TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

Introduction général…….I

Chapitre I : ***Prise de décision, marketing et marketing des services***

Introduction ……....1

I. La prise de décision……..….2
A. Définition de la décision……..…2
B. Typologie de la décision ……..……..3
C. Processus de la prise de décision …….……..5

II. Le marketing ……..……..07
A. Les bases de concept marketing et son rôle principal……..……07
1. Définition de marketing…….……..…….07
2. Les phases les plus importantes de marketing…….…09
- L'optique production……10
- L'optique produit……..10
- L'optique vente…….10
- L'optique marketing…….11
3. Le rôle de marketing…….…13

B. L'état d'esprit marketing……..16
1. La notion de l'état d'esprit……..…….16
2. Les caractéristiques de l'état d'esprit……..…….16

C. La démarche marketing……..…..17

1. La recherche marketing …….……..18
a) Définition……..18
b) L'environnement et ses composantes…….…….18
c) Le rôle d'étude marketing dans la prise de décision……..……..20

2. Le marketing stratégique…….……..20
3. Le marketing opérationnel……...…….21
D. Les techniques de marketing…….……21
E. Le concept de marketing social …….…..22

III. Le marketing des services…….……24
1. Comprendre la notion des services…….……..24
a) Définition de service……...……...24
b) Caractéristiques génériques des services……...……25
c) Typologie……...…26
2. La spécificité du marketing des services ……..30

a) Les grandes différences entre le marketing des biens et des services……30
b) Un contexte différent pour le marketing des services……31
c) L'apport de marketing des services ……...33
d) La qualité des services ……...……33
Conclusion ……...…36

Chapitre II : ***L'économie et le marketing des services de santé***
Introduction……...37

I. Economie de santé…….…….……..38
A. Notions préliminaires sur la santé ……..……..……38
1. Concept de santé :…….……38
a) Définition de la santé ……..…….…..38
b) Concept de santé publique…….39
a. Définition ……..…39
b. Champ d'application de la santé publique……..……..……40
c) Le système de santé……..40
– Définition de système de santé……..……40
– Composantes du système de santé……..……..41
➢ Structure organisationnelle ……..…….41
▪ Les soins de santé……41
➢ Prestation des services de santé……..…….44
▪ Les services de santé……44
➢ Ressources humaines pour la santé……...……..45
➢ Financement …….45
➢ Système d'information sur l'assurance…….46
➢ Achat, logistique et système d'approvisionnement……..……46
➢ Recherche sur le système de santé……46
B. Un aperçu de l'économie de la santé ……..…46
1- La définition de l'économie de la santé……..47
2- Les différents types d'études économiques en santé…….…….47
3- La consommation, l'offre et la demande de la santé……...49
4- L'influence du système de financement sur la demande de santé……...51
5- L'influence des facteurs démographiques sur la demande de santé……51
6- L'influence de l'offre sur la demande……..51
7- L'influence de santé sur le PIB…….52
8- La santé et la richesse ……..52
9- Le rôle de l'économie dans la gestion des ressources du système de santé….53

II. Le marketing des services de santé……...…54
A. L'histoire de marketing de soins de santé……54
1- La définition de marketing des services de santé…….54

2- Les critiques et les obstacles rencontrés dans l'application de marketing de la santé……54
3- Comment le marketing des soins de santé est-il organisé ?.....55
4- Le défi de marketing de soins de santé…….....56
5- La spécificité du marketing des soins de santé…….....57
6- La démarche de l'intégration du marketing dans les services de soins de santé…....59
- La période des années 50 : l'ère de marketing hors des soins de santé…… 59
- La période des années 60 ……..……..59
- La période des années 70 ……59
- La période des années 80 ……60
- période des années 90……..61

B. La prise de décision et la recherche marketing dans les soins de santé……..64

1. La prise de décision de santé……64

- La décision médicale ……64
- Les quatre conditions permettant une décision répond aux besoins d'un malade……..65
- La prise de décision de santé fondée sur des données probantes……65

2. La recherche marketing des soins de santé……..67
   a) Définition……67
   b) Champ d'application de recherche marketing…….....67
   c) Les étapes de processus de recherche marketing……68
   d) Les recherches marketing dans la prise de décision de santé……..69

C. Le produit des soins de santé……....70
1. La distinction entre les types et les niveaux de produits……..70

   a) Les niveaux de produit : hiérarchie selon la valeur prise par le client..70
   b) Les caractéristiques du produit ……72
   c) Le mix produit : (la ligne de produit)……73
   d) Le marketing social dans le domaine de la santé……..74
   e) La qualité des services de santé et la satisfaction des patients……....76

Conclusion……....78

Chapitre III Le cas pratique de l'établissement hospitalier spécialisé Mère et Enfant de Tlemcen

Introduction ……..79

I. Le système de santé en Algérie……..…...80
A. Les étapes essentielles du système de santé en Algérie……80
- L'après-indépendance ……80
- La phase de transition…….…….....80
- A partir de 1990……..80
B. L'Etat de santé maternelle et infantile en Algérie……81
C. Les institutions dans le système de santé Algérien……...82
D. Organisation et la structure des services de santé en Algérie…….....87
1. Au niveau central ……87
2. Au niveau de wilaya ……88
3. Au niveau local ……88
- L'établissement public hospitalier (EPH)……88
- l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant ……89
- Présentation de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant de Tlemcen ……....90

II. L'enquête ……91
A. Matériel et méthode…….....91
1. Définition du questionnaire ……91
2. Les types de questions …….…….....91
3. L'objectif de l'étude …….....92
B. Outil ……..92
C. Méthode ……93
1. Choix de l'échantillon ……...93
2. Déroulement de l'enquête ……94
3. Méthodes statistiques …….…...94
D. Résultats et discussion …….....95
1. Caractéristiques des parturientes interrogées ……..…….....95
a. L'âge des parturientes interrogées ……...95
b. Le rendez-vous pour l'accouchement ……95
c. Le premier accouchement……96
d. L'admission…….....96

e. L'existence d'une autre maternité proche du lieu de résidence des parturientes…….....97
f. Le moyen de transport ……....97
2. La satisfaction……..97
a. La satisfaction globale ……..97
b. La satisfaction des parturientes par rapport à chaque facteur……..98
1) L'accueil…….98
2) Les soins…….98
3) Le comportement ……..99
4) L'hôtellerie…….99
5) La restauration……..100
c. Quelle chose vous a-t-elle dérangé ?.....100
3. La qualité…….....102
Conclusion……..104

Conclusion générale……..…106

La bibliographie……108

Les annexes……...…….113

LISTE DES FIGURES

Rapport-Gratuit.com

Liste des figures :

- Figure n° 01 : La Typologie de décision selon Igor ANSOFF……..04
- Figure n° 02 : Le processus de décision……....06
- Figure n° 03: Le concept de marketing…….....08
- Figure n° 04 : Les différentes conceptions de l'entreprise au cours du temps……..09
- Figure n° 05 : L'optique de production, de produit, de vente et optique marketing…13
- Figure n° 06 : les facteurs du succès…….15
- Figure n° 07: La démarche marketing……..17
- Figure n° 08 : les composantes de l'environnement…….19
- Figure n° 09 : Les services rattachés aux produits tangibles……....27
- Figure n° 10 : Les services accompagnés…….27
- Figure n° 11: Classification plus détaillé des services……..29
- Figure n° 12 : Les soins curatifs et les soins palliatifs……..43
- Figure n°13 : Les facteurs influençant la décision médicale (D'après G. Lorca)…….65
- Figure n°14 : La prise de décision de santé fondée sur des données probantes……...66
- Figure n°15 : Les étapes de la recherche marketing de santé……...68
- Figure n°16 : Les 5 niveaux du produit……71
- Figure n°17 : La chirurgie STENT……....73
- Figure n°18 : Les dimensions de la qualité……...77
- Figure n°19 : les composantes du ministère de santé……87
- Figure n° 20: La structure d'âge des parturientes…….....95
- Figure n°21 : Le pourcentage des rendez-vous obtenus……95
- Figure n°22: C'est votre premier accouchement ?.....96
- Figure n°23: Le pourcentage des parturientes admises par rapport au moment de l'arrivée…….....96
- Figure n° 24 : Aviez-vous une maternité auprès de chez vous ?.....97
- Figure n° 25: Le pourcentage des parturientes arrivées par ambulance ou par un autre moyen de transport……97
- Figure n°26 : La satisfaction globale……....98
- Figure n°27 : La satisfaction des parturientes par rapport à chaque facteur……...101
- Figure n°28 : l'image de l'EHS M et E de la Wilaya de Tlemcen selon les parturientes……..103

LISTE DES TABLEAUX

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Liste des tableaux :

- Tableau n° 01 : Résumé de quelques typologie des décisions élaborées dans la littérature (Ivanaj, 2001 :51)……...05
- Tableau n° 02 : Comparaison entre l'optique, produit, ventes et marketing.....18
- Tableau n° 03 : Quoi ou qui est le destinataire direct de service……28
- Tableau n° 04 : Les Dimensions génériques utilisées par les clients pour évaluer la qualité d'un service…….34
- Tableau n° 05 : Les analyses économiques en santé……...48
- Tableau n° 06 : L'évolution du marketing dans le domaine de santé…….59
- Tableau n° 07 : Calendrier de marketing des soins de santé…….....63
- Tableau n° 08: Taux de mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes)……81
- Tableau n°09: Taux de mortalité des nourrissons (probabilité de décès avant l'âge d'un an pour 1000 naissances vivantes)……82
- Tableau n° 10 : L'espérance de vie à la naissance (ans)……...82
- Tableau n°11 : les Fonctions par institution dans le système de sante…….82
- Tableau n° 12 : Le département de la Chirurgie……...90
- Tableau n° 13: Le département de la Médecine ……..90
- Tableau n° 14: Le type des questions posées dans notre questionnaire……92
- Tableau n° 15 : L'image de l'EHS M et E de la Wilaya de Tlemcen selon les parturientes……..103

Introduction générale

INTRODUCTION GENERALE :

Les besoins humains sont nombreux et variés. Ils sont classés par MASLOW (1943) en cinq types et cela selon leurs priorités. La première priorité concerne les besoins physiologiques qui comprennent (manger, boire, la santé ; dormir, respirer), suivie par les besoins de la sécurité (du corps, de l'emploi, de la santé, de la propriété...), puis les besoins sociaux (amour, amitié, appartenance, intimité), et encore, les besoins d'estime (confiance, respect des autres et par les autres, estime personnelle), et enfin les besoins d'accomplissement personnel (morale, créativité, résolution des problèmes…).[1] La satisfaction de chaque type nécessite la fourniture des produits, ces derniers peuvent être des biens, des services ou des idées.

La santé est le plus grand des dons, le contentement et la meilleure des richesses[2]. La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel.[3] Le besoin de santé est considéré parmi les besoins physiologiques qui représentent la priorité selon MASLOW. La personne doit obligatoirement prendre soin de sa santé pour qu'elle soit heureuse et à l'aise et pour qu'elle puisse s'épanouir de tout ce qu'elle possède.

La technologie, les découvertes, la culture et la formation sont autant de facteurs ayant contribués au développement des services de la santé. Ces dernières sont spécifiques et fortement liées à la dynamique de l'environnement. Il devient alors nécessaire d'intervenir par des prises de décisions convenables pour répondre aux défis qu'impose cet environnement. Ces décisions doivent être prises en parallèle avec les objectifs des établissements de santé. La continuité est l'une de ces objectifs.

Dans ce monde compétitif d'aujourd'hui, la satisfaction des patients est la clé de la réussite, et pour atteindre cet objectif, Il faut donc disposer d'outils permettant d'identifier objectivement leurs besoins dans un premier lieu et d'évaluer leurs satisfactions qui vont aider les décideurs à comprendre les problèmes à résoudre afin d'améliorer ce genre de services et enfin de suivre les progrès réalisés dans la relation avec le client.[4] Souvent, ce type d'étude est coordonné et réalisé dans le département de recherche marketing de l'entreprise.

Le marketing est une philosophie et un ensemble d'outils. Cette philosophie fait appel à segmenter et à satisfaire les besoins des clients. L'ensemble des outils de marketing aide les professionnels à apprendre et à identifier les besoins des marchés, à développer les produits et les services, à fixer leurs prix correctement, à informer et à communiquer et à présenter les produits et les services accessibles.[5]

---

[1] *Pyramide des besoins de Maslow* http://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins_de_Maslow

[2] BOUBCHIR, M.A.. Monographie sur l'hypertension artérielle, office des publications universitaires, Alger 2004, P3

[3] SAIH, Abdelhak. « Le système de santé publique en Algérie», *gestion hospitalière*, n° (Avril 2006), p. 241-244. P241.

[4] http://www.netpme.fr/organisation-management/811-evaluer-ameliorer-satisfaction-client.html

[5] KOTLER, Philip. S*trategic marketing for healthcare organizations* 2008, P (xv)

La première conférence sur le marketing des services de santé est sponsorisée par l'association américaine des hôpitaux (AHA), et aussi le premier livre est publié en 1977. L'adoption de l'approche marketing dans les soins de la santé est arrivée un peu plus tard dans les années 80, de toute façon après l'adoption de cette démarche par la majorité des industries, cela ne veut pas dire que quelques organisations des soins de santé relevant des secteurs de détaillons et d'exportateurs n'ont pas participé dans les activités de marketing.[1] On peut justifier l'importance de marketing des soins de santé par la diversité des auteurs et les professionnels qui se spécialisent dans ce domaine. En revanche, il y a lieu de citer quelques auteurs tels que Philip KOTLER, Richard TOMAS, BERKOWITS, Thamer Yasser ELBEKRI

Au niveau des recherches universitaires en Algérie, plusieurs chercheurs ont traité le sujet de marketing des services de santé, parmi lesquels il y a lieu de citer le travail de Djemaa ETEYEB (Université de lhadj Lakhder, 2008-2009) qui s'est prononcée sur l'impact de marketing-mix sur la satisfaction des patients au niveau du centre Hospitalo-universitaire de la wilaya de Batna.

Parmi les services de soins de santé on va mettre l'accent sur ceux de maternité qui sont affiliés aux services de protection maternelle et infantile. Ces services sont très importants parce qu'ils sont considérés comme la base et le départ d'une vie saine. Les problèmes des soins de santé sont nombreux et variés. Ils se rencontrent dans les pays sous-développés et également les pays développés. KOTLER (2008) a cité six cas aux états unis parmi lesquels : le problème du payement, des coûts, la différence de qualité d'une région à une autre. Dans les pays sous-développés les problèmes sont plus graves et concernent les équipements, les médicaments, la diminution des personnels qualifiés et les coûts.[2]

Problématique :

L'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et enfant de Tlemcen rencontre plusieurs problèmes de dysfonctionnement qui compliquent la fourniture et la qualité des services de maternité qui eux influencent négativement la satisfaction des patientes (parturientes[*]). Le comportement des patients et leurs satisfactions restent un grand défi des hommes de marketing. C'est de cela que peut dépendre en quelques sortes la prise de décision. Les hommes de marketing agissent dans le sens de satisfaire les besoins de santé et le changement des comportements. Ceci nous amène à poser la question suivante :

- Comment peut-on utiliser l'outil Marketing dans la prise de décision relative au développement de la qualité des services de maternité au niveau de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant de la Wilaya de Tlemcen ?

[1] THOMAS. K, Richard. *Health Services Marketing: A Practitioner's Guide*, Springer-Verlag New York Inc, USA, 2007, p10

[2] KOTLER, Philip (2008), op.cit. P(xv)

[*] Parturiente est la femme qui accouche

L'importance et l'objectif de l'étude :

Le gouvernement Algérien a tracé les objectifs millénaires de développement 2015, le cinquième objectif consiste à améliorer la santé maternelle et infantile en Algérie[1]. Pour atteindre cet objectif, il va falloir intervenir par des décisions convenables, ces dernières peuvent êtres des décisions stratégiques, opérationnelles, collectives, individuelles, ou bien un ensemble des décisions d'évaluation. Afin d'atteindre cet objectif, nous procédons de la manière suivante :

Notre étude se compose de trois chapitres le premier concerne le concept de la prise de décision, le marketing et le marketing des services.

Le deuxième chapitre traite la santé, le système de santé, la prestation des services de santé et le marketing des services de santé.

Le troisième chapitre concerne le cas partie pratique de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé mère et enfant de Tlemcen ou on a essayé de présenter le système de santé en Algérie suivi d'une enquête autour de la qualité de service de maternité et la satisfaction des parturientes.

[1] OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2009 Pdf*, [En ligne], Adresse URL :http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf.

Chapitre I : Prise de décision, marketing et marketing des services

Introduction

Dans ce premier chapitre nous allons essayer de définir à travers l'histoire les trois principaux concepts sur lesquels repose l'essentiel du rôle du marketing. Cependant, le concept de prise de décision, en tant que tel, traduit un processus qui, généralement, se compose d'un certain nombre d'étapes importantes adapté à la nature de cette dernière. En revanche, le marketing d'après Yves CHIROUS (2003), est utilisé comme un outil d'aide à la prise de décision. Il sera question également de mettre l'accent sur la spécificité du marketing des services par rapport à celui des biens.

I. La prise de décision :

A- Définition de la décision :

Décider, c'est choisir l'action à entreprendre, c'est-à-dire choisir une action parmi toutes celles qui sont possibles. Les actions sont aussi appelées, indifféremment selon les praticiens et leurs habitudes historiques, des solutions ou des options (solutions, actions). [1]

La décision est un choix faisant intervenir une responsabilité.[2] C'est un acte intellectuel qui consiste à faire un choix entre différentes possibilités. C'est un acte porteur de sens, qui est le résultat d'un jugement. La décision précède l'action dont elle est la représentation mentale anticipée. Il ne s'agit donc pas d'une activité mentale purement spéculative.[3]

Au sens classique du terme, la décision est assimilée à l'acte par lequel une personne ayant le pouvoir décisionnel prend les mesures favorisant la création et la répartition des richesses dans une entreprise en se basant sur un ensemble d'informations utiles qui permettent de choisir une alternative parmi d'autres (Emory, Niland, 1968, Simon, 1960).

La décision est définie comme un acte par lequel un ou des décideurs opèrent un choix entre plusieurs options permettant d'apporter une solution satisfaisante à un problème donné (Eilon, 1969)

Avec l'évolution rapide de l'environnement du décideur, la décision apparaît comme un processus évolutif, marqué par l'existence reconnue de plusieurs chemins pour parvenir au même et unique but (Mintzberg, Raisinghani et Theoret, 1976 ; Shulli, Delbecq et Cummings, 1970).[4]

La décision est tout simplement un moment dans un processus permanent d'évaluation d'alternatives permettant l'atteinte un objectif (Harrison 1995).[5]

La prise de décision est un acte de management, le choix peut être rationnel, effectif et politique.

Choisir c'est aussi savoir renoncer à entreprendre les autres actions. Il s'avère souvent plus difficile de renoncer que de choisir, et la réticence à renoncer conduit à l'immobilisme.
Au moment ou se prend une décision, l'action choisie n'est en principe pas encore commencée. C'est dans le futur plus ou moins éloigné que se révélera la pertinence de la décision prise, mais pas sur le coup. [6]

---

[1] BELLUT, Serge. *Raisonnement médical, Les processus de la décision, démarches, méthodes et outils*, Afnor, 2002, page 7

[2] Dictionnaire Encarta, 2009

[3] PAOLAGGI, Jean-Baptiste, et COSTE Joël, *Le raisonnement médical de la science pratique clinique*, Estem, 1999, P 245

[4] NAFFAKH Haïfa, (2008), «équipe entrepreneuriale et prise de décision : une étude exploratoire sur le role de la diversité de la capital humai » thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Nancy 2. p 109

[5] NAFFAKHI Haïfa, (2008), op.cit. p 110

[6] Serge BELLUT (2002), op.cit. p 08.

Rapport-Gratuit.com

B- Typologie de la décision :

Simon (1960) a proposé une classification selon le degré de répétition, et il suggère que tous les types de décision peuvent être classés selon deux catégories :

1- **Les décisions programmées :** sont des décisions décomposables en éléments analysables selon un processus algorithmique, ce sont généralement des décisions structurées (il existe une méthode de résolution), ils sont qualifiées par répétitive (le même processus de décision se répète dans le temps) et routinière
2- **Les décisions non programmées :** ce sont qualifiées de complexe, chaque décision de ce type est unique et nouvelle, elle demande une solution personnalisée, un bon jugement et de la créativité. [1]

Igor Ansoff (1965) a proposé une autre classification en se basant sur l'implication managériale, [1] sa classification comporte trois classes de décision : la décision stratégique, la décision administrative et la décision opérationnelle.

1-Les décisions stratégiques : elles concernent le choix des produits et marchés qui ont une chance de donner à la firme le rapport optimal de ses investissements et la répartition judicieuse des ressources entre les produits-marchés. Les décisions clés concernent la définition des objectifs stratégiques, les mesures d'expansion et de diversification, les stratégies administratives et financière, le choix des moyens de croissance et de leur échelonnement dans le temps. Les caractéristiques de ces décisions sont les suivantes :[2]

- elles sont centralisées
- affectées d'ignorance partielle
- non régénératrices

2-Les décisions administratives : elles concernent la structure des ressources de la firme de manière à lui assurer une réussite optimale ; l'organisation, l'acquisition et le développement des ressources. Enfin les décisions opérationnelles concernent l'exploitation dans des conditions optimales de rentabilité du capital ; les plannings de production, les politiques de marketing, de recherche et de développement, de contrôle.[2] Les circuits d'autorité et de responsabilité, l'emplacement des unités de production et de vente, les transformations du système de répartition du travail, les équipements, le personnel, les achats de manières premières…etc.[1] Les caractéristiques de ces décisions sont les suivantes :

- décentralisées
- comportent des risques et des incertitudes mineures.
- Elles sont répétitives, très nombreuses et génératrices.[2]
- Elles impliquent une liaison entre les variables économiques et les aspects sociaux. [1]

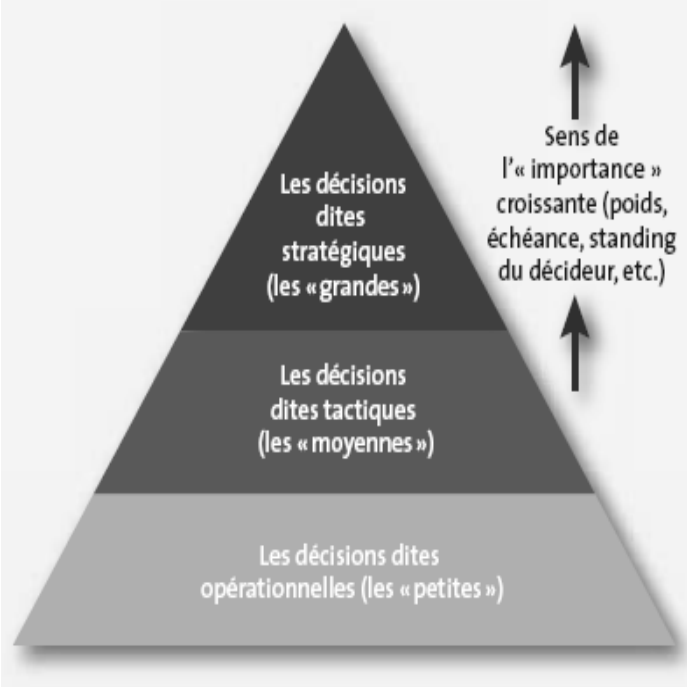
---

[1] Fatima Zohra BELARIBI(2004), op.cit. P120

[2] INGHAM, Marc (1995), op.cit. p24

3-Les décisions opérationnelles : elles concernent l'exploitation courante de l'entreprise[1]et l'utilisation combinée des ressources de cette dernière, ce sont les décisions les plus pressantes, les plus prégnantes, et elles ont un objectif de rendre le fonctionnement de l'entreprise le plus efficace possible.[1]Ce genre de décision vise notamment : les matériaux de production, les quantités fabriquées, les tactiques de vente, le contrôle qualité…

Figure n° 01 : Typologie de décision selon Igor ANSOFF
Source : BELARIBI, Fatima Zohra. *Les méthodes quantitatives pour l'aide à la décision dans le domaine pétrolier cas de la compagnie pétrolière SONTRAC.* Mémoire pour l'obtention de magister. Université d'Abou bekr belkaid, 2004.



Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

[1] INGHAM, Marc (1995), op.cit. p24

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Tableau n° 1 : Résumé de quelques typologie des décisions élaborées dans la littérature (Ivanaj, 2001 :51)

Auteurs	Typologie de la décision
H.A. SIMON (1960)	• Décision programmées • Décisions non programmées
H.I. ANSOFF (1965)	• Décision stratégiques • Décisions administratives • Décisions opérationnelles
A.L. DELBECQ (1967)	• Décisions de routines • Décisions créatives • Décisions négociées
G. MUSSCHE (1974)	• Décisions stratégiques • Décisions tactiques • Décisions administratives • Décisions mécaniques
A.C. MARTINET (1983)	• Décisions stratégiques • Décisions tactiques
M. MARCHESNAY (1993)	• Décisions programmées • Décisions semi programmées • Décision non programmées
E.F. HARRISON (1995)	• Les décisions du type I (de routines, récurrentes et certaines) • Les décisions du types II (non de routine, non récurrentes et incertaines)

Source : Haïfa NAFFAKH, (2008), «équipe entrepreneuriale et prise de décision : une étude exploratoire sur le role de la diversité de la capital humai » thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Nancy 2

C- Processus de décision :

La décision est tout simplement un moment dans un processus permanent d'évaluation d'alternatives permettant l'atteinte d'un objectif (Harrison 1995).[1] Cette définition donnée à la décision montrent sont caractère processuel. Plusieurs théories en sciences de gestions considèrent que la décision suit un processus pour prendre une décision, il y a plusieurs étapes logiques qui s'ensuivent, la prise effective de la décision représente l'une des étapes de ce processus.

Ce dernier change par apport au type de décision et au décideur, dans la suite on va citer quelques unes :

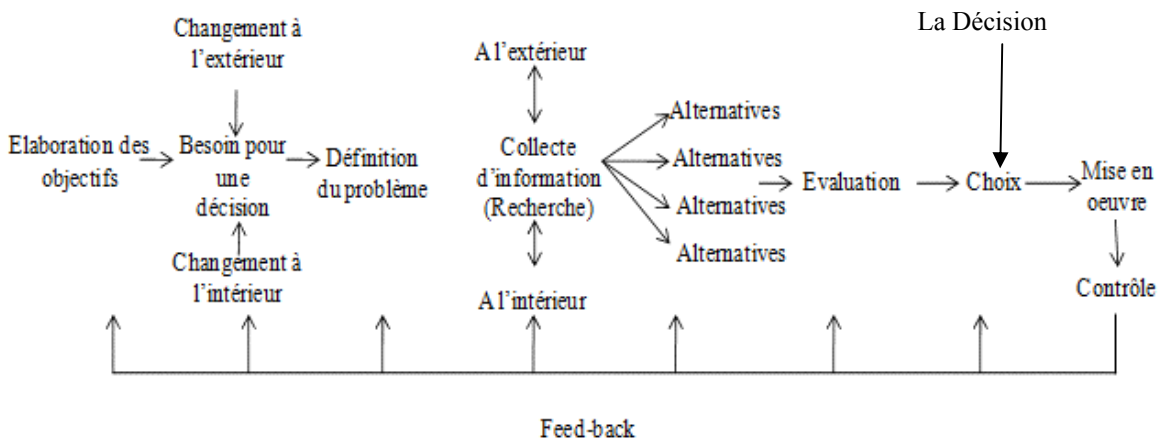
Simon (1960) la prise de décision comprend trois phases principales : la découverte d'une occasion pour prendre une décision, la découverte de lignes de conduites possibles ; et le choix parmi les lignes de conduites.
(Eilon, 1969) le processus décisionnel est décrit comme une série d'étapes, qui commence par la production et l'analyse de l'information et abouti à la résolution, à savoir une sélection parmi plusieurs alternatives disponibles.[2]

[1] NAFFAKHI Haïfa, (2008), op.cit. 110, 109
[2] NAFFAKHI Haïfa, (2008), op.cit. p115.

Nutt (1993) : la prise décision est un processus constitué d'étapes réalisées pour déterminer les orientations, identifier des solutions, évaluer les cours des actions, et mettre en œuvre un plan adéquat.[1]

Gary, Murray et Richardson (1992) considèrent que le processus de prise de décision comporte neuf phases. Ces phases ne se chevauchent pas les unes sur les autres, elles sont alignées dans le temps et la boucle est bouclée par un feedback sur tout le processus. Ils proposent ainsi un modèle théorique comportant ces neuf phases.[2]

Figure n° 02 : Le processus de décision
(Gore, Murray et Richardson, 1992)



La prise de décision est un système de relations complexes entre des éléments de nature subjective (liées aux caractéristiques des actions) et des éléments de nature subjective (liées aux systèmes de valeurs des acteurs). Ils sont indissociablement interpénétrés et aucun ne peut être négligé. La recherche de l'objectivité doit rester une préoccupation importante, mais il ne faut pas oublier, pour être complet dans cette discipline, que la prise de décision est avant tout une activité humaine et que la subjectivité y est omniprésente.[3]

Alors, on peut dire que la décision est l'une des alternatives proposées par le responsable, cette décision ne peut pas être prise s'il n'a pas bien précisé ses objectifs, et n'a pas pu avoir des informations afin de comprendre et déterminer le problème à résoudre. Pour mettre en œuvre la décision il va falloir faire appel aux techniques et moyens diverses.

[1] NAFFAKHI Haïfa, (2008), op.cit. P 110
[2] Ibid. P116
[3] BELLUT, Serge(2002), op.cit. p7

II. Le marketing :

En 1776, Adam Smith avait annoncé le principe suivant : la consommation est la seule finalité de la production. Il venait en fait de décrire ce que l'on a, plus récemment, commencé à appeler concept de marketing. L'idée centrale du marketing est d'optimiser la rencontre entre la capacité d'une entreprise et les besoins des consommateurs pour la satisfaction des deux parties.[1]

Cette discipline a un rôle principal dans l'aide et la réalisation des objectifs de l'entreprise.

A. Les bases du concept marketing et son rôle principal :

1- Définition de marketing :

Le marketing est un terme anglo-saxon introduit aux Etats-Unis en 1910 et en Europe dans les années 50, est parfois défini comme tout ce qui concourt à la création, à la conservation et à l'élargissement de la clientèle de l'entreprise,[2] il se compose de deux parties « market »=marché et « ing »= dynamique (comme le montre la figure n°03 : concept de marketing)

Par contre, les littératures d'Europe déclarent que ce mot provient du concept latin Mercatus qui signifie le marché et ce concept provient lui-même de Mercari qui signifie la commercialisation.[3]

Il n y a pas une définition unique de marketing par ce qu'il est considéré comme les activités dynamiques, il est difficile à le définir dans un champ par ce qu'il contient des fonctions diverses et entremêlées, il est aussi inséparable aux diverses activités de l'entreprise.[2]

Les définitions du marketing mettent l'accent sur deux dimensions, il est important de bien comprendre la différence entre ces dernières,[4] parce que définir le marketing n'est pas chose aisée.[5]

La première est qualifiée de concept marketing,[3]ou bien d'état d'esprit marketing et consiste en une orientation vers la satisfaction du consommateur. En revanche, le marketing est une approche orientée vers client. La commercialisation d'un produit nécessite une

---

[1] DONALD, Mc Malcolm. *Les plans marketing, comment les établir ? Comment les utiliser ?*, De Boeck, 2003, P20.

[2] Chapitre 1 : introduction au marketing, (page consulté le 11/01/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.

[3] ثامر ياسر البكري، عنان عبد الرزاق العبيدي التسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الأول لكلية الاقتصاد ة العلوم الإدارية جامعة العلوم التطبيقية الأهلية الأردن. ص1

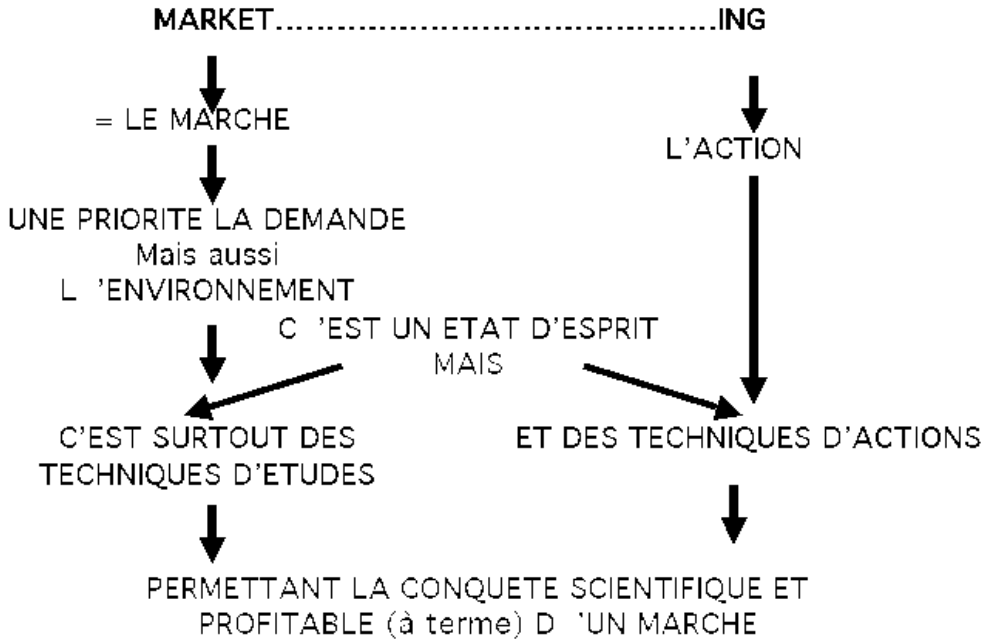
[4] DONALD, Mc Malcolm (2003), op.cit, p20

[5] CHIROUZE, Yves, et BELLETANTE Bernard. *Le marketing : études préalables à la prise de décision*, COPYRIGHT, 1993, P7.

compréhension approfondie des mécanismes du marché et du comportement du consommateur.[1]

La deuxième concerne le management du marketing-mix,[3] celle-ci fait référence à l'utilisation de moyens et de techniques. Le terme de marketing mix est introduit dès la fin des années 40 pour désigner l'ensemble des variables commerciales dont l'entreprise peut disposer. Dans les années 60, Mac Carthy (1960) propose de les regrouper autour de 4 dimensions, les 4P : produit, prix, communication (promotion) et distribution (*place*). Le *marketing mix* correspond à l'ensemble des outils dont l'entreprise dispose pour atteindre ses objectifs auprès du marché cible.[1] Des nombreux ouvrages ajoutent des P's supplémentaire tels que People, Process.[2]

Figure n° 03: concept de marketing [3]
Source : **www.jetudie.net**



Philip Kotler a défini le marketing comme étant une activité humaine dont le but est de satisfaire les besoins et les désirs des consommateurs grâce à des procédés d'échanges.[4]

On peut remarquer que le concept d'échange se présente comme un élément clé ou central de la discipline. Ce postulat a été approuvé non seulement par kotler, mais approuvé

---

[1]Chapitre 1 : introduction au marketing, (page consulté le 11/01/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.
[2] DONALD, Mc Malcolm, (2003), op.cit.p23
[3] www.jetudie.net
[4] OURY, Pascaline, et Phillip de WOOT. *Rédiger pour être lu: Les secrets de la communication écrite efficace*, 2ème Edition, De Boeck – Wesmael, 2000, P19.

aussi par la majorité des écoles de pensées en marketing (Levy, 1969 ; Anderson 1975 ; Hunt 1976).[1]

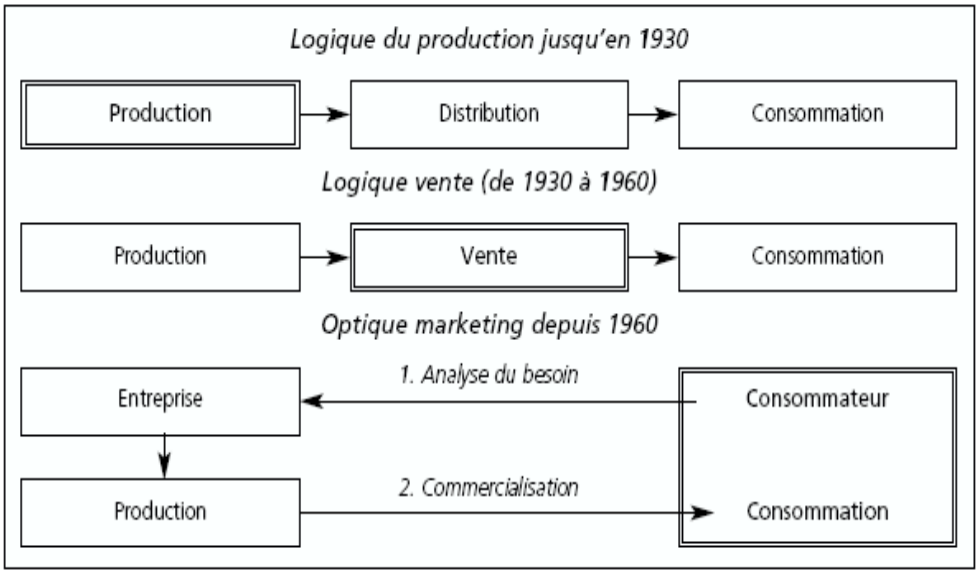
Toutefois, pour qu'il y ait échange, certaines conditions doivent être réunies (Kotler, 1984):[2]

- La présence d'au moins deux parties jouissant d'une certaine autonomie.
- Chaque partie doit disposer d'éléments qui présentent une valeur pour l'autre partie.
- Les deux parties ont la possibilité de communiquer et de livrer l'objet d'échange.
- Chaque partie a la liberté totale d'acceptation ou de refus de l'offre.
- Chaque partie est persuadée qu'il est approprié de faire affaire avec l'autre partie.
-

2- Les phases les plus importantes de marketing: [3]

L'orientation consommateur est une logique de besoin ou de demande par opposition à une logique de production (figure n° 04). Différentes conceptions de l'entreprise se sont, en effet, succédés au cours du temps (Chirouze, 2003).

Figure n° 04 : Les différentes conceptions de l'entreprise au cours du temps
(Adapté d'après Chirouze, 2003)
Source : Chapitre 1 : introduction au marketing, (page consulté le 11/01/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.



La naissance du marketing est parfois située après la crise de 1929 mais il est fort probable qu'auparavant, des entreprises faisaient du marketing sans le savoir.

[1] Implantation de l'approche relationnelle dans le domaine des services: cas du secteur bancaire, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en administration des affaires, PAR MAKREM SAADI JANVIER 2009
[2] Ibid.
[3] Chapitre 1 : introduction au marketing, (page consulté le 11/01/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.

Face aux défis que constituent la globalisation, le développement du progrès technologique et la dérégulation, l'entreprise peut organiser ses activités sous différents angles d'approche,[1] qui sont trois ou quatre optiques (cultures) selon les auteurs :

- **l'optique de production :** qui postule que le consommateur sélectionne les produits en fonction de leur prix et de leur disponibilité. L'entreprise va chercher à minimiser ses coûts et à maximiser son rendement. [2]

L'objectif principal consistait à produire un grand volume de biens tout en diminuant leur coût unitaire, ce qui a conduit à la production de masse. La gestion commerciale était considérée comme secondaire. Comme les entreprises ne disposaient pas d'un service commercial autonome, les tâches « marketing » étaient réparties entre le directeur de la production (par exemple la création de nouveaux produits, la gestion des produits, la vente) et le directeur financier (par exemple le calcul des prix, la prévision et l'administration des ventes). [3]

- **L'optique de produit :** qui estime que le consommateur choisit le produit ou service aux meilleures performances. L'entreprise va s'engager dans une stratégie de développement de qualité de produits. [4]

- **L'optique de vente :** Cette optique postule que sans effort de l'entreprise pour stimuler les achats auprès du consommateur, celui-ci n'achète pas suffisamment de lui-même. L'entreprise orientée vers la vente cherche à gagner un volume de vente suffisant de ses produits par l'utilisation des techniques de marketing. Elle utilise des outils tels que les promotions, la publicité ou les techniques de vente. [5] Le problème n'est plus de savoir « comment produire » mais « comment vendre les produits fabriqués ».[6]

L'organisation mondiale de marketing (AMA, 1948) a défini le marketing comme étant « La réalisation des activités de l'entreprise destinées et associées à la diffusion de biens et services des producteurs aux consommateurs ou aux utilisateurs ».[7] Cette définition est la plus proche de l'étymologie : to market, mettre sur le marché, commercialiser.[8] Dans les 1950, le marketing est devenu une discipline économique centré sur la gestion de l'entreprise.[9]

Le marketing est l'ensemble des moyens dont dispose une entreprise pour vendre ses produits à ses clients d'une manière rentable. « C'est une démarche fondée sur l'étude

---

[1] VANDERCAMMEN, Marc et autres. *Le marketing : l'essentiel pour comprendre décider et agir*, 1ère édition, De Boeck 2002, P26
[2] Ibid.
[3] MAYRHOFER, Ulrike. *Marketing*, 2ème édition, Bréal, 2006, p14
[4] VANDERCAMMEN, Marc et autres (2002), op.cit, P26.
[5] Ibid. P26
[6] Ibid. P17
[7] LENDREVIE, Jacques, Julien LEVY, et Denis LINDON. *Mercator: théorie et pratique du marketing*, 8ème édition, DUNOD, 2006, P12
[8] http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.
[9] VANDERCAMMEN, Marc et autres (2002), op.cit, P17

scientifique des désirs des consommateurs et qui permet à l'entreprise, tout en atteignant ses objectifs de rentabilité, d'offrir à son marché cible un produit ou service rendu » (Helfer et Orsoni, 1998).[1]

La fonction marketing était pensée de façon unidirectionnelle : de l'entreprise vers les clients. On était encore loin du « concept marketing » qui a émergé plus tard, selon lequel le rôle de l'entreprise est d'écouter et de satisfaire les besoins des clients.[2]

L'organisation mondiale de marketing (1960) redéfinit ce concept comme étant «la réalisation du diverses activités nécessaires afin de verser les biens et les services de leurs sources de production au marché de consommation ».[3]

Cette dernière est beaucoup plus adaptée aux conditions économiques de 1948 où la communication avec les consommateurs c'était après la production (produire et essaye de vendre la marchandise) et les activités commerciales sont élaborées seulement pour motiver la demande, que celles de 1960 où il y'avait l'émergence de l'analyse de besoins avant de produire.

- **L'optique marketing :** À la suite des grands bouleversements intervenus après la Seconde Guerre mondiale (croissance de la population, augmentation des revenus, élargissement des marchés, etc.). Les entreprises accordent un intérêt grandissant à leur clientèle. Il convient de cerner ses attentes et de les influencer. L'objectif principal consiste à satisfaire les besoins des consommateurs. [4]

Cette optique considère que, pour réussir, une entreprise doit, plus efficacement que la concurrence, créer, délivrer et communiquer de la valeur auprès des clients qu'elle a choisi de servir.[5]

Le terme de « consommateur » est réducteur. L'entreprise s'adresse à des publics variés : des influenceurs, des acteurs de la distribution et toutes les parties prenantes de l'entreprise. Ainsi, Lendrevie et Lindon (2000) proposent-t-ils une définition généralisée :
« Le marketing est l'ensemble des méthodes et des moyens dont dispose une organisation pour promouvoir, dans les publics auxquels elle s'intéresse, des comportements favorables à la réalisation de ses propres objectifs. »[6]

Alors que la conception classique du marketing met l'accent sur la connaissance et la satisfaction du consommateur (Helfer et Orsoni, 1998), cette définition plus récente ne fait preuve d'aucune ambiguïté quant à la finalité du marketing. Le marketing est considéré comme un moyen de servir les objectifs de l'organisation en incitant les publics auxquels elle s'adresse à adopter un comportement qui lui est favorable.

Le terme « marketing » est parfois assorti d'une « connotation négative et reflétant l'idée d'une manipulation des esprits, d'une tromperie, d'une influence déguisée et clandestine… »,

---

[1] Chapitre 1 : introduction au marketing, (page consulté le 11/01/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.
[2] LENDREVIE, Jacques, Julien LEVY, et Denis LINDON (2006), op.cit, p12.
[3] http://marketing.thus.ch/loader.php?page=Piton-I
[4] MAYRHOFER, Ulrike (2006), op.cit, p14
[5] KOTLER, Philip, et B Dubois. *Marketing Management*, 10ème édition, Paris, PUBLI-UNION, 2006
[6] Chapitre 1 : introduction au marketing, (page consulté le 11/01/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.

(Chirouze, 2003). Certes les dérives du marketing sont condamnables soit parce qu'elles se traduisent par des pratiques agressives soit qu'elles soient sournoises. Mais le consommateur est de plus en plus aguerri et rodé aux techniques du marketing qu'elles soient classiques ou relèvent de l'*undercover marketing* défini comme l'ensemble des techniques utilisées par un annonceur afin d'approcher le consommateur dans son environnement sans qu'il ait conscience d'une démarche commerciale.[1]

Cette démarche d'optique marketing peut se synthétiser sous forme de quatre thèmes majeurs:[2]

1. le choix d'un marché. L'entreprise va se focaliser sur des marchés et des activités spécifiques. Elle va cibler un ou plusieurs marchés et coordonner l'ensemble de ces activités vers ces marchés. L'entreprise doit définir sa stratégie en fonction du marché de référence :

   - le marché spécifique du produit. Il s'agit de l'ensemble de produits directement concurrents et susceptibles de satisfaire les mêmes besoins spécifiques d'un segment de consommateurs. C'est le cas des boissons gazeuses ou cola ;

   - le marché de référence qui comprend l'ensemble des produits qui satisfont la même catégorie de besoins. À l'intérieur d'un tel marché, les produits peuvent être des substituts éloignés. Par exemple, le marché des boissons (lait), le marché des transports (avion et vélo), le marché des loisirs (livres et télévision) ;

   - le marché générique. Ce marché spécifique ou de référence privilégie l'optique produit et correspond à l'ensemble des produits qui répondent aux besoins homogènes d'un groupe de consommateurs. On parle ainsi du marché des seniors ou des ménagères principales responsables d'achat ;

2. l'orientation vers le client. L'entreprise va chercher à répondre aux besoins des clients en différenciant produits et services en utilisant le marketing réactif, anticipatif ou créatif et à proposer des avantages compétitifs à ses clients ;

3. le marketing coordonné : L'organisation de l'entreprise doit s'organiser à travers une stratégie d'action commerciale commune (force de vente, publicité, promotion, etc.). Une organisation managériale qui diffuse à tous les niveaux de l'entreprise, l'esprit marketing de réponse aux attentes du client, une stratégie de développement focalisée sur la satisfaction des besoins des clients ;

4. la rentabilité : Les activités du marketing s'intègrent dans les objectifs de l'entreprise et doivent garantir la rentabilité de celle-ci.[3]

Dans la conception traditionnelle du marketing, le marketing est secondaire par rapport à la production. Il se limite à la vente, à la distribution physique et à la publicité, et concerne

[1] Chapitre 1 : introduction au marketing, (page consulté le 11/01/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.

[2] VANDERCAMMEN, Marc et autres (2002), op.cit, p26.

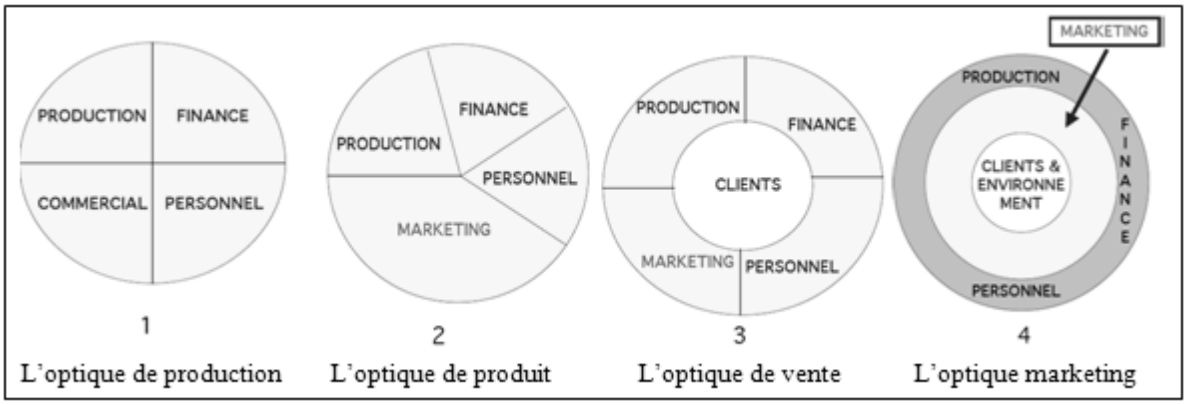
[3] Ibid. p27

Rapport-Gratuit.com

principalement les biens de grande consommation (par exemple les produits agro-alimentaires et les produits cosmétiques).[1]

Par contre dans la conception moderne du marketing, ce dernier occupe une place prépondérante: la clientèle constitue l'actif principal de l'entreprise. Le marketing s'étend de la conception du produit jusqu'à l'après-vente, et son champ d'application s'agrandit (services, biens industriels, partis politiques, régions, célébrités, événements, etc.). Parallèlement à l'accroissement du rôle du marketing dans la gestion des entreprises, les fonctions du marketing se sont diversifiées et élargies à un nombre croissant de secteurs d'activité (par exemple le tourisme).[2]

Figure n° 05 : L'optique de production, de produit, de vente et optique marketing
Sources : figures compilées à partir de plusieurs sources.



3- Le rôle du marketing :

« Le marketing est l'effort d'adaptation des organisations à des marchés concurrentiels, pour influencer en leur faveur le comportement de leurs publics, par une offre dont la valeur perçue est durablement supérieure à celle des concurrents.

Dans le secteur marchand, le rôle du marketing est de créer de la valeur économique pour l'entreprise en créant de la valeur pour les clients. »[3]

a) Le marketing met en œuvre une stratégie d'influence :

Le marketing, qui s'inscrit dans la lignée de la rhétorique conçue comme l'art de la persuasion, est un moyen d'influence des publics dont dépendent les organisations. Pour une entreprise, il s'agira par exemple de vendre et de fidéliser, pour un parti politique d'obtenir le vote des électeurs, pour une association caritative d'obtenir des dons, pour l'organisation en

[1] MAYRHOFER, Ulrike (2006), op.cit, p15
[2] Ibid. P15
[3] KOTLER, Philip, et B Dubois (2006), op.cit, P12

charge d'une cause nationale de démontrer l'efficacité de son action (moins de morts sur les routes par exemple).[1]

b) Le marketing s'inscrit dans un espace qui est celui du choix et non celui de la contrainte : [2]

L'influence n'est pas synonyme de contrainte et de manipulation. Dans un espace de libre discussion et de liberté de pensée et d'action, chacun influence autrui par sa façon d'être et d'agir. Ni les entreprises, ni les organisations n'ont du reste le monopole de l'influence et le marketing est un mode d'influence parmi d'autres. C'est parce que le public jouit de la liberté d'action que le marketing comme stratégie d'influence a un sens : dans un univers de contrainte ou d'absence de choix, le marketing n'a pas sa place.

c) Le marketing est un effort d'adaptation :[3] Parce que les organisations dépendent de leurs publics (pour réaliser un chiffre d'affaires, se faire élire, etc.), et qu'elles n'ont pas de pouvoir de contrainte, elles doivent comprendre ces publics et chercher à s'y adapter. Ce principe peut paraître simple, il est en fait complexe à mettre en œuvre. La tendance naturelle des organisations consiste à s'isoler des sources d'incertitudes qui sont extérieures à elles : on établit et on définit des procédures et on a tendance à répéter aujourd'hui ce qu'on faisait hier, sans se soucier des besoins et des évolutions du marché.

L'orientation vers le marché est un effort constant pour rendre présente au sein de l'organisation la voix des clients, alors qu'ils sont, par nature, des acteurs extérieurs à l'organisation. Les entreprises particulièrement performantes mènent un combat sans répit pour imposer la voix du client au sein de l'organisation et s'adapter à cette réalité mouvante et difficile à appréhender qu'est le marché ou l'opinion.

d) Le marketing a pour rôle de créer une valeur perçue supérieure à celle des concurrents : [4]

Sur des marchés concurrentiels, le meilleur moyen d'influencer le comportement des publics est de proposer une offre dont la valeur est perçue positivement par les clients. C'est en fonction de la concurrence qu'on peut évaluer la proposition de valeur d'une entreprise : la valeur d'une offre n'existe pas en soi, elle est toujours relative à celle des offres concurrentes. Le marketing s'inscrit dans un univers concurrentiel et la meilleure offre, à un moment donné, peut cesser de l'être le lendemain par l'action des concurrents.

e) Le marketing s'inscrit dans la durée :[5] Le marketing s'est très longtemps concentré sur les seules transactions au détriment de la relation et de la fidélité des clients. Cette approche transactionnelle du marketing trouve ses limites dans des marchés très concurrentiels où la demande est en faible croissance. Le marketing adopte aujourd'hui une perspective plus relationnelle : il faut non seulement conquérir les clients, mais encore les fidéliser. C'est

[1] KOTLER, Philip, et B Dubois (2006), op.cit. P12
[2] Ibid. P12
[3] Ibid. P12
[4] Ibid. P12
[5] Ibid. P12

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

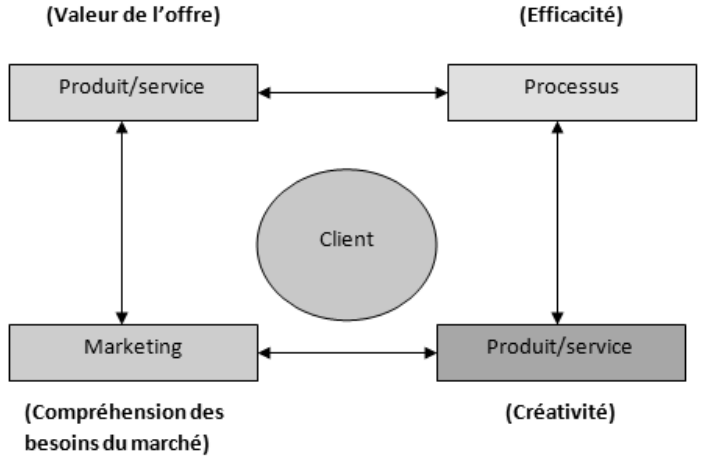
pourquoi la proposition de valeur qui est faite aux clients doit s'inscrire dans la durée : elle ne doit pas seulement paraître supérieure aux concurrents avant l'achat, pour influencer la décision, mais également à l'expérience et à travers un programme relationnel.

Un succès se construit sur le long terme, il signifie une croissance continuelle du dividende et de la valeur des actions. Des études ont montré que cela dépend de quatre éléments présentés sur le schéma.[1]

1. Un excellent produit ou service, fruit d'un département recherche et développement performant. Manifestement, le marketing agit directement sur ce processus. Tout ceci montre que les entreprises qui n'ont qu'un produit de moyen ne peuvent prétendre qu'à un succès moyen.
2. Une excellente maîtrise des opérations au niveau de l'état de l'art mondial. L'inefficacité est aujourd'hui sanctionnée, le marketing défit le niveau d'efficacité optimal des opérations par rapport à la satisfaction des clients. Quand il n'y est pas autorisé, compte tenu de la culture de l'entreprise. La qualité s'aligne automatiquement et de manière non distinctive sur des standard de type ISO.
3. Une culture qui génère des structures dans les quelles la créativité et le goût d'entreprise sont encouragés. Les gens qui s'ennuient et sont ennuyeux, et dont l'engagement est minimal, sont la cause de performances moyennes ou médiocres
4. Des départements marketing professionnels, avec des équipes qualifiés (pas les rebuts d'autres fonctions). Les compagnies qui recrutent des professionnels possèdent une expérience appropriée, on les plus grandes chances de réussir que celles qui engagent des personnes peu expérimentés.

Figure n° 06 : les facteurs du succès

Source : Malcolm, Mc Donald, Les plans marketing, comment les établir ? Comment les utiliser ?, traducteur Pierre Chaix, De Boeck 16 octobre 2003, P22



[1] DONALD, Mc Malcolm (2003), op.cit, P22

B. L'état d'esprit marketing :

1. La notion de l'état d'esprit :

Le marketing est un système de pensée et un système d'action. Analyser la demande, la prévoir, s'entourer de précautions, et ensuite agir avec vigueur et rapidité, c'est tout ce qu'une direction marketing, c'est-à-dire des hommes, doit pouvoir faire. Or, les qualités d'hommes d'étude et de réflexion sont habituellement opposées aux qualités de l'homme d'action dans notre tradition culturelle. Le marketing exige cependant la réconciliation de la prudence, c'est-à-dire l'étude de la réflexion, et du goût de l'action et de l'entreprise. Cette réconciliation nécessite une nouvelle attitude devant la vie, un état d'esprit.[1]

L'état d'esprit ou l'attitude marketing à se placer du point de vue du consommateur et à analyser constamment ses besoins, ses désirs et ses attentes pour mieux les satisfaire. Elle devient à proposer au client le produit, bien ou service, qu'il souhaite, à l'endroit, au moment, sous la forme et le prix qui lui conviennent.[2]

En réalité, l'orientation client concerne tout les services de l'entreprise qu'ils soient techniques, financier, comptable, administratif, logistique et d'approvisionnement.[3] Il s'agissait d'une satisfaction relative, d'une sorte de compromis entre les attentes des consommateurs et la rentabilité espérée par l'entreprise.[4]

2. Les caractéristiques de l'état d'esprit :[5]

- **L'acceptation du changement et du monde en mouvement :**

La réconciliation de la réflexion et de l'action ne peut se faire sans une acceptation tranquille du monde en mouvement et du futur parce qu'ils sont des fondements naturels des décisions à prendre et ne doivent pas être ressentis comme une menace permanente.

- **La recherche de l'innovation : (fonction naturel de l'entreprise)**

L'innovation apparaît aujourd'hui, non pas comme une contrainte qu'il faut subir pour survive, mais comme une fonction organique d'expansion qui définit l'entreprise aussi bien que la recherche de profit. L'entreprise devra rechercher les qualités requises chez les hommes placés à certains postes clés et établir dans l'entreprise, de structures qui favoriseront l'innovation ;

- **Le gout de profit :**

Beaucoup d'êtres humains, dont certains dirigeants d'entreprises, ressentent un sentiment de mauvaise, une sorte de malaise et considèrent avec défaveur l'accroissement des richesses et

---

[1] DONALD, Mc Malcolm (2003), op.cit, P23
[2] CHIROUZE, Yves, et BELLETANTE Bernard(1993), op.cit, P7
[3] Ibid. P9
[4] Ibid. P10
[5] VANDERCAMMEN, Marc et autres(2002), op.cit, P23

des biens matériels. Ceux-là sont incapables d'acquérir et même de comprendre l'état d'esprit du marketing, car la direction marketing dans une entreprise est responsable des profits de cette dernière.

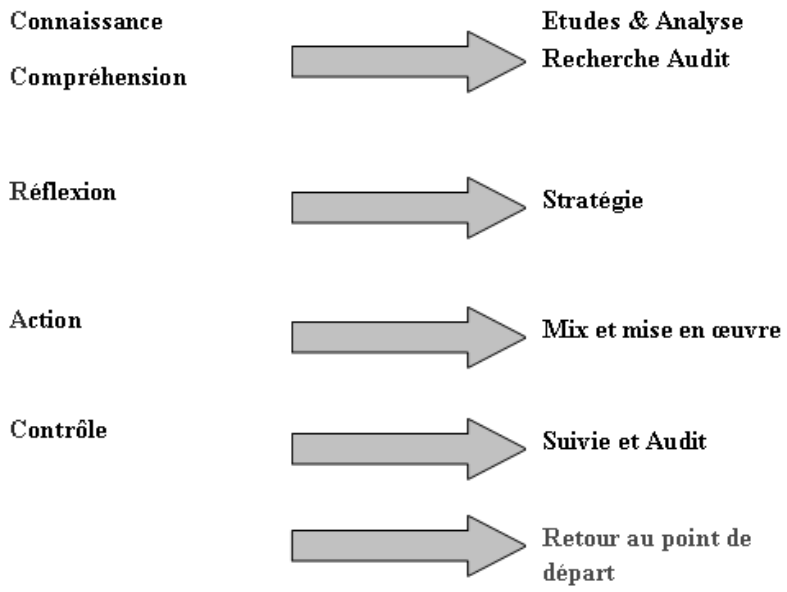
C. La démarche marketing :

Une démarche adaptée à la résolution de tous les problèmes commerciaux :

Dans la cadre de ses nombreuses et diverses activités, face à une décision à prendre, quelle soit stratégique ou tactique, l'homme de marketing adopte une démarche rationnelle.

Quelque soit l'ampleur du problème qu'il ait à résoudre, qu'il s'agisse, par exemple, d'un lancement de produit nouveau, d'un changement de la politique de rémunération des vendeurs, du choix des médias et des supports publicitaires … la démarche marketing donc comprend quatre étapes, comme le montre la figure n° 07 [1]

Figure n° 07: Démarche marketing
Source : www.jetudie.net



La démarche marketing se compose de trois phases principales: le marketing d'étude, le marketing stratégique et le marketing opérationnel.

Les trois phases de la démarche marketing :

[1] CHIROUZE, Yves, et BELLETANTE Bernard (1993), op.cit, P10-11

1- La recherche marketing (marketing research)

A) Définition

Il ne faut pas confondre l'étude de marche et l'étude du marché, la deuxième (market research) est une analyse qualitative et quantitative de l'offre et de la demande présente et future d'un bien ou d'un service. Par contre la première (Marketing research) est une collecte et une analyse d'informations dans le but de faire face à une situation commerciale donnée. Autrement dit, l'étude de marché que, de plus en plus de professionnels appellent l'étude marketing pour éviter la confusion avec l'étude du marché, correspond à la phase 1 de connaissance de la démarche marketing.[1]

La recherche marketing assure trois responsabilités :

- La responsabilité du diagnostic des besoins en information,
- La responsabilité du choix des variables à mesurer,
- La responsabilité de la validité des informations recueillies.[2]

La recherche marketing (étude de marché) est l'analyse de l'entreprise et de son environnement et le mesure de l'efficacité des actions marketing réalisées.[3]

B) L'environnement et ses composantes :

L'environnement marketing est le milieu dans lequel évolue l'entreprise.[4]

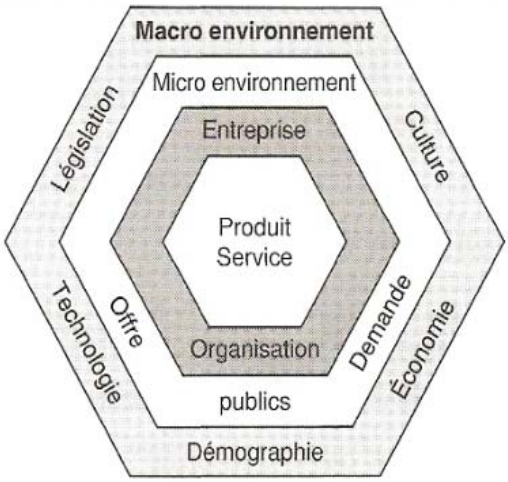
C'est de la responsabilité du département marketing qui doit le surveiller en permanence. Il est à la fois porteur d'opportunités et de menaces. Les opportunités car des nouveaux marchés apparaissent, et des menaces, car les marchés peuvent disparaître sous le poids des crises économiques, le déclin du pouvoir d'achat ou le désintérêt de la clientèle. Les succès d'hier ne garantissent pas las succès d'aujourd'hui. [5] Cet environnement se compose de deux la macro et le macro environnement comme le montre la figure n° 08:

---

[1] CHIROUZE, Yves, et BELLETANTE Bernard (1993), op.cit, P17
[2] GAUTHY-SINEHAL, Martine, VANDERCAMMEN Marc, et SAINTROND, Roland. *Etudes de marchés, méthodes et outils*, De Boeck, 2e édition, 2005, P23
[3] MAYRHOFER, Ulrike (2006), op.cit, p13
[4] DONALD, Mc Malcolm (2003), op.cit, P23
[5] VANDERCAMMEN, Marc et autres (2002), op.cit, P39

Figure n° 08 : les composantes de l'environnement

Source : GAUTHY-SINEHAL, Martine, VANDERCAMMEN Marc, et SAINTROND Roland. *Etudes de marchés, méthodes et outils*, De Boeck, 2e édition, 2005, P39]



Le micro environnement :

Il englobe les éléments extérieurs à l'entreprise qui ont une emprise directe sue le fonctionnement de celle-ci : le marché et les publics. L'étude de micro environnement se compose en deux l'étude du marché et l'étude des publics (directs et indirects).[1]

Le marketing est un processus pour comprendre les marchés, pour quantifier la valeur actuelle et future attendue par les clients, pour communiquer cette information à tous les autres services chargés de délivrer cette valeur, et pour mesurer la valeur réellement délivrée. Pour que le marketing soit efficace, toutes les autres fonctions doivent dirigées par le marché[2]

La macro environnement :

Il englobe les facteurs généraux extérieurs à l'entreprise qui déterminent la structure, le fonctionnement et les actions marketing de l'entreprise. Et eux : la démographie, l'économie, la technologie, les ressources naturelles, le cadre polico-légal et la culture. [3]

Le marketing est un processus pour comprendre les marchés, pour quantifier la valeur actuelle et future attendue par les clients, pour communiquer cette information à tous les autres services chargés de délivrer cette valeur, et pour mesurer la valeur réellement délivrée. Pour que le marketing soit efficace, toutes les autres fonctions doivent dirigées par le marché.[4]

Au cours de la dernière décennie, le marketing a évolué, ses objectifs, ses cibles et ses domaines d'activité se sont élargis. Le marketing classique orienté vers le consommateur et le distributeur a fait place à un marketing stratégique sensible à la concurrence, à l'environnement de l'entreprise et intégré dans sa stratégie globale.

---

[1] VANDERCAMMEN, Marc et autres (2002), op.cit. P42
[2] DONALD, Mc Malcolm (2003), op.cit, P20
[3] VANDERCAMMEN, Marc et autres (2002), op.cit. p.45.
[4] DONALD, Mc Malcolm (2003), op.cit, P20

C) Le rôle de recherche marketing dans la prise de décision :

Faire le marketing c'est avant tout, c'est-à-dire avant toute décision on doit penser « demande », penser « marché » et penser « distribution ».[1]

La recherche marketing comprend trois objectifs:[2]

- L'aide à la compréhension (décrire, analyser, mesurer, prévoir la demande et les facteurs qui l'influencent) ;
- L'aide à la décision (identifier les moyens de conquête de la demande potentielle et déterminer leur niveau d'intervention) ;
- L'aide au contrôle (analyser les performances et les résultats atteints)

La continuité est l'un des objectifs de l'entrepris, ce ne peut pas être atteint si le client ne sera pas satisfait.

Dans le monde compétitif d'aujourd'hui, la satisfaction des clients est la clé de la réussite. Il faut donc disposer d'outils permettant d'identifier objectivement les besoins des clients, d'évaluer leur satisfaction et de suivre les progrès réalisés dans la relation client.[3]

L'étude de marché va donc permettre de prendre les meilleures décisions marketing, de minimiser les risques et d'optimiser les chances de faire du profit.[4]

2- Le marketing stratégique

Le marketing présente une dimension stratégique dans la mesure où il va préconiser les décisions voulues pour tenir à long terme les positions que la firme désire occuper. [5]

Le marketing stratégique recouvre les fonctions qui précédent la production et la mise en vente du produit : la définition des objectifs, la segmentation du marché, le choix de la cible, la conception et le positionnement du produit, l'élaboration d'une stratégie de marque, les relations avec les producteurs et les distributeurs.[6] Le tableau ci-après illustre l'évolution de ce marketing :

---

[1] VANDERCAMMEN, Marc et autres (2002), op.cit. P17
[2] GAUTHY-SINEHAL, Martine, VANDERCAMMEN Marc, et SAINTROND, Roland (2005), op.cit. P18
[3] *Evaluer et améliorer la satisfaction du client*, (page consulté le 11/12/2010), [en ligne]. Adresse URL: http://www.netpme.fr/organisation-management/811-evaluer-ameliorer-satisfaction-client.html
[4] GAUTHY-SINEHAL, Martine, VANDERCAMMEN Marc, et SAINTROND Roland (2005), op.cit. P18
[5] http://leshumas.insa-lyon.fr/management-entreprise/ressources.
[6] MAYRHOFER, Ulrike, (2006), op.cit. p13

3- Le marketing opérationnel

Le marketing opérationnel désigne les actions marketing postérieures à la production. Il vise à concrétiser les choix stratégiques effectués, notamment à travers les quatre composantes du marketing-mix : la politique de produit, la politique de prix, la politique de distribution et la politique de communication.[1] Le marketing-mix ou plan de marchéage est l'ensemble des actions ou politiques, dosées et cohérentes, portant sur le produit, le prix, la distribution et la communication. Ce précise les actions marketing envisagées par l'entreprise pour atteindre ses objectifs auprès du marché cible.[2]

D. Les techniques de marketing :

Pour résoudre les divers problèmes auxquels il est confronté, l'homme de marketing s'est constitué une boîte à outils diverse et variée. Son approche rigoureuse l'a poussé à y inclure les méthodes des sciences exactes (Mathématique, Statistique, Informatique, etc) qu'il utilise notamment en matière d'analyse et de prévision des ventes et lorsqu'il procède à des enquêtes par sondage. Conscient du rôle des motivation profond, des signes et de la famille dans le comportement du consommateur, il s'est également approprié les théories et les technique des sciences humaines (Psychologie, Sociologie, Anthropologie, Psychanalyse, Linguistique, Sémantique, Sémiologie, etc) qu'il utilise tant pour étudier les mobiles et les processus d'achat que pour élaborer un message publicitaire, etc.[3]

Constamment à la recherche des menaces et des opportunités de l'environnement, le mercaticien intègre dans sa démarche stratégique comme dans la mise en place de ses décisions des connaissances de sciences environnementales telles que l'Economie, le droit, principalement celui de la concurrence, de la consommation et de la distribution que certains juristes ont qualifié de droit du marketing et, plus récemment l'Ecologie à tel point que le marketing vert revendique son particularisme.[4]

La réponse aux problèmes ne se trouve pas toujours dans les autres disciplines. Alors, il faut preuve de créativité pour trouver l'outil, le moyen qui lui fait défaut.[5]

---

[1] MAYRHOFER, Ulrike (2006), op.cit. p13
[2] Ibid. P13
[3] CHIROUZE, Yves, et BELLETANTE Bernard (1993), op.cit. P13
[4] Ibid. P13
[5] Ibid. P14

E. Le concept de marketing social :

Le concept de marketing social est apparaît au début des années soixante comme un concept isolé, où KOTLER et ZOLTMAN, 1971, ont pensé que les techniques et les outils utilisés en marketing des biens et des services peut être utilisé également dans le domaine de marketing des idées. [1]

Son originalité réside dans le fait qu'il est d'abord un concept philosophique qui ne peut se réaliser que dans une conjoncture multidisciplinaire. Son orientation est axée sur le citoyen-consommateur possédant un libre-arbitre. Il place en priorité la dimension sociale dans toutes les activités économiques, professionnelles, gouvernementales, voire même culturelles.
C'est pourquoi, en marketing, on devra penser à la fonction sociale des produits, des services, des profits, des attitudes, etc.
Le marketing social ne pourra véritablement contribuer à solutionner les problèmes de l'heure que dans une approche directe et concrète, mais dans une perspective humaine et spirituelle.[2]

❖ Définition de marketing social :

En termes généraux, le marketing social peut se définir comme l'application des techniques du marketing aux problèmes sociaux. Il couvre un large éventail de disciplines, dont l'éducation pour la santé, la publicité, l'économie, la gestion d'entreprise, la recherche scientifique, l'analyse de systèmes, l'organisation des collectivités, la psychologie et 1'épidémiologie.[3] Il vise à convaincre les gens ou à les inciter à adopter des conduites ou des comportements généralement considérés comme bénéfiques. Il peut être défini comme la conception, la réalisation et le contrôle de programmes cherchant à promouvoir l'acceptabilité d'une idée ou pratique sociale au sein de groupe-cible.[4] Il ne peut pas créer le comportement, mais seulement contribue à obtenir l'acceptation du comportement et un certain consentement à l'adopter.[5]

Le Marketing social se définit par rapport au Marketing industriel et commercial, que l'on pourrait résumer par la définition suivante : « Le Marketing est une activité humaine orientée vers la satisfaction des besoins et des désirs d'une clientèle au moyen de l'échange ». Cette définition est extraite de : KOTLER. P. Marketing Management, Paris. Pearson Education France. 2006. L'état d'esprit « Marketing » est donc orienté vers le client. Le Marketing social

[1] KOTLER, Philip & ANDERSON, A. Strategic Marketing for Nonprofit Organisations. Englewood Cliffs, Prentice HALL, 1992.
[2] Macquet Jean-Claude. Le marketing social. In: Communication et langages. N°41-42, 1er-2ème trimestre 1979. pp.173-182.
[3] DE POUVOURVILLE Gérard, *Rapport sur la recherche en médecine générale*, la Revue du praticien du 15 juin 2007 (tome 57, numéro 11), Déclaration d'Alma-Ata (OMS - 1978). P3
[4] ANDRIEN Michel, et GEGHIN, Ivan. *Nutrition et communication : de l'éducation nutritionnelle conventionnelle à la communication sociale en nutrition*, L'Harmattan, 1993, P48
[5] DE POUVOURVILLE Gérard,(1978). Op.cit. P3

désigne une conception renouvelée du marketing[1] il doit, lui, avoir dans sa démarche quelque chose de plus et de différent de ce qui suffit au Marketing des affaires. Au moment de son intervention, il aboutit à une formulation originale de la question du changement social.[2]

Richard THOMAS voix aussi qu'il est différent par apport aux autres types de marketing iniquement à l'égard des objectifs des hommes de marketing et son organisation. Donc le marketing social cherche à influencer le comportement social pas pour le bénéfice de vendeur mais pour le bénéfice de société en général pour accepter un comportement, le marketing social commence par une recherche d'audience qui conduit à la segmentation du publique ciblé en groupes avec des comportements de risques, des motivations, des préférences canal d'information tous communs.[3]

Selon M.GRIFFIHS, le marketing social est à l'application de principes de marketing à la conception et à la gestion de programmes sociaux.[4]

Le but de ce concept dépasse le but de l'éducation qui est la connaissance, son but idéal est l'impact sur le comportement.

Il est très utile de montrer La confusion entre la communication sociale qui en utilisant les médias, les relations publiques et le vente personnel et qui utilise les occasions possibles afin de faire parvenir la lettre à la population ciblé, beaucoup plus, le marketing social ajoute en plus au minimum quatre autres objectifs :[5]

1. La recherche marketing : avant de faire l'expédition l'homme de marketing social doit avoir des informations sur le volume de marché ces besoins, ces orientations, le mode comportemental et les coûts probables.
2. Le développement de produit :
3. L'utilisation de motivation :
4. La facilité : la fonction l'homme de marketing social ne se limite pas au parvenir la lettre, mais il doit se mettre la décision de changement de comportement facile à réaliser.

[1] Macquet Jean-Claude. *Le marketing social*. In: Communication et langages. N°41-42, 1er-2ème trimestre 1979. pp.173-182
[2] DAUVIN Pascal. *La Communication des ONG Humanitaires*, l'Harmattan, Paris 2010. P78
[3] Richard K. THOMAS, Richard. *Health Services Marketing: A Practitioner's Guide*, Springer-Verlag New York Inc, USA, 2007, P118
[4] ANDRIEN Michel, et GEGHIN, Ivan (1993), op.cit. P49
[5] KOTLER, Philip & ANDERSON,1992, op.cit.

III. Le marketing des services :

1. Comprendre la notion des services :

a. Définition de service:

Le mot service vient du terme latin servitium qui signifie esclave. On parle d'obligations et d'actions de services qui se déclinent pour être au service de quelqu'un, être en service, être de service, rendre service; c'est aussi l'action de servir quelque chose et de mettre en service.[1]

De nombreuses définitions ont été proposées par les économistes pour décrire les services, mais ces définitions demeurent souvent incomplètes tant la notion de service recouvre des réalités fluctuantes,[2] dans la suite voilà quelques définitions:

- Le service est une activité, une réalisation, une expérience.[3]
- Le service est une expérience vécue par le consommateur.[4]
- Kotler (1987) (marketing management) a défini le service comme étant une activité ou un profit peut être offert d'une partie à une autre, où il serait dans sa globalité intangible et ne peut transférer la propriété, leur production peut être liée avec un produit tangible. [5]

Lovelock a cité qu'il est très difficile d'atteindre une définition exacte de service, relativement à la différence entre les genres des services. Il a défini le service comme « expérience temporelle vécue par un client à partir de leur contact et leur interaction avec les employeurs d'entreprise ou avec les équipements matériels ou techniques ». [6]

Pour l'auteur James Teboul le service est l'avant scène, ce dernier est l'interaction directe avec les employés, les équipements, le décor et les autres clients par contre le lieu de la transformation physique en dehors de la présence du client c'est l'arrière scène. Comme toutes les activités se décompose en deux parties l'avant scène et l'arrière scène que se soit qu'elle appartienne au secteur industriel ou bien au secteur des services, nous sommes tous dans les services. T. Levitt 1973[7]

Peut être que la clé de cette distinction repose sur le fait que les clients trouvent de la valeur dans les services, sans obtenir la propriété permanente d'éléments tangibles.[8]

---

[1] BENSAHEL, Liliane. *Introduction à l'économie des services*, Presses universitaires de Grenoble, 1997, P20-21
[2] TERNISIEN, Michel. *Indicateurs et facteurs de compétitivité des services rendus à l'industrie étude,* 2001, P13
[3] Berry.L & al, *Service quality- a profit strategy for financial institutions*, Don Jones Irwin, new Jersey, 1989.
[4] Eigler.P & al, Servuction : Le marketing des services, Mc Grow-Hill, Paris, 1987, (Tocquer. G & Langlois.M, 1992, P22)
[5] KOTLER. Philip, marketing management, 6ème Edition, Eglewood cliffs, Prentice Hill, New Jesey, 1987.
[6] Lovelock, G, classifying services to gain strategy marketing in sight, journal of marketing, chigago, 1983, p11-12
[7] TEBOUL, James. Management des services, 2007, p22-23
[8] LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis. *Marketing des services, stratégie, outils, management*

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

b. Caractéristiques génériques des services:

A – Intangibles :

Le service, par définition, n'est pas un bien matériel : il est intangible.[1] Le consommateur ne peut pas les regarder, toucher, goûter ou essayer avant de les acheter. L'appréciation des services paraît dès lors plus difficile que pour les produits manufacturés.[2]

Il n'est pas transportable ni stockable. Il ne peut être produit à l'avance. Il est forcément rendu en présence ou du moins selon les spécifications du client**.** Le service est difficilement mesurable. Le client ne peut comparer plusieurs services qu'en les essayant. La mesure de la qualité de service est différente de celle de la qualité des produits.

Bien qu'immatériel par nature, le service comporte souvent une part de produits tangibles: bien heureusement, dans un restaurant d'entreprise, on fournit au personnel de la nourriture. Les produits délivrés aux clients peuvent être simplement distribués ou subissent une part de transformation. Dans une banque, le traitement d'un chèque comporte une part du travail qui relève des techniques classiques de production. Dans ce cas, il peut y avoir stockage d'une partie des produits.

On se trouve en fait face à un continuum entre les services ayant un forte part de matérialité et les services complètement immatériels comme ceux qui concernent le traitement de l'information.[3]

B- Indivisibles et non stockables:

La production et la consommation d'un service interviennent de façon simultanée.[4] Il n'est donc pas possible de stocker de la production pour qu'elle soit consommée ultérieurement. C'est la raison pour la quelle les compagnies aériennes introduisent des pénalités en cas d'annulation certains billets : un billet non vendu est perdu à jamais.[5]

On peut dire que la capacité de production est périssable.

Cette caractéristique posera de délicats problèmes d'ajustement de la charge à la capacité de production de service comme nous le verrons plus loin. Si la capacité de production est supérieure à la demande, il en résultera un manque à gagner et une baisse de la rentabilité. Si la charge est supérieure à la capacité, on ne pourra traiter les clients que dans la limite de la capacité et on devra refuser des clients, ce qui constitue aussi un manque à gagner. Le seul ajustement qui peut intervenir est la création de files d'attente. Il en résulte une dégradation de la qualité perçue du service.

[1] BAGLIN, Gérard, et CAPRARO Mario, op.cit. P13
[2] MAYRHOFER, Ulrike (2006), op.cit. P150
[3] BAGLIN, Gérard, et CAPRARO Mario, op.cit.P14
[4] MAYRHOFER, Ulrike (2006), op.cit. P150
[5] http://www.memoireonline.com/12/06/295/m_analyse-qualite-de-services-centre-de-service.html

Par exemple, il n'est pas possible de stocker de la maintenance de matériel informatique. Si le nombre de techniciens est insuffisant, des clients ne seront pas dépannés ou le seront avec retard. Si la capacité de production est excédentaire, on paiera les techniciens à attendre.

L'ajustement de la charge à la capacité de production est une des clés du succès des entreprises de service. Nous verrons quels moyens peuvent être utilisés pour procéder à cet ajustement.[1]

C- Variabilité :

C'est une conséquence directe de ce qui précède, le personnel en contact et les clients qui sont tous des individus différents et dont les comportements varient d'une situation à l'autre. La qualité d'un service est donc moins homogène qu'un produit manufacturé.[2]

KOTLER & DUBOIS (2003) affirme que c'est probablement la variabilité des services qui explique le volume de bouche à oreille constaté à leur propos. Ainsi, chaque exécution de service est différente et va dépendre des acteurs de la servuction impliqués.[3]

c. Typologie des services:

Selon les auteurs les services n'ont pas une typologie unique, pour cette raison on va proposer quelque typologie.

- La typologie selon le degré de tangibilité ou d'intangibilité des opérations de service : Lendrevie & Lindon ont déterminé 4 types de services selon la forme et la nature de service lui-même :[4]

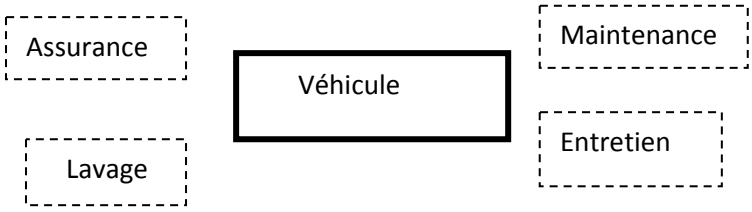
1) Produit tangible pur : l'offre d'un produit tangible et son utilisation a pour rendre un service (exemple : dentifrice = produit tangible son utilisation est fait pour la propreté)

2) Produit tangible et les services qui l'entourent: l'offre ici est un bien tangible entouré de service ou un ensemble des services, ces derniers vont induire la demande d'utilisation et/ou consommation.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

[1] BAGLIN, Gérard, et CAPRARO Mario, op.cit. P14
[2] http://www.memoireonline.com/12/06/295/m_analyse-qualite-de-services-centre-de-service.html
[3] http://www.memoireonline.com/05/09/2088/m_loptimisation-de-la-strategie-multicanal-dune-institution-financiere.html
[4] LENDREVI, Jacques et Lindon, Denis. *Mercator*, 4ème Edition, Dalloz paris, 1996.

Figure n° 09 : Services rattachés aux produits tangibles
Source : figure réalisé par l'étudiante



- Le véhicule est le **produit tangible**
- L'assurance, lavage, l'entretien et la maintenance sont les **services qui l'entourent**.

3) Un service est accompagné soit par un produit tangible ou bien un autre service : l'offre représente dans ce cas un service à utiliser en plus d'un ensemble de services ou à renforcer par un produit tangible.

Figure n° 10 : Le service accompagné
Source : figure réalisé par l'étudiante

4) un service pur: contrairement à tous ce qui précède, dans ce cas l'offre sera d'un service pur, comme par exemple : les services juridiques qu'assurent l'avocat, le notaire et même par le juge, ce genre des services ne nécessite pas beaucoup d'équipements.

- C. Lovelock L.Wright (principles of services marketing and management) ont classifié les services selon la nature de destinataire comme suivant :

Tableau n° 03 : Quoi ou qui est le destinataire direct de service :

Quel est la nature d'action de service	Les personnes	possessions
Actions tangibles	Destinataire personne	*(Possession Processing)*
	Services destinés aux corps de personnes Le transport de passager Les soins de santé Salon de beauté Thérapie physique Salles de forme Restaurations/ café Coiffure Services d'obsèques	Service destiné aux objets physiques Transport de marchandise Réparation et maintenance Entrepôt/ stockage Services de nettoyages Distribution de détail Ravitaillement Paysage/ …
Actions intangibles	Destinataire stimulation mental	Destinataire activités intangibles
	Services destinés aux Publicité (relations publiques) Arts et divertissement Tv, Radio/ câble Education Services d'information Concerts de music Religion Téléphone	Comptabilité Banque Traitement de données Transmission de données Assurance Services de droit Programmation Recherche Investissement des titres Consultation de logiciel

Source: C. Lovelock L.Wright, *principles of services marketing and management*. P 34

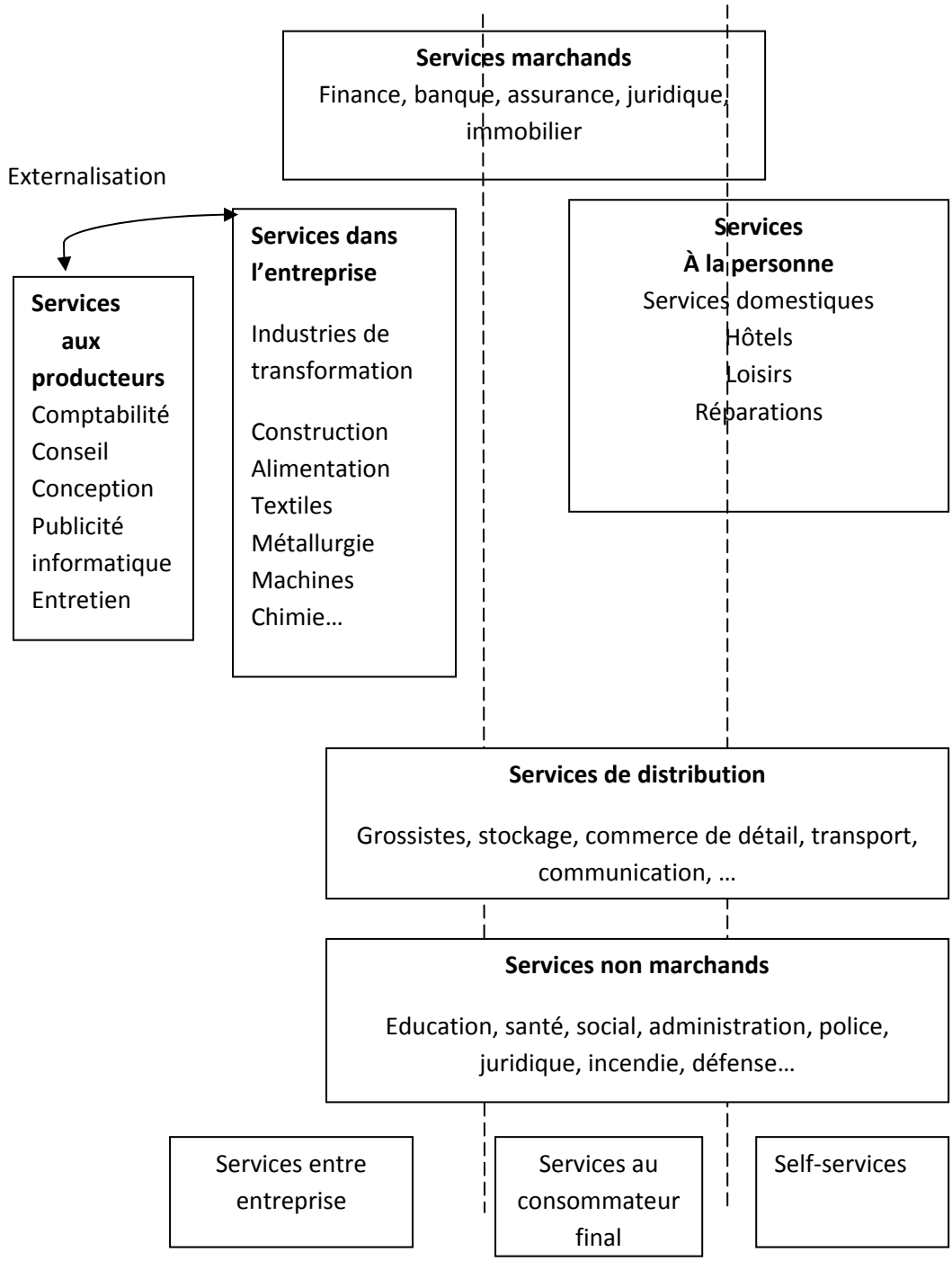
- La nécessité de la main d'œuvre intensive ou des équipements intensifs : on trouve des services qui nécessitent de la main d'œuvre intensive, la cueillette les fruits, par contre il existe d'autres services comme la chirurgie qui nécessitent beaucoup d'équipements comme par exemple l'utilisation de scope (pour mesurer la tension et la fréquence cardiaque), champs stériles, bistouri électrique, cœlioscopie.

On rencontre aussi d'autres services qui nécessitent les deux à la fois

- A qui et à quoi sont destinées ces opérations de service? Certains services, tels que la coiffure et les divertissements, sont destinés au client lui-même[1] qui est le consommateur final, dans d'autres cas, le service peut être soumis à une entreprise. Dans la figure suivante on va présenter cette classification des services plus détaillée.

[1] LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis. op.cit

Figure n° 11: classification plus détaillé des services
Source : TEBOUL, James. Management des services, 2007



2. La spécificité du marketing des services

Il existe de nombreuses définitions du marketing. Il peut être vu comme une impulsion stratégique et concurrentielle recherchée par le top management, comme un ensemble d'activités fonctionnelles accomplies par une équipe dédiée (telles que les politiques produits, les prix, les canaux de distribution et la communication) ou comme une politique orientée vers le client au sein de l'organisation tout entière. [1]

La fonction marketing des services est plus large que les activités marketing traditionnelles, et requiert des coopérations étroites entre les responsables marketing, les responsables des Opérations et des Ressources Humaines. [2]La différence entre le marketing des biens et celui des services selon Lovelock, se présente au niveau des taches du marketing, à cause de deux dimensions, la première relève des différences génériques entre les services et les biens immatériels, la deuxième concerne la différence entre l'environnement et le contexte du travail des biens et de celui des services.

a) Les grandes différences génériques entre les biens et les services :

En plus des quatre caractéristiques génériques de Berkowits, qui ont cité précédemment, lovelock a donné d'autres caractéristiques afin de mieux distinguer le marketing des biens à celui des services. Dans la suite regardons chacun tour à tour :

La nature de produit : Berry explique bien la distinction quand il décrit un bien comme étant « un objet, un procédé, une chose ». Contrairement à un service qui est « un fait, une prestation, un effort ». Faire le marketing d'une prestation (qui dans le cas de services de location peut impliquer un objet tel qu'un outil ou une voiture) est une opération très différente de celle qui consiste à faire le marketing de l'objet matériel lui-même. Par exemple dans les locations sont ouverts, et la qualité du service fourni par le personnel en contact avec le client. [3]

L'implication de client dans le processus de production :

Réaliser un service implique d'assembler et de livrer un mélange d'équipements matériels et de mains-d'œuvre « mentale » ou physique. Souvent, les clients sont activement impliqués dans la création du service. Soit en servant eux-mêmes comme dans les laveries automatiques, soit en coopérant avec le personnel en charge du service, dans le lieu comme les hôtels.[4]

Les personnes au tant que part de produit : dans les services où le contact est très important, les clients seront en contact non seulement avec le personnel mais aussi avec les autres clients, ces derniers peuvent guider, le type de client qui fréquemment une entreprise de services particulière aide à définir la nature de l'expérience retirée du service.

---

[1] LAPERT, Denis. *Marketing des services*, Dunod, 2005, P15
[2] LAPERT, Denis (2005), op.cit. P15
[3]LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis, op.cit. P25.
[4] Ibid. P26

Le problème de contrôle de qualité : la confrontation des biens manufacturés peut être vérifiée selon des normes de qualité. Bien longtemps avant que ces biens n'atteignent le client. Mais quand les services sont consommés au moment où ils sont produits, « l'assemblage » final doit se dérouler en temps réel. Par conséquent, les erreurs et les défauts sont plus difficiles à dissimuler. Par exemple, quand vous achetez un paquet d'Ariel, vous pouvez raisonnablement être sûr à 99,4% que cette que cette matière sera efficace pour nettoyer vos vêtements.par contre, quand vous prenez une chambre d'hôtel, vous êtes sûr à un pourcentage inférieur que vous pourrez passer une bonne nuit de sommeil, sans entendre les gens taper sur les murs.[1]

Evaluation est plus difficile pour les clients : il existe des qualités telles que la crédibilité que les clients trouvent difficiles à évaluer même après la consommation (par exemple les opérations chirurgicales et techniques qui ne sont pas facilement visibles).

L'importance de facteur de temps : le service doit être rendu rapidement afin que les clients ne passent pas un temps excessif à le recevoir. Même quand le service se déroule dans les coulisses. Les clients ont des attentes sur la durée que la tâche doit prendre pour être réalisée, que ce soit la réparation d'une machine, le nettoyage d'un costume ou la préparation d'un document légal. [2]

Des canaux de distribution différents : contrairement aux fabricants, qui demandent des canaux de distribution physiques pour transporter les biens de leurs usines vers les clients, beaucoup d'entreprises de services utilisent soit des canaux électroniques (comme dans la diffusion ou le transfert de données), soit un seul lieu, « l'usine » où est fabriqué le service. Dans ce cas, les entreprises des services sont responsables de la gestion du contact avec le client (plutôt que de sous-traiter la mission à des intermédiaires). Elles doivent aussi gérer le comportement des clients dans l'entreprise de services pour assurer que les opérations se déroulent sans heurts, et pour éviter les situations dans lesquelles le comportement d'une personne irrite les autres clients qui sont présents au même moment. [3]

b) Un contexte différent pour le marketing des services :

La définition du marketing dans ce secteur était négative, il est considéré comme étant seulement la publicité et des relations publiques, en plus de ça la domination continue du management des opérations dans beaucoup d'industries de services rend le travail des hommes du marketing de services d'autant plus difficile,[4] où il est nécessaire de donner l'avantage aux hommes de marketing pour réaliser leur fonction.

On trouve que les directions générales de certaine société des services se trouvent sur le terrain, sont habituellement responsables des équipements, du fonctionnement des services

[1] LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis (2002), op.cit. P26.
[2] Ibid. P28.
[3] Ibid. P28.
[4] Ibid. P30.

auprès desquels les clients se rendent et de la gestion du personnel en contact avec les clients. Ainsi elles sont considérées comme des tâches de l'activité marketing.[1]

Comme l'analyse de la valeur, le marketing vise le développement de l'entreprise grâce à la satisfaction des besoins des clients. Le marketing recense cinq moyens principaux à mettre en œuvre pour satisfaire le client. Cinq leviers d'action dont le maniement coordonné constitue le marketing-mix. Le produit, le prix, la publicité, la distribution, le force de vente. [2]

En agissant sur chacun de ces outils bien distincts. En répartissant ses ressources entre eux, le praticien du marketing optimise son action. Telle est la leçon tirée des produits matériels.

Un marketing des services est né, au début des années quatre-vingt, de la volonté d'appliquer ce savoir-faire au secteur tertiaire : la confrontation avec les spécificités du secteur conduit à constater que les éléments du mix ne recouvrent pas la même réalité et qu'ils ne sont plus indépendance les un des autres.

Le marketing des services repose sur le relationnel. L'intangibilité du service en rend la gestion difficile. C'est un défi pour les responsables marketing et de gestion de la qualité. Le marketing a besoin de la gestion de la qualité pour réduire la variabilité du processus de service, de la même manière que la gestion de la qualité a besoin des informations procurées par le marketing pour comprendre les besoins du client et pour réviser le processus. Si les liens entre ces parties de l'entreprise sont brisés alors aucune d'entre elles ne peut réussir.[3]

Le rôle important des attentes (on ne situe vers le haut de la pyramide de Maslow : besoins de considération et de réalisation de soi), le poids des perceptions et images, l'impact des comportements, lors de la participation à l'élaboration du service, modifient complètement les données du problème. [4]

Rapport-Gratuit.com

[1] LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis (2002), op.cit. P31.
[2] Ibid. P497
[3] Ibid. P497
[4] Ibid. P497

c) L'apport de marketing des services :

Le produit

La spécificité du service réside dans l'ambiguïté même du terme ; celui-ci désigne en effet aussi bien le moyen de répondre à certains besoins (activités de service) que le résultat obtenu (le service rendu)[1]

En fait pour le client, la satisfaction se substitue au produit dans l'adéquation de la valeur. Mais cette satisfaction comporte elle-même deux modalités[2]

- Le service est-il conçu pour répondre à mon niveau d'attentes ? c'est la qualité perçue (avant achat)
- Le service a-t-il répondu à mes besoins ? c'est la qualité vécu (après »consommation ») : à ce deuxième niveau une autre spécificité du service apparaît : à la différence du produit qui peut être isolé dans sa relation avec le consommateur (mise en évidence des fonctions), le service est jugé globalement sur ses éléments périphériques (environnement physique et relationnel) aussi bien que sur ses fonctions principales. C'est la raison qui conduit les entreprises de services à développer volontairement ou non, une politique de service global.[3]

Le marketing s'est également étendu vers de nouveaux domaines d'activité non marchands comme les partis politiques, les organisations à but non lucratif, les musées (marketing politique, marketing religieux), et les organismes publics tels que les gouvernements et les administrations (marketing social ou sociétal). La définition étroite du marketing n'est pas adaptée à ces nouveaux domaines d'application.[4]

d) La qualité des services :

Les notions traditionnelles de qualité (fondées sur la conformité aux normes définies par les directeurs des opérations) ont été remplacées par le nouvel impératif de laisser le client définir le niveau de qualité, ce qui a eu peu pour effet d'accroître l'importance du marketing des services, particulièrement concernant le rôle du client. En effet, de nombreuses entreprises de services ont investi dans la recherche pour déterminer ce que leurs clients souhaitaient, dans les programmes d'amélioration de la qualité du service délivré et dans la mesure de la satisfaction de leurs clients sur la qualité perçue du service reçu.[5]

La recherche la plus étendus sur la qualité des services est fortement orientée vers l'utilisateur. Dans une recherche commune, Zeithaml, Berry et Parasuraman ont identifié dix critères utilisés par les consommateurs dans l'évaluation de la qualité des services (voir tableau n°04)

---

[1] LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis (2002), op.cit. P497
[2] Ibid. P497
[3] Ibid. P497
[4] Chapitre 1 : introduction au marketing, (page consulté le 11/01/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.
[5] LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis (2002), op.cit. P18

Tableau n°04 : Dimensions génériques utilisées par les clients pour évaluer la qualité d'un service.

Dimension	Définition	Exemple de questions que les clients peuvent poser
Crédibilité	Etre digne de confiance Honnêteté	L'hôpital a-t-il bonne réputation ? Mon agent de change s'abstient-il de faire pression sur moi pour acheter ?
Sécurité	Absence de danger, de risque, de doute	Est-ce dangereux pour moi d'utiliser ce distributeur de billet la nuit ? Suis-je certain que ma police d'assurance me couvre complètement
Accessibilité	Abord facile et contact aisé	Avec quelle facilité puis-je parler à un responsable en cas de problème ? L'hôtel est-il situé à un emplacement facile d'accès ?
communication	Ecoute de clients, information régulière des clients	Si j'ai une plainte à formuler, le management a-t-il volonté de m'écouter ?
Compréhension du client	Efforts pour connaître les clients et leurs besoins	Mon médecin évite-t-il d'utiliser un jargon technique ?
Tangibilité	Apparence physique des locaux, équipements, du personnel et des documents	Mon commercial est-il vêtu de manière appropriée ? Les abords de l'entreprise sot-ils avenant ?
Fiabilité	Capacité à réaliser le service promis de manière sûre et précise	Mon micro-ordinateur est-il réparé convenablement dés la première fois ? Quand on me promet de me rappeler dans 5 minutes, le fait-on vraiment ?
Réactivité	Volonté d'aide le client en lui fournissant un service rapide et adapté	Quand j'ai un problème, l'entreprise le résout-elle rapidement ? Le serveur de restaurant saura-t-il me servir si je suis pressé ?
Compétence	Possession des connaissances nécessaires pour délivrer le service	Quand j'appelle mon agence de voyage, est-elle capable de me fournir les informations dont j'ai besoin ? Le médecin a-t-il fait un bon diagnostic ?
Courtoisie	Politesse, respect et contact personnel amical	La standardiste est-elle toujours courtoise ? Le plombier enlève-t-il ses chaussures avant d'entrer ?

Source : adapté de valarie A. Zeithami, A. Parasuraman et Leonard L.Berry. Delivering Quality

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Les modes de qualité :

On établit une distinction entre le processus de livraison du service, que Grönross appelle « ***qualité fonctionnelle*** », et le rendement réel du service, qu'il appelle « ***qualité technique*** », Grönross et quelques autres chercheurs suggèrent également que la qualité perçue d'un service est le résultat d'un processus d'évaluation, dans lequel les clients comparent leurs perceptions de la livraison du service et son résultat par rapport à ce qu'ils attendaient. [1]

Pour mesurer la satisfaction du client sur différents aspects de la qualité des services Zeithaml et ses collègues ont développé un instrument de recherche par sondage appelé « SERVQUAL » ceux qui répondent complètement une série d'échelles qui mesurent leurs attentes par rapport à une société. Parmi un large éventail de caractéristiques de services spécifiques ; par la suite, on leur demande de rendre compte de leur perception de la performance de la société selon les mêmes caractéristiques. Quand les taux de performance vécus (qualité vécue) sont plus bas que les attentes (la qualité perçue), c'est un signe de qualité faible ; l'inverse indique une bonne qualité. [2]

[1] LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis (2002), op.cit. P391.
[2] Ibid. P391.

Conclusion

En guise de conclusion, il apparaît important de signaler que le rôle essentiel du marketing réside dans la double créativité de la valeur qui concerne et le client et l'entreprise à la fois. La recherche marketing est considérée parmi l'un des outils d'aide à la prise de décision. Les activités du marketing ne se limitent pas seulement à comprendre et à décider mais aussi à agir en conséquence. Le marketing des services se distingue de celui des biens par deux causes : la première relève de la différence des caractéristiques des services par rapport aux biens. La deuxième implique un contexte des biens autre que celui des services.

Le chapitre II : L’économie et le marketing des services de santé

Introduction

Plusieurs définitions ont été données à la santé qui reste, avant tout, la meilleure des richesses de la population. Pour la gérer, chaque pays a un système de santé, ce dernier est défini comme étant l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels et financiers), destiné à réaliser les objectifs de la politique de santé. Cependant, l'économie a un rôle fondamental dans l'aide à mieux gérer les ressources dans le système de santé où les services de santé constituent l'une des ses principales composantes.

L'adoption de l'approche marketing dans les soins de la santé a fait son apparition dans les années 80 malgré toutes les critiques dirigées contre elle. La prise de décision des services de santé nécessite une base de données probante et détaillée de différentes sources. Les recherches marketing reposent sur différentes étapes du processus dont le champ d'application concerne les besoins des patients, le positionnement des produits de santé, la mesure de la qualité et l'évaluation de la satisfaction des patients.

I. Economie de la santé :

A. Notions préliminaires sur la santé

1. Concept de santé :

a) Définition de la santé :

Définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1946) : la santé est un état de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. L'auteur Jean Brignon (petit précis de santé public) à cité que le sujet de cette définition s'agit d'une définition positive de la santé (par opposition à *« être en bonne santé, c'est ne pas être malade »*). De plus, elle élargit le concept de santé à une conception globale : Biologique, Psychologique et sociale. Elle tient ainsi compte de la personne dans sa globalité tout en restant utopique.[1]

Cette définition laisse bien entendre qu'une série d'expressions négatives- « des états où on ne souffre pas de quelque chose de déplaisant » - ne peut rendre compte de ce qu'est la santé. En outre, elle présente la santé d'une façon dichotomique. L'usage commun important, suggère que ce terme peut correspondre à un ensemble de significations qui se répartissent le long d'un continuum. A l'une des extrémités se trouve le bien-être, au sens le plus large du terme, celui de la définition de l'OMS. Il s'agit d'un état qui se rapproche de l'idéal platonicien du Bien. A l'autre extrémité, on trouve l'absence d'états biologiques négatifs (maladies, douleurs, infirmité, mort) [2]

« La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine, biologiques, psychologiques et sociales. Cet équilibre exige, d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains (besoins affectifs, nutritionnels, sanitaires, éducatifs et sociaux), d'autres part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation » (Monnier et al, 1980). Il est utile de remarquer que les professionnels de la santé et les usagers «Pour les premiers, la santé est généralement perçue comme un but en soi, un objectif à atteindre. Pour les seconds, elle est surtout un moyen pour atteindre des objectifs plus généraux portant sur la qualité de la vie… » (Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, 1985).[3]

La santé est aussi définie comme étant un « Etat physiologique d'une personne de son organisme» [4] et comme « l'équilibre et le bon fonctionnement de l'organisme ».[5]

Il n'y a pas de frontières nettes entre les différentes définitions de la santé dans un tel continuum. Mais cela ne nous empêche pas de reconnaître leurs différences. Ces définitions

---

[1] BRIGNON, Jean. *Petit précis de santé publique*, LAMMAR, 2007, P7
[2] G. EVANS, Robert, L. BARER Morris, R MARMOR Theodore, *Être ou ne pas être en bonne santé*, John Libbey Eurotext 2006, p38, 39
[3] BRIGNON, Jean (2007), op.cit. P8
[4]Définition de la santé dans le dictionnaire de langues française (page consulté le 06/06/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/sante/
[5] Dictionnaire Encarta, 2009

différentes ne sont pas justes ou fausses, elles ont simplement des buts et des champs d'application différents (MARMOR, 1989) [1]

Nous concluons à partir des précédentes définitions que la santé est un état d'équilibre qui permet un fonctionnement normal qui exige la satisfaction des besoins fondamentaux qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains. Aussi c'est un état physique mental et social adapté à l'environnement.

b) Concept de santé publique

a. Définition

La santé publique prend en compte les dimensions d'organisation administrative, politique et économique. La santé publique aborde l'organisation de la santé pour une collectivité, une population à un niveau individuel et à un niveau collectif.

L'OMS, en 1952, en donne la définition suivante : « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :

1. assainir le milieu ;
2. lutter contre les maladies ;
3. enseigner les règles d'hygiène personnelle ;
4. organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ;
5. mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé ». [2]

On utilise aujourd'hui le terme « santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins. La santé publique est devenue une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale des populations sous tous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux ; son objectif est la mise en place de systèmes et d'actions de promotion de la santé, de prévention* et de traitement des maladies, de réadaptation des handicapés » (Monnier et al., 1980).[3] Elle peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique.[4]

---

[1] G. EVANS, Robert, L. BARER Morris, R MARMOR Theodore (2006), op.cit. p38-39

[2] Cour de santé publique, (page consulté le 01/02/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.infirmiers.com/cours-sante-publique-notions-de-base.

* La prévention selon l'OMS est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir à la santé individuelle et collective.

[3] BRIGNON, Jean (2007), op.cit. P14

b. Champ d'application de la santé publique

Son champ d'application est vaste il couvre des disciplines telles que l'hygiène de l'environnement (assainissement…), l'organisation des soins, la surveillance de l'état de santé de la population, l'organisation de la protection sociale, la prophylaxie des grandes épidémies, le dépistage et la prise en charge des pathologies les plus fréquentes ainsi que la prise en charge de la santé des collectivités (écoles, prisons…) (Tessier, Andreys, Ribeiro, 1996). [1]

Aujourd'hui grâce à la technologie avancée la santé publique est aussi prise en charge par l'internet.

c) Le système de santé

- **Définition de système de santé**

Toute population aspirant 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, dont on essaye de concilier liberté et solidarité.[2]

Le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnels, humaines, structurels, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Il constitue un sous-système pour ce qui concerne l'affectation. [3]

Le système de santé réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels (médecins, cliniques, hôpitaux et pharmacies), des soins informels (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche. En outre, un système de santé comporte des politiques et des règlements, ainsi que des services connexes non liés aux soins de santé, comme la sécurité des aliments et la sécurité au travail, et des routes et véhicules fiables pour le transport des fournitures médicales - soit tout ce qui contribue à promouvoir ou à protéger la santé.[4]

Le système de santé doit pouvoir identifier les besoins de la population (rôle de l'épidémiologie), déduire les priorités et mettre en place les actions nécessaires pour réaliser des objectifs prédéfinis (problématique de la décision en santé publique qui doit concilier équité, efficacité et rationalité économique). Pour cela il dispose de moyens et il doit posséder un certain nombre de qualités.[5]

L'OMS (rapport de l'année 2000) assigne trois objectifs aux systèmes de santé :[6]

1. Améliorer et maintenir l'état de santé de la population.
2. Assurer la réactivité du système.

---

[1] BRIGNON, Jean (2007), op.cit. P14

[2] G. DURU, Berresniak. *Economie de la santé*, 6ème édition, MASSON, 2008, P3

[3] M.CAZABAN, J. DUFOUR, P.FABBRO-PERAY. *Santé publique : connaissances et pratique*, 5ème édition, MASSON, Paris, 2005, p5

[4] Définition du système de santé (page consulté le 13/01/2010), [en ligne]. Adresse URL: http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/fra/JOS-1116135126-Q57

[5] M.CAZABAN, J. DUFOUR, P.FABBRO-PERAY(2005), op.cit. p7

[6] NAPHAYVONG , Philaysak, IFMT, système de santé en RDP, [en ligne]. Adresse URL: http://www.ifmt.auf.org/IMG/pdf/Systeme_Sante_Laos.pdf

3. Garantir une contribution équitable de la part de la société.

Le système de santé assume quatre fonctions essentielles. La première fonction, c'est-à-dire la prestation de services de santé, repose sur les trois autres.

1. Prestation de services de santé : Fournir des services de santé, qu'il s'agisse de soins de santé personnels (diagnostic, réadaptation, etc.) ou de services comme l'éducation de masse et l'hygiène.
2. Fourniture et gestion des ressources : Fournir les ressources nécessaires pour faire fonctionner le système (personnel médical, installations, médicaments, matériel, connaissances).
3. Financement : Percevoir des recettes et affecter des ressources financières aux différentes activités.
4. Administration : Uniformiser les règles du jeu grâce à une administration avisée (organisation, établissement des priorités, mesure du rendement, promotion, élaboration de politiques et de règlements, protection des consommateurs). [1]

– **Composantes du système de santé**[2]

Bien que le système de santé soit géré différemment d'un pays à l'autre, il compte généralement sept composantes.

➢ **Structure organisationnelle**

Il s'agit du plan directeur général du système. Celui-ci porte sur des questions comme la centralisation ou la décentralisation des services et de la prise de décisions, ainsi que sur les trois niveaux de soins.

Intuitivement, les soins de santé s'avèrent particulièrement importants dans le maintien et la poursuite d'un bien-être personnel. Ces services visent en effet à prévenir ou supprimer la souffrance, la maladie, l'incapacité, et, de manière générale, à « ajouter de la vie aux années, de la santé à la vie et des années à la vie » (OMS., 1985). Ces objectifs, lorsqu'ils sont atteints, permettent en général de jouir, la plupart du temps de manière inconsciente, d'une bonne santé et des avantages liés à la qualité de la vie.

La maladie, la souffrance, l'accident et finalement la mort peuvent frapper chacun d'entre nous ou de nos proches. Les soins de santé acquièrent de la sorte une signification spéciale, Cette signification spéciale aide probablement à comprendre l'importance des questions de santé au sens large dans notre culture civique et politique.[3]

▪ **Les soins de santé**

Les soins sont un ensemble des services et des biens qui ont pour soigner et traiter les maladies. Les soins de santé ont un caractère spécifique et permettent dans bien des domaines de restaurer des conditions de vie à peu prés normales là où, sans crier gare, elles allaient être

[1] Définition du système de santé (page consulté le 13/01/2010), [en ligne]. Adresse URL: http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/fra/JOS-1116135126-Q57

[2] Ebid

[3] BOITTE, Pierre. *Éthique, justice et santé. Allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*, Coll. " Catalyses ", Artel - Fides, Namur - Montréal, 1995, p159

Rapport-Gratuit.com

perturbées gravement par la maladie. L'importance de l'enjeu, c'est-à-dire le maintien en vie des individus autant que les circonstances et les modalités du service que constituent les soins de santé, font qu'il est largement admis que les individus doivent pouvoir accéder, en dehors des conditions classiques d'un marché, aux soins de santé.[1] Il existe plusieurs sortes de soins parmi lesquels il y a lieu de signaler :

- **Les soins primaires :**

En 1978 l'OMS a défini les soins de santé primaires comme étant des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination.[2]

- **Les soins curatifs :**

Les soins curatifs sont dispensés à une personne, une famille ou un groupe, atteint de maladie. Ces soins sont donnés, soit au cours de l'instauration d'un traitement. Ils visent à la disparition des signes avant-coureurs de la maladie. Ils sont susceptibles de guérir ou de permettre l'accès à un meilleur niveau de santé.[3]

- **Les soins palliatifs :**

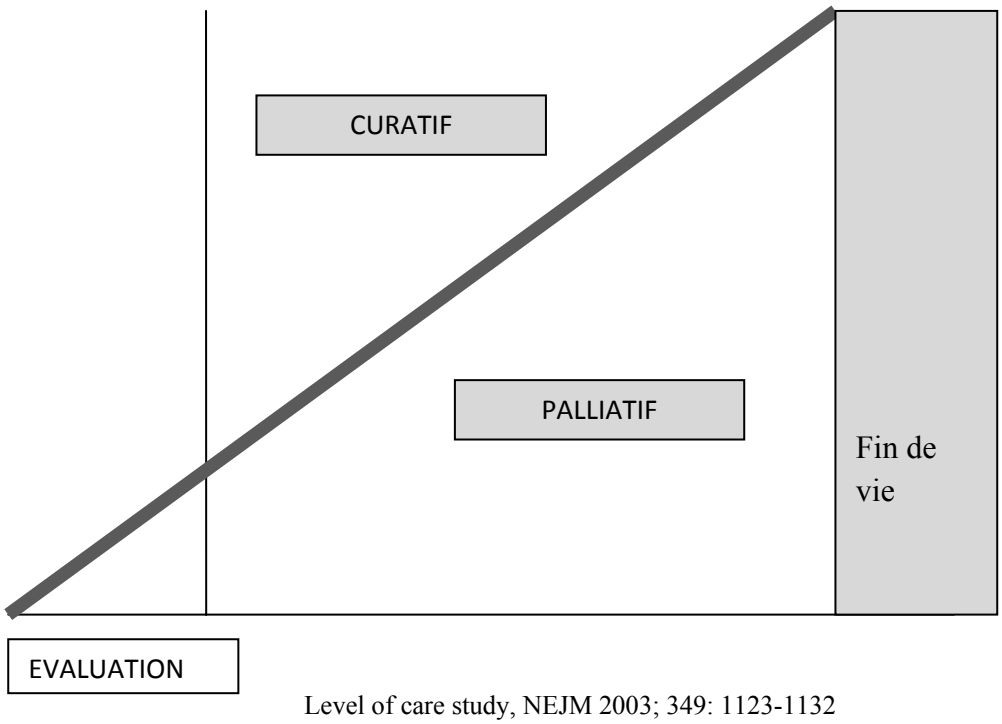
Si la mort est inéluctable, elle ne doit pas être synonyme de souffrance, de solitude et de désespoir. Partant de ce principe, des médecins anglo-saxons ont développé, à la fin des années 60, une nouvelle approche dans l'accompagnement des patients en fin de vie : c'est ce qu'on appelle les soins palliatifs. En Belgique, l'action de ces pionniers ne laisse pas indifférent des médecins et des infirmiers qui ouvrent les premiers services spécialisés dans les années 80. Aujourd'hui, la prise de conscience de l'importance d'une prise en charge globale du mourant ainsi que de l'accompagnement du malade et de sa famille est réelle. Les soins palliatifs remettent à l'avant-plan des notions essentielles telles que l'échange, l'écoute, le respect. Avec la famille et avec les soignants. Pour que la douleur, physique et morale, s'efface au profit d'une fin de vie apaisée.

Pourtant, les patients et leur entourage se sentent bien souvent désemparés face à une médecine trop technique et des institutions hospitalières déshumanisées.
Or, des services existent pour aider, guider, entourer les personnes confrontées à la maladie et à la fin de vie.

---

[1] Léon. CAISSIERS& Micheline. ROELANDT. *Enjeux éthiques de l'accès aux soins de santé,* Garant 2004, P.
[2] Ibid. P1
[3] AMAR, Béatrice, et GUEGUEN Jean-Philippe. *Soins infirmiers: Concepts et théories, démarche de soins*, 2ème édition, MASSON, 2007, P5

Figure n° 12 : les soins curatifs et les soins palliatifs



Level of care study, NEJM 2003; 349: 1123-1132

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

- **Prestation des services de santé :**

La prestation des services de soins de santé varie en fonction de ce qui suit :

- Les fournisseurs privés (à but tant lucratif que non lucratif) par rapport aux fournisseurs publics;
- L'importance et la portée de la médecine traditionnelle ou des soins informels;
- Le degré de satisfaction des attentes du public (respect, choix et qualité, participation de la collectivité).

  - **Les services de la santé :**

A partir de la classification des services qui apparait dans la figure n°11 on peut constater que les services de la santé sont des services non marchands, ils peuvent être fournis aux employeurs d'une entreprise, une société ou une association. Il y'a d'autres services de santé qui sont fournis pour les consommateurs finals, et il y a d'autres qui ne nécessitent pas d'intervention médicale, qui s'appellent self-services, mais dans le cas des services de santé on les appelle automédications. Dans la suite on va essayer de classer ce genre de services:

- ***Les services de santé fournis aux employeurs, aux élèves et aux étudiants (B to B):***

Il existe des salles de soins qui fournissent quelques services de santé comme les soins primaires, la mesure de la tension, injection…. les services qui sont fournis dans ces salles sont demandés surtout par les entreprises où l'employé est exposé à un risque majeur à titre d'exemple on peut citer les entreprises de construction de bâtiment. On les trouve aussi chez certaines entreprises quelles soient étatiques (les écoles, les universités, les lycées, les casernes…) ou privés (les écoles,). Ces salles sont gérées par un médecin assisté d'une ou deux infirmières selon la nécessité.

- ***Les services de santé fournis aux consommateurs finals (B to C):***

Ce genre de services se fournit dans des entreprises et des organisations spécialisés, quelles soient étatiques ou privés. Parmi lesquelles on trouve les cliniques, les hôpitaux, les cabinés médicaux et même les asiles de vieillard. La composition de ces organisations est différente d'un pays à un autre.

Chaque une de ces dernières fournit un ensemble des services selon leur taille, leur spécialité et la population ciblée, par exemple service pédiatrie cible un segment qui rassemble les patients moins de 12 ans et les nourrissons (services pour les enfants) on trouve aussi le service de cardiologie qui est pour les malades de cœur…

Ces organisations spécialisées n'ont pas un seul objectif qui est le traitement de problèmes de santé mais aussi la prévention des maladies

- ***L'automédication (Self-services):***

Se soigner soi-même a toujours été la première réponse de l'homme à la maladie : cette attitude instinctive préexistait à la médecine. L'automédication est une réalité qui interfère avec la pratique médicale. Elle se définit comme l'administration à soi-même ou à un proche d'un médicament non prescrit par un médecin. C'est la réponse d'un individu à un symptôme pour lequel la consultation médicale est jugée superflue. Elle fait appel à des « spécialités prévues et conçues pour être utilisées sans l'intervention d'un médecin, au besoin avec le conseil du pharmacien », mais aussi à des thérapeutiques empiriques.[1]

L'automédication est une pratique consistant, pour un malade, à choisir lui-même des médicaments et à les prendre sans avis médical[2] . Elle suppose d'abord un autodiagnostic, c'est-à-dire la perception des symptômes et leur organisation en une entité que l'on peut étiqueter maladie. On peut bien sûr dénier le trouble, le minimiser, ne pas s'écouter, mais lorsque le déni narcissique induit par l'état du malade, c'est bien d'être son propre thérapeute, et c'est un désir qui est pratiquement inhérent à tout être humain souffrant.[3]

L'automédication s'applique à des symptômes apparemment bénins ou connus qui, de l'avis de l'intéressé, ne justifient pas d'intervention médicale. Elle est aussi un comportement de premier recours permettant de différer l'appel ou d'attendre le médecin en cas d'éloignement ou d'indisponibilité de ce dernier.[4] La décision thérapeutique peut être médicamenteuse ou autre (par exemple : un grog en cas de symptôme grippal). Cette pratique est extrêmement fréquente : le malade analyse ses symptômes, leur intensité, leur durée et décide en première intention de ne pas consulter un médecin mais soit d'utiliser un médicament dont il dispose dans sa pharmacie familiale, soit d'acquérir un médicament sans ordonnance.[5]

- **Ressources humaines pour la santé**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les ressources humaines pour la santé comme étant l'effectif de tous les individus qui sont engagés dans la promotion, la protection et l'amélioration de la santé de la population. Cela renvoie tant à la formation qu'à la gestion des travailleurs de la santé, et fait intervenir des questions comme la taille, la composition, la répartition, les compétences, le maintien en fonction et le renouvellement du personnel de la santé.

- **Financement et système d'assurance**

Il s'agit ici du niveau des dépenses du gouvernement pour le système de santé, de la part du gouvernement quant aux dépenses totales en santé, et de la fiabilité des sources de financement externes, y compris les donateurs, ainsi que des questions comme les frais d'utilisation et les régimes d'assurance-maladie.

---

[1] POUCHAIN, Denis. *Médecine générale: concepts & pratiques l'usage des étudiants, des enseignants et des praticiens de la discipline*, Paris, MASSON, 1996, p246
[2] Dictionnaire Encarta, 2009.
[3] QUENEAU, Patrice. *Automédication, auto prescription, autoconsommation*, John Libbey Eurotext, 2000, p33
[4] POUCHAIN, Denis (1996), op.cit. p246
[5] QUENEAU, Patrice (2000), op.cit. p49

- **Système d'information sur l'assurance**

Il est essentiel de disposer de systèmes efficaces et fiables pour recueillir et analyser les données; la prise de décisions fondée sur des preuves repose sur ces systèmes. Les données sur la santé, ce sont entre autres les statistiques sur l'état civil (naissances, décès), les dossiers des patients, les données sur la lutte contre les maladies et les sondages auprès des ménages.

- **Achat, logistique et systèmes d'approvisionnement**

Les pays doivent pouvoir accéder facilement aux médicaments, aux fournitures et au matériel essentiels. Cela suppose des politiques et des prévisions appropriées, des systèmes d'achat et de distribution efficients et la saine gestion des stocks, entre autres.

- **Recherche sur les systèmes de santé**

Les pays doivent pouvoir compter sur une recherche efficace pour cerner les faiblesses de leurs systèmes de santé et les corriger. La recherche sur les systèmes de santé permet de fournir aux décideurs, aux défenseurs des politiques et aux gestionnaires des services de santé l'information dont ils ont besoin pour faire en sorte que leurs stratégies, leurs programmes et leurs services contribuent à supprimer les obstacles et, au bout du compte, à améliorer les résultats sur le plan de la santé. Il est essentiel de créer une capacité de recherche au sein des systèmes de santé afin que ceux-ci répondent aux besoins changeants de la population en matière de soins de santé.

B. Un aperçu de l'économie de la santé :

L'économie de la santé est une discipline relativement récente[1] qui résulte de la confrontation entre deux disciplines économie-santé, entre les deux, l'existence d'un point de contact ancien, constitué par la démographie, dans le champ d'investigation a été longtemps revendiqué à la fois par les médecins et les économistes, jusqu'à ce que ne s'affirme l'autonomie de ce domaine de la connaissance et que n'apparaissent d'authentiques démographes spécialisés[2]**.** On peut en effet, situer cette discipline à la fin des années cinquante aux Etats-Unis et en Grande Bretagne, au début des années soixante-dix en France.[3]

L'expérience prouve que la confrontation entre les disciplines les plus éloignées est très féconde. Il est donc tout à fait urgent d'abattre les cloisons, de mettre fin aux chasses gardées et aux situations de monopole, de faire de la recherche de plein vent.[4]

---

[1] ZAMBROWSKI, Jean-Jacques. *Théorie et pratique de l'économie de la santé à l'usage des pharmaciens d'officine*, MASSON, 2001, p1
[2] DELANDE, Guy. *Introduction à l'économie de la santé*, Paris, John Libbey Eurotext, 1991, p3
[3] DELANDE, Guy (1991), op.cit. p1
[4] Ibid. P2

1. La définition de l'économie de la santé :

L'économie de la santé est la science de l'administration (gestion) des ressources rares dans une société humaine, sa fonction est l'analyse des biens et services se proposant de réduire la tension entre les désirs illimités et les moyens nécessairement limités des sujets économiques.
L'économie de la santé est une branche appliquée de l'économie qui s'intéresse dans le domaine de la santé, à la production des biens et services médicaux, à leur distribution et à la formation de leurs prix. Cette discipline peut être divisée en deux parties la **macro-économie**, la **micro-économie**
La premières concerne l'analyse des phénomènes économiques sous forme d'agrégats (quantité globales : dépenses de santé d'un régime par exemple).
la deuxième permet l'analyse des phénomènes économiques au niveau des unités élémentaires de production ou de consommation (exemple : prix d'un médicament), mais aussi s'intéresse aux consommateurs des soins de santé (par exemple en étudiant la demande des soins). [1]

Elle étudie aussi le comportement des agents économiques soit les médecins, pharmaciens, infirmières, patients, gestionnaires, institutions de santé, assureurs publics et privés, compagnies sans but lucratif, cliniques privées, compagnies pharmaceutiques et génériques. L'étude du secteur pharmaceutique et de ces différents agents économiques est souvent appelée l'économie pharmaceutique. [2]

L'économie de la santé est principalement connue pour les analyses de projet. Par contre, le fait que ce type d'analyse soit appliqué dans tous les domaines où des économistes interviennent est souvent méconnu. Les techniques d'analyse de projet appliquées en santé se sont développées pour mieux correspondre à la réalité de ce secteur d'activité. L'épistémologie et la bio-statistique ont également contribué fortement aux développements des techniques d'analyse de projet appliquée à la santé. Les différents types d'analyse de projet sont l'analyse coût-bénéfice, coût-efficiences, coût-utilité, coût-conséquence, coût-minimisation, l'analyse marginale, etc.[3]

2. Les différents types d'études économiques en santé :[4]

Plusieurs types d'études économiques sont appliquées et applicables dans des contextes réels en santé. **Gabriel Tremblay** distingue les différents types d'études dans le but de mieux comprendre l'utilité de chacun d'entre eux (cité précédemment).

Toutes ces méthodes servent à identifier les coûts et les bénéfices en terme monétaire, mais c'est dans la méthode de mesures qu'elles se différentient. Le but ultime de ces études est de mesurer les coûts économiques sociaux des diverses alternatives. Ainsi, ces techniques sont rarement utilisées pour analyser les coûts privés, mais généralement pour l'ensemble des coûts, soit les coûts publics et privés de tous les agents économiques. La somme de ces coûts peut être appelée le coût social d'une alternative. Il y a également des méthodes qui servent à questionner les individus et à tirer des résultats analytiques de leurs réponses par le biais de modèles ou autres. Ces méthodes s'appellent l'analyse contingente et l'analyse conjointe.

---

[1] BRIGNON, Jean. *Petit précis de santé publique*, LAMMAR, 2007, P153
[2] Economie de la santé, (page consulté le 15/10/2010), [en ligne]. Adresse URL: http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie_de_la_sant%C3%A9
[3] http://economiesante.com/2010/04/04/les-differents-types-d'etudes-economiques-en-sante/
[4] http://economiesante.cm/2010/04/04/les-differents-types-d%e2%80%99etudes-economiques-en-sante/

Tableau n° 05: Les analyses économiques en santé

Type d'analyse	But	
L'analyse **coût-bénéfice**	mesure les coûts et les bénéfices mêmes s'ils ne sont pas communs à chaque type de traitement. Cette technique est privilégiée par les **économistes,** car la mesure des conséquences est faite directement en terme monétaire. Par contre, cette technique n'est pas toujours utilisable, et ce, principalement en santé où il fait généralement passer pas des méthodes alternatives pour arriver aux résultats escomptés.[1]	servent à identifier les coûts et les bénéfices des options possibles et de les comparer.
L'analyse **coût-efficacité**	mesure les coûts et les bénéfices même s'ils ne sont pas communs à chaque type de traitement, et ce, même si le degré de guérison n'est pas le même dans les différentes alternatives. Dans le cas de l'analyse coût-efficacité, les conséquences sont évaluées en terme naturel soit avec des mesures de santé. Par exemple, l'utilisation de **DALY**, du niveau de tension et de nombre d'années gagnées peut être utilisée.[2] Méthode de comparaison de diverses démarches similaires qui vise à déterminer dans quelle mesure chacune permet d'atteindre les objectifs fixés. Les coûts sont donnés en monnaies mais certaines des conséquences s'expriment en unités physiques, par exemple nombre de vies sauvées ou cas de maladies dépistés.[3]	
L'analyse **coût conséquence** (**coût-minimisation**)	sert à identifier le coût des différentes alternatives en terme monétaire. Cette technique ne modélise pas les bénéfices et n'est donc utile que pour comparer les coûts sociaux des options.	
L'analyse **coût-utilité**	est en fait une analyse coût-utilité, mais mesuré avec le nombre d'années en santé qui découle de chaque traitement. L'unité de mesure utilisée est généralement le **QALY**.	
L'**analyse contingente**	est simplement le nom qu'on donne aux techniques de questionnaires classiques qui sont utilisées dans les sciences sociales comme en psychologie, en **économie**, en sociologie et autres.	servent à mesurer le consentement marginal à payer et les taux marginaux de substitution chez les patients ou les consommateurs.
L'analyse conjointe	est une technique qui fut utilisée ces dernières années en **économie** pour remplacer l'analyse contingente. L'analyse contingente peut-être	

[1] http://economiesante.cm/2010/04/04/les-differents-types-d%e2%80%99etudes-economiques-en-sante/
[2] http://economiesante.cm/2010/04/04/les-differents-types-d%e2%80%99etudes-economiques-en-sante/
[3] KINNON, C.M, VELASQUEZ, G, et FLORI, Y.A. *Extrait de « Economie de la santé »*, document WHO, p11.

	biaisée de diverse manière comme avec le **biais stratégique** (quand le répondant adopte une stratégie pour altérer les résultats), **le biais du point de départ** (quand l'enquêteur influence le participant) et le **biais hypothétique** (quand la situation n'est pas prise au sérieux, car elle est hypothétique). L'analyse conjointe, en plus d'avoir moins de possibilités de biais, donne des résultats plus intuitifs en **science économique**. Effectivement, cette technique permet de trouver le taux marginal de substitution entre les biens ou les différentes caractéristiques d'un traitement. Ainsi, tout comme l'analyse contingente, l'analyse conjointe permet de trouver le consentement marginal à payer (WTP), mais également de trouver les taux marginaux de substitution ce qui rend cette analyse très complète dans le but de faire des analyses coût-bénéfice.	

Il est d'abord primordial de comprendre pourquoi l'étude **économique** est importante :

- l'étude économique permet d'identifier les différentes options possibles pour un traitement grâce à sa structure systématique. Ces études vont ensuite comparer les **bénéfices** et les **coûts** de ces options de diverses manières.
- le point de vue utilisé dans l'analyse est nécessairement très important dans le résultat de l'étude. L'étude économique permet, grâce à l'étude contingente et à l'analyse conjointe d'utiliser le point de vue des individus ou des **décideurs publics** en le déterminant a priori. Il est évident que le point de vue économique est également considéré, car malgré que les avantages et les coûts puissent être pondérés en fonction des volontés des patients ou des décideurs, le traitement qui est le plus **efficient** en terme économique sera à privilégier.
- l'étude économique est le seul type d'étude de politiques qui analyse d'une manière efficace le **risque** et l'**incertitude**. Une maitrise des probabilités liées aux différents risques est nécessaire pour analyser correctement toutes les différentes alternatives.

3. La consommation, l'offre et la demande de la santé :

Si l'économie de la santé est la science économique appliquée à la santé, elle a néanmoins sa méthodologie et ses propres concepts.[1] Le jeu de l'offre et de la demande dans le domaine de la santé n'obéit pas aux mêmes règles qu'en économie générale car la santé n'est pas un « bien » qui peut être consommé et échangé. La santé correspond plutôt à un objectif idéal mais celui-ci commence à être revendiqué dans la plupart des pays comme un véritable droit**.** La demande de la santé ne se traduit pas obligatoirement par la consommation de santé. On peut en effet demander sans consommer et consommer sans demander ! [2]

[1] AUBERT Lucien, et SAN MARCO Jean-Louis, *Santé publique*, MASSON, 2007, p79
[2] A. BERRESNIAK, G. DURU (2008), op.cit. p55

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Huard (pierre), 1989, la consommation sanitaire se caractérise par trois singularités. [1]

La consommation sanitaire a **des effets collectifs** (que les économistes appellent « effets externes ») qui tiennent au fait que la consommation de biens et de services de santé ne concerne pas exclusivement celui qui consomme, mais peut également intéresser d'autres individus ou la société tout entière. C'est le cas de la vaccination, qui immunise la personne vaccinée mais permet également de limiter les risques de contagion et devient, du même coup utile pour l'ensemble de la population mais à coté de ces interdépendances physiques, on doit évoquer l'existence d'interdépendances éthiques qui vont amener les individus, des groupes ou les pouvoirs publics à intervenir dans la consommation sanitaire de leurs concitoyens, généralement pour la faciliter, l'encourager ou l'orienter. Cette sollicitude s'explique par plusieurs raisons. D'abord les besoins sanitaires renvoient à une idée de nécessité objective plutôt que de préférence subjective ou de caprices.

La seconde caractéristique de la consommation sanitaire est relative à l**'incertitude**. Au moins en ce qui concerne le noyau dur, la maladie et l'accident sont, pour l'individu, imprévisibles. Or, comme leur gravité et les dépenses peuvent être très fortes, l'utilité de l'assurance l'est aussi et l'usager va y avoir recours.

La troisième caractéristique de l'activité sanitaire se rattache à **l'asymétrie d'information** entre le médecin et le malade, et plus précisément à l'incomplète information de ce dernier.

Le médecin peut demander au malade plusieurs informations pour maintenir et améliorer son état de santé (information relative à son état de santé présent, information relative à l'évolution naturelle de son état « au pronostic », [2] et information relative aux diverses possibilités d'interventions et à leurs avantages et inconvénients respectifs. Cette information s'avère difficile à acquérir, à traiter, à interpréter.

Dans le cas de la consommation sanitaire, l'usager ne débourse pas la contrepartie directe de ce qu'il consomme le dénominateur P ne joue donc plus son rôle de modérateur de la demande. De plus, l'usager n'est pas véritablement à même d'évaluer l'utilité des biens et des services médicaux [3] qu'il consomme, par rapport à son objectif qui consiste à viser le maintien ou l'amélioration de son état de santé. Enfin l'usager n'est pas seul concerné par sa consommation, ce qui contribue à accentuer la complexité de la situation.[4]

[1] CORDIER Alain. *La Santé est-elle un marché ?,* La Documentation française, Paris, 1990.P [9-10]
[2] CORDIER Alain, (1990), op.cit.P [9-10]
[3] Ibid. P11
[4] Ibid. P12

4. L'influence du système de financement sur la demande de santé :[1]

Il est logique que l'extension des systèmes de couverture contre le risque maladie libère la consommation.

Ainsi, la plupart des systèmes de santé dans les pays développés utilisent des mécanismes de protection sociale qui ont pour effet de ne pas gêner le malade dans sa demande de soins médicaux.
Afin de maintenir une bonne gestion, toute assurance devrait taire varier le montant des primes en fonction des risques encourus.
Le montant des cotisations pourrait, par exemple, être proportionnel au nombre de personnes couvertes dans une famille (comme aux États Unis) ; ce principe s'inscrit alors dans une politique non nataliste car il défavorise les familles nombreuses.

Les personnes à risque particulier, comme les vieillards ou les grands malades, pourraient aussi payer plus cher leur prime d'assurance...

Ces propositions, qui sont justes sur le plan économique, ne sont pas très adéquates en matière d'assurances maladie car celles-ci utilisent des notions de solidarité et de répartition des grands risques sur toute la population (mutualisation du risque).

Ces deux notions, si elles sont utilisées dans la plupart des systèmes de santé, imposent nécessairement à la population une obligation a l'assurance afin de permettre une équitable répartition des risques
Le développement important des assurances privées dites « complémentaires » (ou des mutuelles) est dû à l'exploitation de la demande de la population pour une indemnisation totale et complété du risque maladie. L'indemnisation de frais médicaux qui n'étaient pas, pris en compte par l'assurance maladie principale devient ainsi possible. Leur existence favorise sensiblement la consommation

5. L'influence des facteurs démographiques sur la demande de santé :

En tout cas, il est certain que les populations ont une demande de santé qui augmente excessivement vite, que ce soit en pays en voie de développement ou en pays déjà développés. Cet accroissement tient principalement à la formidable explosion des connaissances médicales entraînent l'augmentation des espérances de vie et la réduction des séquelles des maladies qui s'étendent sur un mode endémo-épidémique.[2]

6. L'influence de l'offre sur la demande : rôle de la demande induite

Plus l'offre augmente, c'est-à-dire plus le nombre de médecins ou d'hôpitaux augmente, plus la demande de santé de la population croît.
Cette influence de l'offre sur la demande est appelée phénomène de demande induite.[3]

La définition de la demande induite proposée par Rice [1983] est fondée sur cette asymétrie d'information. Il définit la demande induite comme la capacité du médecin à choisir une

---

[1] BERESNIAK, Ariel, et DURU, Gérard. *Santé publique : connaissance et pratique*, 5ème édition éditeur MASSON paris 2005. P20
[2] BERESNIAK, Ariel, et DURU, Gérard. (2005), op.cit. P21
[3] Ibid, P65

Rapport-Gratuit.com

quantité (ou une qualité) de traitements différente de celle qui serait choisie par le patient si celui-ci était parfaitement informé. Les phénomènes de demande induite sont généralement interprétés comme des comportements de risque moral de la part des offreurs de soins.[1]

7. L'influence de la santé sur le PIB par habitant :

On définit la valeur ajoutée d'une branche de l'économie comme l'excédent de la valeur des biens et services produits dans cette branche sur la valeur des biens et services intermédiaires consommés pour les produire. Le PIB représente la somme de ces valeurs ajoutées.

- Les travailleurs en bonne santé sont plus productifs que les travailleurs comparables à tous égards sauf sur ce plan.
- Une mauvaise santé affecte le PIB par habitant en réduisant la productivité et la taille relative de la main-d'œuvre.
- L'amélioration de la santé relève le revenu par habitant par d'autres voies.
- La progression de la longévité dans les pays en développement incite la génération actuelle à épargner, nouvelle incitation qui peut avoir des effets spectaculaires sur les taux d'épargne. Si cette explosion de l'épargne ne dure qu'une génération et, avec le vieillissement ultérieur de la population, est réduite à néant par les besoins des personnes âgées, elle peut substantiellement doper les taux d'investissement et de croissance tant qu'elle dure.
- Les progrès sanitaires encouragent l'investissement direct étranger : les investisseurs fuient les pays où la main-d'œuvre est la proie de nombreuses maladies.
- Une mortalité élevée peut réduire l'investissement et, probablement, l'épargne, puisque la perspective d'une retraite s'amenuise.[2]

8. La santé et la richesse :

Le PIB ne mesure pas le bien-être économique et social. De plus, il ne prend en compte que les services marchands et exclut ainsi les services non marchands, parmi lesquels figure une partie des services médicaux. En d'autres termes, il repose sur une conception exclusivement monétaire de la richesse.

Il existe, certes, en complément du PIB, de nombreux indicateurs du développement humain et du progrès social. Les indicateurs du PNUD (comme l'IDH) et l'indice de santé sociale, mis au point dans les années 1980 et calculé à partir de seize variables sociales élémentaires, sont les plus connus.

Mais la santé, même au-delà du PIB, demeure aujourd'hui imparfaitement mesurée et très insuffisamment prise en compte dans l'évaluation de la richesse. Les travaux actuels de la « Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social » présidée par Joseph E. Stiglitz mettent en évidence la nécessité d'améliorer la mesure de la santé, de développer des méthodes plus précises d'évaluation et de favoriser l'intégration de cette mesure au calcul du PIB.[3]

---

[1] BARDEY, David. *« Demande induite et réglementation de médecins altruistes* », Revue économique, vol. 53, N° 3 (Mai 2002), p. 581-588.]

[2] BLOOM, David E, CANNING David et JAMISSON T. Dean. « Santé, *Richesse et bien-être », Revue Finance & développement*, N° (Mars 2004), p. 10-15.

[3] DESFORGES D., Comment prendre en compte la santé dans la mesure de la richesse ?, Revue *Regards croisés sur l'économie* 2009/1, N° 5, p. 42-43.

9. Le rôle de l'économie dans la gestion des ressources du système de santé :[1]

- Aide à la décision pour les directeurs d'institutions, les gestionnaires de compagnies et les ministres et autres preneurs de décisions publiques.
- Permets de quantifier en valeur monétaire l'effet des interventions de l'état et des politiques publiques dans le système de santé.
- Permet d'évaluer en terme comparatif ou monétaire les différents traitements possibles pour un même diagnostique dans le but d'évaluer le traitement le plus coût efficient, c'est à dire celui qui coûte le moins cher par rapport à ses effets thérapeutiques. Peut-être appliquée aux médicaments, aux nouvelles technologies et également à toutes interventions d'un professionnel de la santé sur un patient.
- Permets d'optimiser la gestion des budgets hospitaliers ou des institutions tant publiques que privées en santé.
- Plusieurs organismes, institutions ou professionnels tentent constamment de démontrer leur l'utilité sociale. La science économique permet de mesurer l'utilité sociale découlant de ces diverses interventions, professions ou institutions dans la majorité des contextes possibles et de tirer des conclusions. Une analyse au niveau financier peut également être menée ou une analyse mixte entre les deux types d'analyses, mais c'est avec la mesure de l'utilité sociale que l'étude économique se distingue des autres analyses.
- En outre, cette science permet d'analyser l'efficacité et l'efficience du système de santé dans le but d'améliorer la répartition des ressources ou de rester au statu quasi cette situation est la plus efficace.

[1] *Economie de la santé*, (page consulté le 15/10/2010), [en ligne]. Adresse URL: http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie_de_la_sant%C3%A9

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

II. Le marketing des services de santé :

A. L'histoire de marketing de soins de santé :

Il est cité que le marketing était absent dans la majorité des activités des soins de santé et ce jusqu'aux années quatre vingt.[1]

1- La définition de marketing de santé :

Définition : Selon l'association américaine de Marketing, ce dernier est défini comme étant un processus de la planification et l'exécution de la conception, la fixation de prix, la promotion, la distribution des idées, biens, et services au moyen d'échange afin de satisfaire les objectifs individuels et organisationnels. Le Marketing des soins de la santé implique toutes les activités qui créent des liens entre le développement, l'emballage (packaging), la fixation de prix et la distribution des produits de soin de la santé et avec n'importe quel mécanisme utilisé pour la promotion de ces produits.

Il convient de noter que le Marketing n'est pas seulement la publicité (Advertising) ou un mail direct ou n'importe quelles techniques de la promotion qui pourraient être utilisées. Le Marketing ne peut être incarné par n'importe quelle technique qui fait parti du processus, elles devraient être utilisées dans le cadre du plan de Marketing de l'institution.

La Marketing est un effort (endeavor) vaste qui implique un large éventail d'activités.[2]

Le Marketing de la santé est défini comme étant une fonction organisationnel, et un ensemble de processus scientifique ayant pour but de créer, communiquer, et délivrer la valeur à nos consommateurs et gérer les relations de la clientèle de la manière qui peut protéger et promouvoir la santé des différentes populations, cette définition apparaît similaire à celle de la (AMA), il est important de citer que le marketing de la santé n'est pas seulement une discipline spécifique mais vraiment un domaine de pratique multidisciplinaire autant qu'il est informé par plusieurs domaine y compris communication, promotion de la santé, les sciences comportementales et sociales, le journalisme, et beaucoup autres domaines.[3]

2- Les critiques et les obstacles rencontrés dans l'application de marketing de la santé[4] :

Chaque travail quelque soit son importante peut s'exposer aux critiques de la part de certains auteurs. Thamer Yasser ELBEKRI les a résumées de la façon suivante :

1-Certains considèrent que le marketing est un gaspillage d'argent et une vraie perte. D'autres intéressés par le secteur de la santé en Amérique voient que l'opération d'investissement de ces organisations sanitaires sur les activités promotionnelles est odieuse et malsaine, et que l'argent devrait être dépensé sur les activités opérationnelles plus proches des patients.

Alors que les hommes de marketing devraient l'envisager comme un investissement dans la longue durée ne nécessitant pas un rendement immédiat, et les organisations de santé

---

[1] THOMAS. K, Richard. *Health Services Marketing: A Practitioner's Guide*, Springer-Verlag New York Inc, USA, 2007

[2] THOMAS. K, Richard (2007), op.cit. P1

[3] (Page consulté le 13/07/2010), [en ligne]. Adresse URL : www2c.cdc.gov/podcasts/downloader/download.pdf?af=t&f=760

[4] ثامر ياسر البكري، عنان عبد الرزاق العبيدي التسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الأول لكلية الاقتصاد العلوم الإدارية جامعة العلوم التطبيقية الأهلية الأردن.

ne doivent pas dépenser de l'argent sur aucune activité, à moins qu'elles ne soient certaines que ces dépenses, créeront des revenus (financier, technologique, les avantages sociaux ...). En outre, les activités promotionnelles visant à éduquer la communauté et la sensibilisation de la santé n'exigent pas l'obtention des rendements financiers à l'hôpital.

2- D'aucuns estiment que le marketing peut réduire le niveau de la qualité des services fournis à cause de la crainte de promouvoir et d'annoncer des informations inexactes sur ses services et sur son véritable potentiel disponible, ce qui provoque la disparité entre la qualité attendue et la qualité perçue.

3-Certains croient que l'activité de marketing est une activité parasite et c'est ce qu'a soulevé la recherche en marketing qui passe en revue les opinions des personnes et qui s'immisce dans leur vie et leur demande ce qu'ils veulent et ne veulent pas. En fait, les fonctions de recherche en marketing dans les organisations de la santé s'intéressent plus à la vie privée et la confidentialité des patients par exemple : s'ils boivent de l'alcool ou pas.

4-Certains considèrent que le marketing pousse les organisations de santé à la concurrence. Alors que ces organisations doivent travailler côte à côte et s'entraider afin de satisfaire les attentes des patients, ceci se reflète sur la déontologie de la profession médicale.

5- Certains trouvent que ce marketing crée une nouvelle demande qui vise essentiellement les personnes atteintes de l'obsession (Obsessive persons). Cela suppose que la demande n'est pas justifiée normalement auprès du service de la santé et porte généralement sur des cas psychiatriques ou personnes obsessionnelles. Ces cas peuvent-être traités de deux manières:

a. La tarification des services de santé à des prix abordables les obligeant à prendre une responsabilité financière leur permettant d'obtenir un examen médical.

b. Suivi sans cesse des patients admis à l'hôpital, afin d'accélérer leur guérison pour sortir et céder leur place à d'autres patients.

Ainsi, de nombreuses études ont prouvé l'efficacité du marketing dans les hôpitaux où il y a de la rentabilité, de la satisfaction des patients, de l'engagement et la loyauté du personnel (Duncan, 1998:261).La non connaissance approfondie de la notion de marketing et sa modernité sont les causes qui ont permis les critiques.

3- Comment le marketing des soins de santé est-il organisé ?

Les postes de marketing existent (comme les chercheurs de marketing, les managers de vente, managers de la publicité) dans les entreprises pharmaceutiques, les entreprises des dispositifs marketing et les entreprises des offres médicaux depuis de nombreuses années, mais ce n'était qu'en 1975 que l'hôpital américain [1](l'hôpital Evanston) a désigné le poste de directeur de marketing, où Illinois a désigné Dr John McLaren le médecin d'être son vice président du marketing.[2]

[1] KOTLER, Philip. S*trategic marketing for healthcare organization,* 2008. P10
[2] Ibid, P11

En plus les hôpitaux ont commencé à designer le chef de marketing, deux variantes sont apparues :

Directeur du marketing et le vice président de marketing, le premier offre et organise les activités de marketing qui ont une relation avec les ressources humaines. Le deuxième réalise ses activités et siègent également avec les agents d'autres hôpitaux afin d'élaborer des politiques et des stratégies. Le VP du marketing apporte également la voix du client (VOC : voce of consumer) dans le management et les réunions du conseil.

L'homme de marketing d'autre part est formé à l'analyse économique et les sciences sociales pour comprendre et analyser les marchés et les comportements des consommateurs. Il utilise les outils détaillés plutôt pour fournir des estimations de la taille d'un marché déterminé et de ces besoins, ces préférences, ces perceptions et avoir une bonne volonté pour répondre aux demandes alternatives. Il élabore la politique et les tactiques pour servir au marché ciblé d'une manière qui va aider la mission de l'organisation.

Aujourd'hui le département de marketing dans un grand hôpital peut recruter un chercheur ou analyste de marketing, et de publicité et manager de la promotion de vente, un directeur de force de vente, même quand il n'y a pas de postes spécifiques pour le développement de produits, de tarification, de communication et de distribution, ces derniers seront effectués par des personnes différentes dans l'organisation.

Le marketing moderne avantage les clients plutôt que les produits et services, ils sont plus intéressés à construire une relation durable que pour assurer une seul transaction.

L'objectif de marketing est de crées un niveau élevé de satisfaction afin que les clients reviennent au même fournisseur. [1]

4- Le défi de marketing de soins de santé :[2]

Le marketing des produits de soins de santé et des services n'est pas comparable au marketing qui se déroule dans toute autre industrie. Pour cette raison, le marketing des soins de santé présente des défis particuliers. La mesure dans laquelle la santé est différente des autres industries, et les implications de cette mise sur le marché, ne peut pas être surestimée. Cette situation nécessite une approche spécialisée à l'effort de marketing des soins de santé, avec un besoin de développer des techniques de soins de santé spécifiques pour compléter les techniques de commercialisation adoptées par d'autres industries.

Les conditions qui, historiquement, entouré des soins de santé atténue la nécessité et l'intérêt pour le marketing de la majorité des organisations impliquées dans les soins aux patients. La lente acceptation de marketing des soins de santé qui sera décrite reflète un certain nombre de caractéristiques de l'industrie des soins de santé ainsi que les attributs des organisations de santé, produits et services, les professionnels et les consommateurs.

[1] KOTLER, Philip (2008), op.cit. P11
[2] THOMAS. K, Richard (2004), op.cit. P23

5- La spécificité du marketing des soins de santé[1]

Parce que les philosophies et les techniques de marketing ne peuvent être facilement transférées à d'autres industries aux soins de santé, le marketing des soins de santé exige sa propre approche unique et a des caractéristiques différentes de celles d'autres industries. Le marketing dans les soins de santé est différent pour les raisons suivantes:
- La demande de nombreux services de santé est relativement rare et très imprévisible.
- L'utilisateur final ne peut pas être la cible de la campagne de marketing.
- Les produits commercialisés peuvent être très complexes et ne peuvent pas se prêter à une catégorisation facile.
- On ne peut pas considérer les clients potentiels d'un service de santé comme souhaitables.
- Il est difficile de mesurer les résultats de la prestation de services de santé.
- Il est difficile de quantifier les différences entre les organisations de soins de santé et les services qu'ils fournissent.
- Il s'agit davantage d'un défi pour les services marchands que des marchandises.

En outre, des différences significatives existent entre les consommateurs de soins de santé et les consommateurs de pratiquement n'importe quel autre bien ou service. Ces différences sont particulièrement visibles en ce qui concerne le processus de prise de décision des consommateurs. Chacun des facteurs qui rendent les soins de santé différents est discuté ci-dessous : [2]

- **L'industrie de soins de santé :**

L'existence d'un marché suppose également que les vendeurs se disputent des ressources du consommateur et que cette concurrence qui détermine le prix des biens et des services offerts. Dans les soins de santé, cependant, il n'est pas rare pour les fournisseurs de soins de santé à maintenir un monopole sur un service particulier dans un marché particulier. Il est encore plus fréquent pour les oligopoles des organisations de santé à dominer un marché particulier. Ainsi, l'acheteur de services de santé est souvent limité dans son choix du personnel médical ou des installations.

Enfin, les soins de santé est différente des autres industries que les lois généralement admises de l'offre et la demande appliquent rarement. Une augmentation de l'offre de services de santé, par exemple, ne doit pas nécessairement se traduire par une baisse des prix, ni par une augmentation de la demande parce que cette dernière est relativement élastique, les règles normales ne s'appliquent pas.
D'une part, la disponibilité (offre) de services dicte, dans une certaine mesure, la demande pour ces services. En fait, la maxime historique a été, "Un lit construit est un lit rempli." Demande refoulée des services de santé surfaces plus souvent lorsque les installations sont disponibles. Par conséquent, ni l'offre accrue de lits, ni la hausse de la demande n'a un effet significatif sur les prix.[3]

Les facteurs qui régissent l'offre, la demande et les prix dans les soins de santé sont complexes et uniques à cette industrie. La fourniture de services de santé est affectée par les

[1] THOMAS. K, Richard (2009), op.cit. p[32, 33]
[2] THOMAS. K, Richard (2004), Op.cit, p23
[3] THOMAS. K, Richard (2004), Op.cit. p24

caprices des programmes de santé de la formation professionnelle, les restrictions exercées par les processus de certificat nécessaire et d'autres règlements. Le niveau de la demande, sans doute la plus problématique des trois facteurs d'administration, n'est généralement pas contrôlé par l'utilisateur final. Sauf pour des interventions électives pour lesquelles le consommateur paie de sa poche, la plupart des décisions qui influent sur la demande de services de santé sont prévues par les médecins dans les plans de santé. Ainsi, le niveau de la demande est plus souvent une fonction de facteurs tels que les dispositions du régime d'assurance, la disponibilité des ressources, et les modes de pratique des médecins que le niveau de maladie dans la population.[1]

- **Les organisations de soins de santé :**

Un certain nombre de caractéristiques définit les organisations de soins de santé à part les vendeurs dans d'autres industries. De nombreux organismes de santé, en particulier les hôpitaux, sont toujours présents dans le stade de la production de leur évolution. Beaucoup de ces organisations affirment que leur objectif est la fourniture de médicaments de haute qualité. Ils estiment qu'en fournissant une technologie de pointe les médecins, les infirmières et le personnel paramédical à l'appui, seront en mesure d'attirer les clients.

Comme avec les industriels au début, beaucoup de ces organisations de soins de santé ont toujours entretenu l'oligopole, voire le contrôle monopolistique sur leurs marchés. En raison de leur position dominante sur le marché ou des ententes avec les concurrents, les fournisseurs de services de santé ont souvent été en mesure d'assurer un flux régulier de patients sans avoir à les solliciter. Aujourd'hui, cependant, peu d'organismes peuvent adopter ce type de loyauté. Pratiquement toutes les organisations de soins de santé font face à une certaine concurrence, et des innovations, comme la télémédecine qui a élargi le champ d'application. [2]

Les hôpitaux dépendent des admissions de leur patient, et les membres de leur personnel. En effet, sauf dans les situations d'urgence, les patients peuvent uniquement regagner l'admission de l'hôpital pour être dirigés vers un autre hôpital.

- **Les produits de soins de santé :**

Les produits et services qui constituent des produits de soins de santé sont également assez uniques aux soins de santé. Nombreux biens de soins de santé ne peuvent pas être commercialisés comme n'importe quel produit, le consommateur doit passer par un intermédiaire (médecin) pour avoir des médicaments.[3]
Les soins de santé fournis sont généralement concernés par la promotion de service, ce dernier est difficile à décrire.
Les services viennent en paquets (bundles), exemple : le groupe de services qui entoure une procédure chirurgicale particulière,[4]

[1]THOMAS. K, Richard (2004), Op.cit. p26
[2] Ibid. p27
[3] Ibid. p29
[4] Ibid. p30

6- La démarche de l'intégration du marketing dans les services de soins de santé :[1]

Dans le livre Marketing Health Services, L'auteur Richards Thomas(2007) a parlé en détail sur l'intégration du marketing dans les services de soins de santé dans le dernier quart de XXe siècle, malgré la courte histoire de marketing dans ce genre des services, elle a connu beaucoup des fluctuations(*), une croissance, un repli et une néo-croissance :

L'adoption de l'approche marketing dans les soins de la santé est arrivée dans les années 80, de toute façon après l'adoption de cette démarche par la majorité des industries, ça ne veut pas dire que quelque organisation de soins de santé des secteurs de détaillons et d'exportateurs n'ont pas participés dans les activités de marketing.

- **La période des années 50 : [2] l'ère de marketing hors des soins de santé**

Malgré que les organisations de soins de la santé aient essayé de donner de bons services, ils ont négligé l'importance du patient.

Les activités de marketing se sont limitées uniquement aux programmes libéraux de l'éducation et les activités des relations publiques.

- **La période des années 60 :[3]**

Le secteur de la santé s'est élargi, les relations publiques ont été renforcées, les communications sanitaires sont devenues une fonction développée et ils y avaient quelques secteurs de soins qui sont entrés à l'optique de vente dans cet époque, ces services étaient un développement pour l'avenir

Tableau n° 06 : L'évolution du marketing dans le domaine de santé.

Optique de marché	Producteur	Hôpital
Production	Produire	Fournir la qualité de soins
Vente	Générer le volume	Remplir les lits aux hôpitaux
Marketing	Satisfaction des besoins/ désirs	Satisfaction les besoins/ désirs

La source: Marketing Heath Services, 2004 page 10

- **La période des années 70 :[4]**

Les lois imposées étaient atténuées, beaucoup d'organisations ont fait de l'extension de leurs activités des relations publiques, et ce genre d'activités apparaît très fort en particulier là où

[1] THOMAS. K, Richard (2007), op.cit. p10
[2] THOMAS. K, Richard (2007), op.cit. P11
[3] Ibid, P11
[4] Ibid, P11-12

se trouvent les organisations de maintenance de la santé (Health Maintenance Organizations HMOs).*

On remarque qu'il y avait un élargissement dans les hôpitaux à but lucratif et à but non lucratif, l'importance de ces derniers se trouve dans leurs remboursement limité, il y avait aussi une augmentation de la demande sur les services de la santé à cause de l'existence de l'assurance maladie, ces services sont devenus comme attrayant pour les patients et les fournisseurs.

Le départ de l'importance du Marketing de soin de santé est arrivé de l'extérieur de la production, en particulier de la part des professionnels universitaires du marketing qui avaient l'occasion de développer ce domaine et Philip KOTLER c'était parmi lesquels.

En 1977 il y avait une conférence sur le soin de santé dans les hôpitaux américains, où la reconnaissance du marketing a été menée dans ce domaine, un ensemble de concision a été donné aux prestataires de services de soins de santé qui donne la permission de faire la promotion. Les taux de recrutement se sont très élevés, malgré la force présence des malades dans les hôpitaux, il n'y avait aucune inquiétude sur la durée de séjour.

Cette période a été caractérisée par l'activité des efforts promotionnels et les relations publiques, les efforts de communication c'étaient au début seulement pour viser les patients. L'importance des recherches concernant la satisfaction des patients est augmentée, cependant le Marketing n'était pas reconnu dans ce moment comme un outil manageriel du flux des services entre l'organisation et leurs clients.

- **La période des années 80 [1]:**

Le secteur de soins de santé à évolué dans cette phase où il est transféré d'un marché de vendeur au marché de l'acheteur, et cette transformation avait un grand impact sur le Marketing des services de la santé, du moment que les hommes de Marketing ont commencé à penser au public d'une façon différente, l'importance du consommateur est augmentée avec le commencement de l'utilisation du système de payement actuel.

Les hôpitaux ont commencé à penser au soin de la santé au terme de la série du produit/services, et aussi ils ont compris que la relation directe avec les consommateurs des services comme l'accouchement et la chirurgie esthétique est très importante pour générer le revenu et renforcer leurs parts de marché.

Il apparaît au début que le Marketing va être accepté, mais la vérité c'était le contraire, il est considéré comme activité coûteuse, moyen de gadget et intrus de professionnels de la santé, les hommes de Marketing n'ont pas pu s'habituer au travail des soins de santé, ils n'ont pas pu relier les efforts Marketing avec le revenu d'investissement par ce qu'ils avaient une expérience limité dans le transfert des techniques des autres industries à l'industrie de soins de la santé.

---

* **Définition de HMO :** Une forme d'assurance maladie associant une gamme de garanties. Un groupe de médecins et autres professionnels offrent des soins médicaux à travers le HMO pour un tarif mensuel fixe sans franchise. Toutefois, seules les visites aux professionnels au sein du réseau HMO sont couvertes par la politique. Toutes les visites, les ordonnances et autres soins doivent être approuvés par le HMO afin d'être couverts.

[1] THOMAS. K, Richard (2007), op.cit. P12-13

Les hommes de Marketing ont pensé que la promotion est la clé de succès dans la réglementation de tous les problèmes et comme ça en 1983, les hôpitaux ont utilisé 50 millions de dollars dans la promotion, ce chiffre a augmenté en 1986 jusqu'à 500 millions de dollars, alors la promotion était vue comme solution, en effet les managers de Marketing ont présenté leurs programme de Marketing par le volume de budget promotionnel, mais malheureusement ces promotions n'étaient pas efficaces dans les meilleurs cas et c'étaient catastrophiques dans les mauvais cas à cause de la mauvaise planification stratégique.

On remarque que l'impact de la notion de marketing et de la promotion était négatif sur le Marketing de soins de santé dans cette période, cela à conduit les hommes de Marketing à réévaluer ce domaine et de se concentrer sur le développement des données essentielles qui peuvent faire la ranimation inévitable de Marketing.

- **La période des années 90[1]:**

Comme le soin de la santé est devenu soumis au marché, la fonction du Marketing a augmenté dans les organisations de soins de santé et elle est devenue plus importante qu'avant.

L'année 1990 représente une transformation dans le développement de l'optique de Marketing. Chaque hôpital a essayé d'obtenir les cœurs et l'esprit de consommateur de soins de la santé, des nouveaux modèles pour les professionnels de Marketing ont été crées par le changement de marché.

La naissance de l'intégration du système de prestation a dicté une nouvelle approche au Marketing institutionnel, considérant que la présence des médecins était dominante dans le Management de Marketing de pré-soins.

Les relations publiques ont atteint un nouveau statut, les organisations de soins de la santé se sont mises aux différents imprimés et les média électroniques, les relations fonctionnelles par les media (media-relations function) sont devenues un outil stratégique dans les centres cliniques pour les programmes d'excellences ou institutionnels. Le progrès dans ces média et la technologie interactive de l'internet sont combinés pour créer un consommateur informé, ce dernier à été découvert dans cette période du processus, le Marketing s'intègre de plus en plus dans les opérations de ces organisations.

Le consommateur a été mal étudié en 1990, et avec l'émergence de l'internet comme une source des informations de la santé, elle a favorisé la naissance du consumérisme[*], ce dernier est autorisé à prendre un rôle influent dans le remodelage du système de soins de la santé aux états unis.

Les consommateurs ont commencé à défier les médecins à armer leurs plans de santé par leurs connaissances sans précédent.

[1] THOMAS. K, Richard (2007), op.cit. P14

[*] Le **consumérisme** désigne l'ensemble des doctrines, actions et organisations ayant pour objectif la défense des intérêts des consommateurs. La forme la plus fréquente du consumérisme est l'association de consommateurs**.** Ses actions couvrent les domaines de la protection, de l'information, de l'éducation et le respect des droits des consommateurs.

Rapport-Gratuit.com

La responsabilité est devenue une caractéristique du nouveau consumérisme qui a été attesté par les rapports publiés par les fournisseurs de soins.

De plus en plus les employeurs et les consommateurs ont commencé à demander les données mesurables des résultats cliniques, le consommateur est autorisé à demander les informations sur les services, les prix, les hôpitaux et les médecins qui prennent les décisions claires.

La réaction au management de soins et la reconnaissance des droits des consommateurs ont amélioré l'importance de ces derniers. En effet, la réaction au management de soins a fourni des spécialistes du Marketing avec le défi de limiter les dégâts. Ceci à contribuer à la construction de l'image du management de soins

Pendant les années 90, les professionnels de la santé ont développé une nouvelle perspective sur le rôle de Marketing, qui est aidé par les nouvelles générations des administrateurs.

Pratiquement tous les soins de la santé étaient de plus en plus sensibles à la consommation, en outre la disponibilité des données a permet de mieux comprendre les clients.

Les recherches Marketing ont augmenté en termes d'importance au cours de cette décennie, le besoins d'avoir les informations sur les consommateurs, sur les clients, et sur les concurrents et le marché demande un développement dans la fonction des recherches, ces dernières se sont développées et des nouvelles technologies ont mis au point les capacités de recherche des autres industries de la santé.

Au cours de cette période, les pratiques commerciales, en général, sont mieux acceptées dans les soins de la santé, le Marketing a été remballé sous un couvert plus professionnel et la transformation de la publicité été perceptible, le Marketing a terminé la décennie comme étant une discipline plus mature, en insistant sur les études de marché et la sensibilité aux besoins du consommateur, et comme ça les soins de la santé ont finalement atteint la troisième phase dans l'évolution de la fonction Marketing.

Tableau n°07 : Calendrier de marketing des soins de santé

Source : Tomas Richard 2009, P12

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Stade	Pré-marketing			Introduction	Croissance		Maturité
Technique principal	Communication Relations publiques	Relations avec le gouvernement		Publicité études marketing	Marketing, relation direct avec les consommateurs		Les médias sociaux
				Marketing direct Ventes personnels	Marketing social Marketing sur internet		
Thème principal	Gestion de l'information publicitaire	Influence de la réglementation Etudes de consommateurs		Vente Applications de la technologie	Management des relations		Engagement de consommateur
Cible de marketing	Public en général	Les organismes gouvernementaux Plans sanitaire		Médecins employés	Agents d'orientations Entreprises		Segmentation du marché de consommateurs

Rapport-gratuit.com LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

B. La prise de décision et la Recherche marketing de santé

1. La prise de décision de santé :

Une décision de la santé peut être prise par un individu tel que les décisions qui sont prises par le médecin afin de soigner les patients, et les décisions qui sont prises par le ministre afin de développer et élargir les services de santé dans une région, comme elle peut être prise par plusieurs individus (un groupe de médecins en chirurgie), Dans cette situation on mettra l'accent sur celles qui contribueront à développer et à améliorer les services de la santé.

La décision de santé se compose comme suit, en trois types selon le type de décideur, (voir figure n°14)

- **Premier type de décision** (Politique publique) qui représente les décisions prises par les responsables des politiques tel que les élus et les conseillers, les fonctionnaires, le ministre...
- **Deuxième type de décision** (politique administrative) qui représente les décisions prises par les dirigeants des établissements, les dirigeants régionaux, les chefs des cliniques…
- **Troisième type de décision** (politique clinique) qui représente les décisions prises par les médecins, les infermières, les travailleurs sociaux… on les appelle aussi les décisions médicales

❖ La décision médicale : (politique clinique)

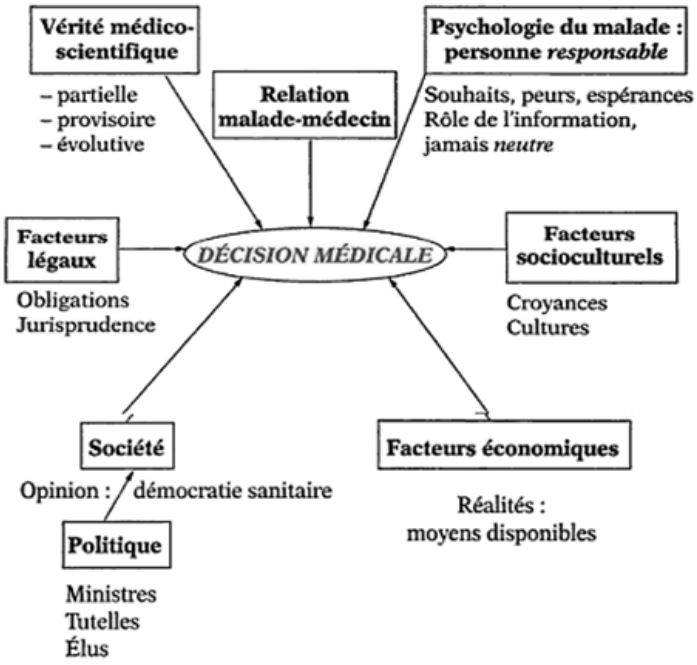
Le processus de la décision médicale exige des médecins : un savoir scientifique, une compétence technique, une maîtrise relationnelle, une information du malade. C'est à ce dernier, muni des données qui lui permettront d'assumer sa responsabilité et son autonomie, de faire un choix adapté à ses besoins.[1]

Le médecin donne les ordres aux autres employés tel que les infirmières et les travailleurs sociaux, ces derniers participent à la mise en place des décisions médicales.

Ce type de décision peut être influencé par divers facteurs, (voir figure n°13)

[1] BERAUD, Claude. *Qualité de la relation médecin- patient et décision médical*, [En ligne], Adresse URL : http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2009/11/14/qualite-de-la-relation-medecin-patient-et-decision-medicale.html

Figure n°13 : Les facteurs influençant la décision médicale (D'après G. Lorca)
Source : Patrice QUENEAU, Damien MASCRET, Le malade n'est pas un numéro ! : Sauver la médecine, P48.



❖ **Les quatre conditions permettant une décision qui répond aux besoins d'un malade:** [1]

- Première condition : les connaissances scientifiques des médecins doivent être actualisées. Si le savoir du médecin n'est pas constamment remis à jour, la qualité des décisions est aléatoire.
- Seconde condition : la compétence clinique et technique qui permet au médecin de recueillir toutes les informations disponibles lors de l'entretien et de l'examen du malade, mais aussi de réaliser selon les règles de l'art les gestes techniques appropriés, doit être évaluée et connue du malade.
- Troisième condition : une relation approfondie qui permettra une analyse des besoins des malades. Si les deux premières conditions semblent aller de soi, la troisième, ignorée durant toute la formation universitaire des médecins, est pourtant déterminante, car elle permet aux deux précédentes leur accomplissement ;
- Quatrième condition : l'information du malade.

❖ **La prise de décision de santé fondée sur des données probantes :**

Les recommandataires de la recherche reçoivent des questions et priorité par les responsables des politiques, des problèmes de prestation par les gestionnaires et enfin la possibilité d'intervention des services par les services professionnels.

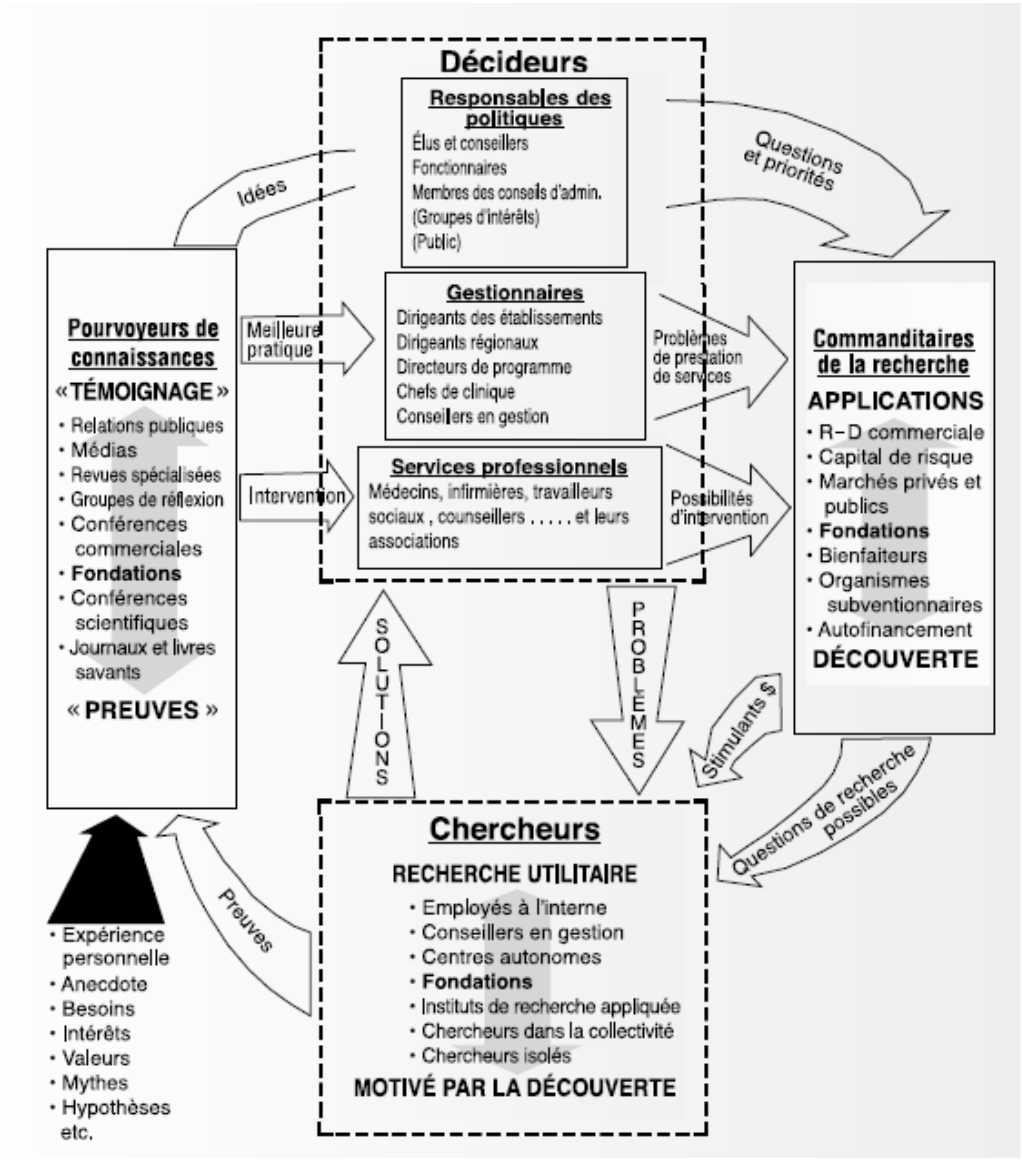
[1] BERAUD, Claude. *Qualité de la relation médecin- patient et décision médical*, [En ligne], Adresse URL : http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2009/11/14/qualite-de-la-relation-medecin-patient-et-decision-medicale.html

Ces recommandataires transmettent aux chercheurs des prestations, des questions des recherches possibles et les stimulants.

Les chercheurs à leurs tour prestent des solutions des problèmes posé par les décideurs et formule des preuves aux pourvoyeurs de connaissances, ces derniers nécessitent en plus des preuves, une expérience professionnelles, des mythes, des hypothèses… pour élaborer des idées, une meilleur pratique aux gestionnaires et une intervention aux services professionnels. Ce cycle montre que la décision de santé est fondée sur des données probantes. (Voir figure n° 14)

Figure n°14 : la prise de décision de santé fondée sur des données probantes

Source : FAFARD Patrick, *Données probantes et politiques publiques favorables à la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique* (page consulté le 06/06/2010), [en ligne]. Adresse URL :http://www.cprn.org/documents/50038_FR.pdf



2. La recherche marketing des soins de santé :

a)Définition :

La recherche marketing est la collecte des renseignements afin d'identifier et de définir les opportunités et les problèmes, de la production, du raffinage et de l'évaluation des actions de marketing, la performance marketing de surveillance est la clarification de processus de marketing.[1]

La recherche marketing est la fonction qui lie le consommateur, le client et le public avec l'homme de marketing à travers les informations utilisées pour identifier et définir les opportunités et les problèmes ; générer, affiner et évaluer les actions et contrôler la performance. La recherche marketing précise les informations requises à adresser ces résultats, dessiner les méthodes pour collecter les informations, diriger et appliquer le processus de la collection des données, analyser les résultats, et communiquer les conclusions et ses implications. [2]

b) Champ d'application de recherche marketing :[3]

Le champ d'application de la recherche en marketing des soins de santé d'aujourd'hui est extrêmement large. Ceux qui se souviennent les tentatives d'introduire l'envol de recherche en marketing dans les soins de santé dans le passé serait impressionné par l'ampleur des activités désormais soumises à la recherche en marketing. Il fut un temps où un chercheur versé dans Le marketing des soins de santé se voie nécessaire pour être seulement un peu familier avec les données démographiques et capable de mener une enquête de satisfaction des patients. Maintenant, les chercheurs en marketing sont confrontés à une vaste gamme d'outils et de techniques pour réaliser une gamme croissante d'activités de recherche.

Le champ d'application de la recherche en marketing des soins de santé reflète l'étendue du marketing dans l'industrie. En tant que professionnels de santé ont augmenté leurs perceptions de marketing de l'étroite (et un peu naïve) notion de publicité. Les chercheurs sont maintenant invités à aborder des questions qui auraient été considérés comme au-delà de leur expertise et leur compétence dans le passé. En outre, axée sur la technologie des innovations des années 1990, tels que le marketing de bases de données et l'Internet, ont élargi les options disponibles pour les chercheurs en marketing.

Les objectifs de la recherche en marketing peuvent répondre à une question précise, comme "Comment les consommateurs réagissent si nous augmentons nos frais mensuels du programme de remise en forme à partir de 25 $ à 40 $?" Pour répondre à une question diffuse, tel que «Comment le système de prestation intégrée prévue par un concurrent affecte notre part de marché? "Les études de marché devraient contribuer à des fonctions aussi étroites que la mesure de la satisfaction des patients à des fonctions aussi large que définit la stratégie d'entreprise. Exemples de sujets de recherche que comprend le marketing.

---

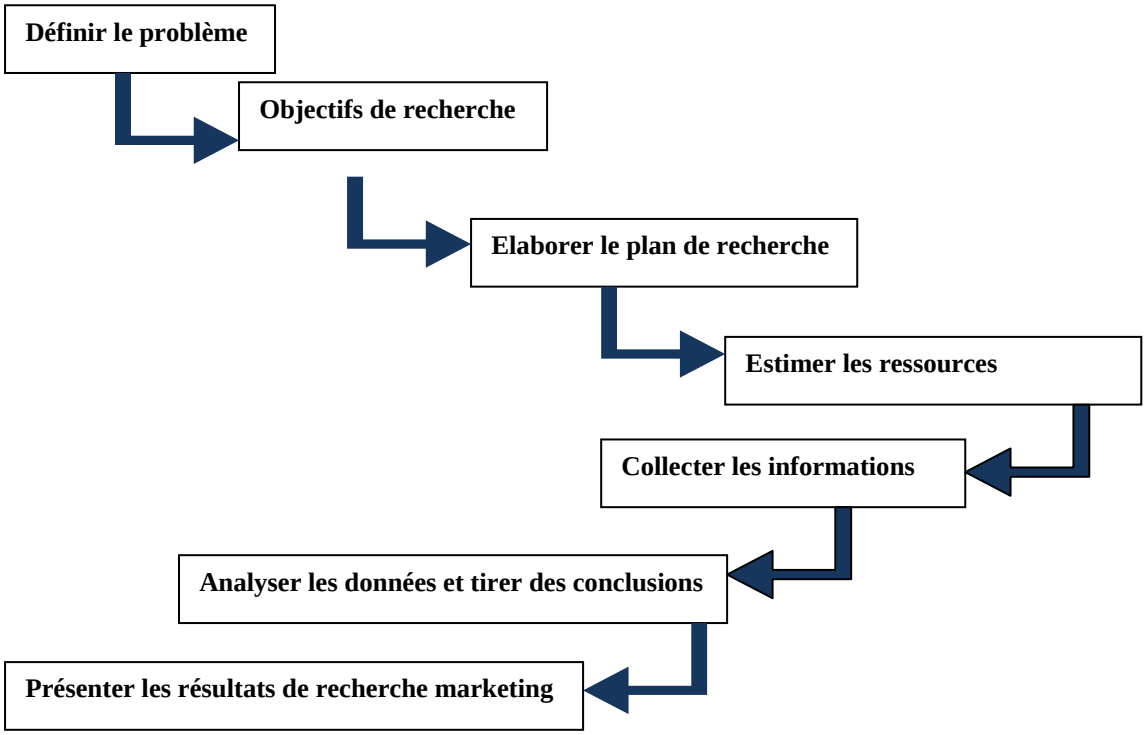
[1] Richard K. TOMAS (2009), op.cit. P474
[2] Adopted or adapted from the American Marketing Association Dictionary of Marketing Terms, [en ligne]. Adresse URL : http://www.marketingpower.com/mg-dictionary.php
[3] Richard K. TOMAS (2009), op.cit. P382

- Détermination de l'endroit approprié pour un centre de soins d'urgence,
- Identification des besoins des employeurs dans le domaine de la médecine du travail,
- Détermination si un marché particulier pourrait soutenir un service d'oncologie,
- Détermination du niveau de la demande parmi les chirurgiens pour la chirurgie robotique,
- Mesure de la satisfaction enrôlée avec un plan de soins gérés,
- Identification des niches de marché approprié pour un petit hôpital dans un marché hautement concurrentiel,
- Mesure d'affaires potentielles pour une société nationale de soins gérés dans un certain état,

c) Les étapes du processus de recherche marketing :[1]

Le processus de recherche marketing peut être conceptualisé en plusieurs étapes. Le nombre exact d'étapes dépend du projet et analyse marketing faisant la recherche, mais tous les modèles de recherche comprennent les mêmes éléments de base. Le processus commence par une première enquête et se termine par une décision finale. Il n'ya pas deux experts complètement d'accord sur les étapes du processus de recherche, et certaines des limitations propres aux soins de santé (par exemple, le caractère sacré des dossiers des patients) distinguent le processus de recherche en santé du processus de recherche dans d'autres industries. Le modèle suivant représente les étapes de la séquence des activités d'un effort de recherche typique, bien que cet ordre ne soit pas figé.

Figure n°15 : Les étapes de la recherche marketing de santé :
THOMAS. K, Richard. *marketing Health services*, second edition, Springer-Verlag New York Inc, USA, 2009



[1] Richard K. TOMAS (2009), op.cit. P387

d) Les recherches marketing dans la prise de décision de soins de santé :[1]

Le développement le plus important dans la recherche marketing des soins de santé a été sa contribution croissante au processus de prise de décision. Les soins de santé sont devenus plus axés sur le marché, et les données générées par les études du marché ont conduit le marketing. Les caractéristiques du marché ne peuvent plus être ignorées. De plus en plus, les besoins du marché sont les moteurs de types de produits de santé et les services offerts.

L'environnement de soins de santé aujourd'hui exige une approche plus agressive à la recherche de marché. Les hommes de marketing doivent être constamment à l'affût de nouvelles opportunités de marché et doivent être conscients des menaces à la part de l'organisation du marché ou la viabilité financière avant d'avoir être officiellement reconnue comme un problème.

La diversité croissante des consommateurs américains, y compris la santé des consommateurs, a également renforcé l'importance de la recherche marketing. Une fois l'importance des consommateurs a été reconnue dans les soins de santé, ils sont soumis aux processus de segmentation en tant que d'autres groupes de consommateurs.

Dans de nombreux segments des soins de santé d'aujourd'hui, le marché n'est plus en croissance. Un bon exemple est la demande l'effondrement des soins hospitaliers. Le succès des programmes en milieu hospitalier, par conséquent devra compter moins sur les nouveaux clients que sur le maintien de ceux qui existent. Les organismes de santé devront savoir plus sur leurs clients existants que jamais. D'autre part, anticiper la demande sur la base des futurs clients est également important. Par exemple, le fait que les baby-boomers commencent à exiger des soins hospitaliers à un rythme accéléré doit être pris en compte dans l'équation de marketing.

D'autres facteurs également donnent sur le marché un éclairage essentiel dans la prise de décisions de soins de santé. Les organisations peuvent engager des frais énormes si elles entreprennent une initiative de marketing au mauvais moment.

Les coûts impliqués dans la construction et l'aménagement d'une clinique, le montage d'une campagne de marketing, et le développement d'un produit sont en croissance, et la perte associée à une mauvaise décision peut avoir besoin d'être combattue avec dix bonnes décisions.

Encore plus important dans un environnement les maigres ressources sont les coûts d'opportunité d'une mauvaise décision. Situer un dispensaire dans un endroit mal situé signifie que les sites potentiellement plus favorables n'ont pas été sélectionnés.

Le développement des ressources consacrées à des produits sur un service aurait pu être consacré à d'autres plus potentiels.

---

[1] Richard K. THOMAS (2009), op.cit. P385

La prise de décision en soins de santé dépend de la précision des données détaillées et complètes. Les données de marché doivent compléter la base de connaissances que le décideur a acquises de l'expérience et l'intuition. Les études de marché devraient être un complément, plutôt que comme un substitut de contact direct d'un gestionnaire avec le marché. De plus en plus, l'analyste de marché va travailler en étroite collaboration avec l'administrateur qui construit la base de connaissances pour la prise de décision. [1]

Enfin, la recherche marketing devrait conduire la stratégie de marketing, les initiatives de marketing ne doivent pas exister dans un vide, mais devraient soutenir une stratégie de marketing globale qui à son tour, soutient les plans de l'organisation à long terme. La recherche en marketing que l'organisation a entrepris devrait conduire cette stratégie. Si, par exemple, la recherche indique que l'organisation est un acteur de niche (et le public perçoit l'organisation en tant que tel), la stratégie de marketing devrait tirer parti de ce positionnement.[2]

C. Le produit des services de santé :

1. La distinction entre les types et les niveaux de produits :

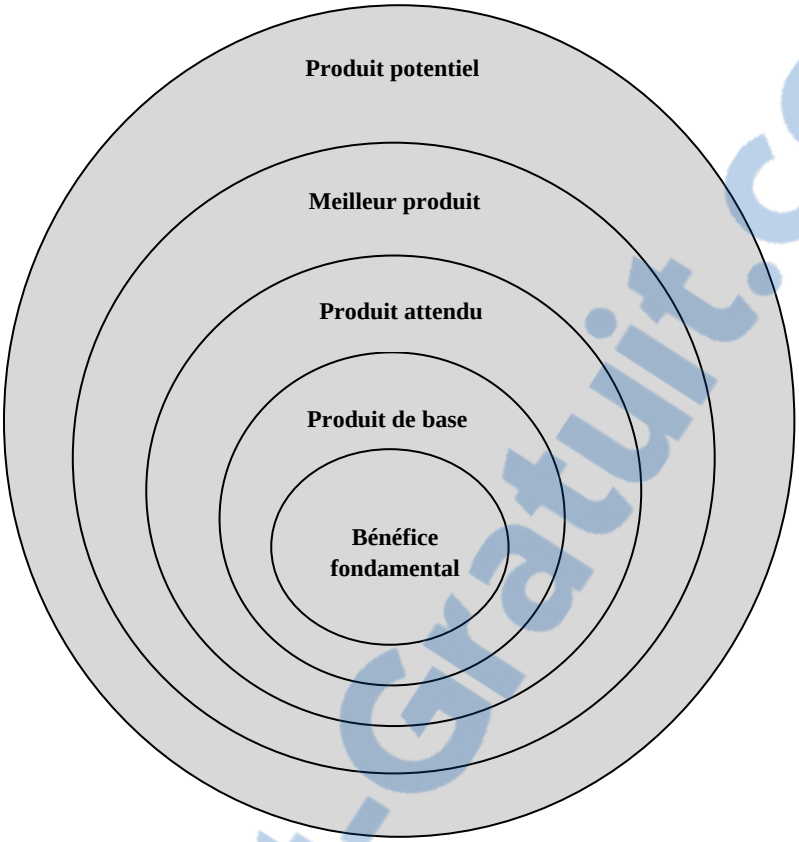
D'habitude, presque tout le monde pense que le produit est une offre tangible, mais le produit peut être plus, ce dernier est quelque chose qui peut être offert afin de satisfaire les besoins et les désirs et comprend : les biens tangibles, les expériences, les événements, les lieux, les propriétés, les informations et les idées.[3]

a) Les niveaux de produit : hiérarchie selon la valeur prise par le client[4]

Les organisations de soins de santé doivent répondre à cinq niveaux de produit comme le montre la figure suivante :

[1] Richard K. THOMAS (2009), op.cit. P386
[2] Ibid. P387
[3] KOTLER, Philip (2008), op.cit, P 263
[4] Ibid. P264

Figure n°16 : Les 5 niveaux du produit p264 kotler,
Source kotler & killer, 2006, p372.



- Le premier niveau est la prestation de base que cherche le client, une patiente visite l'hôpital pour un accouchement, elle cherche que ce dernier doit être sain.

L'acheteur de l'aspirine achète en vérité le bénéfice qui est le calme de ces douleurs.

Alors, les hommes de marketing par conséquent doivent se voir comme des fournisseurs de prestations.

- Dans le second niveau l'homme de marketing transforme la prestation essentielle en un produit de base.

Ainsi, une chambre du patient dans un service de maternité comprend un lit, une table d'accouchement, une chaise longue, et protège les malades des lumières à haute intensité.

- Au troisième niveau, l'homme de marketing doit préparer le produit attendu, un ensemble des attributs et des conditions attendus par les patientes. Les femmes enceintes ont besoin d'une robe et d'un lit confortable, une alimentation acceptable et un degré relatif du calme.

- Au quatrième niveau, l'homme du marketing doit offrir le meilleur produit qui dépasse les attentes des clients. Dans les hôpitaux du pays développés, ces produits comprennent souvent une augmentation des caractéristiques suivantes : L'accès aux soins, la coordination des soins, l'information et l'éducation, le confort physique, la continuité et la transition vers le

Rapport-Gratuit.com

retour à la maison, le soutien effectif, l'implication de la famille et les amis et aussi le respect des préférences du patient.

Cette meilleure offre découle de la forte concurrence dans les pays développés et les marchés émergents, comme la chine et l'inde, la concurrence se fait essentiellement au niveau du produit attendu. Chaque augmentation ajoute des coûts, on peut trouver non seulement la TV avec une télécommande mais aussi l'accès à l'internet haut débit, autre exemple : dispositif de surveillance du glucose.

- Cinquième niveau le produit potentiel, qui englobe toutes les augmentations possibles et les transformations des produits que l'offre pourrait subir dans l'avenir. C'est là que les entreprises cherchent des nouvelles façons de satisfaire le client et de distinguer leur offre. Par exemple, répondre aux préférences des familles des femmes qui sont des forces motrices dans l'ensemble du processus de conception de la nouvelle naissance au lieu dit Gaston Memorial Hospital.[*]

b) Les caractéristiques du produit :[1]

Les produits de soins de santé peuvent être classés en 3 groupes, en fonction de leur durabilité et leur tangibilité.

1. **Biens non durables :** sont des biens corporels consommés normalement comme l'aspirine et les pansements. Ce genre de biens est disponible dans de nombreux endroits comme les pharmaciens, les magasins d'alimentation et les grandes surfaces. ils ont des niveaux de publicité plus bas que les autres biens non sanitaires comme les boissons gazeuses et les produits de toilette.

2. **Biens durables :** sont des produits tangibles, normalement qui servent à de nombreuses utilisations, comme l'équipement d'imageries, des tables d'opérations, lits d'hôpitaux et les fauteuils roulants, ils peuvent également être des implants internes, comme les stimulations cardiaques et des articulations artificielles.

3. **Les services (biens immatériels et non durables):**

Dans la plupart du temps on trouve la prestation d'une combinaison de ces trois groupes. Par exemple : les procédures de cardiologues sont des services qui utilisent des biens durables et autres non durables.

[*] Gaston Memorial Hospital reconnaisse la naissance à un procédé unique et naturelle et de fournir un personnel compétent et attentif à soutenir la mère, les enfants et la famille au cours de cet heureux événement.

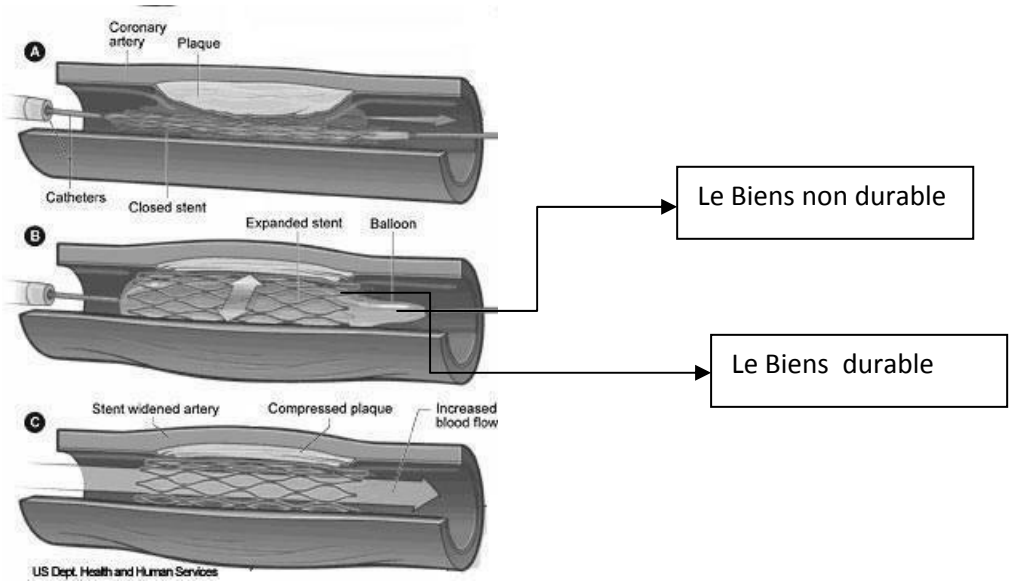
[1] KOTLER, Philip (2008), op.cit. P265

Le service → Quitter le blocage qui se trouve dans une artère

Le bien durable → Ouvrir le bouchon avec un ballonnet cathéter (angioplastie)

Le bien durable → Le treillis métallique qui va mettre le chirurgien dans l'artère pour la débloquer.

Figure n°17: La chirurgie STENT
Source : http://www.drmcdougall.com/misc/2006nl/sept/stent.jpg



c) Le mix produit : (la ligne de produit)[1]

L'hôpital ne se limite pas à fournir un seul service, il fournit un ensemble des services appelé le mix produit (la ligne de produit). C'est un groupe diversifié qui lie les éléments qui fonctionnent d'une manière compatible. Par exemple un hôpital peut avoir une ligne de produit comprenant l'imagerie du laboratoire pour diagnostiquer le cancer, la chimiothérapie, la radiothérapie, et le conseil (des services indépendants qui sont coordonnés et programmés pour traiter les patients atteints de cancer).

Le mix produit a une largeur, une longueur, une profondeur et une cohérence.

1. La largeur (the width) : largeur d'une ligne de produit se réfère au nombre de références lignes de produit par exemple : l'hôpital Vanderbilt, a six différentes lignes comme services pédiatrie (ligne de produit).

[1] KOTLER, Philip (2008), op.cit. P271

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

2. La longueur (the lengh) : la ligne de produit tel que les services des enfants appartiennent à l'ensemble des services offerts par le département pédiatrie, qui contient aussi des programmes et des services cliniques, services de chirurgie, cabinet de soins primaires et autres…

3. La profondeur (the depth) : la profondeur d'un mix produit se réfère à la fonction de la diversité de chaque produit de la ligne offerte.

   Par exemple en Vanderbit la ligne de produit du cancer peut avoir une profondeur de trois, si le produit est spécialement fournis pour les adultes, les enfants et les femmes.

4. La cohérence (consitency) la cohérence de la ligne produit se réfère au degré de cohérence dans le processus de prestation entre les différents éléments tel que l'utilisation finale, les exigences de produit ou des canaux de distribution.

d) Le marketing social dans le domaine de la santé

Le marketing social dans les soins de la santé peut être défini comme « l'application des techniques de marketing commercial pour le développement et la mise en œuvre des programmes qui influencent les attitudes, la connaissance et le comportement des patients ciblés dans le sens d'une amélioration de la situation sanitaire individuelle et collective ».[1]

Le marketing social fournit à l'éducateur sanitaire une occasion exceptionnelle pour combler les fossés de communication qui existent entre l'auditoire et les autorités, entre les prémisses posées pour l'éducation et les perceptions populaires, entre le contenu éducatif et les réalités du marché, entre les messages contradictoires émis par d'autres agences responsables, ainsi qu'entre le système de santé et ceux qui ne sont pas motivés à l'utiliser; par ailleurs, il cherche à neutraliser la concurrence qui peut exister entre les services curatifs et les activités de prévention.[2]

Le marketing social a pour objectif de promouvoir la santé publique, et il se propose d'améliorer la santé pour tous. Aussi sa stratégie est-elle avant tout préventive. On pourrait même le considérer comme entrant en concurrence avec le marketing commercial des soins de santé puisque lui-même cherche à réduire le marché des soins curatifs.[3]

Le marketing social vise à modifier des attitudes pour induire un changement de comportement favorable à la santé.[4]

Le marketing social part de faits scientifiques concernant la santé et, par l'entremise des méthodes de marketing commercial, engendre des programmes d'éducation et d'action. Son champ d'activité est mondial, même si chaque besoin d'éducation sanitaire présente un aspect particulier et un degré d'urgence variable. Les déclarations officielles porteuses de messages sanitaires donnent souvent des résultats qui ne sont pas concluants, alors que l'emploi de

[1] Richard K. THOMAS (2007), op.cit. P118
[2] BIRKINSHAW, Marie. *Marketing social pour la santé*, organisation mondiale de la santé, 1989. P4
[3] BIRKINSHAW, Marie (1989), op.cit. P5
[4] BIRKINSHAW, Marie (1989), op.cit. P21

toutes les techniques du marketing social semble ouvrir de meilleures perspectives. Ces techniques peuvent servir à lutter contre de nombreuses maladies mortelles, en particulier celles qui s'attaquent aux enfants et qui peuvent être évitées par la vaccination et par de bonnes pratiques d'hygiène ou de nutrition : la rougeole, la coqueluche, la diarrhée notamment; elles peuvent aussi aider à résoudre certains autres problèmes de santé que l'éducation sanitaire est à même d'atténuer. Il existe par exemple des maladies de la pauvreté, présentes dans les pays développés comme dans les pays en développement, auxquelles l'éducation sanitaire permet de s'attaquer.[1]

En Occident, des programmes d'éducation diététique cherchent à faire baisser les taux de cholestérol ou à diminuer 1 'absorption de sel pour réduire le risque de maladie grave. Dans d'autres cas, on cherche à minimiser les effets de certaines causes socio-économiques ou de causes auto-induites, comme l'usage du tabac ou la consommation d'alcool, par la mise en œuvre de programmes d'éducation stratégiques et contrôlés. [2]

L'éducation pour la santé devient d'une importance capitale lorsque les effectifs médicaux sont insuffisants par rapport au nombre de malades. Le marketing social peut aider les agents qui travaillent sur le terrain lorsque leur nombre est très limité. Il stimule leur zèle et renforce le message qu'ils transmettent. Il peut également constituer un recyclage pour le personnel de santé et influencer les représentants des pouvoirs publics, en particulier lorsqu'il fait appel aux médias. Etant donné l'importance des mesures de prévention, il peut être très utile de communiquer les informations les concernant par l'entremise du personnel paramédical et des agents de santé communautaires.[3]

Les messages concernant la prévention sont en général simples et directs et ne nécessitent que peu de préparation technique, Ils reposent tout autant sur le pouvoir émotionnel et la force persuasive que sur des informations. Ils visent des modalités de comportement et de style de vie des classes prospères tout autant que les préoccupations particulières dés groupes moins favorisés. Beaucoup d'informations publiées dans les revues professionnelles de santé sont importantes pour le public et doivent être diffusées sous une forme qui lui soit compréhensible.[4]

Les fonctions de marketing social dans le domaine de santé :

Le marketing social peut être utilisé pour des raisons variées dans les soins de la santé, les fonctions de marketing social sont :[5]

- Accroître la connaissance et la conscience sur la question de la santé, problème ou solution.
- Influer sur les perceptions, les croyances, les attitudes, et les normes sociales.

[1] BIRKINSHAW, Marie (1989), op.cit. P21
[2] Ibid. P21
[3] Ibid. P21
[4] Ibid. P21
[5] Richard K. THOMAS (2007), op.cit. P119

- Démontrer ou illustrer les aptitudes.
- Montrer les bénéfices du changement de comportement.
- Augmenter la demande des services de la santé.
- Renforcer les connaissances, les attitudes et les comportements.
- Réfuter les mythes et les fausses idées.
- Contribuer à fusionner les relations organisationnelles.

e) La qualité des services de santé et la satisfaction des patients :

La capacité à définir la qualité des soins s'est beaucoup améliorée ces dernières années grâce aux travaux internationaux. Il existe, en effet, de nombreuses définitions qui permettent de mesurer et de décrire la qualité de manière fructueuse en termes clairs.[1]

Les travaux de Gronroos (1984) ont démontré que la qualité perçue d'un service peut être décomposée en trois composants principaux : la qualité technique, la qualité fonctionnelle et l'image de l'entreprise. Ils ont conclu que cinq éléments clés y participent : le professionnalisme et le savoir-faire de l'organisation, la fiabilité et la fidélité des prestations, le comportement et les attitudes du personnel, l'accessibilité et la flexibilité de l'offre et enfin, la réputation et la crédibilité du fournisseur du service.[2]

Notons que la définition de l'OMS en 1982, comme la plupart des cadres nationaux, introduit la notion d'efficience: « Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera **le meilleur résultat** en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, **au meilleur coût** pour un même résultat, au moindre risque iatrogène* et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».[3]

Cette définition a introduit la satisfaction des patients comme une notion essentielle dans les démarches d'amélioration et d'évaluation du système de soins et propulsé l'évaluation de la satisfaction comme indicateur de qualité. Ainsi en 1988, Donabedian insiste sur le caractère incontournable de l'évaluation de la satisfaction pour la mesure de la qualité des soins et l'amélioration du système de santé. Il décrit les préférences et les attentes des patients, reflétées par leurs perceptions.[4]

Mais la définition la plus largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité 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 »[5]
Boudreaux et O'Hea ont montré à partir d'une revue de la littérature sur 50 articles anglo-saxons que le niveau de satisfaction dépendait essentiellement des relations interpersonnelles

---

[1] La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?, www.irdes.fr pdf
[2] ANDREANI, Jean-Claude, ELEOUET Florence, SAVART Etiennette, et CONCHON Françoise. *Tendances du Marketing des Services et Implications pour les Secteurs de Santé.* Proposition de Communication au 5ème Congrès des Tendances du Marketing en Europe, Venise 20-21 janvier 2006. P 3-4

[3] La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé - Revue de la littérature médicale. Sept 1996. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.Service d'Évaluation Hospitalière. p45.
[4] Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1988 Sept; 260(12):1743-48.
[5] Institute of Medicine (2001), *Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century*. Washington DC, National Academy Press.

qui s'établissent entre le personnel soignant et les patients, de la perception des compétences techniques et de la perception des temps d'attente.[1]

Dans la définition de la qualité tandis que l'IOM défend l'idée selon laquelle la préoccupation des ressources disponibles ne doit pas intervenir dans la définition de la qualité.[2] P4
En effet, la définition de la qualité des soins a évolué au cours de deux dernières décennies en intégrant les points de vue des différents acteurs, celui des patients en particulier. La qualité est donc une notion multidimensionnelle.

Les principales dimensions élaborées dans ces cadres peuvent être regroupées dans cinq catégories: efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience.[3]

Figure n°18: Les dimensions de la qualité
Source: Kelly E, Hurst J. (2006), Health care quality indicators project: Conceptual framework paper. *OECD Health Working Papers*, no.23, OCDE Paris.

Outre les différentes dimensions de la qualité des soins, son appréciation distingue trois champs d'investigation pouvant se baser sur des mesures relatives à la structure de soins, au **processus de soins** ou aux résultats finaux la **satisfaction des patients** est l'un de ces indicateurs qui est généralement considéré comme un résultat désiré des soins dispensés et des services disponibles, voire même un élément de l'état de santé du patient, comme le précise Donabedian (1988) (1). Pour cet auteur, l'expression verbale ou écrite par le patient et les membres de sa famille de leur satisfaction ou au contraire, de leur insatisfaction, est un jugement qu'ils portent sur tous les aspects des soins, mais particulièrement sur la dimension interpersonnelle.[4]

---

[1] Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. J Emerg Med 2004 Jan;26(1):13-26.
[2] La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?, www.irdes.fr pdf
[3] Kelly E, Hurst J. (2006), Health care quality indicators project: Conceptual framework paper. OECD Health Working Papers, no.23, OCDE Paris.
[4] Donabedian A. (1980), the definition of quality and approaches to the management, volume 1: Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, MI : Health Administration Press.

Conclusion

La santé est un état d'équilibre qui permet un fonctionnement normal qui exige la satisfaction des besoins fondamentaux qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains. Aussi c'est un état physique, mental et social adapté à l'environnement.

Il est important de préciser que le marketing de la santé n'est pas seulement une discipline spécifique mais vraiment un domaine de pratique multidisciplinaire autant qu'il est formé par plusieurs domaines y compris la communication, la promotion de la santé, les sciences comportementales et sociales, le journalisme, et beaucoup d'autres domaines.[1]

La non connaissance approfondie de la notion de marketing et sa modernité sont les causes qui ont permis les critiques. Parce que les philosophies et les techniques de marketing ne peuvent être facilement transférées à d'autres industries aux soins de santé, le marketing des soins de santé exige sa propre approche unique et a des caractéristiques différentes de celles d'autres industries.[2] Parmi lesquelles il y a lieu de citer, la spécificité de l'industrie de soins de santé, la spécificité des organisations de soins de santé, et enfin la spécificité des produits de soins de santé. Les produits de santé peuvent être sous forme des biens non durables, des biens durables ou des biens immatériels et non durables (services) qui nécessitent l'existence des deux premières formes.

La prise de décision en soins de santé dépend de la précision des données détaillées et complètes. Les données de marché doivent compléter la base de connaissances que le décideur a acquises à partir de l'expérience et de l'intuition. Les études de marché devraient être un complément, plutôt que comme un substitut de contact direct d'un gestionnaire avec le marché. De plus en plus, l'analyste de marché va travailler en étroite collaboration avec l'administrateur qui construit la base de connaissances pour la prise de décision. [3]

---

[1] (Page consulté le 13/07/2010), [en ligne]. Adresse URL : www2c.cdc.gov/podcasts/downloader/download.pdf?af=t&f=760

[2] THOMAS, Richard K. (2009), op.cit. p[32, 33]

[3] Ibid, P386

Chapitre III Le cas pratique de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant de Tlemcen

Chapitre III Le cas pratique de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant de Tlemcen

Introduction

Plusieurs problèmes et dysfonctionnements peuvent compliquer le processus et la qualité de prestation des services de soins maternels et infantiles au niveau des établissements hospitaliers, parmi lesquels il y a lieu de citer ceux proposés par Kotler (2008): les équipements, les médicaments, le comportement du personnel de santé, la diminution des personnels qualifiés et les coûts.[1]

Chaque EHS Mère et enfant et les maternités présentent des problèmes liés à leurs spécificités. Dans notre étude l'usage de l'outil marketing peut apporter des réponses aux problèmes soulevés à travers l'enquête par les parturientes de l'EHS Mère et Enfant de Tlemcen. Ceci nous permet une prise en charge des problèmes afin d'atteindre l'objectif millénaire 2015 concernant l'amélioration de la santé maternelle[2] numéro cinq fixé par le gouvernement Algérien (2005)

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

[1] KOTLER, Philip, 2008, op.cit, P (xv)
[2] OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2009 Pdf*, [En ligne], Adresse URL :http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf.

Chapitre III Le cas pratique de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant de Tlemcen

I. Le système de santé en Algérie :

A. Les étapes essentielles du système de santé en Algérie :

- **L'après-indépendance :** [1]

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie disposait de moins de 500 médecins (dont 50 % d'Algériens) pour couvrir une population de 10,5 millions d'habitants.
Les indicateurs sanitaires de l'époque se caractérisaient par une mortalité infantile élevée (180 ‰), une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans et des maladies transmissibles sévissant à l'état endémique, d'une ampleur sans égale, responsables d'une importante cause de décès et de handicaps.
Les ressources étant limitées, le ministère de la Santé s'est fixé deux objectifs essentiels face à cette situation : la lutte contre les maladies transmissibles et le développement de l'accès aux soins.
L'action sur le terrain se distinguait par la mise en œuvre de programme de santé destinée à la protection des populations et la prévention des maladies.

- **La phase de transition**

La deuxième décennie après l'indépendance a été marquée par trois faits majeurs :
• l'instauration de la gratuité des soins (janvier 1974), ce qui a favorisé un développement de l'accès de la population aux services de soins ;
• la réforme 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;
• la création du secteur sanitaire, pivot de l'organisation du système national de santé.

Afin d'étendre la couverture sanitaire, il a été réalisé durant cette période un grand nombre d'infrastructures sanitaires, en particulier des hôpitaux, des structures légères (polycliniques et centres de santé) ainsi que des centres hospitalo-universitaires (au nombre de treize) chargés d'une triple mission: soins, formation et recherche.
Sur le plan sanitaire, un recul de la mortalité a été enregistré, 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, tels que la lutte contre la tuberculose, le programme élargi de vaccination…
Sur le plan épidémiologique, la baisse notable de certaines maladies transmissibles annonçait l'amorce d'une transition.
En parallèle, l'évolution des comportements allait vers une maîtrise de la fécondité amorçant également une transition sur le plan démographique.

- **A partir de 1990 :**[2]

La situation de 1990 se caractérise entre autres par :
• de grandes disparités régionales en matière de ressources humaines ;

[1] SAIH, Abdelhak. « Le système de santé publique en Algérie», *revue de gestion hospitalière*, n° (Avril 2006), p. 241.
[2] Ibid, p242.

Rapport-Gratuit.com

• une inadaptation des établissements publics de santé à suivre l'évolution de la demande en soins;
• le mouvement des praticiens, particulièrement les spécialistes, vers le secteur privé ;
• sur le plan épidémiologique :
- une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de maladies infectieuses,
- une augmentation régulière des pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies métaboliques ;
• le passage à l'économie de marché se traduit par des bouleversements socio-économiques.
Ainsi, le système de santé avait de difficultés liées à :
• la répartition, l'utilisation et la gestion des ressources ;
• la non-amélioration des prestations de services ;
• la difficulté de prise en charge des besoins de la population sans cesse croissants ;
• la non-rentabilité.
Aussi, devant ce constat, notre pays s'est assigné depuis 1995 à fixer à la politique de santé publique les objectifs suivants :
• garantir le droit constitutionnel des citoyens à la protection de leur santé c'est-à-dire le bénéfice des soins de santé de base et des programmes nationaux de santé ;
• assurer un accès de plus en plus égalitaire aux prestations des soins, développer la responsabilisation des acteurs, la participation des usagers et des partenaires.

A. **L'Etat de santé maternelle et infantile en Algérie :**

De nombreux pays en développement comme l'Algérie présentent des schémas de mortalité qui reflètent le risque de décès pendant la grossesse, l'accouchement et après, qui s'ajoutent aux cancers, aux maladies cardiovasculaires et aux maladies respiratoires chroniques.

Le tableau ci-après montre qu'en 2005 l'Algérie est classée au Maghreb juste après le Maroc et devance la Tunisie. Ceci laisse supposer que beaucoup d'effort reste à déployer pour atteindre les taux des pays développés.

Tableau n° 08: Taux de mortalité maternelle (pour 100000 naissances vivantes)

Pays	Algérie	Maroc	Tunis	France	Etats-Unis	Canada
2005	180	240	100	8	11	7

Source : OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2009 Pdf*, [En ligne], Adresse URL :http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf

De 1980 à 2007 les taux de mortalité des nourrissons avant l'âge d'un an ont diminué drastiquement au Maghreb. En Tunisie et au Maroc la diminution de ce taux est nettement meilleure que celle de l'Algérie.

Tableau n° 09: Taux de mortalité des nourrissons (probabilité de décès avant l'âge d'un an pour 1000 naissances vivantes)

Pays	Algérie	Maroc	Tunisie	France	Etats-Unis	Canada
1980	54	69	41	7	10	7
2000	37	45	25	4	7	5
2007	33	32	18	3	6	5

Source : OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2009 Pdf*, [En ligne], Adresse URL :http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf

L'espérance de vie à la naissance reste beaucoup plus importante chez les pays développés par rapport aux pays du Maghreb où on note une nette amélioration liée probablement à la sensibilisation des populations.

Tableau n° 10 : Espérance de vie à la naissance (ans)

Pays	Algérie	Maroc	Tunis	France	Etats-Unis	Canada
1980	66	65	70	77	75	77
2000	70	70	73	79	77	79
2007	71	72	74	81	78	81

Source : OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2009 Pdf*, [En ligne], Adresse URL :http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf

B. Les institutions dans le système de santé Algérien :

Chaque pays se doit d'inventer son propre système en fonction de sa spécificité culturelle et civilisationnelle et de ses moyens financiers et humains. [1]Le tableau ci-dessous montre les fonctions de chaque institution dans le système de santé Algérien

Tableau n°11 : Fonctions par institution dans le système de sante

Fonction	**Ministère de la santé**	**Ministère du travail et de la Sécurité sociale/caisses d'assurance maladie**	**Régions sanitaires**	**Wilaya/DSP**	**Prestataires (hôpitaux, centres de santé)**
Cadre juridique	Élaboration des lois et règles administratives	Responsabilité conjointe du ministère du Travail concernant les lois et décrets ayant une incidence			

[1]BENKALFAT, Mokhtar. *Santé : la médecine algérienne en question*, (page consulté le 11/01/2011), [en ligne]. Adresse URL : http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/poivue62.htm

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

		financière sur le système de sécurité sociale			
Planification des services de santé	- Prestataires publics : définition des catégories de prestataires et normes relatives au nombre de lits et aux matériels - Prestataires privés : autorisation de construction de nouveaux hôpitaux privés		Donne des orientations concernant les activités sanitaires suivant les priorités, les ressources disponibles et le contexte épidémiologique régional	Le wali autorise l'ouverture de nouveaux hôpitaux privés	
Financement		- Prestataire publics : les caisses d'assurance maladie versent une cotisation forfaitaire au ministère de la Santé selon les dispositions de la Loi de finance qui complète les crédits alloués sur le budget de l'État - « Prestataires privés » : les caisses d'assurance maladie remboursent les malades assurés sur la base de la nomenclature des actes médicaux et des taux remboursables (l'écart avec le prix réel est couvert			

		par l'OOP)			
Préparation du budget	Centralisation des besoins exprimés par les établissements de soins et les wilayas et, sur la base de ces besoins, des discussions s'engagent avec le ministère des Finances sur le montant des crédits			- Dépenses de fonctionnement : la DSP recueille les prévisions budgétaires et les transmet au ministère de la Santé - Investissements : Le wali centralise les besoins exprimés par les établissements de soins (il peut y apporter des modifications avant de les transmettre au ministère de la santé)	- Dépenses de fonctionnement : préparent les prévisions budgétaires et les transmettent aux wilayas - Investissements : soumettent leurs besoins aux wilayas
Exécution du budget	- Dépenses de fonctionnement : alloue des budgets aux établissements de soins par catégorie de dépenses (« titres » : personnel, médicaments, maintenance..,) et approuve les transferts de fonds entre les titres sur demande des établissements de soins - Investissements			Chargé de tous les investissements, à l'exception des hôpitaux universitaires et de certains hôpitaux spécialisés	Achat des matériels requis par l'établissement de soins sur la base de l'enveloppe reçue

	: chargé des projets d'investissement concernant les hôpitaux universitaires et certains hôpitaux spécialisés				
Gestion du personnel	Définition de la politique de gestion du personnel, élaboration du statut du personnel en collaboration avec le ministère de la Formation professionnelle et le ministère des Finances *Exception* : le ministère de l'Enseignement supérieur est responsable du corps des médecins internes des hôpitaux universitaires, (Les salaires sont fixés par le ministère de la Formation professionnelle et le ministère des Finances en accord avec ceux des autres agents de l'État)				Recrutement du personnel lorsque le budget est disponible et suivant les règles de la fonction publique, attribution de primes à certaines catégories de personnel en application de la législation en vigueur
Fourniture des soins			Coordination et orientation des activités sanitaires	Encourager la bonne utilisation des différents niveaux de soin	Prestataires publics : organisent la fourniture des soins selon les

					orientations données au niveau central, régional et des wilaya Prestataires privés : organisent la fourniture des soins quasiment sans aucune contrainte
Politique de santé publique	Définition de la politique de santé publique		Proposition de programmes régionaux	Responsabilité générale concernant la coordination et la mise en application de la politique de santé publique, communication sur les programmes de santé publique	Exécution de la politique de santé publique (prestataires publics)
Supervision et évaluation	Définition de la politique d'évaluation, responsabilité générale concernant la supervision et l'évaluation des prestataires		Supervision de la collecte et de l'utilisation des données sanitaires	Fonctions : compétences générales pour l'application effective de la réglementation, centralisation des informations requises par le ministère de la Santé, évaluation des activités des établissements de soins au niveau des wilayas, inspection des établissements de soins	Collectent et transmettent les données sur les l'exécution des activités et l'exécution financière (prestataires publics uniquement)

Sources : Données compilées par les services de la Banque à partir de diverses sources.

Chapitre III Le cas pratique de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant de Tlemcen

I. Organisation et structure de la prestation des services de santé en Algérie :

La pratique médicale en Algérie est très ancienne et plusieurs écrits témoignent de cette activité bien avant la colonisation française. Cependant la médecine moderne telle que nous la connaissons actuellement a débuté avec l'armée française qui a installé les premiers hôpitaux dès 1833 et surtout avec la création de l'école de médecine, dont la première installée par l'armée (Baudens) en 1931, cessa son activité en 1936 sur ordre du maréchal Valée. [1]A partir de 1855, fut créée la seconde école de médecine et de chirurgie d'Alger qui devint faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger en 1909, sous la direction d'un chirurgien lyonnais, le doyen Curtillet (1863-1933). Son développement fut rapide et deux nouvelles facultés de médecine sont créées, en 1958, à Oran et à Constantine. [2]
Beaucoup de grands noms de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de la chirurgie dentaire ont marqué l'histoire de l'Algérie médicale, que se soit pendant la période coloniale ou pendant la période post-indépendance, où un noyau de médecins algériens formés soit à Alger soit en France a pris la relève et a fait la faculté de médecine algérienne.

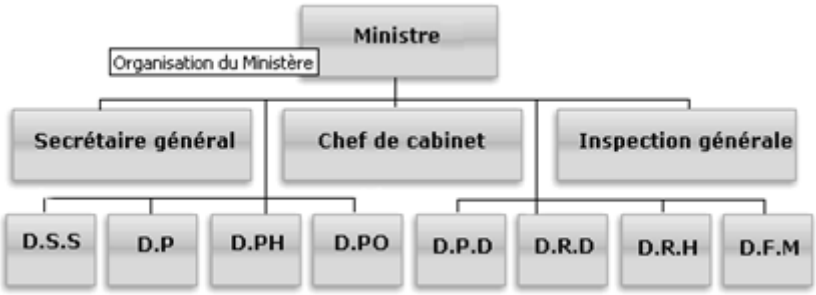
Dans la suite on va présenter les organisations et les structures concernant la prestation des services de santé selon le niveau central, le niveau de la wilaya, au niveau local.

1. Au niveau central :

Le ministère de santé est le premier responsable de prestation de soin de santé, de fourniture des médicaments et de l'élévation du niveau sanitaire des citoyens algériens, ce ministère se trouve au niveau central (Alger).

Sous l'autorité du Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, l'administration centrale du ministère comprend :[3]

Figure n°19: les composantes du ministère de santé
Source : http://www.sante.gov.dz



a. Le secrétaire général assisté de deux (2) directeurs d'études et auquel est rattaché le bureau du courrier et le bureau ministériel de la sécurité interne de rétablissement

[1] *Histoire de médecine en Algérie*, (page consulté le 11/01/2011), [en ligne]. Adresse URL: http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/hist/index.asp
[2] Même source.
[3] http://www.sante.gov.dz

b. Le chef de cabinet est assisté de huit (8) chargés d'études et de synthèse, chargés:
c. La direction des services de santé
d. La direction de la prévention
e. La direction de la pharmacie
f. La direction de la population
g. La direction de la planification et du développement
h. La direction de la réglementation et de la documentation
i. La direction des ressources humaines
j. La direction des finances et des moyens

2. **Au niveau de wilaya :**[1]

Dans chaque wilaya existe une direction de santé et de la population. Le directeur de cette dernière représente de ministre au niveau de la wilaya.
On trouve les centres hospitalo-universitaires qui sont crées le 13 juin 1974. Ils sont formés d'un centre hospitalier régional et un Institut médical.
Au niveau de la wilaya de Tlemcen il y a un Centre Hospitalo-universitaire Dr. Damerdji crée au environ de l'année 1950, il contient 667 lits organisés, une policlinique, une clinique dentaire, sept blocs opératoires et dix huit salles d'opération.

3. **Au niveau local** :

Avant mai 2007, Il y avait les Secteurs Sanitaires (comprenant hôpitaux, polycliniques et dispensaires) et les Etablissements Hospitaliers spécialisés (EHS).

Les règles de la création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires, étaient fixées par le décret exécutif 2 décembre 1997, décret qui est abrogé depuis la parution du décret exécutif n° 07-140 du 02 Joumada El Aouel 1428, correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).[2] Les centres sont transformés en polycliniques et salles des soins selon l'état matériel.

- **L'établissement public hospitalier (EPH):**

L'EPH 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.[3] Cet établissement 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. Leur consiste physique de l'établissement public hospitalier est fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé.[4]

[1] La Documentation de la direction et de la population de la wilaya de Tlemcen
[2] Journal officiel de la république Algérienne N° 43. 16 Joumada Ethania 1428 correspondant au 1er Juillet 2007. P.14
[3] Article02, 19mai 2007
[4] Article 03, 19mai 2007

Les missions de L'EPH:

L'établissement public hospitalier a pour mission de prendre en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Dans ce cadre il a notamment pour tâches :[1]

- D'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;
- D'appliquer les programme nationaux de santé ;
- D'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- D'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

- **L'Etablissement Hospitalier spécialisé EHS M et E:**

Selon le décret exécutif n°07-204 du 15 Joumada Ethania 1428 correspondant au 30 Juin 2007 complétant la liste des établissements hospitaliers spécialisés annexée au décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitalier spécialisés (EHS).

La liste des établissements hospitaliers spécialisés annexée au décret exécutif n° 97-465 cités précédemment est complétée dans le tableau suivant:

Spécialité	Dénomination	Localisation	Wilaya
Ophtalmologie	Hôpital El Boukhari	Biskra	Biskra
Gynécologie obstétrique-pédiatrie Chirurgie pédiatrique	Hôpital les Pins	Oran	Oran
	Hôpital les Amandiers	Oran	Oran
	Hôpital Point du jour	Oran	Oran
	Hôpital Mère et enfant	Aïn Temouchent	Aïn Temouchent
	Hôpital Mère et enfant	Tlemcen	Tlemcen
	Hôpital Sabhi Tassadit	Tizi-Ouzou	Tizi-Ouzou
	Hôpital Tergha Ouzemour	Béjaä	Béjaä
	Hôpital Belhocine Rachid	Bordj Bou-Arréridj	Bordj Bou-Arréridj
	Hôpital Mériem Bouatoura	Batna	Batna
	Hôpital El Alia	Biskra	Biskra
	Hôpital Benaceur Bachir	El Oued	El Oued
	Hôpital Sidi Abdelkader	Ouargla	Ouargla
	Hôpital Gueddi Bkir	Ghardaïa	Ghardaïa
	Hôpital Docteur Saâdane	Laghouat	Laghouat
	Hôpital Hamdane Bakhta	Saïda	Saïda
	Hôpital Mohamed Boudiaf	Béchar	Béchar
ORL Ophtalmologie	Hôpital Bouabdelli Bouabdellah	Tiaret	Tiaret

[1] Article 04, 19mai 2007

- **Présentation de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant de Tlemcen :**[1]

L'EHS M et E de Tlemcen est constitué de : deux département, le département de chirurgie et le département de médecine, chaque département contient deux services (Voir tableaux n°12 et n°13). Le nombre total des lits organisés est de 234 lits, avec un seul bloc opératoire et quatre salles d'opérations.

Tableau n° 12 : le département de la Chirurgie

Services	Lits technique	Unités	Lits organisés	
			Par unité	Par service
Gynéco-obstétrique	114	Opération et post opératoire et accouchement	30	114
		Grossesses à risque	22	
		Oncologie Gynécologique	26	
		Pré travail et post partum	33	
		Consultation, explorations et urgences	-	
Chirurgie pédiatrique	30	Hospitalisation	26	30
		Opératoire et post opératoire	04	
		Consultations et urgences	-	

Source : Documentation de la direction de la santé et de la population

Tableau n° 13: Le département de la Médecine

Services	Lits technique	Unités	Lits organisés	
			Par unité	Par service
Pédiatrie	30	Nourrissons	18	60
		Enfant	12	
		Urgences pédiatriques	30	
		Consultations et exploration	-	
Néonatalogie	30	Soins généraux	30	30
		Soins intensifs	-	
		réanimation	-	

Source : Documentation de la direction de la santé et de la population

[1] Documentation de la direction et de la population de la wilaya de Tlemcen.

Rapport-Gratuit.com

II. L'enquête :

A. Matériel et méthode :

1. Définition du questionnaire :

L'enquête par questionnaire est un outil d'observation qui permet de quantifier et comparer l'information. Cette information est collectée auprès d'un échantillon représentatif de la population visée par l'évaluation.
Un questionnaire est un ensemble de questions construit dans le but d'obtenir l'information correspondant aux questions de l'évaluation. Les répondants ne sont pas sollicités pour répondre directement à celles-ci : un bon questionnaire décline en effet la problématique de base en questions élémentaires auxquelles le répondant saura parfaitement répondre.
Les enquêtes combinent souvent deux formes de questionnaire, avec une dominante de questions fermées et quelques questions ouvertes, plus riches mais aussi plus difficiles à traiter statistiquement.[1]
Il est défini aussi comme un Instrument de collecte de l'information. Il est fondé sur un recueil de réponses à un ensemble de questions posées généralement à un échantillon représentatif d'une population.

2. Les types de questions :[2]

Au plan de la forme, on distingue classiquement d'une part des questions fermées et d'autre part des questions ouvertes.

- **Question fermée :** Une question fermée est une question dont la formulation comporte une liste préétablie de réponses possibles, ainsi fixe-t-on à l'avance les catégories de réponses. Un questionnaire à questions fermées constitue souvent un questionnaire pré-codé. Ce type de question offre plusieurs avantages :

- on peut repérer et classer rapidement l'information ;
- cela exige peu d'effort du répondant mais plus de l'enquêteur ;
- cela peut être utile en début de questionnaire à titre d'introduction.

L'inconvénient de la question fermée tient au fait qu'elle se limite aux données objectives.

- **Question ouverte :** le chercheur peut aborder pratiquement tous les sujets. Les questions ouvertes se traduisent parfois par des réponses vagues et, dès lors, difficiles à dépouiller et à interpréter. Une question ouverte laisse à l'individu la liberté de s'exprimer, que le répondant répond comme il le désire

Divers types de questions peuvent être évoquées :

-la question alternative : permet un choix à l'intérieur de la même question ;
-la question dichotomique : permet le choix entre deux réponses (vrai ou faux ; oui ou non) ;
-la question de reconnaissance : permet d'identifier des éléments, des objets ou des sujets;
-la question à choix multiples : permet de choisir autant de réponses que désiré;
-la question à possibilités multiples : permet le choix entre plusieurs réponses;

[1] *L'enquête par questionnaire*, (page consulté le 13/12/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:vbNL9g8qhr4J:ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/examples/too_qst_res_fr.pdf+l'administration+de+questionnaire&hl

[2] Hervé GUMUCHIAN et Claude MAROIS, *Initiation à la recherche en géographie*, Economica, 2000, P254

-la question avec classement : le répondant doit ordonner différentes réponses selon un ordre ;

-la question avec échelle d'évaluation : on demande de répondre par un score (souvent utilisée pour mesurer le degré de satisfaction).

3. L'objectif de l'étude :

L'objectif de l'étude est de prendre des décisions afin d'améliorer la qualité des services de maternité (accouchement) au niveau de l'établissement Hospitaliers spécialisé (EHS) de Tlemcen.

B. Outil :

Pour atteindre l'objectif de notre étude on a utilisé une enquête basée sur un questionnaire conçu de manière à évaluer la satisfaction à propos d'accueil, des soins, des comportements, d'hôtellerie, et de restauration. L'évaluation de la satisfaction représente un sujet de recherche concernant le marketing de soin santé (voir chapitre II). La satisfaction est considérée comme l'un des indicateurs de l'évaluation de la qualité des soins et mesure la qualité des services de l'accouchement selon Zeithaml et ses collègues, en comparant le taux de la qualité perçue à celui de la qualité vécue (voir le chapitre II), en rassemblant les composantes de la qualité à l'image de l'établissement.

Notre questionnaire se compose de dix questions. Le tableau n°17 montre le type des questions posées.

Tableau n° 17: le type des questions posées dans notre questionnaire

Source : Tableau réalisé par l'étudiante

	Question fermée			**Question ouverte**
Mode de question	**Question dichotomique**	**Question à choix multiples**	**Question fondé sur l'échelle d'évaluation**	
Les questions de notre étude	Qu2 Qu3 Qu5	Qu1 Qu4 Qu6 Qu7 Qu10	Qu8	Qu9

Les six premières questions sont posées pour déterminer les caractéristiques de l'échantillon choisi, la septième et la dixième question sont posées pour savoir la qualité perçue et vécue de service de l'accouchement, la question huit représente le tableau de satisfaction, ce dernier se compose des facteurs suivants : l'accueil, les soins, le comportement de personnel, l'hôtellerie, et enfin la restauration.

La difficulté de rendre opérationnelle la satisfaction des patients est notamment liée à la méconnaissance des facteurs qui y sont associés. [1] Les facteurs choisis pour évaluer la

[1] La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients Patient Raymond Grenier, Ph.D. Professeur titulaire, Secrétaire de Faculté, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, C.P. 6128,3 Succursale « Centre-ville », Montréal, Canada. H3C 3J7. P 7

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

satisfaction de ces parturientes ne peuvent pas être à cent pour cent complets, donc la neuvième question (question ouverte) peut nous apporter une idée sur les autres facteurs auxquels on n'a pas pensé.

C. Méthode :

1. Choix de l'échantillon :

La population ciblée est les parturientes admises et hospitalisées au niveau de ce service. Etant donné que la moyenne de l'accouchement est de 40 accouchements/jour au niveau de l'établissement hospitalier spécialisé (CHS) de Tlemcen, qui représente la population (femmes qui accouchent) par jour, donc N=40

On a choisi la méthode du calcul de la taille de l'échantillon selon l'**équation de Steven Thompson**[1] :

$$n = \frac{N \times p\,(1-p)}{[[N-1 \times (d^2/z^2)] + p\,(1-p)]}$$

N : population, N=40

P : proposition observée dans l'échantillon. En général, cette proposition n'est pas connue et l'on choisit l'hypothèse P= 0.50.

d : l'erreur accepté, ou la mesure de la marge d'erreur maximum supportée. En général, il se situe entre 2 et 6%. Dans notre cas on a choisi 0.05.

z : un coefficient qui dépend du seuil de confiance retenu. Sa valeur est extraite de la table de fonction de répartition de la loi normale centrée réduite. Dans la pratique des enquêtes, ce seuil est en général de 95%, en ce cas, z= 1.96.

$$n = \frac{40 \times 0.50\,(1-0.5)}{[[40-1 \times (0.05^2/1.96^2)]+0.50(1-0.5)]}$$

$$\mathbf{n = 36.31 \approx 37}$$

Alors, l'échantillon qui représente la population est égal à 37 ou plus. A cet effet on a choisi trente sept parturientes/jour pendant la période allant du 18/07/2010 au 27/08/2010. L'échantillon choisi représente les 92.5% des parturientes internées par jour. L'échantillon (92,5%) est pris trois fois parce que la population se renouvelle presque chaque trois ou quatre

[1] http://faculty.ksu.edu.sa/70810/DocLib18/Forms/AllItems.aspx

jour, cela pour avoir des informations variées. Alors, le nombre global des parturientes qui en résulte est de cent onze parturientes (111).

2. Déroulement de l'enquête :

Il existe deux façons de poser un questionnaire, la première appelée questionnaire auto-administré, ce dernier est distribué de la main à la main ou envoyé par courrier, il est bien adapté aux populations homogènes, son caractère impersonnel conduit à diminuer le taux de réponse. La deuxième appelée le questionnaire administré individuellement, L'interaction enquêteur-enquêté permet de créer un climat plus stimulant ou motivant pour les répondants, il est bien adapté aux sujets complexes et aux questionnaires avec de nombreuses questions. [1]

On a choisi le questionnaire administré individuellement pour les raisons suivantes :

a. Ce ne sont pas toutes les parturientes qui possèdent un niveau d'instruction qui leur permet de comprendre le questionnaire.
b. La fatigue et les douleurs les gênent à lire le questionnaire.
c. L'interaction enquêteur-enquêté permet à l'enquêteur d'avoir la totalité des réponses.

Les difficultés rencontrées lors de l'enquête sont de nature relationnelle (il n'y a pas de convention officielle entre la direction de santé, l'hôpital et les chercheurs) étant donné qu'il n'existe pas une facilité à accéder aux services concernés par l'enquête. Pratiquement, les échanges s'avèrent compliqués à cause de la méfiance et de la mentalité des parturientes qui semblent ne pas être préparées à ce genre d'enquête.

3. Méthodes statistiques :

L'Excel

[1] http://www.anfh.asso.fr/fonctioncadre/cadre/goweb/Cadre_GO_Questionnaire.htm

D. Résultats et discussion :

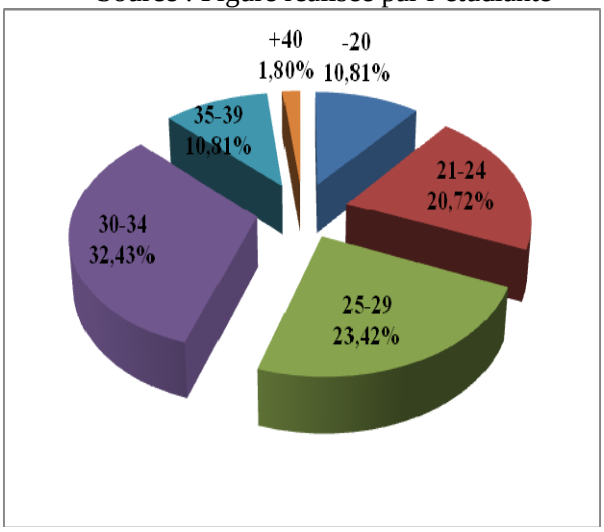
1. Caractéristiques des parturientes interrogées :

Les premières cinq questions ont servi afin de définir les caractéristiques de l'échantillon choisi.

a. L'âge des parturientes interrogées

Figure n° 20: La structure d'âge des parturientes

Source : Figure réalisée par l'étudiante

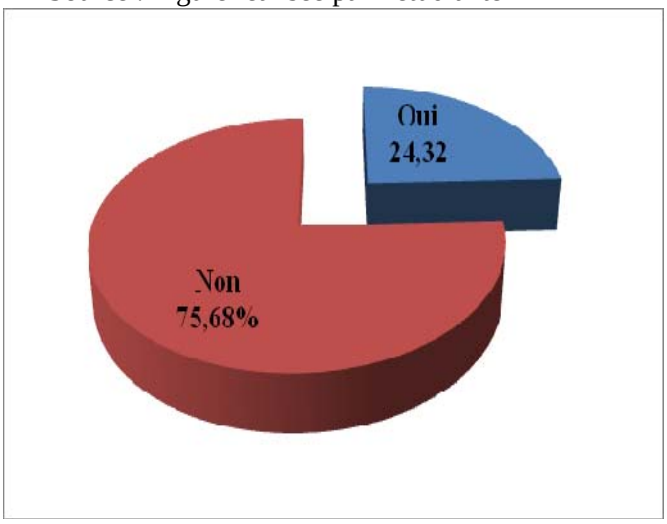


L'âge moyen des parturientes est de 27,67. Les 43,24% ont un âge compris entre 30 et 39ans. Les autres qui ont entre 21 et 29ans représentent presque 44,14% de l'effectif des femmes interrogées.

b. Le rendez-vous pour l'accouchement :

Figure n°21 : Le pourcentage des rendez-vous obtenus.

Source : Figure réalisée par l'étudiante

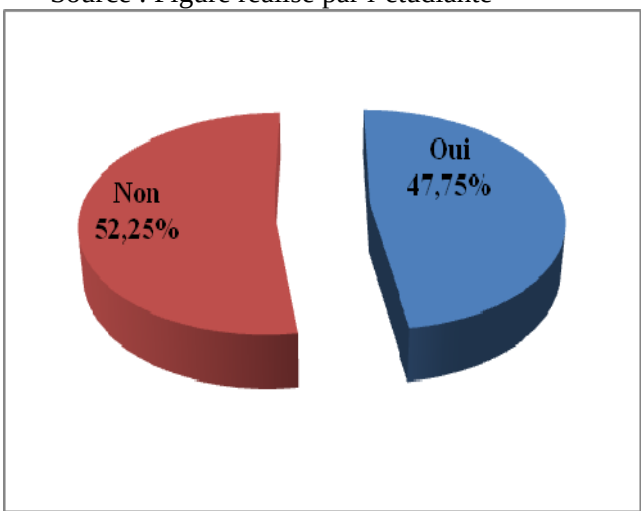


On note que sur l'effectif total des parturientes interrogées 75,68% ont été admises simplement sans rendez-vous par contre 24,32% l'ont obtenu.

c. Le premier accouchement :

1- Figure n° 22: C'est votre premier accouchement ?

Source : Figure réalisé par l'étudiante

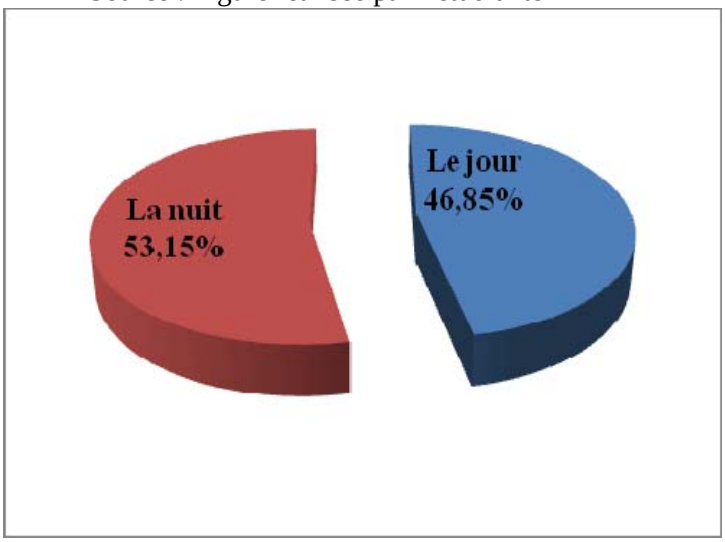


Il en ressort de l'enquête que 47,75% des parturientes interrogées accouchent pour la première fois, les autres représentent 52,25%.

d. L'admission :

Figure n° 23: Pourcentage des parturientes admises par rapport au moment de l'arrivée

Source : Figure réalisée par l'étudiante

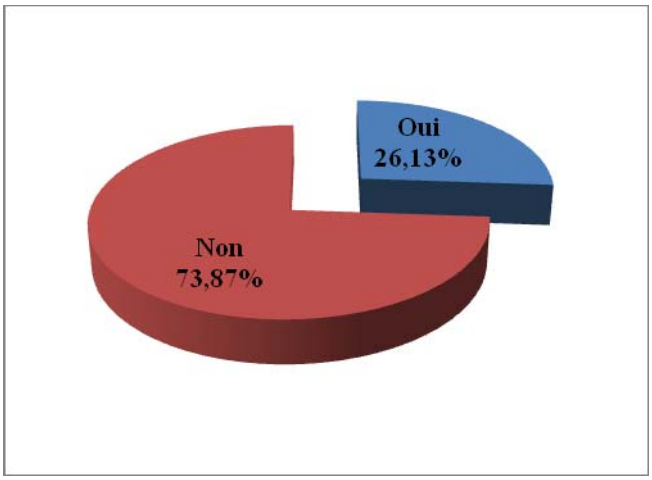


Les 53,15% ont été admises la nuit, le reste représente les parturientes arrivées le jour.

e. L'existence d'une autre maternité proche du lieu de résidence des parturientes :

Figure n° 24 : Aviez-vous une maternité auprès de chez vous ?

Source : Figure réalisée par l'étudiante

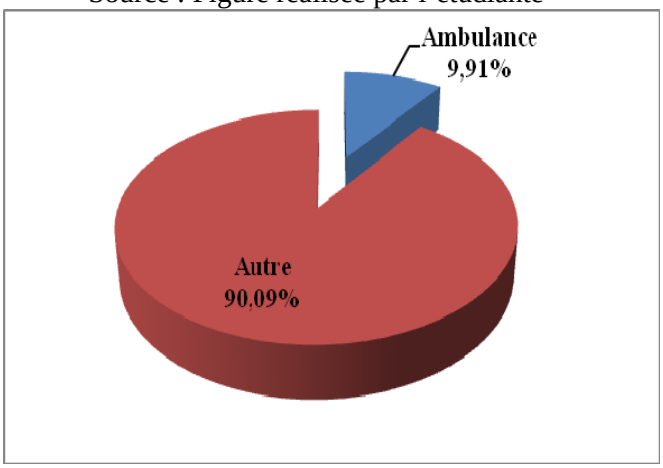


Les 26,13% des parturientes refusent les maternités proches de leurs lieux de résidences et préfèrent pour plus d'assurance aller jusqu'au cette maternité. En revanche, 73,87% la proximité de la maternité leurs facilite l'admission.

f. Le moyen de transport :

Figure n° 25: Pourcentage des parturientes arrivées par ambulance ou par un autre moyen de transport

Source : Figure réalisée par l'étudiante

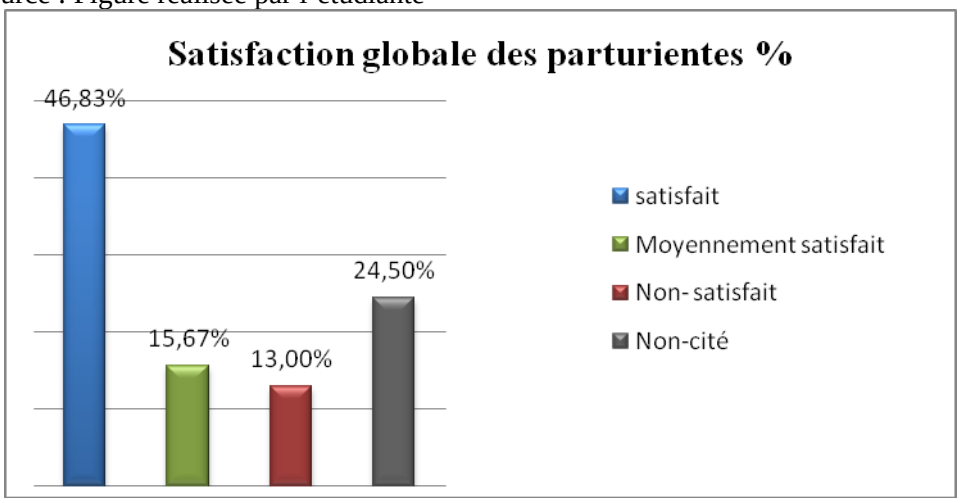


Les 90,09% sont arrivées par les moyens de transport autre que l'ambulance. Par contre les 9,91% ayant probablement eu des complications ont transité par les urgences ce qu'il leurs a permis de se procurer l'ambulance qui s'avère un moyen de transport plus sécurisé.

1. **La satisfaction :**
   a. **La satisfaction globale :** eu égard au résultat exprimé par l'histogramme ci-dessous la satisfaction globale des parturientes sur les facteurs choisis est de l'ordre de 46,83% c'est-à-dire moins que la moitié des femmes interrogées sont satisfaites, le taux des parturientes qui sont moyennement satisfaites vaux 15,67. les parturientes non-satisfaites représentent les 13%.

Figure n°26 : La satisfaction globale

Source : Figure réalisée par l'étudiante



b. La satisfaction des parturientes par rapport à chaque facteur:

1) L'accueil :

49,55% des parturientes ont trouvé l'accueil satisfaisant, par contre les 19,82% et les 30,63% ont répondu respectivement moyennement satisfaisant et non-satisfaisant. Ceci nous amène à penser que l'accueil dans l'ensemble ne réconforte pas la plupart des parturientes à cause probablement d'un manque d'organisation lié au débordement que provoque l'afflux inattendu des malades.

2) Les soins :

La prise en charge de cas : quoique l'accueil demeure un problème, la prise en charge de cas en revanche semble satisfaire à 68,47% des parturientes. Le mauvais état de santé des 2,7% des parturientes est à l'origine de leurs indécisions quant à leurs points de vue.

Soins maternels : les 68,47% des parturientes sont satisfaites, les 28,83% sont moyennement satisfaites, et seulement 2,7% ne sont pas satisfaites à cause peut-être des complications qui sont apparues lors des soins.

Soins de bébé : les 92,79% des parturientes sont satisfaites, les 3,6% sont moyennement satisfaites et 3,6% ne sont pas satisfaites. Ce fort pourcentage de parturientes satisfaites témoigne de la compétence des pédiatres et les aides-soignantes.

Respect d'intimité et de pudeur: les 69,37% des parturientes interrogées ont reconnu que le personnel médical a respecté leur intimité et leur pudeur. 19,82% n'ont pas donnée leurs avis sur ce facteur. 3,6% représente le taux des parturientes non satisfaites.

Préparation à l'accouchement : le taux des parturientes non-satisfaites vaut (18,92%) à peu près la moitié de celui des parturientes satisfaites (42,24%). L'afflux, le manque de bloc opératoire, l'encadrement et le laisser-aller justifient ce taux important qui représente la non-satisfaction.

Prise en charge de douleur : Seulement moins de la moitié des parturientes interrogées sont satisfaites par la prise en charge de la douleur, 13,51% sont non-satisfaites, 19,82% sont moyennement satisfaites et 20,72% n'ont pas données leurs avis sur ce point parce qu'elles n'avaient pas besoin de calmant.

3) **Le comportement :**

Comportement des médecins : 71,17% des parturientes reconnaissent un bon comportement des médecins, 18,02% sont moyennement satisfaites, les 3,6% ne sont pas satisfaites et celles n'ayant pas leurs avis représentent les 7,21%. Le comportement est exemplaire.

Comportement des sages femmes : un peu plus de la moitié des parturientes sont satisfaites du comportement des sages-femmes, les 23,42% sont moyennement satisfaites, les 13,51% sont non-satisfaites, et les 9,91% n'ont pas données de réponse.

Auxiliaire de puériculture: la satisfaction des parturientes s'avère importante, 64,86% satisfaites et 7,21% moyennement satisfaites, les 27,93% qui n'ont pas donné leur avis représentent celles qui n'ont pas encore obtenus les services prester par les auxiliaires de puériculture.

Personnels de nuits : les parturientes non-satisfaites (19,82%) représentent presque la moitié des satisfaites (32,43%). Ceci s'explique par les habitudes du travail de nuit qui parait dur et interminable.

4) **L'hôtellerie :**

Propreté de lit : moins de la moitié des parturientes interrogées sont satisfaites (48,65%), le tiers de ces dernières sont non satisfaites (34,23%), les 17,12% sont moyennement satisfaites.

Propreté des sanitaires : presque la moitié des parturientes ne sont pas satisfaites, Ce taux fait de ce facteur le plus mauvais.

Température de la chambre : la moitié des parturientes interrogées sont satisfaites (51,35%), les 17,12% sont moyennement satisfaites et les 31,53% ne sont pas satisfaites. La période pendant laquelle on a effectué le questionnaire la température a dépassé la moyenne saisonnière.

Le bruit: les 62,16% sont satisfaites, les 25,23% sont moyennement satisfaites et 9,01% sont non-satisfaites, les 3,6% représentent les parturientes qui n'ont pas accordé une importance à ce facteur.

La télévision: presque le tiers des parturientes interrogées sont satisfaites (30,63%), seulement 3,6% ne sont pas satisfaites, et le taux des parturientes qui n'ont pas donné leurs avis vaut 65,77% qui nous montre que ce facteur n'as pas assez d'importance.

Le taux des parturientes qui n'ont pas donné leurs avis vaut 65,77% ce qui montre que ce facteur n'as pas assez d'importance, on remarque une inexistence des parturientes qui sont moyennement satisfaites, les parturientes non satisfaites représentent seulement 3,6%.

5) **La restauration :**

La quantité de repas : les 12,61% représentent les parturientes satisfaites, les 3,6% sont les parturientes moyennement-satisfaites, le même taux représente les non-satisfaites. Les 80,18% des parturientes n'ont pas donné leur avis, ce qui montre que ce facteur n'as pas assez d'importance parce que ces dernières n'ont pas pris les repas offerts par l'EHS Mère et enfant de Tlemcen.

La variété des repas : les résultats sont identiques à ceux du facteur la quantité de repas.

La température : les 80,18% des parturientes n'ont pas donnée leurs point de vue, les 14,41% sont moyennement satisfaites, 8,11% des parturientes sont non satisfaites et il y a que 2,7% des parturientes satisfaites.

La propreté : les 77, 48% des parturientes n'ont pas cité leurs avis, seulement 2,7% des parturientes sont non-satisfaites, les 3,6% sont moyennement-satisfait et les 16,22% sont satisfaites.

c. **Quelle chose vous a-t-elle dérangé ?**

Les parturientes se sont concentrées sur quelques facteurs déjà cités dans la question numéro huit du tableau de satisfaction, tel que l'accueil, propreté des sanitaires, la prise en charge de la douleur et le comportement des sages femmes et des médecins (ils sont non compréhensifs et ils ne sont pas tendres et ils ont pris l'habitude de trop râler). Dans cette question ouverte la disponibilité des lits est l'un des facteurs n'ayant pas été pris en considération lors de l'enquête alors qu'il est important.

Rapport-Gratuit.com

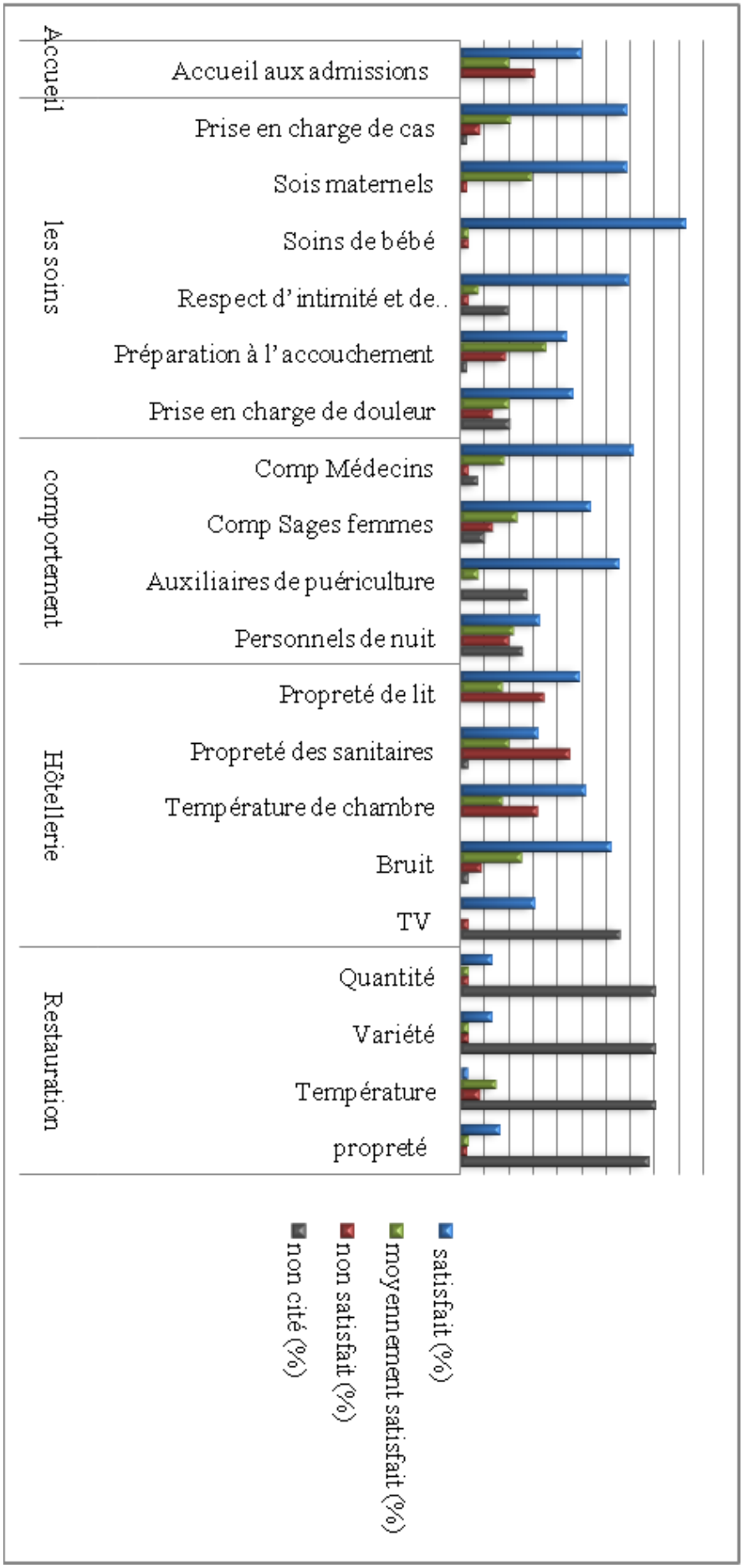


Figure n°27: La satisfaction des parturientes par rapport à chaque facteur:

Source : Figure réalisée par l'étudiante

2. **La qualité:**

Les travaux de Gronroos (1984) ont démontré que la qualité perçue d'un service peut être décomposée en trois composants principaux : la qualité technique, la qualité fonctionnelle et l'image de l'entreprise[1].

La qualité technique est le rendement réel du service. La qualité fonctionnelle est le processus de livraison du service presté[2]. L'image positionnée dans l'esprit des patients intègre ces deux composants (qualité fonctionnel et technique), à cet effet l'image dans notre étude est prise en considération pour évaluer la qualité.

La figure n°28 montre que les 39,64% des parturientes ont une image positive sur l'EHS M et E de Tlemcen avant leurs admissions, 38,74% ont une image négative, et 21,62% n'avaient pas d'idée. On remarque d'une part qu'il y a une augmentation de taux qui représente l'image positive sur la maternité, cela vaut 75,68%, d'autre part une diminution de taux qui représente l'image négative sur les services de l'accouchement cela vaut 24,32%.
Le point de vue des parturientes sur l'image de service de l'accouchement avant l'admission représente la qualité perçue, par contre leurs point de vue après l'admission est la qualité vécue.

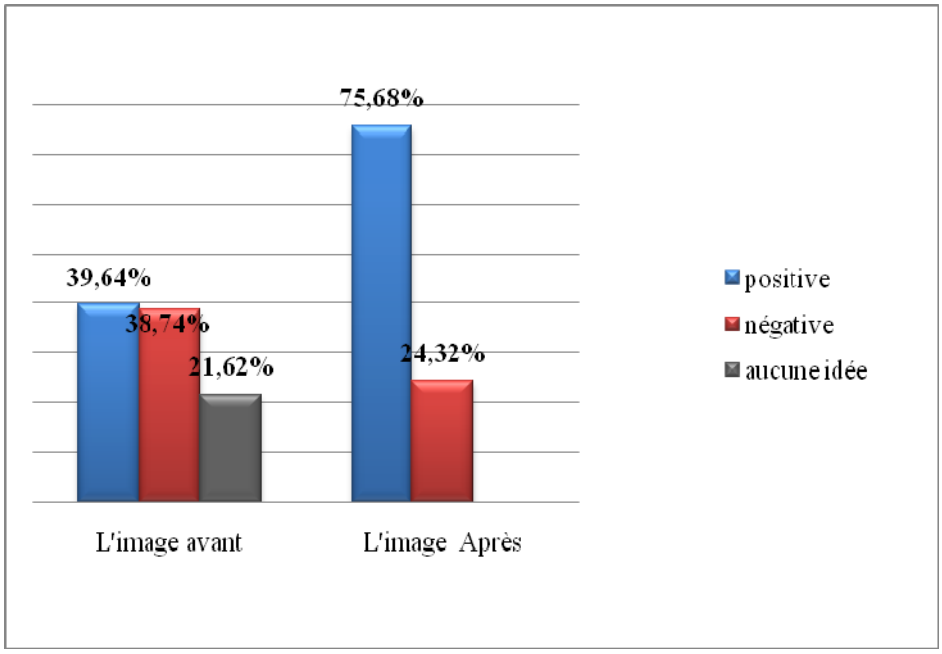
On a cité au premier chapitre (P35) d'après Zeithaml et ces collègues que quand les taux de qualité vécue sont plus bas que ceux de la qualité perçue c'est un signe d'une qualité faible, le contraire indique une bonne qualité. Alors on peut dire que la qualité de service d'accouchement dans l'établissement hospitalier spécialisé Mère et enfant de la Wilaya de Tlemcen a une **bonne qualité** par ce que le taux de la qualité vécue (**75,68%**) est supérieur au taux de la qualité perçue (**39,64%**).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

[1] ANDREANI, Jean-Claude, ELEOUET Florence, SAVART Etiennette, et CONCHON Françoise. *Tendances du Marketing des Services et Implications pour les Secteurs de Santé*. Proposition de Communication au 5ème Congrès des Tendances du Marketing en Europe, Venise 20-21 janvier 2006. P 3-4
[2] LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis (2002), op.cit. P391.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Figure n° 28 : l'image de l'EHS M et E de la Wilaya de Tlemcen selon les parturientes
Source : Figure réalisée par l'étudiante



Malgrè que les résultats concernant la qualité susvisés s'avèrent positifs, il ne faut pas négliger qu'il y a 24,32% des parturientes qui ont pris une idée négative sur l'EHS après l'admission comme le montre le tableau n°18. Les 5,41% parmi les partirientes intérrogées qui avaient une image positive sur la maternité avant l'admissions ont changé leurs point de vue vers le pire. Les 6,31% qui avaient une image négative elles n'ont pas changé leurs point de vue sur l'image après l'adimission. Les 12,61% avant l'admission n'avaient aucune idée sur l'image de la maternité et elles ont pris une mauvaise idée après.

Tableau n° 15 : l'image de l'EHS M et E de la Wilaya de Tlemcen selon les parturientes
Source : Tableau réalisé par l'étudiante

Taux de Parturientes	L'image après l'admission		
L'image avant l'admission	Négative	Positive	∑
Aucune idée	**12,61**	9,01	21,62
Négative	**6,31**	32,43	38,74
Positive	**5,41**	34,23	39,64
∑	24,32	75,68	100

Devant les résultats de l'enquête la relation entre la qualité vécue et la satisfaction des parturientes reste floue, parce que l'image positionnée dans l'esprit des parturientes n'est pas conçue sur des bases objectives et varie selon les circonstances d'une personne à une autre.

Conclusion

En guise de conclusion, il est à préciser que l'enquête menée dans l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant de la wilaya de Tlemcen a permis de mettre en exergue les difficultés que vivent les parturientes lors de leurs séjours. L'évaluation de la satisfaction des parturientes n'était pas du tout facile à cause de difficultés rencontrées au cours de l'enquête.

on peut dire que la qualité de services de maternité (accouchement) dans l'établissement hospitalier spécialisé Mère et enfant de la Wilaya de Tlemcen a une **bonne qualité** par ce que le taux de la qualité vécue (**75,68%**) est supérieur au taux de la qualité perçue (**39,64%**).

Devant les résultats de l'enquête la relation entre la qualité vécue et la satisfaction des parturientes reste floue, parce que l'image positionnée dans l'esprit des parturientes n'est pas conçue sur des bases objectives et varie selon les circonstances d'une personne à une autre.

Malgré que moins de la moitié des femmes interrogées sont satisfaites (46,83%) le taux des parturientes qui sont moyennement satisfaites vaux 15,67% et comme les parturientes non-satisfaites représentent les 13%, la satisfaction des parturientes reste un grand défi qui nécessite l'intervention des fonctions de marketing. Alors, il est très utile de prendre en charge les résultats de satisfaction obtenus par rapport à chaque facteur afin d'élaborer et de prendre les décisions convenables concernant l'amélioration de ce service.

La non disponibilité des lits définis par l'enquête concorde avec l'idée de THOMAS.R (2009), selon laquelle la demande de nombreux services de santé est relativement rare et très imprévisible[1]. (Voir p 65 de chapitre II) cela influence négativement sur le processus de la prestation des soins. Les résultats de satisfaction concernant la préparation à l'accouchement montre que presque la moitié des parturientes interrogées sont non-satisfaites (42,28%) cela justifié par l'afflux, le manque de bloc opératoire, l'encadrement et le laisser-aller.

La télévision et la restauration aux yeux des parturientes ne sont pas négligeables dans l'ensemble et ne présentent pas assez d'importance. Ceci est dû à la non prononciation des parturientes par rapport à ces deux facteurs. En revanche, la non propreté des sanitaires et des lits reste un obstacle face à la satisfaction des parturientes, en plus elle influence négativement la santé de ces dernières justifiée par la possibilité de la contamination des maladies transmissibles et également les infections.

Concernant l'accueil, la plupart des parturientes ont observé un manque d'organisation lié au débordement que provoque l'afflux inattendu des malades. En revanche, la prise en charge de leurs cas semble mieux assurée par cet Etablissement. Les 13,51% des parturientes sont non-satisfaites autour de la prise en charge de la douleur cela à un impact sur le cas psychologique de ces dernières et accentue la souffrance.

Malgré que les soins maternels et infantiles semblent satisfaisants, beaucoup de difficultés et de complications peuvent surgir plutard faussant ainsi les résultats escomptés.

[1] KOTLER. R. Thomas. 2009, op.cit. p32

Ceci confirme l'idée de C. LOVELOCK et Denis LAPERT (2002) concernant l'évaluation des soins par les patients qui demeure souvent difficile.[1]

Concernant la relation personnelle entre les parturientes et le personnel, le comportement de ce dernier reste un grand défi malgré que les résultats concernant ce facteur s'avèrent positifs.

[1] LOVELOCK, Christopher et LAPERT Denis (2002), op.cit. P26.

Conclusion générale

Conclusion générale

Selon MASLOW (1943) la santé représente la priorité dans les besoins humains, pour répondre efficacement à ces besoins l'usage du marketing de santé semble utile et nécessaire. Le produit de la santé est de trois types, il s'agit des biens durables, des biens non durables et les services (biens non durables et immatériels) cette dernière nécessite l'existence des deux premiers types. Les services de santé sont constitués sous forme de paquet.

Le marketing joue un rôle fondamental dans les institutions des services et également dans les établissements de la santé. Il est important de préciser que le marketing de la santé n'est pas seulement une discipline spécifique mais vraiment un domaine de pratique multidisciplinaire autant qu'il est formé par plusieurs domaines y compris la communication, la promotion de la santé, les sciences comportementales et sociales, le journalisme, et beaucoup d'autres domaines.[1] La satisfaction des patients est un défi qui nécessite l'intervention des hommes de marketing qui soutiennent la prise des décisions convenables à partir de la prise en considération des besoins de ces derniers et également à partir du suivi de l'évaluation de leurs satisfactions.

Au niveau de l'Etablissement hospitalier spécialisé de la Wilaya de Tlemcen, plusieurs paquets des services de santé sont fournis afin de répondre aux besoins des femmes et des enfants. Cependant, le service de maternité a concerné l'enquête qui a pour objectif d'évaluer la satisfaction des parturientes durant tout leur séjour.

Devant les résultats de l'enquête la qualité de service de maternité dans l'établissement hospitalier spécialisé Mère et enfant de la Wilaya de Tlemcen a une **bonne qualité** par ce que le taux de la qualité vécue (**75,68%**) est supérieur au taux de la qualité perçue (**39,64%**). la relation entre la qualité vécue et la satisfaction des parturientes reste floue, parce que l'image positionnée dans l'esprit des parturientes n'est pas conçue sur des bases objectives et varie selon les circonstances d'une personne à une autre.

Les femmes interrogées satisfaites ont un taux de 46,83%. Le taux des parturientes qui sont moyennement satisfaites vaut 15,67% et les parturientes non-satisfaites représentent les 13%. Alors, il est très utile de prendre en charge les résultats de satisfaction obtenus par rapport à chaque facteur afin d'élaborer et de prendre les décisions convenables concernant l'amélioration de ce service.

La spécificité de la demande des services de santé est relativement imprévisible[2]. (Voir p65 de chapitre II) ce qui a crée beaucoup de perturbations au niveau de processus de prestation de service. Les résultats de satisfaction concernant la préparation à l'accouchement montre que presque la moitié des parturientes interrogées sont non-satisfaites (42,28%) cela justifié par l'afflux, le manque de bloc opératoire, l'encadrement et le laisser-aller.

La télévision et la restauration aux yeux des parturientes ne sont pas négligeables dans l'ensemble et ne présentent pas assez d'importance. Ceci est dû à la non prononciation des parturientes par rapport à ces deux facteurs. En revanche, la non propreté des sanitaires et des lits reste un obstacle face à la satisfaction des parturientes, en plus elle influence négativement

[1] www2c.cdc.gov/podcasts/downloader/download.pdf?af=t&f=760
[2] K. Richard. M*arketing Health services*, second edition, 2009, p32

la santé de ces dernières justifiée par la possibilité de contamination des maladies transmissibles et également les infections.

Concernant l'accueil, la plupart des parturientes ont observé un manque d'organisation lié au débordement que provoque l'afflux inattendu des malades. En revanche, la prise en charge de leurs cas semble mieux assurée par cet Etablissement. Les 13,51% des parturientes sont non-satisfaites autour de la prise en charge de la douleur cela à un impact sur le cas psychologique de ces dernières et accentue la souffrance.

Malgré que les soins maternels et infantiles semblent satisfaisants, beaucoup de difficultés et de complications peuvent surgir plutard faussant ainsi les résultats escomptés. Ceci confirme l'idée de C. LOVELOCK et Denis LAPERT (2002) concernant l'évaluation des soins par les patients qui demeure souvent difficile.[3]

Concernant la relation personnelle entre les parturientes et le personnel, le comportement de ce dernier reste un grand défi malgré que les résultats concernant ce facteur s'avèrent positifs.

Cette étude a permis de mettre en évidence les problèmes réels exprimés et vécus par les parturientes elles mêmes. Ceci va leurs permettre de participer à la prise de décision conseillée par les hommes de marketing pour améliorer la qualité de service de maternité.

[3] LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis(2002), op. cit. P26.

La Bibliographie

La Bibliographie

1. AMAR, Béatrice, et GUEGUEN Jean-Philippe. *Soins infirmiers: Concepts et théories, démarche de soins*, 2ème édition, MASSON 2007
2. ANDREANI, Jean-Claude, ELEOUET Florence, SAVART Etiennette, et CONCHON Françoise. *Tendances du Marketing des Services et Implications pour les Secteurs de Santé.* Proposition de Communication au 5ème Congrès des Tendances du Marketing en Europe, Venise 20-21 janvier 2006. P 3-4
3. ANDRIEN Michel, et GEGHIN, Ivan. *Nutrition et communication : de l'éducation nutritionnelle conventionnelle à la communication sociale en nutrition*, L'Harmattan, 1993
4. AUBERT Lucien, et SAN MARCO Jean-Louis, *Santé publique*, MASSON, 2007.
5. BAGLIN, Gérard, et CAPRARO Mario, *La Lean services: une démarche opérationnelle de compétitivité des PME des services,* Presses Universitaires de Lyon, 2000
6. BARDEY, David. *« Demande induite et réglementation de médecins altruistes* », Revue économique, vol. 53, N° 3 (Mai 2002), p. 581-588.
7. BELARIBI, Fatima Zohra. *Les méthodes quantitatives pour l'aide à la décision dans le domaine pétrolier cas de la compagnie pétrolière SONTRAC.* Mémoire pour l'obtention de magister. Université d'Abou bekr belkaid, 2004.
8. BELLUT, Serge. *Raisonnement médical, Les processus de la décision, démarches, méthodes et outils*, Afnor, 2002
9. BENSAHEL, Liliane. *Introduction à l'économie des services*, Presses universitaires de Grenoble, 1997
10. BERESNIAK, Ariel, et DURU, Gérard. *Santé publique : connaissance et pratique*, 5ème édition éditeur MASSON paris 2005
11. BIRKINSHAW, Marie. *Marketing social pour la santé*, documentation de l'organisation mondiale de la santé, 1989.
12. BLOOM, David E, CANNING David et JAMISSON T. Dean. « Santé, *Richesse et bien-être », Revue Finance & développement*, N° (Mars 2004), p. 10-15.
13. BOITTE, Pierre. *Éthique, justice et santé. Allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*, Coll. " Catalyses ", Artel - Fides, Namur - Montréal, 1995
14. BOUBCHIR, M.A. Monographie sur l'hypertension artérielle, office des publications universitaires, Alger 2004 Journal officiel de la république Algérienne n°43. 16Joumada Elthania 1428 correspondant au 1er Juillet 2007.
15. Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice. J Emerg Med 2004 Jan;26(1):13-26.
16. BRIGNON, Jean. *Petit précis de santé publique*, LAMMAR, 2007
17. BROCHU, Jaques. *Considérations éthiques du retrait de la ventilation*, M.D. 10ème symposium de soins intensifs ; HÔTEL Québec, 2006
18. CHIROUZE, Yves, et BELLETANTE Bernard. *le marketing : études préalables à la prise de décision*, COPYRIGHT, 1993.
19. CORDIER Alain. *La Santé est-elle un marché ?* La documentation française, Paris 1990
20. CORDIER Alain. *La Santé est-elle un marché ?,* La Documentation française, Paris, 1990.

Rapport-Gratuit.com

21. DAUVIN Pascal. *La Communication des ONG Humanitaires*, l'Harmattan, Paris 2010
22. DE BROCA, Alain. *Douleurs, soins palliatifs, deuils*, 2ème édition, Paris, MASSON, 2005
23. DE POUVOURVILLE Gérard, *Rapport sur la recherche en médecine générale*, la Revue du praticien du 15 juin 2007 (tome 57, numéro 11), Déclaration d'Alma-Ata (OMS - 1978) P1
24. DELANDE, Guy. *Introduction à l'économie de la santé*, Paris, John Libbey Eurotext, 1991.
25. DESFORGES D., Comment prendre en compte la santé dans la mesure de la richesse ?, Revue *Regards croisés sur l'économie* 2009/1, N° 5, p. 42-43.
26. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1988 Sept; 260(12):1743-48
27. DONALD, Mc Malcolm. *Les plans marketing, comment les établir ? Comment les utiliser ?*, De Boeck, 2003
28. Eigler.P & al, *Servuction : Le marketing des services*, Mc Grow-Hill, Paris, 1987
29. Encarta en français, 2009
30. FAIRE Jean-Philippe, Des études classiques aux études stratégiques revu Française de marketing, nos 142-143, Paris, 1993, P.77
31. G. DURU, Berresniak. *Economie de la santé*, 6ème édition, MASSON, 2008.
32. G. EVANS, Robert, L. BARER Morris, R MARMOR Theodore, *Être ou ne pas être en bonne santé*, John Libbey Eurotext 2006.
33. GAUTHY-SINEHAL, Martine, VANDERCAMMEN Marc, et SAINTROND Roland. *Etudes de marchés, méthodes et outils*, De Boeck, 2e édition, 2005
34. GUMUCHIAN, Hervé, et MAROIS Claude. *Initiation à la recherche en géographie*, Economica, 2000
35. Haïfa NAFFAKH, (2008), «équipe entrepreneuriale et prise de décision : une étude exploratoire sur le role de la diversité de la capital humai » thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Nancy 2.
36. HERISSON, Christian , CODINE Philippe , et CODINE Bernard. *Membre supérieur et pathologie professionnelle (troubles musculosquelettiques)*, Paris, MASSON, 2001
37. INGHAM, Marc. *Management Stratégique et Compétitivité***,** De Boeck Université, coll. Management, 1995.
38. Institute of Medicine (2001), *Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century*. Washington DC, National Academy Press.
39. Journal officiel de la république Algérienne N° 43. 16 Joumada Ethania 1428 correspondant au 1er Juillet 2007
40. Journal officiel de la république Algérienne n°43. 16Joumada Elthania 1428 correspondant au 1er Juillet 2007.
41. Kelly E, Hurst J. (2006), Health care quality indicators project: Conceptual framework paper. OECD Health Working Papers, no.23, OCDE Paris.
42. KINNON, C.M, VELASQUEZ, G, et FLORI, Y.A. *Extrait de « Economie de la santé* », document WHO, p11.
43. KOTLER, Philip & ANDERSON, A. Strategic Marketing for Nonprofit Organisations. Englewood Cliffs, Prentice HALL, 1992.
44. KOTLER, Philip, et B Dubois. *Marketing Management*, 10ème édition, Paris, PUBLI-UNION, 2006
45. KOTLER, Philip. S*trategic marketing for healthcare organizations,*2008
46. KOTLER. Philip, *marketing management*, 6ème Edition, Eglewood cliffs, Prentice Hill, New Jesey, 1987.

47. La Documentation de la direction et de la population de la wilaya de Tlemcen
48. LAPERT, Denis. *Marketing des services*, Dunod, 2005.
49. LENDREVI, Jacques et Lindon, Denis. *Mercator*, 4ème edition, Dalloz paris, 1996.
50. LENDREVIE, Jacques, Julien LEVY, et Denis LINDON. *Mercator: théorie et pratique du marketing*, 8ème édition, DUNOD, 2006.
51. Léon . CAISSIERS& Micheline. ROELANDT. *Enjeux éthiques de l'accès aux soins de santé*, Garant 2004
52. Level of care study, NEJM 2003; 349: 1123-1132
53. LOVELOCK, C, WRIGHT L. Principles *of services marketing and management*
54. LOVELOCK, Christopher, et LAPERT Denis. *Marketing des services stratégie, outils, management*
55. Lovelock, G. Classifying services to gain strategy marketing in sight, journal of marketing, chigago, 1983, p11-12
56. M.CAZABAN, J. DUFOUR, P.FABBRO-PERAY. *santé publique : connaissances et pratique*, 5ème édition, MASSON, Paris 2005
57. MACQUET Jean-Claude. Le marketing social. In: Communication et langages. N°41-42, 1er-2ème trimestre 1979. pp.173-182
58. MAKREM SAADI, Implantation de l'approche relationnelle dans le domaine des services: cas du secteur bancaire, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en administration des affaires, JANVIER 2009
59. MARTINET, Yves, ANTHOINE Daniel, et PETIET Guy. *Les Maladies respiratoires d'origine professionnelle*, Paris, 2ème édition, MASSON, 1999
60. MAYRHOFER, Ulrike. *Marketing*, 2ème édition, Bréal, 2006
61. OURY, Pascaline, et Phillip de WOOT. *Rédiger pour être lu: Les secrets de la communication écrite efficace*, 2ème Edition, De Boeck – Wesmael, 2000.
62. PAOLAGGI, Jean-Baptiste, et COSTE Joël, *Le raisonnement médical de la science pratique clinique*, Estem, 1999
63. POUCHAIN, Denis. *Médecine générale: concepts & pratiques l'usage des étudiants, des enseignants et des praticiens de la discipline*, Paris, MASSON, 1996.
64. QUENEAU, Patrice. *Automédication, auto prescription, autoconsommation*, John Libbey Eurotext, 2000.
65. SAIH, Abdelhak. « Le système de santé publique en Algérie», *revue de gestion hospitalière,* n° (Avril 2006), p. 241-244.
66. TEBOUL, Teboul. Management des services, 2007.
67. TERNISIEN, Michel. *Indicateurs et facteurs de compétitivité des services rendus à l'industrie étude,* 2001
68. THOMAS. K, Richard. *Health Services Marketing: A Practitioner's Guide*, Springer-Verlag New York Inc, USA, 2007
69. THOMAS. K, Richard. *marketing Health services*, second edition, Springer-Verlag New York Inc, USA, 2009
70. THOMAS. K, Richard. *marketing Health services*, Springer-Verlag New York Inc, USA, 2004
71. VANDERCAMMEN, Marc et autres. *le marketing : l'essentiel pour comprendre décider et agir*, 1ère édition, De Boeck 2002
72. ZAMBROWSKI, Jean-Jacques. *Théorie et pratique de l'économie de la santé à l'usage des pharmaciens d'officine*, MASSON, 2001

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Les sites internet

1. *Adopted or adapted from the American Marketing Association Dictionary of Marketing Terms*, [en ligne]. Adresse URL : http://www.marketingpower.com/mg-dictionary.php
2. BENKALFAT, Mokhtar. *Santé : la médecine algérienne en question,* (page consulté le 11/01/2011), [en ligne]. Adresse URL : http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/poivue62.htm
3. BERAUD, Claude. *Qualité de la relation médecin- patient et décision médical*, [En ligne], Adresse URL : http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2009/11/14/qualite-de-la-relation-medecin-patient-et-decision-medicale.html
4. *Chapitre 1 : introduction au marketing*, (page consulté le 11/01/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e237462.pdf.
5. Cour de santé publique, (page consulté le 01/02/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.infirmiers.com/cours-sante-publique-notions-de-base.
6. DE BACKER, Bernard. *Les soins palliatifs*, (page consulté le 02/07/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.mutsoc.be/mutsoc/medocumenter/brochures/soins-palliatifs.htm
7. *Définition de la santé dans le dictionnaire de langues française* (page consulté le 06/06/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/sante/
8. *Définition du système de santé* (page consulté le 13/01/2010), [en ligne]. Adresse URL: http://www.acdi-cida.gc.ca/acdi-cida/acdi-cida.nsf/fra/JOS-1116135126-Q57
9. *Economie de la santé*, (page consulté le 15/10/2010), [en ligne]. Adresse URL: http://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89conomie_de_la_sant%C3%A9
10. *Evaluer et améliorer la satisfaction du client*, (page consulté le 11/12/2010), [en ligne]. Adresse URL: http://www.netpme.fr/organisation-management/811-evaluer-ameliorer-satisfaction-client.html
11. FAFARD Patrick, *Données probantes et politiques publiques favorables à la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique* (page consulté le 06/06/2010), [en ligne]. Adresse URL :http://www.cprn.org/documents/50038_FR.pdf
12. *Histoire de médecine en Algérie*, (page consulté le 11/01/2011), [en ligne]. Adresse URL: http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algerie/hist/index.asp
13. http://faculty.ksu.edu.sa/70810/DocLib18/Forms/AllItems.aspx
14. http://leshumas.insa-lyon.fr/management-entreprise/ressources.
15. http://marketing.thus.ch/loader.php?page=Piton-I
16. http://www.anfh.asso.fr/fonctioncadre/cadre/goweb/Cadre_GO_Questionnaire.htm
17. http://www.memoireonline.com/05/09/2088/m_loptimisation-de-la-strategie-multicanal-dune-institution-financiere.html
18. http://www.memoireonline.com/12/06/295/m_analyse-qualite-de-services-centre-de-service.html
19. *l'enquête par questionnaire*, (page consulté le 25/11/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:vbNL9g8qhr4J:ec.europa.eu/europeaid/

evaluation/methodology/examples/too_qst_res_fr.pdf+l'administration+de+questionnaire&hl

20. *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?,* [pdf en ligne]. Adresse URL : www.irdes.fr

21. NAPHAYVONG , Philaysak, IFMT, système de santé en RDP Lao, [en ligne]. Adresse URL: http://www.ifmt.auf.org/IMG/pdf/Systeme_Sante_Laos.pdf

22. OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2009 Pdf*, [En ligne], Adresse URL :http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf

23. page consulté le 13/07/2010, [en ligne]. Adresse URL : www2c.cdc.gov/podcasts/downloader/download.pdf?af=t&f=760

24. *Pyramide des besoins de Maslow*, (page consulté le 30/04/2010), [en ligne]. Adresse URL : http://fr.wikipedia.org/wiki/Pyramide_des_besoins_de_Maslow

25. TREMBLAY, Gabriel. *Les différents types d'études économiques en santé*, [En ligne], Adresse URL : http://economiesante.com/2010/04/04/les-differents-types-d'etudes-economiques-en-sante/
26. www.jetudie.net

Communications en arabe :

1. ثامر ياسر البكري، عنان عبد الرزاق العبيدي التسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة بحث مقدم إلى المؤتمر العلمي الأول لكلية الاقتصاد ة العلوم الإدارية جامعة العلوم التطبيقية الأهلية الأردن.
2. لعجال العمرية، مفهوم التسويق الصحي، بحث مقدم إلى الملتقى الدولي 14-15 أفريل 2009: صنع القرار في المؤسسة الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير و العلوم التجارية –جامعة مسيلة-

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

LES ANNEXES

Enquête : Evaluation de la satisfaction des parturientes de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et enfant de la Wilaya de Tlemcen

1- Quel âge avez-vous ?

☐ -20ans ☐ [21-24] ☐ [25-29] ☐ [30-35] ☐ [36-39] ☐ +40ans

2- Aviez-vous eu un rendez-vous pour l'accouchement

☐ Oui ☐ Non

3- C'est votre premier accouchement ?

☐ Oui ☐ Non

4- Êtes-vous arrivées ?

☐ Le jour ☐ La nuit

5- Avez-vous une maternité auprès de chez vous ?

☐ Oui ☐ Non

6- Quelle image aviez-vous sur l'EHS M&E avant votre arrivée ?

☐ Positif ☐ Négatif ☐ aucune idée

7- Etes-vous arrivées par

☐ Ambulance ☐ Autre moyen de transport

1/2

Enquête : Evaluation de la satisfaction des parturientes de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et enfant de la Wilaya de Tlemcen

8- Tableau de satisfaction

ACCUEIL	Satisfait	Moyennement satisfait	Non-satisfait	Non-cité
Accueil aux admissions				
LES SOINS	Satisfait	Moyennement satisfait	Non-satisfait	Non-cité
Prise en charge de votre cas				
Soins maternels				
Soins de bébé				
Respect de votre intimité et de votre pudeur				
Qualité au cours de préparation à l'accouchement				
Prise en charge de la douleur				
VOTRE APPRECIATION SUR LE COMPORTEMENT DES	Satisfait	Moyennement satisfait	Non-satisfait	Non-cité
Médecins				
Sages femmes				
Auxiliaires de puériculture				
Personnels de nuit				
HOTELLERIE	Satisfait	Moyennement satisfait	Non-satisfait	Non-cité
Propreté de lit				
Propreté des sanitaires				
Température de chambre				
Bruit				
Tv				
RESTAURATION	Satisfait	Moyennement satisfait	Non-satisfait	Non-cité
Quantité				
Variété				
température				

9- Quelle chose vous a-t-elle dérangé ?

……
……
……
……

10- Aviez-vous changé votre regard sur l'image de l'EHS M&E après votre séjour ?

☐ Positif ☐ Négatif ☐ aucune idée

2/2

Résumé :

Plusieurs problèmes et dysfonctionnements peuvent compliquer le processus et la qualité des services des soins de santé au niveau des établissements hospitaliers, par exemple : les équipements, les médicaments, le comportement du personnel de santé, la diminution du personnel qualifié, et les coûts.

L'Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS) Mère et Enfant de la wilaya de Tlemcen est parmi les plus importants au niveau de la wilaya. L'éclairage est apporté sur le service de maternité fourni au niveau de cet établissement, en utilisant l'outil Marketing à partir de l'élaboration d'un questionnaire pour évaluer la satisfaction des malades à propos de l'accueil, les soins, le comportement du personnel, la restauration et l'hôtellerie, ceci nous a permis de mesurer la qualité des soins selon Donabedian (1988) d'un côté, de l'autre côté on mesure la qualité de service de maternité selon Gronroos (1984), en se contentant de l'image positionnée dans l'esprit des parturientes avant et après la prestation de ce service. Cette étude a mis en exergue les insuffisances afin de prendre des décisions dans le sens d'améliorer le service de maternité dans le respect de l'objectif numéro cinq tracé par le gouvernement Algérien dans les objectifs millénaires de 2015.

Mots clés : Le marketing, l'économie, la santé, les soins, la prise de décision, la qualité de service de maternité, Etablissement Hospitalier spécialisé Mères et Enfants de Tlemcen.

Abstract:

Many problems and dysfonctionnements can complicate the process and health services quality in hospitables establishments, such as: equipment, health worker behavior, their qualification and finally costs.

As the specialized hospitable establishment of Mather and child in Tlemcen is among the most importants in this wilaya, We've chosen the service of delivery provided at this Establishment, using a marketing tool we draw up a questionnaire to evaluate patients satisfaction about reception, cares, restauration and hospitality. That allowed us to measure the care quality according to Donabedian (1988) aside, on the other side we measure the delivery services quality according to Gronroos (1984), Taking in consideration the parturients view before and after their sojourn inside the service. This study shows the insuffisances in other to make suitable decisions into improving accouchement service in accordance with the goal number five drawn by the Algerian government among the 2015 millenium goals.

Keys words : Marketing, economy, health, healthcare, decision-taking, delivery service quality, specialized hospitable establishement mothers and children of Tlemcen.

ملـــخـــص:

يمكن للخلل الوظيفي و العديد من المشاكل الأخرى عرقلة نوعية و سيرورة تقديم خدمات الرعاية على مستوى المؤسسات الإستشفائية، و يمكن ذكر على سبيل المثال البعض من هذه المشاكل: كالتجهيزات، الأدوية، سلوك العاملين، نقص كفاءتهم و ارتفاع التكاليف.

و باعتبار المؤسسة الإستشفائية لولاية تلمسان من أهم المؤسسات على مستوى الولاية سوف نحاول إلقاء الضوء على خدمة الولادة التي تقدمها هذه الأخيرة، و ذلك من خلال استعمال أداة التسويق بتقديم استبيان نقوم من خلاله بقياس جودة خدمة الولادة حسب Gronroos (1984) حيث نقوم بتقييم رضا المريضات فيما يخص الاستقبال، الرعاية ، الإطعام و الإقامة من جهة ؛ و من جهة أخرى نقوم بقياس جودة خدمة الولادة حسب Donabedian (1988) وهذا بالاكتفاء بصورة المؤسسة المرسخة في أذهان المريضات قبل و بعد الحصول على الخدمة، مما يمكن من إبراز النقائص التي يجب اخذها بعين الاعتبار في اتخاذ القرارات الملائمة لتحسين جودة هذه الخدمة بالموازاة مع الهدف الخامس لأهداف الألفية المسطرة من طرف الحكومة الجزائرية ل2015

كلمات مفتاحية: التسويق، الاقتصاد، الصحة، الرعاية الصحية، اتخاذ القرار، نوعية خدمة الولادة، المؤسسة الإستشفائية المتخصصة الأم و الطفل بتلمسان