVEROUS, Danièle AVEROUS, 1998,mesurer et manager la qualité de service « la méthode CYQ »,INSEP édition, Paris
- Bernard GAY, Marie-france LE GOAZIOU, Max BUDOWSKI,Pierre-louis DRUAIS, Serge GILBERT, 2003, médecine générale, édition Masson, Paris
- C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, 2003, prévention des risques dans l'unité de soins, édition Masson, Paris
- Cloude VILCOT, Hervé LECLET, 2006, indicateur qualité en santé, édition Afnor, Franc, 2^e édition
- Christopher LOVELOCK, Jocken WIRTZ, Denis LAPERT ,Annie MUNOS,2008, marketing des services , édition Pearson, France,6^e édition
- Daniel RAY, 2001, mesurer et développer la satisfaction, édition d'organisation, Paris,
- Denis LAERT, 2005, le marketing des services, édition Dunod, Paris
- Denis LINDON, Frédéric JALLAT,2002, le marketing, édition dunod, Paris, 4^e édition
- David GOTTELAND, 2005, l'orientation marché « nouvelle méthode, nouveaux outils », édition d'organisation, Paris
- Geneviève KREBS, Yvon MOUGIN, 2007, les nouvelles pratiques de l'audit qualité intere, édition AFNOR, France
- Gilbert ROCK, Marie-josée LEDOUX, 2006, le service à la clientèle, édition du renouveau pédagogique inc, Canada
- J LENDREVIE, J LEVY, D LINDON,2006, Merkator , édition Dunod ,Paris
- Jacques HOROVITZ, 2000, sept secrets pour un service client performant, les Echos édition, France
- James TEBOUL, 2002, le temps des services, édition d'organisation ,Paris, 4^e tirage
- Jean ABBAD, 2001, organisation et mangement hospitalier, édition berger-leverault, Paris
- Jean-mochel MENIN, 2001, la certification qualité dans les services « outils de performance et orientation client », édition Afnor, France

- L BOYER, 2004, le marketing quelle utilité pour le consommateur, édition EMS, Paris
- Lourent HERMEL, 2001, mesurer la satisfaction clients, édition Afnor , France
- Marc DUPONT, Claudine ESPER, Christian PAIRE, 2001, droit hospitalier, édition Dalloz ,Paris-, 3^e édition
- Mariel JAEGER, 2004, guide du secteur social et médicaux-social, édition Dunod ,Paris, 5^e édition
- Michel BADOC,2004, réinventer le marketing de la banque et de l'assurance « du sens du client au néomarketing », édition revue banque, Paris,
- Monique ZOLLINGER , Eric LAMARQUE,2008, marketing et stratégie de la banque, édition Dunod,Paris, 5^e édition
- Myriam HUBINON , 2004, management des unités de soins « de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité », édition De boeck, Bruxelles, 2^e tirage
- Nathalie VAN-LEATHEM,Yvelise LEBON,Béatrice DURAND-MEGRET, 2007, du responsable marketing « boîte à outils », édition dunod, Paris
- P AMEREIN, D BARCZYK, R EVRARD, F ROHARD, B SIBAUD, P WEBER, 2001, marketing « stratégies et pratiques », édition Nathan, France
- P DURIEUX, 1998, comment améliorer les pratiques médicales, édition Flammarion, Paris
- Patricia COUTELLE- BRILLET, Véronique DES CARETS,2004, marketing « de l'analyse à l'action », Pearson édition, et e-node France
- Philip KOTLER, Kevin lane KELLER, Bernard DUBOIS, Delphine MANCEAU , 2006, Marketing management, pearson édition, France ,12^e édition
- Philip KOTLER, 2005, les clés du marketing, Pearson édition, Paris
- Pierre ALARD, Damien DIRRINGER, 2000, la stratégie de relation client « un support dynamique de management de la relation client, le modèle customer connections », édition Dunod, Paris,
- Pierre DESMET P, 2001, marketing direct « concept et méthodes », édition Dunod, Paris, 2^e édition
- Pierre MASNE, -2007, les services publics « approche économique et enjeux sociaux », édition Presses Universitaires de Rennes « DIDACT économie », France
- Richard NORMANN, 1994, le management des services « théorie du moment de vérité dans les services », intereditions, Paris
- Richard POILROUX, 2000, management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux, Berger-levrault édition, Paris

Arabe

- زكي خليل المساعد, 2005, تسويق الخدمات و تطبيقاته, دار المناهج, عمان
- صلاح محمود دياب, 2009, ادارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة, دار الفكر, الاردن, الطبعة الاولى
- طلعت الدمردش, 2006, اقتصاديلا لخدمة الصحية, مكتبة القدس, الطبعة الثانية
- محمد ابراهيم عبيدات , جميل سمير دبابيه, 2006, التسويق الصحي و الدوائي, دار الوائل, الاردن, الطبعة الاولى

➤ **Revues et articles**

- Yves MATILLON, « qualité des soins , revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire », ANAES* service évaluation en secteur libéral, Paris-cadex 13-,2000
- 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
- P. Chevalier, J. Laperche , minerva «Le docteur m'a bien visité *Les attentes prioritaires des patients en consultation en médecine générale* » ; volume 8 ~ numéro 2 février 2009
- Le SIDA EN Algérie »stop SIDA , revue bimestrielle de formation et d'information et zadpharma,JMP-Algérie, N03, janvier/février 2009
- P THIEFFRY ; 4 février 2008 ; « une année en demi-teinte pour les services sociaux d'intérêt général » ADJA Dalloz édition ,Marseille, N °4/200/8
- N KAID-TLILONE ;avril 2007 ;« le service public local : un élément de stratégie de développement durable » les cahier de MECAS ; université de Tlemcen ,Algérie ; N°3
- Daria Koutaissoff ; Juillet 2005 ; « marketing et communication des établissements sanitaires vaudois analyse et positionnement des services de maternité' ;Lausanne, ,
- 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
- Mc BELEVILL ; L CLERC ;19 juin 2008 ; « rôle et mise en place d'indicateurs qualité » ; journée AFIP/AFAR intervention ; N*02 ; PDF
- HAS (haute autorité de santé) ; décembre 2007 ; « définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé –pour un débat public » ; France ; PDF
- Y MATILLON ; 2000 ; « qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire » ; ANAES* service évaluation en secteur libéral ; Paris
- Comment rendre un hôpital attractif » ; octobre 2008 ; serge cannasse ;USA ; PDF
- Raymond GREBIER ; « la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients » ; université de Montréal ; Canada ; 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
- Jorge MONDOZA ; Helga Piechulek ; Ahmed Al-Sabi ; 2001 ; « satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh (bulletin de l'OMS) » ; N°05 ;PDF
- Alain MOREAU ; Marrie-cécile DEDIANNE ; philippe HAUZANNEAU ; José LABORERE,J-L TERRA ;L SARRASSAT ;20 décembre 2004 ; « attentes et perceptions de la qualité de relation entre médecins et patients » étude qualitative par la méthode du focus group ; revue du praticien-médecine générale ; tome 18 ;N+674/675 ; 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
- Jean-François BOSS ; (1999) ; « la contribution des éléments du service à la satisfaction des clients » ; revue française du marketing ; ADETEM édition –France- ; n° 171-1999/1
- Yver EVRARD ; (1993); « la satisfaction des consommateurs : état de recherche ; revue française du marketing ; ADETEM édition ; n°144-145
- Dr DAMECHE ; dr FRIHAA ; mr FAOUANIF ; « le système santé en Algérie entre réalisés et perspectives », ppt
- http://www.gipspsi.org/GIP_FR/content/.../2927/.../Algérie.pdf

➤ **Site internet :**

- http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l'h%C3%B4pital
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l'h%C3%B4pital
- <http://www.francetop.net/dictionnaire/synonymes/definition/hopital>
- <http://www.médiadico.com/dictionnaire/définition/hopital/1>
- http://www.blogg.org/blog-82696-billec_est_quoi_le_marketing_hospitalier_decryptage-1173071.html
- <http://www.marketing-etudiant.fr/.../marketing-services.php>
- http://sante.weka.fr/basedocumentaire/maitrise_des_risques_et_securite_sanitaire-wk205
- http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/hopital/pdf/types_hopitaux.pdf
- marjolaine-matray.fr/.../les_specificites_du_mk_g_des_services.pdf
- <http://www.invs.sante.fr/presentations/presentation.htm>
- <http://www.ch-avignon.fr/sections/nous/etablissement/presentation-generale/missions-etablissement>
- <http://www.chu-caen.fr/pagemodele.php?idpage>
- http://www.scinf.umontreal.ca/cours/sol6230/DI_aporama/indicateurs_de_qualite_PDF
- <http://www.abcmarketing.fr/>
- http://www.gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=2491
- <http://www.Allafrica.com/stories/201009131505.html>
- <http://www.cocoledico.com/dictionnaire/h%C3%B4pital,150840.xhtml>
- <http://www.continentalnews.fr/actualite/sante,7/remise-a-niveau-du-systeme-de-sante-algerien,6506.html>
- <http://www.latribune-online.com/supplements/.../37777.html>

➤ **Dictionnaire :**

- *Larousse médicale*, 2003 , édition Larousse VDEF, Paris

Liste des figures

<i>N°</i>	<i>Titre</i>
1-1	répartition des établissements de santé en France (2006)
1-2	les composantes d'un système de santé
1-3	le système de santé français
1-4	le front office de service
1-5	le modèle moléculaire, service passager d'une compagnie aérienne
1-6	la fleur des services
1-7	les deux catégories de service selon les éléments de base
1-9	secteurs d'application du marketing (d'après HERMEL et ROMAGNI
2-1	les liens entre qualité et profits
2-2	le carré de la qualité « carré d'Avarous »
2-3	entrants, processus et extrants/résultats selon le modèle d' DENABEDIAN
2-4	l'amélioration continue de la qualité des soins
2-5	intégration des changements daéns le contenu et le processus des(tver-russie
2-6	le modèle de satisfaction
2-7	les trois caractéristiques majeures de la satisfaction
2-8	la qualité pour entrer dans le cercle des clients fidèle, d'après Roger
2-9	Le diagramme en arbre (Maillard, 2004).
2-10	Le diagramme en arbre du service d'urgence-hôpital de Sfax
2-11	le profil de « satisfaction-fidélisation » du client
2-12	trois niveaux de fidélisation
3-1	Répartition par genre
3-2	répartition par âge
3-3	Le choix de la clinique privée
3-4	Les cas hospitalisés
3-5	le modèle théorique de la qualité des soins
3-6	le modèle de mesure et structurel : facteurs techniques-qualité des soins
3-7	le modèle de mesure et structurel : facteurs non- techniques-qualité des soins

Liste des tableaux

<i>N°</i>	<i>Titre</i>
1-1	la combinaison bien-service
2-1	les trois niveaux de qualité
2-2	relations entre profits, part de marché et réduction des couts
2-3	quelques indicateurs qualité
2-4	les interventions susceptibles d'influencer la pratique médicale
3-1	Nombre des questionnaires distribués dans chaque clinique
3-2	Répartition par genre
3-3	répartition par âge
3-4	Le choix de la clinique privée
3-5	Les cas hospitalisés
3-6	Les indices d'Ajustement du modèle de mesure
3-7	les indices de symétries du modèle de mesure
3-8	les indices d'aplatissements du modèle de mesure
3-9	la contribution factorielle du modèle de mesure
3-10	Les équations de contribution factorielle des facteurs techniques
3-11	Les équations de contribution factorielle des facteurs non- techniques
3-12	Les équations de contribution factorielle de la qualité des soins
3-13	Les indices d'Ajustement du modèle structurel.
3-14	les indices de symétries du modèle structurel
3-15	les indices d'aplatissements du modèle structurel
3-16	la contribution factorielle du modèle structurel
3-17	Les équations de contribution factorielle des facteurs techniques
3-18	Les équations de contribution factorielle des facteurs non- techniques
3-19	Les équations de contribution factorielle de la qualité des soins
3-20	corrélations entre les variables latents