



UNIVERSITE ABDERAHMANE MIRA DE BEJAIA
Faculté des Sciences Economiques, de Gestion et des Sciences Commerciales
Département des Sciences Economiques

Polycopié de cours

MARKETING DES SERVICES DE SANTE

Présenté par :

Dr Brahim FOUDI

Maître de conférences classe « B »

Ce cours est destiné aux étudiants de deuxième année Master (M2)

Filière : Sciences Commerciales

Option : Marketing des Services



Année universitaire 2020/2021

Fiche technique du Module

Module	Marketing des services de santé
Domaine	Sciences Commerciales
Etudiants cible	M2 Marketing des services
Diplôme préparé	Master académique
Semestre	Semestre 3
Volume horaire	135 heures réparties sur 14 semaines
TD	Oui
Modalité d'évaluation	Examen + contrôle continu
Unité d'enseignement	Unité d'enseignement fondamentale
Coefficient	2
Crédit	6

Plan de progression du cours par semaine

Semaine	Chapitre	Section
1	1	1^{ère} Section + ½ 2^e Section
2	1	½ 2^e Section + 3^{ème} Section
3	2	1^{ère} Section + ½ 2^e Section
4	2	½ 2^e Section + 3^{ème} Section
5	3	1^{ère} Section + ½ 2^e Section
6	3	½ 2^e Section + 3^{ème} Section
7	4	1^{ère} Section + ½ 2^e Section
8	4	½ 2^e Section + 3^{ème} Section
9	5	1^{ère} Section + ½ 2^e Section
10	5	½ 2^e Section + 3^{ème} Section
11	6	1^{ère} Section + ½ 2^e Section
12	6	½ 2^e Section + 3^{ème} Section
13	Interrogation	//
14	Examen	//

Préambule

Beaucoup de spécialistes dans le monde entier pensent que la raison principale de la régression de la qualité des soins est le faible recours à la notion du Marketing sanitaire. Ce concept veille à la promotion de la santé et à travers la sensibilisation et la lutte contre les problèmes de santé publique en utilisant

La notion du marketing en santé prête à confusion et beaucoup le met dans une logique purement lucrative, influencé par l'idéologie marchande dominante, ils pensent donc qu'il s'agit de l'ensemble des techniques de vente de promotion et de la publicité dans le domaine de la santé. Cela est une version très réductrice de la notion du marketing en santé.

Les nouvelles tendances et orientations en Marketing incitent sur le fait de mettre au cœur de leurs préoccupations le consommateur au lieu de se concentrer sur le produit et les processus de production. Il est de même en santé, toute organisation sanitaire doit mettre le patient et sa satisfaction comme objectif primordiale.

L'application des notions et principes du marketing dans le domaine de la santé est un pari risqué. Il s'agit de mobiliser des notions inespérées d'une doctrine libérale dans un domaine de forte intervention sociale qui est celui de la santé. En effet, la santé est un domaine très complexe. Il s'agit d'un domaine hautement sensible et vital parce que des vies humaines sont en jeu. Le secteur de la santé est aussi complexe dans sa dimension industrielle, l'industrie pharmaceutique est la plus complexe après celle de l'aéronautique, il est très exigeant sur le plan technique et technologique dont les investissements consacrés à la recherche et développement sont excessivement lourds et le résultat n'est pas toujours garanti.

Dans ce présent cours, il est question de traiter les principaux axes du marketing des services de santé, ainsi, expliquer en quoi consiste les particularités de l'application du Marketing en santé, s'agit-il des mêmes notions ? s'agit-il des mêmes pratiques ? s'agit-il des mêmes démarches ? la santé est-elle un service particulier ? à toutes ces questions, les réponses constituent l'objet de ce cours.

SOMMAIRE

MARKETING DES SERVICES DE SANTE	89
<i>Fiche technique du Module</i>	90
<i>Plan de progression du cours par semaine</i>	90
<i>Préambule</i>	91
<i>Introduction générale</i>	1
CHAPITRE I : Notions de santé et des systèmes de santé	2
<i>Introduction</i>	2
1. La santé : définitions et caractéristiques	3
2. Système de santé et système de soins	5
3. Les acteurs du système de santé (<i>intervenants sur le marché de la santé</i>)	6
4. Typologies des systèmes de santé et de protection sociale dans le monde	7
5. Synthèse de comparaison des modèles des systèmes de santé	8
<i>Conclusion :</i>	10
<i>Autotest Question 1 :</i>	11
CHAPITRE II : Le marketing en santé	12
<i>Introduction</i>	12
1. Définition du marketing	12
2. Evolution du marché de la santé vis-à-vis du marketing	13
3. L'apport du marketing pour le secteur de la santé	15
4. Application du marketing en Santé	17
<i>Conclusion</i>	20
<i>Autotest Question 2 :</i>	21
CHAPITRE III : Service et servuction en santé	22
<i>Introduction</i>	22
1. Notion du service	23
2. Les composantes importantes de service global	23
3. Service de base / Services supplémentaires : bonne mélange pour une offre globale	25
4. Classification de service en santé	25
5. Le service sanitaire	27
6. Distinction entre servuction et production	28
<i>Conclusion du chapitre</i>	30
CHAPITRE IV : Marketing et communication en santé	32

Introduction	32
1. Types de communication en santé	33
2. Les publics cible de la communication en santé	33
CONCLUSION	37
CHAPITRE V : Qualité des soins, son évaluation et son amélioration	38
Introduction	38
1. La qualité des soins	39
2. L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins	45
3. les indicateur qualité de soins, (un outil quantitatif de mesure)	47
4. Caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soins	48
5. Notion de satisfaction :	52
Exemple :	55
Conclusion	56
CHAPITRE VI : Le marché des produits pharmaceutiques	57
Introduction	57
1. Définitions de l'industrie pharmaceutique	58
2. Le médicament et l'industrie pharmaceutique	58
3. Le cycle de vie du médicament	61
4. Evolutions récentes du cycle de vie de médicament	63
	63
5. Segmentation du marché de la santé	64
Conclusion	67
Conclusion générale	88
Ressources Bibliographiques	88

Introduction générale

Parler du marketing dans un domaine si particulier et hautement sensible comme la Santé est un exercice confronté à plusieurs contraintes d'ordre éthique et moral. Comment vendre un service et un produit et chercher le profit au détriment de la santé des patients et leurs vies ?? ce questionnement nous interpelle la nécessité de préciser que le Marketing en Santé et son application est scindé en deux axes principaux :

Le premier c'est celui qui relève de la dimension purement marchande dans un secteur complexe, en recomposition, hautement concurrentiel et incertain, les acteurs de la complémentaire santé explorent plusieurs voies pour tenter de conserver une rentabilité grevée par un désengagement continu et inexorable des régimes obligatoires. Le marketing pourrait alors paraître comme l'outil providentiel pour une bataille de parts de marché, mais sans réelle différenciation certains enjeux peuvent en cacher d'autres.

Le deuxième axe est celui basé sur un comportement désintéressé (but non lucratif) qu'on peut placer dans la case de la logique du Marketing Social. L'objectif dans ce cas de figure est purement préventif, et c'est le cœur même de la santé publique, qui s'inscrit en amont de toutes actions d'ordre curatif.

Les deux logiques, en dépit de leurs opposition idéologique, elles ne s'opposent pas, par contre, elles se complètent pour constituer le corpus d'une discipline peu connue mais qui amorce son émergence.

Le premier c'est celui qui relève de la dimension purement marchande dans un secteur complexe, en recomposition, hautement concurrentiel et incertain, les acteurs de la complémentaire santé explorent plusieurs voies pour tenter de conserver une rentabilité grevée par un désengagement continu et inexorable des régimes obligatoires. Le marketing pourrait alors paraître comme l'outil providentiel pour une bataille de parts de marché, mais sans réelle différenciation certains enjeux peuvent en cacher d'autres.

Le deuxième axe est celui basé sur un comportement désintéressé (but non lucratif) qu'on peut placer dans la case de la logique du Marketing Social. L'objectif dans ce cas de figure est purement préventif, et c'est le cœur même de la santé publique, qui s'inscrit en amont de toutes actions d'ordre curatif.

Les deux logiques, en dépit de leurs opposition idéologique, elles ne s'opposent pas, par contre, elles se complètent pour constituer le corpus d'une discipline peu connue mais qui amorce son émergence.

CHAPITRE I :

Notions de santé et des systèmes de santé

Objectifs du chapitre

- **Maitriser la notion de la santé et ses spécificités**
- **Maitriser la notion du système de santé et ses acteurs**
- **Maitriser les différents systèmes de santé dans le monde**

Principaux axes du chapitre

- *La santé : définitions et caractéristiques*
 - *Système de santé et système de soins*
 - *Les acteurs du système de santé*
 - *Typologies des systèmes de santé et de protection sociale dans le monde*
 - *Synthèse de comparaison des modèles des systèmes de santé*
-

Introduction

Parler du marketing dans un domaine si particulier et hautement sensible comme la Santé est un exercice confronté à plusieurs contraintes d'ordre éthique et moral. Comment vendre un service et un produit et chercher le profit au détriment de la santé des patients et leurs vies ?? ce questionnement nous interpelle la nécessité de préciser que le Marketing en Santé et son application est scindé en deux axes principaux :

Le premier c'est celui qui relève de la dimension purement marchande dans un secteur complexe, en recomposition, hautement concurrentiel et incertain, les acteurs de la complémentaire santé explorent plusieurs voies pour tenter de conserver une rentabilité grevée par un désengagement continu et inexorable des régimes obligatoires. Le marketing pourrait alors paraître comme l'outil providentiel pour une bataille de parts de marché, mais sans réelle différenciation certains enjeux peuvent en cacher d'autres.

Le deuxième axe est celui basé sur un comportement désintéressé (but non lucratif) qu'on peut placer dans la case de la logique du Marketing Social. L'objectif dans ce cas de figure est purement préventif, et c'est le cœur même de la santé publique, qui s'inscrit en amont de toutes actions d'ordre curatif.

Les deux logiques, en dépit de leurs opposition idéologique, elles ne s'opposent pas, par contre, elles se complètent pour constituer le corpus d'une discipline peu connue mais qui amorce son émergence.

Le marketing social en santé peut être défini comme un processus consistant à permettre aux personnes d'accroître leur pouvoir sur leur santé et d'améliorer leur santé. Ce processus englobe non seulement les mesures visant à renforcer les capacités des personnes, mais aussi les mesures prises pour modifier les conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, de manière à réduire leur incidence sur la santé publique et la santé individuelle. Exemple : les campagnes de vaccination, incitation à faire du sport, information sur les dangers du tabac et alcool ... etc.

1. La santé : définitions et caractéristiques

1.1. Définition de la santé : selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Selon la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la **santé** est « un état de complet **bien-être physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de **maladie** ou d'**infirmité** ».



Il faut préciser que cette définition, inscrite au préambule de la constitution de l'OMS en 1946, n'a pas été modifiée depuis. Ainsi, elle fait référence à la satisfaction de tous les **besoins fondamentaux** de la personne, qu'ils soient affectifs, nutritionnels, sociaux ou culturels. En dépassant la dimension purement sanitaire,

1.2. La santé : un bien spécifique

La consommation d'un service et/ou un bien de santé est différent d'une consommation ordinaire. Elle est soumise à des caractéristiques qui la distinguent des autres. Le tableau ci-dessous est un résumé de ces différences.

Tableau N 1 :

Tableau 1 Spécificité de la consommation médicale

Spécificité de la consommation médicale

Consommation de soins/consommation médicale	Consommation d'un bien ou service économique quelconque
<ul style="list-style-type: none"> • Non désirée • Incertitude de l'avènement • Forte amplitude du coût • Externalité négative • Domination du producteur sur le consommateur • Asymétrie de l'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Désirée • Programmée • Amplitude peu importante • Externalité négative peu opératoire • Expression du choix du consommateur (<i>consommateur ROI</i>) • Symétrie de l'information

Source : réalisé par nos soins

1.3. Points de différence

1.3.1. Le désir

La consommation d'un médicament par exemple n'est pas toujours souhaitée à cause des effets indésirables provoqués d'une part, et d'autre part, à cause de son goût qui n'est pas toujours agréable. C'est pour cette raison que des labos pharmaceutiques font des efforts pour améliorer le goût des médicaments notamment ceux destinés pour les enfants. En peut ajouter aussi les douleurs et les risques qui accompagnent cette consommation (*intervention chirurgicale*). Cependant, la consommation d'un bien ordinaire est fortement souhaitée et le consommateur n'est jamais contraint de le faire contre sa propre volonté.

1.3.2. L'incertitude de l'évènement

Il est souvent difficile de prévoir la consommation d'un service/bien de santé. Les problèmes de santé apparaissent subitement et le consommateur doit être préparé financièrement pour les affronter. En effet, en santé, la consommation est toujours imposée et non programmée (ex : *se faire opérer pour un AVC*). Alors que pour d'autres bien ordinaires, le consommateur peut se donner le temps de planifier sa consommation (ex : *faire des économies pour acheter une voiture*).

1.3.3. Forte amplitude de coûts

Les couts en santé sont remarquablement très élevés comparativement aux autres biens de consommation quotidienne. Ceci est justifié par le coût de la technologie employée dans ce domaine qui ne cesse d'évoluer (*le nombre d'innovation en santé*). En outre, le coût des département RD (*recherche et développement*) qui mettent des années de recherche de haute technicité pour trouver une solution thérapeutique pour un problème de santé (ex : *recherche pharmaceutique et fabrication du médicament*).

1.3.4. Externalités négatives

La consommation d'un bien en santé peut provoquer des effets indésirables inévitables que le consommateur est contraint de les supporter. La consommation d'un médicament n'a pas que des effets thérapeutiques positifs mais quelques effets négatifs apparaissent (*nausées, diarrhées, arrêt de travail après un acte chirurgical*).

1.3.5. Domination du producteur

La notion du « *consommateur roi* » n'est pas souvent en vigueur en santé. Généralement le comportement du consommateur est dominé par les décisions du producteur. En effet, le patient ne peut pas remettre en cause le diagnostic du médecin ou de refuser de prendre son traitement.

1.3.6. Asymétrie d'information

En santé, entre le producteur et le consommateur l'information est inégalement répartie, cette répartition est en faveur du producteur. Il est le plus informé sur les problématiques de santé. Cet avantage provient de la formation et le savoir-faire dont réjouissent les producteurs. (Ex : *le pharmacien connaît les effets du médicament mieux que le patient.*)

2. Système de santé et système de soins

2.1. Qu'est-ce qu'un système de santé ?

Selon l'OMS, le système de santé est ; « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé »

Pour fonctionner, un système de santé a besoin de personnel, de moyens financiers, d'informations, de fournitures, de moyens de transport et de communication, ainsi que d'orientations générales. Il doit fournir des services correspondant aux besoins et financièrement justes et traiter les patients décemment.

2.2. Ses composantes

Toujours selon l'OMS, un système de santé performant offre des services de qualité à tous, quel que soit le moment et le lieu où ils en ont besoin. La configuration exacte des services varie d'un pays à l'autre, mais exige en toutes circonstances :

- Un mécanisme de financement solide,
- Un personnel qualifié,
- Des informations fiables sur lesquelles fonder décisions et politiques ;
- Une infrastructure bien entretenue,
- Des moyens logistiques pour acheminer des médicaments et des technologies de qualité.

2.3. Ses objectifs

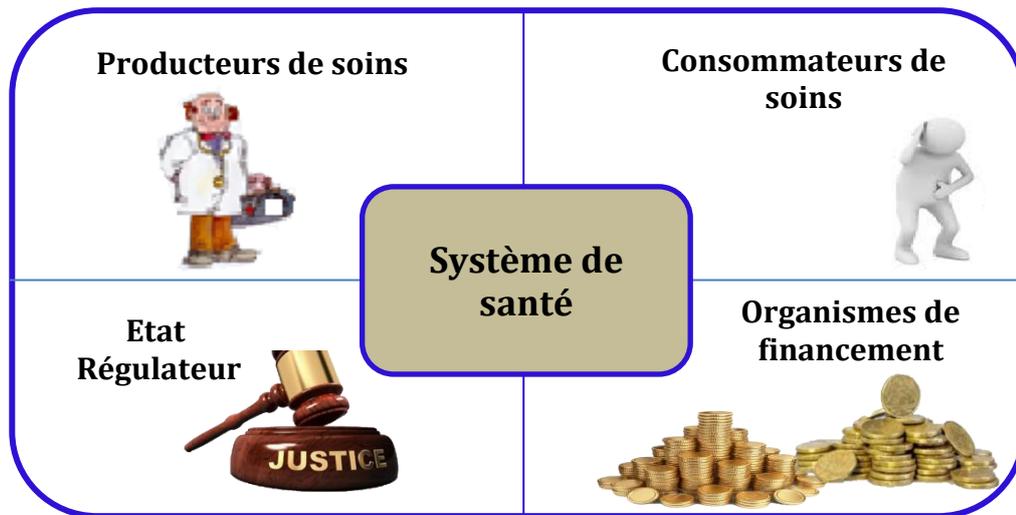
Trois grands objectifs sont visés par le système de santé :

- Préserver et/ou améliorer la santé de la population.
- Assurer les services qui répondent aux attentes de la population
- Assurer un accès équitable aux soins à toute la population.

2.4. Définition du système de soins

Dans la définition large qui est donnée du système de santé, le système de soins est l'un des sous-systèmes, qui contribue, aux côtés des autres sous-systèmes, au niveau de santé d'une population. Le système de soins correspond à l'ensemble des services qui fournissent des prestations à la population, dans le but d'améliorer sa santé. Cependant, le terme système de santé est fréquemment utilisé dans un sens plus restrictif, qui en fait un synonyme de système de soins. Pour l'OMS (cf OMS), le système de santé correspond à la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires

3. Les acteurs du système de santé (*intervenants sur le marché de la santé*)



On peut considérer schématiquement que l'organisation d'un système de soins s'apparente à un jeu de construction, qui comporterait 4 « boîtes » de pièces (*voir schéma ci-dessous*).

3.1. Les producteurs de soins

Elle contient les pièces suivantes : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, hôpitaux. On peut distinguer au niveau de l'offre deux niveaux de soins :

- ✓ *Les soins primaires*, qui sont les soins de première ligne, répondant à une demande de soins exprimée directement par la population (consultation et visite de médecine générale, accueil d'urgence à l'hôpital).
- ✓ *Les soins secondaires* répondant à une demande médiatisée par les professionnels de première ligne (soins de spécialistes, prescription d'examen complémentaires et de médicaments, hospitalisation programmée).

3.2. Les Consommateurs de soins

Elle contient les pièces suivantes : population, usagers, entreprises, salariés, travailleurs indépendants.

3.3. Organismes de financement

Elle contient, selon les systèmes, les pièces : assurance-maladie, assurances privées, mutuelles, Etat, Régions. Cette boîte est indispensable, car l'échange de biens et services de santé ne peut pas se concevoir dans le cadre des lois du marché (théorie libérale), avec un utilisateur choisissant et payant intégralement sa consommation de soins.

3.4. Etat régulateur

Qui, quels que soient le système politique, doivent impérativement s'engager dans le fonctionnement du système pour des missions de définition de normes, de cadre réglementaire d'exercice, de fixation des règles du jeu, de régulation générale du système etc...

4. Typologies des systèmes de santé et de protection sociale dans le monde

Les systèmes de santé dans le monde ne fonctionnent pas tous de la même façon et ne suivent pas les mêmes principes. Globalement, trois principaux modèles existent :

4.1. Le système Bismarckien

Le plus ancien, introduit en *Allemagne* à la fin du 19^e siècle par le chancelier **Bismarck** (1883). Il s'agit de régimes obligatoires d'assurance sociale fondés sur une *affiliation professionnelle*. Ce système garantit un revenu de compensation en cas de perte de revenu liée à la réalisation d'un risque social : *maladie, accident du travail, invalidité ou vieillesse*. Ces assurances sociales, qui sont destinées à protéger les travailleurs, sont obligatoires, et fortement contrôlées par l'Etat. Le mode de gestion est décentralisé (caisses), confié aux partenaires sociaux. Les assurances sont financées par des cotisations proportionnelles au salaire, partagées entre salariés et employeurs. La couverture des risques n'engage pas directement les finances publiques, mais la parafiscalité qu'elle engendre entraîne un alourdissement des prélèvements obligatoires.



4.2. Système Beveridgien (Système National)

Plus récent, apparu en *Angleterre* en 1942 a été proposé par **Lord Beveridge**. Il aboutit en 1948 à la création d'un monopole de santé publique d'Etat. Ce système se veut être un système généralisé et uniformisé de prestations sociales, financé par des contributions forfaitaires et délivrant des prestations forfaitaires. Il s'agit donc d'un système **universel** de protection sociale non lié à l'emploi (*donc sans affiliation*), financé par l'impôt et engageant directement les finances publiques. De fait, l'ensemble des citoyens devait être couvert par le système qui devait verser à tous, une prestation de même montant quel que soit le risque réalisé. Le système Beveridgien vise la règle des 3 U : **universalité** (*toute la population doit être couverte*), **unité** (*une seule assurance nationale gérée par l'Etat*), **uniformité** (*droits équivalents, de même montant pour tous*).



4.3. Le système d'inspiration libérale

Implanté aux Etats Unis, sans obligation d'assurance. Il s'agit en fait d'un système mixte, qui combine l'assurance privée volontaire avec un grand nombre d'opérateurs en concurrence (concernant environ 75% de la population), des mesures d'assistance destinées aux familles défavorisées sous un plafond de ressources (programme Medicaid, financé par l'impôt, géré par les Etats, représentant environ 14% des dépenses de santé), un système d'assurance-maladie obligatoire de type Bismarckien (programme Medicare financé par des cotisations sociales versées par les entreprises et leurs salariés, représentant environ 20% des dépenses). Les bénéficiaires des



programmes publics représentent environ 10% de la population et on estime à 15% la proportion des américains dépourvus de toute assurance (soit environ 43 millions de personnes).

5. Synthèse de comparaison des modèles des systèmes de santé

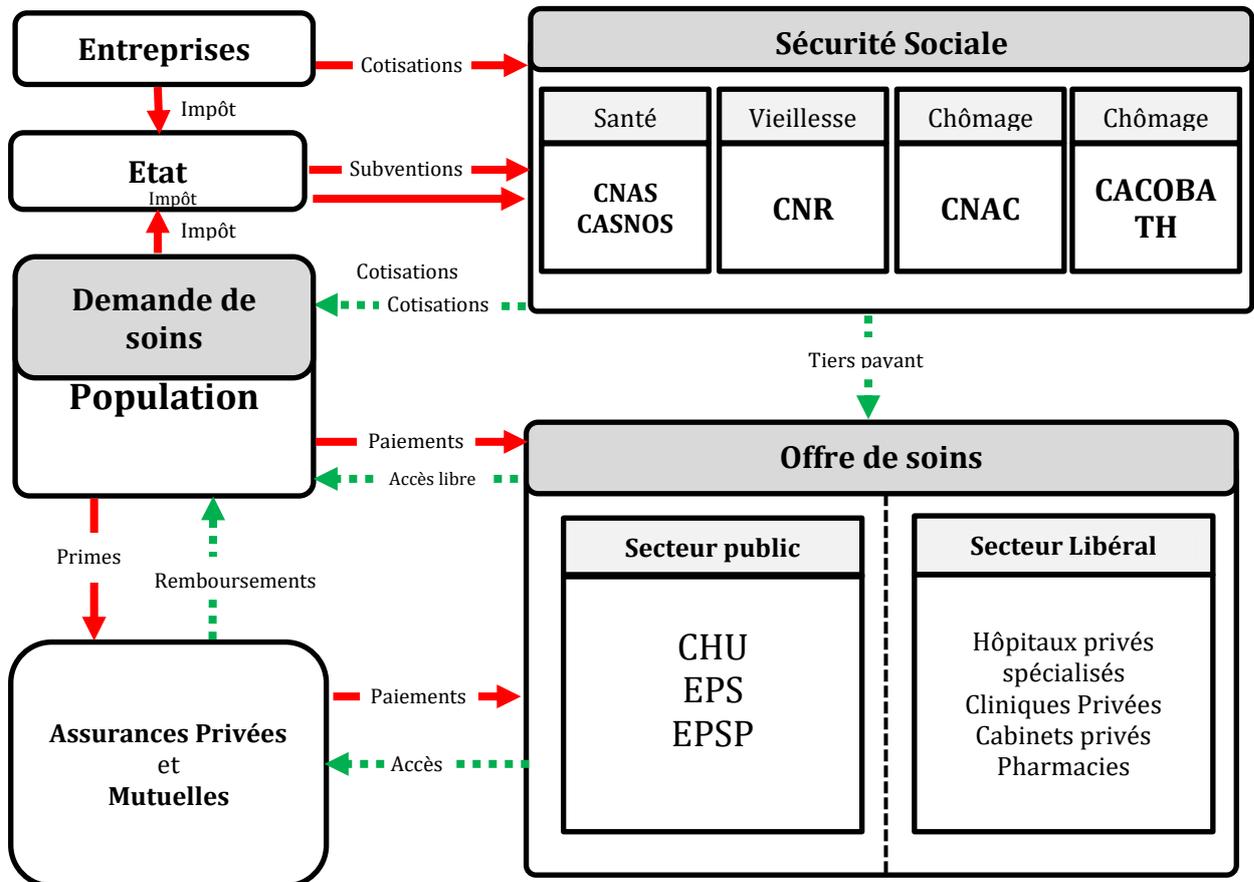
Dresser une analyse comparative des différents types et logiques de systèmes de santé revêt d'une importance extrême. Il est fondamental de connaître les points forts et les points faibles de chaque modèle d'organisation pour choisir et opter sur celui le plus adapté au contexte économique, social et culturel de chaque pays. La comparaison va se baser sur quelques critères centraux du fonctionnement du système de santé (la financement, mécanismes de rémunération, couvertures, temps de réponse, etc.) le tableau suivant résume toutes ses différences.

Tableau 2: Comparaison des systèmes de santé et de protection sociale

Éléments de comparaison	SYSTEMES DE SANTE/FINANCEMENT		
	BEVERIDGIEN Nationalisés, publics	BISMARCKIEN Intermédiaires	LIBERAUX
Financement	Étatique, budgétisé, basé sur l'impôt	Cotisations sociales assurance maladie obligatoire	Caisses d'assurances privées, pauvres, HMO fonds fédéraux
Mécanismes de rémunération	Capitation Dotation budgétaire Contractualisée	Budget global Tarif à l'acte Forfait journalier	Paiement à l'acte Taux forfaitaire
DNS/PIB	6-8 %	8-12 %	12-15%
Couverture/accès	Universelle	Universelle	Assurés Medicaid, Medicare
Pays représentatifs	Angleterre, pays scandinaves, Canada	France, Japon, PB, Allemagne, Italie	USA, Suisse
Temps de réponse à la demande	Délais longs, files d'attente hospitalisations	Rapide et efficacité correcte	Rapide, efficace
Usage des ressources	Inefficacités allocative et opérationnelle	Efficacité correcte	Rentabilité jugée élevée (niveau micro)
Etat de santé de la population	Bon mais files d'attente	Bon en général	Bon une partie de populations marginalisée

Source : E FAUO A-L. « Economie de la santé en question », Ellips, Paris, 2000. P 40

Schéma N 1 : Organisation simplifiée du système de santé algérien



Source : DAHMANE L. « *Le marketing pharmaceutique : Cas de complexe SAIDAL* », Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Dely Ibrahim –Alger, 2009-2010.

Ce schéma confirme la complexité de l'organisation des systèmes de santé. Cette complexité est due d'une part, aux nombres d'acteurs intervenant (*Etat, patients, sécurité sociale, prestataires publics et privés, organismes assureurs ; etc.*) d'autre part, à la nature des relations (*flux financier et prestations*) fournies aux bénéficiaires.

La nature des relations qui relient ces différents acteurs sont basées sur deux dimensions. La première est basée sur des flux de financement et le deuxième se base sur les prestations offertes. Une bonne régulation du système est celle capable de garder l'équilibre et l'harmonie du système afin que cela garanti la pérennité du bon fonctionnement de tout le système dans son ensemble.

Conclusion :

Pour comprendre le fonctionnement du marché de la santé et pour qu'un prestataire de service de santé puisse se positionner d'une manière optimale, il doit comprendre le système de santé dans toutes ses dimensions (financement, organisation, enjeux, défis, etc.).

En effet, les systèmes de santé dans le monde sont organisés de manière différente. Ses différences se trouvent à plusieurs niveaux : les modalités d'organisation, la position de chaque acteur, les interactions entre les acteurs, la position du patient (consommateur) dans ce système. Quant aux acteurs de ce système, ils sont catégorisés sous formes de 4 acteurs principaux :

Les prestataires de soins, qui représentent « l'offre », représentés par les médecins, les paramédicaux, les structures d'accueil, etc.

Les consommateurs de soins, qui représentent la demande sur le marché des soins, ils sont représentés par tous les patients qui expriment un besoin d'une prise en charge médicale.

Le système ne peut pas fonctionner sans ressources, alors il est nécessaire de faire appel aux bailleurs de fonds qui sont capables de garantir un financement suffisant pour les activités du système. (Ces derniers peuvent être des assureurs, des mutuels, des financeurs publics, etc.)

Ne pas oublier un autre acteur qui, sans lui, le système ne peut pas fonctionner d'une manière harmonieuse. Il s'agit de l'Etat avec son rôle de régulateur. Son rôle se résume en actions concrètes qui ont pour mission de corriger toutes les failles et insuffisances du système.

En résumé, l'organisation de ces acteurs, leurs interactions et la nature des flux qui existent entre eux qui déterminent par la suite le type de modèle de système dans lequel évolue le tout.

Autotest Question 1 :

QUESTION N° 1 :

Mettez une croix devant la (es) bonne (es) réponse (es).

- Avec leurs publicités sur le médicament, les laboratoires pharmaceutiques ciblent :
 - Le patient
 - Le médecin
 - Toute la population
- Un produit biotechnologique est, généralement, excessivement cher à cause de :
 - La durée du processus de recherche et développement
 - La cherté des matières premières utilisées
 - Le poids des investissements dans les unités de production
- Le marché de la santé est caractérisé par l'asymétrie de l'information ; cela veut dire que
 - L'information n'existe pas
 - L'information est inéquitablement répartie
 - L'information est abondante
- Dans le modèle de système de santé bismarkien ; la couverture sociale est :
 - Universelle
 - Unitaire
 - Utilitaire
- Le modèle du système de santé Beveridgien est financé par :
 - L'impôt
 - L'argent de la collectivité
 - Le budget de L'Etat
- La qualité du service de santé est mesurée par :
 - La compétence du médecin
 - L'efficacité thérapeutique du médicament
 - La qualité du matériel du diagnostic utilisé
- On peut mesurer la satisfaction des patients par :
 - Le nombre de plaintes déposées par le patient contre la structure
 - Le nombre de doléances apposées sur le registre de doléances
 - Le nombre de « j'aime » mentionnés sur la page facebook de l'établissement
- Dans un marché de services de soins, le médecin est considéré comme :
 - Un ordonnateur de dépenses
 - Un régulateur de l'offre
 - Un prestataire de service
- Lorsque le médicament est innovant et la maladie est prévalente, le défis est :
 - Développer le produit
 - Pénétrer le marché
 - Diversifier le produit

QUESTION N° 2 :

Répondez par Vrai ou Faux puis justifiez votre réponse.

- Au moment de lancement de la production d'un médicament, la rentabilité de l'entreprise est négative.

VRAI AUX

.....

- Le médicament générique est moins cher que le princeps, mais avec une efficacité thérapeutique incomparable.

VRAI AUX

.....

- L'évaluation de la qualité des services en santé se base exclusivement sur la qualité du processus des soins.

VRAI AUX

.....

- La segmentation du marché pharmaceutique se fait sur des critères démographiques uniquement.

VRAI AUX

.....

- La réussite d'un acte médical n'est pas le seul critère de jugement de la qualité de la prise en charge à l'Hôpital.

VRAI AUX

.....

- Le cycle de vie du médicament est relativement court comparativement aux autres produits à cause de la concurrence

VRAI AUX

.....

CHAPITRE II :

Le marketing en santé

Objectifs du chapitre

- Maitriser les motivations du Marketing en Santé
- Maitriser l'apport du marketing pour le service de la santé
- Maitriser Les différentes formes de l'application du marketing en santé

Principaux axes du chapitre

- Retour sur la notion du Marketing
 - Marché de la santé et notion du Marketing
 - Apport du marketing au secteur de la santé
 - Formes d'application du Marketing en santé
-

Introduction

Parler du marketing en santé n'est pas usuel, cette notion a connu un parcours particulier pour se faire enfin une place dans ce domaine un peu particulier qui est celui de la santé. Dans cette approche marchande du marketing « marketing commercial ».

Nous allons revenir dans ce chapitre sur la notion du marketing en rappelons ses différentes définitions, et voir dans un second temps les notions de marché de la santé, ses composantes et ses acteurs, pour passer à l'analyse de l'apport du marketing au secteur de la santé sur le plan pratique. Nous abordons à la fin de ce chapitre les différentes formes d'application du marketing en santé.

1. Définition du marketing

On peut trouver dans la littérature de nombreuses définitions du marketing, qui portent sur le concept, sur la méthode, ou encore sur « l'état d'esprit » marketing. Nous en retiendrons deux qui s'appliquent au marché de la santé :

- selon **Dubois** et **Bernard**, Le marketing se définit comme « *une activité humaine orientée vers la satisfaction des besoins et des désirs au moyen de l'échange* »²⁵.

²⁵ Dubois, Bernard, « *Le marketing management hospitalier* », Paris, Berger-Levrault, 1987, p.26.

- le marketing selon **Lindon** et **Denis** est « l'ensemble des moyens dont dispose une entreprise pour vendre ses produits à ses clients »²⁶ ou, en reprenant la même définition, mais pouvant s'appliquer au secteur non-marchand, « le marketing est l'ensemble des moyens dont dispose une organisation pour influencer, dans un sens favorable à la réalisation de ses propres objectifs, les attitudes et les comportements des publics auxquels elle s'intéresse ».

2. Evolution du marché de la santé vis-à-vis du marketing

L'application des notions du marketing en santé a connu deux évolutions qui marquent le changement dans les pratiques et dans les états d'esprit.

2.1. Avant les années 80 : réticence vis-à-vis du marketing

Le marketing primordial dans d'autres secteurs d'activités, est longtemps resté secondaire dans le secteur de la santé. Les principales raisons en sont les suivantes :

2.1.1. Particularités du marché de la santé

La notion du Marketing et son application pratique dans le domaine de la santé a connu une évolution

✓ *Dissociation entre paiement et consommation*

Sur le marché de la santé, les coûts sont, en grande majorité, pris en charge par la collectivité et non pas par les clients. En effet, le client contribue de manière indirecte au financement par l'intermédiaire des impôts, des cotisations ou des primes d'assurances. Le caractère obligatoire du paiement et la dissociation entre paiement et consommation font que le patient n'est pas véritablement concerné par le prix de ce qu'il consomme.

✓ *Asymétrie de l'information*

L'utilisateur est ignorant de ses véritables besoins, il ne connaît ni la quantité ni la qualité du bien qu'il veut ou qu'il doit consommer. Il ne peut pas vraiment intervenir dans des décisions et orientations thérapeutiques, en raison de sa sous information.

2.1.2. Ethique

Le marketing est souvent perçu comme le moyen de vendre n'importe quoi à n'importe quel prix. Il se résumerait à des techniques de manipulation dont le seul objectif est la recherche du profit.

La santé n'étant pas un bien comme un autre, le corps médical est souvent réticent au marketing considérant qu'il réduit la dignité de la profession médicale.

2.1.3. Obligation en vigueur

La législation est relativement stricte en matière de publicité. En effet, elle interdit aux professionnels de la santé de faire de la publicité.

²⁶ Lindon, Denis, « *Le marketing* », Paris, Dunod, 2002, p.2.

En revanche, pour les établissements sanitaires, la publicité est autorisée pour les prestations hospitalières, mais interdite pour les soins ambulatoires.

2.2. Après les années 80 : reconnaissance de l'importance du marketing

La reconnaissance de l'importance du marketing est relativement récente. En effet, le marketing s'est développé dans les établissements sanitaires au milieu des années 1980, en voici les principales raisons :

2.2.1. L'orientation vers le client

La mission fondamentale d'un établissement sanitaire est de soigner ses patients, il est pourtant aussi indispensable que le patient soit satisfait des soins qu'il a reçus.

En effet, même si le patient ne peut pas toujours bien juger de la qualité des soins obtenus, il porte cependant toujours une opinion sur la structure de soins qui l'a accueilli. Cette opinion positive ou négative, est importante pour l'établissement en question, car le patient détient une liberté de choix (*choix de fournisseur et de l'établissement dans lequel il souhaite se faire soigner*), sa décision s'effectue, le plus souvent, sur des informations transmises de bouche à oreille ou sur le conseil du médecin traitant, alors, la réputation de l'établissement devient un élément clé.

L'approche marketing va permettre aux établissements sanitaires d'étudier les besoins des patients de manière à les satisfaire, et par là, d'améliorer leur image.

2.2.2. Une forte concurrence

La concurrence existe et s'accroît même au sein de l'appareil de distribution des soins, si les médecins parallèles concurrencent les médecins traditionnels, la clinique concurrence l'hôpital, les hôpitaux se font concurrence entre eux, et les cliniques également. A l'intérieur de l'établissement sanitaire, une discipline rivalise même avec une autre.

Cette croissance de la concurrence est liée à la surcapacité des moyens de production de soins. D'autre part, le patient, qui devient de plus en plus exigeant, s'organise et s'informe, il met lui-même les établissements en concurrence en comparant les prestations offertes, en accordant souvent une prépondérance aux arguments de confort.

2.2.3. La maîtrise des dépenses de santé

Pendant de nombreuses années, les hôpitaux ont pu ajuster les recettes aux dépenses, cette période de croissance est révolue. Le système de protection sociale connaît une crise de financement. En absence d'autorégulation du système, les pouvoirs publics s'efforcent de freiner les dépenses de santé.

3. L'apport du marketing pour le secteur de la santé

L'approche marketing d'un établissement sanitaire diffère si celui-ci est public ou privé.

- *Pour les établissements privés* : il est primordial de se faire connaître. Même si le débat du financement des hôpitaux est lancé au Parlement, les établissements privés ne peuvent aujourd'hui compter que sur les patients qu'ils soignent et non sur l'aide de l'Etat pour assurer leur financement ; ils doivent donc attirer de la clientèle et par conséquent « vendre » leurs services. On peut donc parler, dans ce cas, d'opérations de *marketing* dans le sens de l'économie privée.
- *Pour les établissements publics* : se faire connaître n'est pas une nécessité. Le besoin, pour les établissements publics, n'est donc pas d'attirer de la clientèle, mais de faire connaître l'ensemble des prestations offertes à la collectivité. Il s'agit d'avantage d'opérations de relations publiques que d'un marketing orienté vers la vente de services.

Quel que soit le type d'établissement, on peut cependant distinguer quatre domaines pour lesquels un établissement sanitaire peut avoir intérêt à utiliser les techniques du marketing : *l'analyse du marché, l'étude des besoins, la communication interne et la communication externe.*

3.1. Analyse du marché

Le marketing a pour point de départ l'analyse du marché. Celle-ci consiste à étudier l'offre, la demande, l'environnement, ainsi que l'évolution ou la tendance de ces trois éléments. Il faut relever que, dans le marché sanitaire, la demande est indissociable de l'offre, dans la mesure où ces deux paramètres s'influencent constamment. Pour des raisons de clarté, l'offre et la demande sont décrites séparément dans les deux paragraphes suivants.

3.1.1. L'analyse de l'offre

Sur le marché de la santé, l'offre représente l'ensemble des prestations offertes au consommateur. Les prestataires peuvent fournir leurs soins selon deux modalités :

- *À titre individuel* (ex : *médecins de ville*)
- *À titre collectif* (ex : *hôpitaux, cliniques, etc.*).

L'analyse de l'offre nous indique qu'en dehors de l'état morbide du patient, il existe d'autres facteurs susceptibles d'influencer la prescription de prestations médicales : *la modalité de la rémunération médicale, la densité médicale, le degré d'information du patient, l'incertitude professionnelle, la disponibilité d'équipements techniques, ainsi que le marketing des industries pharmaceutiques*²⁷

²⁷ Domenighetti, Gianfranco, *Marché de la santé : ignorance ou adéquation*, p.40

3.1.1.1 L'importance de l'analyse de l'offre en santé

- ✓ *Pour le secteur public* : L'analyse de l'offre permet aux pouvoirs publics d'évaluer, sur un territoire donné, l'ensemble des prestations offertes et de déterminer s'il y a sur- ou sous-capacité selon les domaines. Elle permet également d'évaluer la qualité du système de soins, des prestations médicales. C'est grâce à une étude approfondie de l'offre que les pouvoirs publics peuvent définir une stratégie et mettre sur pied une politique sanitaire.
- ✓ *Pour le secteur Privé* : L'analyse de l'offre est également primordiale pour un établissement privé. Celui-ci doit connaître les caractéristiques de l'ensemble des prestations offertes par rapport à ses concurrents directs que sont les autres cliniques par exemple, mais également les grandes tendances de l'offre de soins régie par les autorités publiques. Contrairement au public, le secteur privé a la possibilité d'adapter son offre et de renoncer à certaines activités pour se concentrer sur tel ou tel secteur de soins.

3.1.2. Analyse de la demande

La demande de santé est la demande des soins des patients. Cette demande varie, bien sûr, en fonction de *l'état de santé du patient*, mais aussi en fonction des *caractéristiques sociodémographiques*, du *niveau d'information* des patients, des *caractéristiques du système de soins*, ainsi que des caractéristiques de l'offre telles que la densité médicale.

En effet, en raison de *l'asymétrie de l'information* entre l'offre et la demande, les fournisseurs de soins décident de la qualité et de la quantité des biens à consommer. Ils sont donc en mesure d'influencer le niveau de la demande. L'analyse de la demande a comme but ultime la définition des besoins. Elle a recours à différentes études, telles que l'étude de l'évolution de la démographie, l'analyse statistique des pathologies, l'extrapolation des courbes de natalité, etc.

3.1.3. Analyse de l'environnement

Le marché hospitalier, comme les autres marchés, subit l'influence des différents domaines qui constituent l'environnement d'un établissement sanitaire.

L'environnement peut être un environnement international, national, économique, géographique, légal, démographique, socioculturel ou encore technologique.

L'analyse du marché permet donc de mieux connaître les besoins des patients (*analyse de la demande*), de mieux évaluer les prestations de soins (*analyse de l'offre*), ainsi que d'anticiper les évolutions du marché (*analyse de l'environnement notamment*). Elle permet en tous les cas une démarche rationnelle à l'heure où une limitation des ressources disponibles impose dans le marché de la santé une maîtrise à la fois de l'offre et de la demande.

3.2. Etude des besoins

Un établissement sanitaire est confronté à différents types de patients, qui peuvent avoir différents types de besoins. En effet, comme toute entreprise, un hôpital ou une clinique s'adresse à des personnes qui ont des attentes variées et variables dans le temps, ce qui oblige tel hôpital ou telle clinique à prendre des mesures pour faire face à cette demande hétérogène.

Un établissement sanitaire orienté vers le marketing vise donc à adapter ses activités aux besoins concrets des différentes catégories de patients, dans le but ultime de les satisfaire.

On dit toujours que, pour satisfaire un patient, il faut lui donner des soins de qualité. Or des soins de qualité ne signifient pas la même chose pour un professionnel de la santé que pour un patient. En effet, le patient, souvent incapable de juger de la réelle qualité de la prescription médicale, développe ses propres critères d'évaluation des soins. Parmi les plus cités, figurent les paramètres qui relèvent plus du domaine subjectif : qualité de la relation avec le médecin, qualité des repas, temps d'attente, degré d'intimité, gestion de la douleur et confort. Une étude des besoins et de la satisfaction des patients est donc indispensable et complète de manière déterminante le degré de qualité technique et médicale de l'offre d'un établissement.

4. Application du marketing en Santé

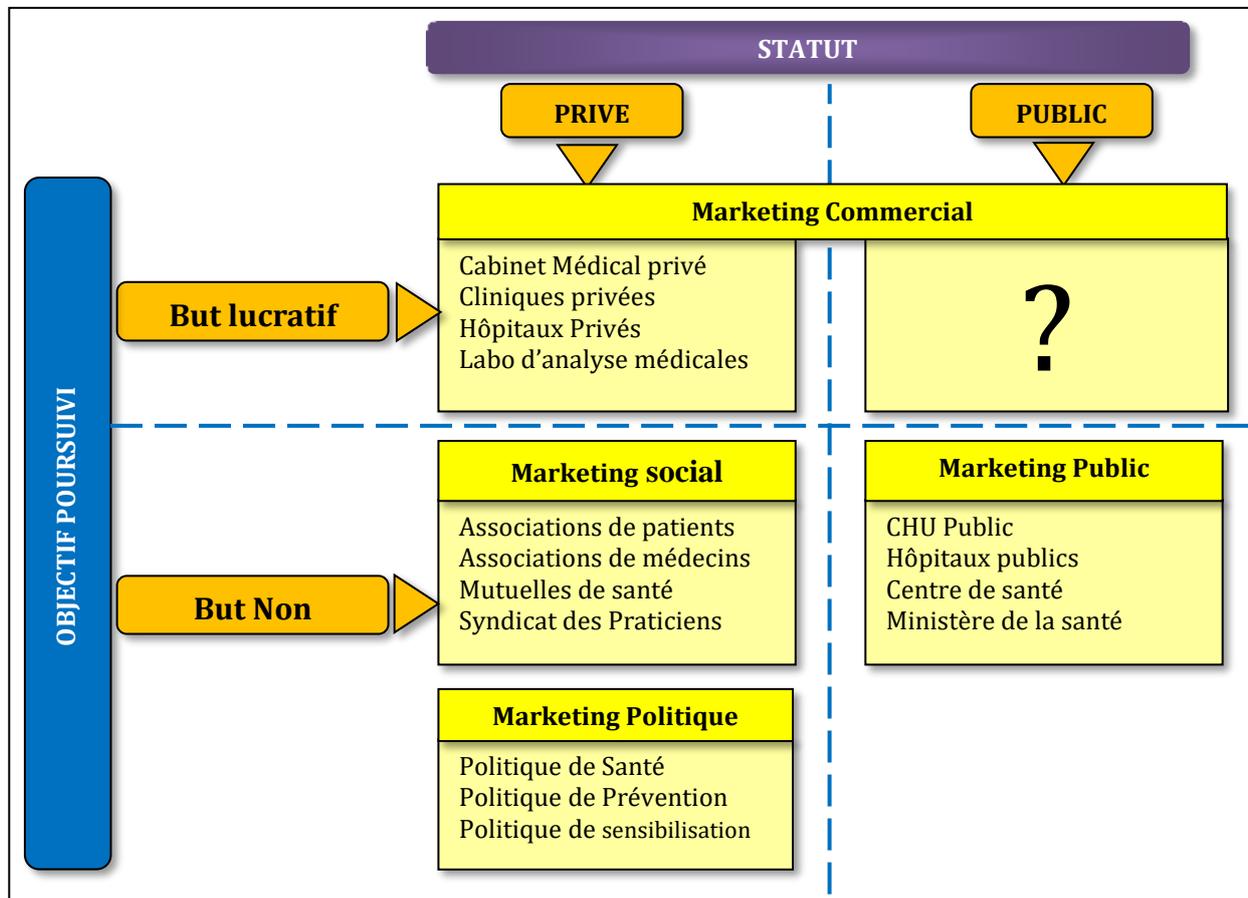
Nous allons démontrer dans cette partie l'importance de nouveau concept du Marketing dans le secteur de la santé

4.1. L'importance de nouveau concept du marketing dans le secteur de la santé

L'importance du marketing dans le champ de la santé liée aux plusieurs critères :

- *Le volume des investissements financiers et humains dans la santé* : une somme importante est investie pour la construction et l'aménagement des hôpitaux et des centres sanitaires ;
- *La croissance continue des besoins aux services et biens offerts par les entreprises concernées* : cette augmentation est liée principalement au développement de la conscience des citoyens ;
- Progrès technologique, et l'émergence des nouveaux équipements pour les consultations, de nouvelles techniques pour les interventions chirurgicales (par le microscope);

Figure 1 : Adaptation du schéma de HEMEL et ROMAGNI, 1990 dans le domaine de la santé



Source : réalisé par nos soins en s'inspirant du schéma de HEMEL et ROMAGNI, 1990 in P COUTELLE- BRILLET, V DES CARETS, 2004, marketing « de l'analyse à l'action », Pearson édition, France, P,229.

4.2. Les formes du Marketing en santé

Une activité de service est assez difficile à gérer dans l'optique marketing classique : Contrairement au produit standardisé, la qualité du service finalement rendu au consommateur dépend pour une large part de facteurs liés au processus de production lui-même. Un consommateur (A) se rend dans une agence bancaire pour obtenir un prix (*service x*). Sur place, il rencontre d'autres clients venus pour la même ou d'autres services. Il voit aussi un environnement composé d'un bâtiment, d'un décor intérieur, d'un mobilier, etc. Il entre enfin en contact avec le personnel de la banque.

Nous pouvons également citer les formes de marketing qui caractérisent le domaine des services²⁸

4.2.1. Le marketing interne

²⁸ CALLOT (P), « Marketing des services », édition VIBERT, Paris, 2007, p 130

Le marketing interne signifie que l'entreprise doit former l'ensemble de son personnel dans l'optique de la satisfaction du client. Le manager doit faciliter le dialogue entre ses équipiers, à fortiori ceux qui sont en front office (*sur le devant de la scène*) et lui. Il est de sa responsabilité de faciliter la remontée des informations, la récupération des critiques des clients.

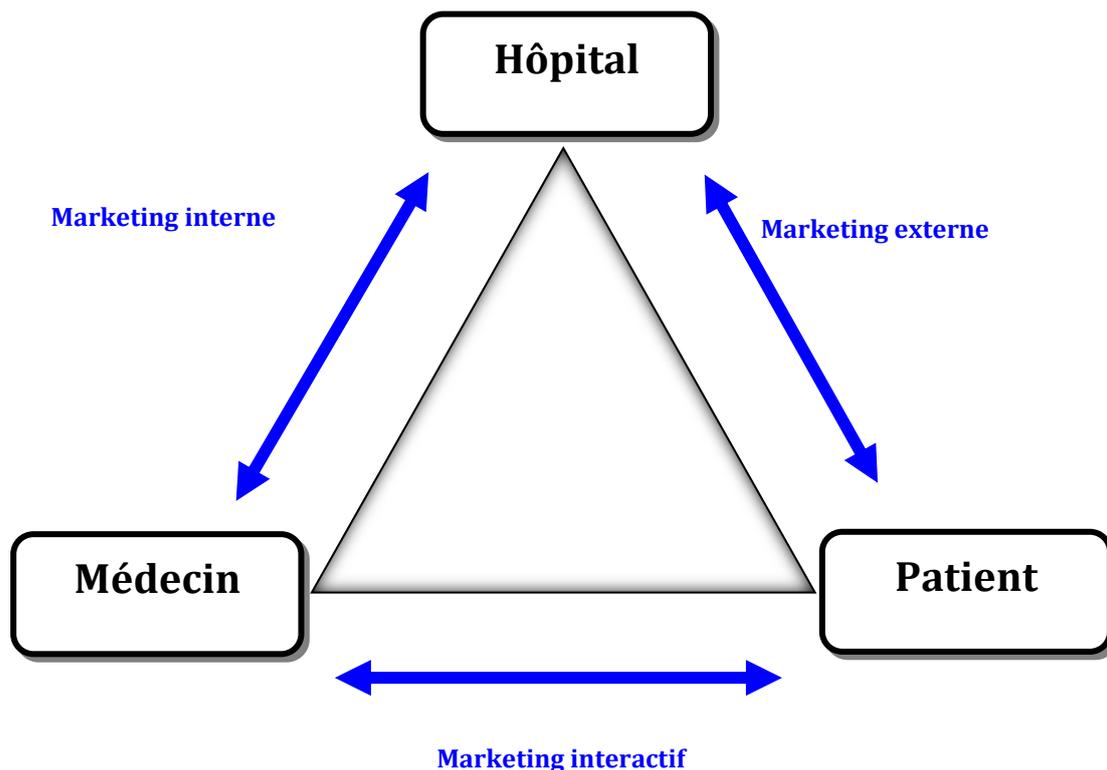
4.2.2. Le marketing interactif

Le marketing interactif souligne l'importance de l'interaction acheteur-vendeur. On parle aussi de *marketing relationnel*. Au final, l'employé a deux rôles majeurs : un rôle opérationnel, celui de répondre favorablement aux désirs et attentes hétérogènes des clients.

4.2.3. Le marketing externe

Avec les 4p et l'extension aux 3p supplémentaires, nous retrouvons là les ingrédients basiques du marketing et leur synergie

Schéma N : 2: le triptyque de Gronoross. (Adaptation au domaine de la santé)



Source : Source : Kotler (P), et autres, Op.cit. 469

Conclusion

Il est important de souligner que la notion du Marketing s'est fait progressivement une place dans le domaine de la santé. Son évolution passe par deux étapes dans lesquelles l'acceptation de cette notion, au début, n'était pas évidente pour plusieurs raisons citées précédemment (*particularité du marché de la santé, l'éthique et l'obligation et la réglementation en vigueur*). Ce secteur n'a pas pu résister trop longtemps, l'application des notions de Marketing commence à faire son apparition après les années 80, ceci est motivé par plusieurs facteurs (orientation vers le client, forte concurrence, maîtrise des dépenses de santé, etc.).

Le marketing en santé vise deux objectifs majeurs. Le premier consiste à l'analyse du marché ; dans cette logique, le marketer analyse l'offre, la demande et l'environnement dans lequel évoluent ces deux notions. Le deuxième, s'occupe de l'analyse des besoins (leurs structures, leurs évolutions, etc.)

Pour qu'il attienne ses objectifs, l'utilisation du marketing en santé peut prendre plusieurs formes (interne, interactifs et externe).

Autotest Question 2 :

QUESTION N° 1 :

Mettez une croix devant la (es) bonne (es) réponse (es).

• Avec leurs publicités sur le médicament, les laboratoires pharmaceutiques ciblent :

- Le patient
- Le médecin
- Toute la population

• Un produit biotechnologique est, généralement, excessivement cher à cause de :

- La durée du processus de recherche et développement
- La cherté des matières premières utilisées
- Le poids des investissements dans les unités de production

• Le marché de la santé est caractérisé par l'asymétrie de l'information ; cela veut dire que

- L'information n'existe pas
- L'information est inégalement répartie
- L'information est abondante

• Dans le modèle de système de santé bismarkien ; la couverture sociale est :

- Universelle
- Unitaire
- Utilitaire

• Le modèle du système de santé Beveridgien est financé par :

- L'impôt
- L'argent de la collectivité
- Le budget de L'Etat

• La qualité du service de santé est mesurée par :

- La compétence du médecin
- L'efficacité thérapeutique du médicament
- La qualité du matériel du diagnostic utilisé

• On peut mesurer la satisfaction des patients ar :

- Le nombre de plaintes déposées par le patient contre la structure
- Le nombre de doléances apposées sur le registre de doléances
- Le nombre de « j'aime » mentionnés sur la page facebook de l'établissement

• Dans un marché de services de soins, le médecin est considéré comme :

- Un ordonnateur de dépenses
- Un régulateur de l'offre
- Un prestataire de service

QUESTION N° 2

Répondez par Vrai ou Faux puis justifiez votre réponse.

- Au moment de lancement de la production d'un médicament, la rentabilité de l'entreprise est négative.

VRAI AUX

.....

- Le médicament générique est moins cher que le princeps, mais avec une efficacité thérapeutique incomparable.

VRAI AUX

.....

- L'évaluation de la qualité des services en santé se base exclusivement sur la qualité du processus des soins.

VRAI AUX

.....

- La segmentation du marché pharmaceutique se fait sur des critères démographiques uniquement.

VRAI AUX

.....

- La réussite d'un acte médical n'est pas le seul critère de jugement de la qualité de la prise en charge à l'Hôpital.

VRAI AUX

CHAPITRE III :

Service et servuction en santé

Objectif du chapitre

- **Rappeler la notion du service et ses composantes**
- **Maitriser les spécificités du service de santé**
- **Maitriser les modalités de l'organisation du système de servuction**

Principaux axes du chapitre

- *Retour sur la notion du service et ses composantes*
 - *Le service sanitaire : définition et caractéristiques*
 - *La classification des services en santé*
 - *Notion de la servuction en santé*
-

Introduction

La particularité de la santé, sur le plan Marketing, c'est qu'elle est composée de deux dimensions indissociables. La première est la dimension « *PRODUIT* » avec tout ce que ce terme signifie, partant des produit pharmaceutiques (*médicaments, matériel médical, moyens logistiques, etc.*). La deuxième est la notion du « *SERVICE* » qui reste partie intégrante incrustée dans le cœur du métier de la santé. On ne peut pas imaginer une prescription de médicament sans consultation médicale (service).

Nous allons revenir alors dans ce chapitre aux notions de service et ses composantes, pour passer en revue les notions classiques abordées déjà dans d'autres circonstances et vérifier leurs applicabilités en santé. Nous poursuivons la démarche pour expliquer les caractéristiques du service de santé et toutes ses particularités qui le distinguent des autres. Nous donnons ensuite une classification des services de santé pour exprimer leur grande diversité. Nous terminons avec la notion de servuction en santé en détaillant aspect en relation avec les pratiques en santé.

1. Notion du service

1.1. Essais de définition

« Un service est une activité ou série d'activité de nature plus ou moins tangible, qui normalement mais non nécessairement, prend place dans les interactions entre les consommateurs et un employé de l'entreprise de service, et/ou des biens et ressources physiques et/ou des systèmes de fournisseur de service, et qui est proposé comme solution aux problèmes du consommateur »²⁹.

Pour **Brousse** un service est « une transaction réalisée par une entreprise, ou l'objet de l'échange est autre que le transfert de propriété d'un bien tangible. Un service ne peut pas être stocké, mesuré, testé, vérifié avant la vente. »³⁰.

Selon **KOTLER** : « Le service est une activité ou une prestation soumise à un échange essentiellement intangible et qui ne donne pas lieu à aucun transfert de propriété, un service peut être associé ou non à un produit physique »³¹

Un service est une activité ou une prestation soumise à l'échange non lié à la production d'un bien industrie, contrairement aux biens tangibles, les services ne donnent pas lieu à un transfert de propriété.

Un service se distingue d'un produit par quatre grandes caractéristiques :

- Il est intangible alors qu'un produit est concret,
- Il est périssable, ou il peut avoir un caractère spécifique (variable),
- Il est consommé en même temps qu'il est produit.

2. Les composantes importantes de service global

Généralement, quatre composantes entrant à des degrés divers dans les offres de service:

2.1. Une compétence spécialisée

Les entreprises des services ne sont pas seulement en concurrence entre elles, mais aussi avec leurs propres clients (le restaurant avec la maitresse de maison). Et pour réussir à pénétrer de tels marchés, l'entreprise de service doit faire mieux et/ou à moindre coût à moins qu'elle ne compense les incapacités de son client.



F KOTLER

ne le professeur de stratégie marketing et de marketing international à la Kellogg School of Management de l'université Northwestern, titulaire d'un doctorat honoris causa de HEC. Également consultant, ses principaux ouvrages :

- Marketing 4.0, 2020
- marketing Management, 2019
- Principes de marketing, 2019
- Dix péchés mortels en marketing, 2016
- Marketing du tourisme et de l'accueil, 2016
- Le marketing selon kotler, 2005
- Les clés du marketing, 2003

²⁹ M ZOLLINGER, E LAMARQUE, 2008, « marketing et stratégie de la banque », édition Dunod, Paris, P, 08

³⁰ BROUSSE (J), « Le Marketing des services », éditions d'organisation, Paris, 2000, P 51

³¹ F KOTLER, K KELLER, D MANCEAU, « Marketing management ».15eme Ed, Pearson, Paris, 2015. p.440.

Dans ce type d'activité, il s'agit en somme de prouver que l'on peut apporter au client davantage de bénéfices que ce qu'il obtiendrait en prenant lui-même en charge les opérations.

2.2. La création de contacts et de relations sociales

Une autre fonction tient à l'innovation dans les relations entre les clients ou d'autres sources de valeur. Cette innovation joue sur des liens nouveaux, ou sur des liens classiques appliqués à de nouveaux contextes. C » est ce que font les banques ou compagnies d'assurances chacune à leur façon « l'avenir réserve de nombreuses opportunités à ceux qui auront des nouvelles idées ».

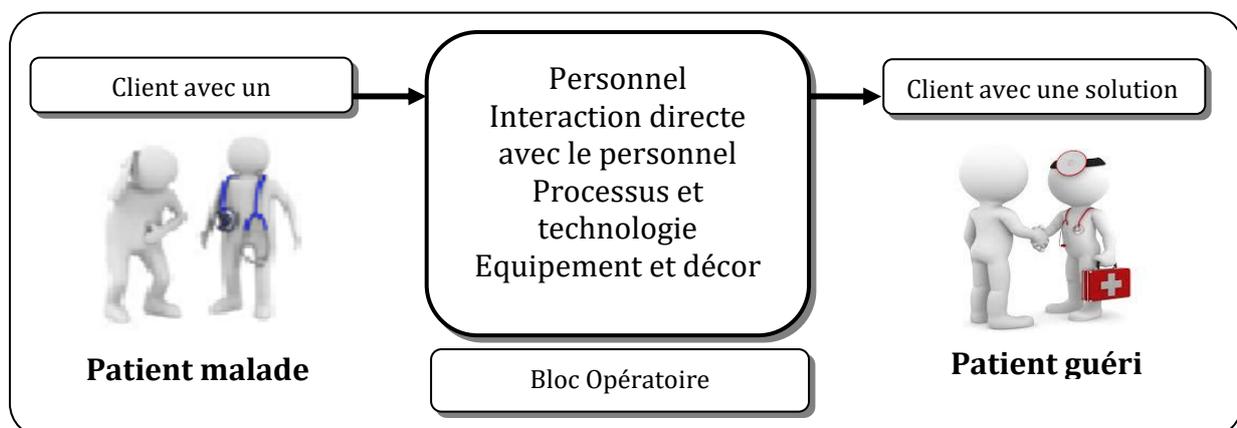
2.3. Le transfert de savoir-faire

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

De telles entreprises ne sont viables que dans la mesure où le client n'a pas l'avantage pour une compétence ou un savoir-faire donné. Cette situation met l'entreprise de service face à un dilemme : va-t-il mieux combler cette lacune en fournissant le service ou en apportant son savoir-faire ? L'exemple de la banque permet d'illustrer ce point. En effet, de nombreuses banques ont prospéré parce que leurs clients industriels s'intéressaient peu à la stratégie financière ou à la gestion de trésorerie, ou ne maîtrisaient pas ces questions. Cette incompétence ou méconnaissance de la part des clients profitait aux banques qui leur vendaient facilement des services financiers ;

2.4. Le front office de services

Figure 2: le front office de service de santé



Source : J TEBOUL, 2002, « Le temps des services », édition d'organisation, Paris-4e tirage, P,21

2.5. Le management et l'organisation en tant que prestation

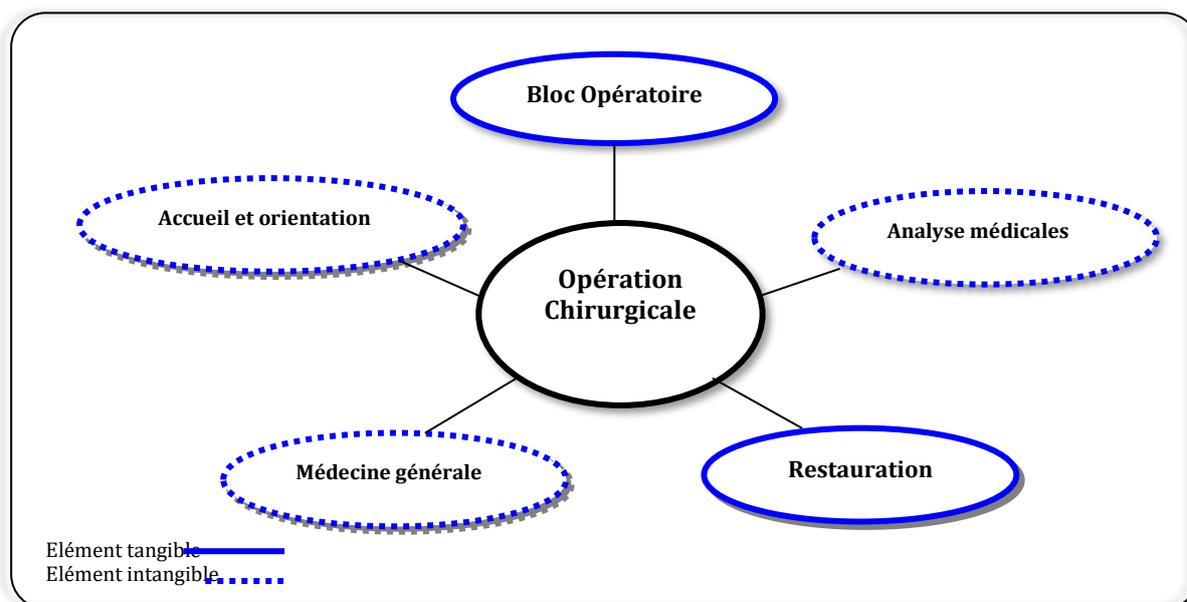
De nombreuses entreprises en viennent à proposer des systèmes de gestion plutôt que des services stricto sensu (un service de gestion d'hôtel, des systèmes de traitement des déchets, un service de nettoyage des hôpitaux) ;

3. Service de base / Services supplémentaires : bonne mélange pour une offre globale

Le service global possède deux niveaux essentiels : le service de base (une réponse au besoin primaire du client, par exemple besoin de soins), et les services supplémentaires (éléments de différenciation par rapport aux concurrents, pour réaliser un avantage concurrentiel).

Plusieurs modèles décrivent le produit global dans un contexte de service ; *le modèle moléculaire*, développé par **Lynn SHOSTACK**, utilise une analogie avec *la chimie* pour représenter et gérer « une entité totale de marché ».

Figure 3: Modèle nucléaire de CHOSTACK appliqué au service de santé



Source ; Réalisé par nos soins en s'inspirant du modèle de SHOSTACK, in D LAERT, 2005, « le marketing des services », édition Dunod, Paris, P,33

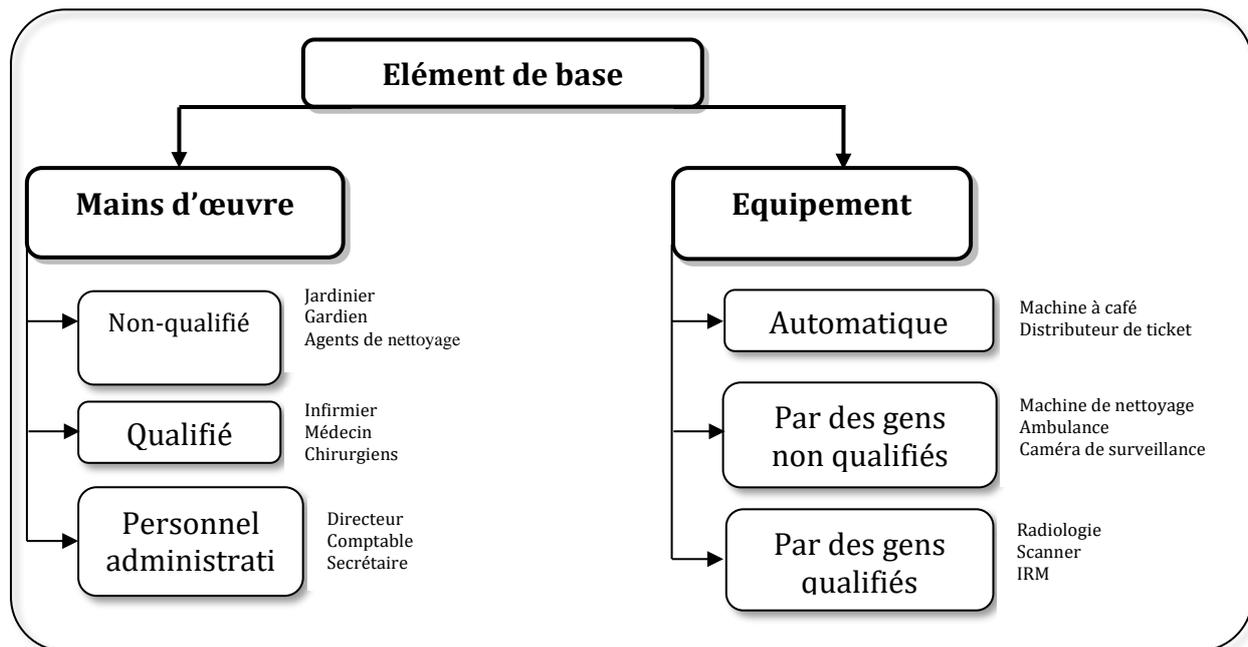
4. Classification de service en santé

Le service peut être classifié selon plus qu'un seul critère, et parmi ces critères il y a

4.1. Classification selon les éléments de base des services délivrés

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

Figure 4: les deux catégories de service selon ses éléments de base



Source : HUBINON M, (2004), « *Management des unités de soins : de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité* », édition De boeck, Bruxelles, 2e tirage, P127

4.2. Classification selon le besoin d'un service client en présence

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

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

4.3. Classification selon l'objectif de service

Les services doivent être classifiés selon les objectifs de son fournisseur : des services délivrés pour gager des bénéfices, et des services délivrés pour achever d'autres services. Les organisations qui délivrent le 1er type des services généralement appartient à des organisations privés (secteur des hommes d'affaires). En revanche, les organisations qui fournissent le 2e type des services (non-profit) sont généralement appartient à des organisations du secteur public ou bien des organisations volontaires (association de la lutte contre le cancer).

4.4. Classification selon le champ d'activité

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

- *Services de soins et de santé* : hôpitaux publics, cliniques privés. Etc.

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

5. Le service sanitaire

5.1. Définition

Le service est une réponse aux besoins et exigences des clients (patients). Et à ce contexte, les établissements sanitaires présentent une gamme des services regroupés en deux grandes catégories :

- *Service sanitaire de soins* : Il s'agit à tous les services sanitaires liés directement à la santé de l'individu, il inclut le service de diagnostic, service thérapeutique, service de soin, service chirurgicales, service de garde sanitaire, service d'obstétrique, rééducation
- *Service de prévention* : Ce type est lié à la santé de l'individu d'une façon indirecte par la prévention de l'être-humain, il concentre sur la santé de la société à travers les activités de la lutte contre les maladies contagieuses, épidémique, et contre les effets négatifs des individus et des projets sur l'écologie et l'être-humain, son oublier aussi les services de l'éducation, d'apprentissage et de l'orientation sanitaire.

5.2. Quelques caractéristiques de service sanitaire

Le service sanitaire a quelques caractéristiques particulières à savoir :

- La présence de l'intéressé est nécessaire ;
- Le service sanitaire est disponible pour celui qui est dans le besoin ;
- Le service sanitaire produit et consommé simultanément ;
- La demande de service sanitaire est variée par le temps, selon plusieurs critères par exemple l'âge (un nouveau-né, jeune homme, vieux homme) ou bien aussi l'émergence de nouvelles maladies dans des périodes précises (les intoxications au moment d'été)
- Le service sanitaire est un droit pour tous (principes de service public) ;
- Le service est un devoir humain et social avant tout sans prendre en compte les obstacles religieux, la racine, le sexe, le niveau de vie.

- La qualité des services sanitaires est importante et jugée par l'opinion des patients

5.3. La difficile séparation entre bien-service en santé

Lorsque l'on se penche sur le secteur des services, il est surprenant de constater que : malgré son importance, le domaine des services est, l'un des plus délicats à explorer, parce que ces frontières elles-mêmes posent problème ;

Il existe un continuum entre biens et services, en ce sens que les offres sont généralement des associations de biens et des services.

Le tableau ci-dessous regroupe l'ensemble des services et des biens en quatre catégories : les services à faible composante matérielle, les services à forte composante matérielle, les biens à faible composante de service et enfin les biens à forte composante de service.

Tableau 3 : La combinaison « bien-service » en santé

La combinaison « bien-service » en santé

Service de santé à faible composante matérielle	Service à forte composante matérielle	Bien à faible Composante de service	Bien à forte composante de service
<ul style="list-style-type: none"> • Psychologue • Psychiatre • Médecin généraliste 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie • Imagerie médicale • Transport médical • Hémodialyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Automédication • Produit parapharmaceutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie • Prothèses dentaires

Source : Réalisé par nos soins en s'insérant du tableau de J LENDREVIE, J LEVY, D LINDON, in « Merkator », Dunod, Paris, 2006, P,952

6. Distinction entre servuction et production

Concevoir et fabriquer un produit fait référence à un ensemble de processus qui porte le nom de « production » il n'existe pas d'équivalent pour les processus de création et de « fabrication » des services.

Selon **P. EIGLIER** et **E. LANGEARD** propose donc celui de servuction. Le service est donc le résultat d'une servuction, comme le produit est le résultat d'une production. Il importe de préciser que ce concept n'existe pas pour combler un vide, mais pour marquer l'existence d'une entité qui recouvre des mécanismes et des démarches singulières ayant des points communs avec ceux de la production mais particulièrement adaptés à la nature des services et à la spécificité du comportement des clients dans une relation de service



6.1. Définition de la servuction

Organisation des moyens matériels et humains nécessaires à la prestation de service. Elle distingue les interactions entre clients, entre les clients et le FrontOffice (entre personnel en contact et environnement matériel), et entre FrontOffice et backoffice (organisation interne de soutien).

La notion de service est liée à celle de la servuction

« La servuction c'est l'organisation systématique et cohérente de tous les éléments physiques et humains nécessaires à la réalisation d'une prestation de service dont le niveau de qualité a été préalablement déterminé »³².

6.2. Le système de servuction

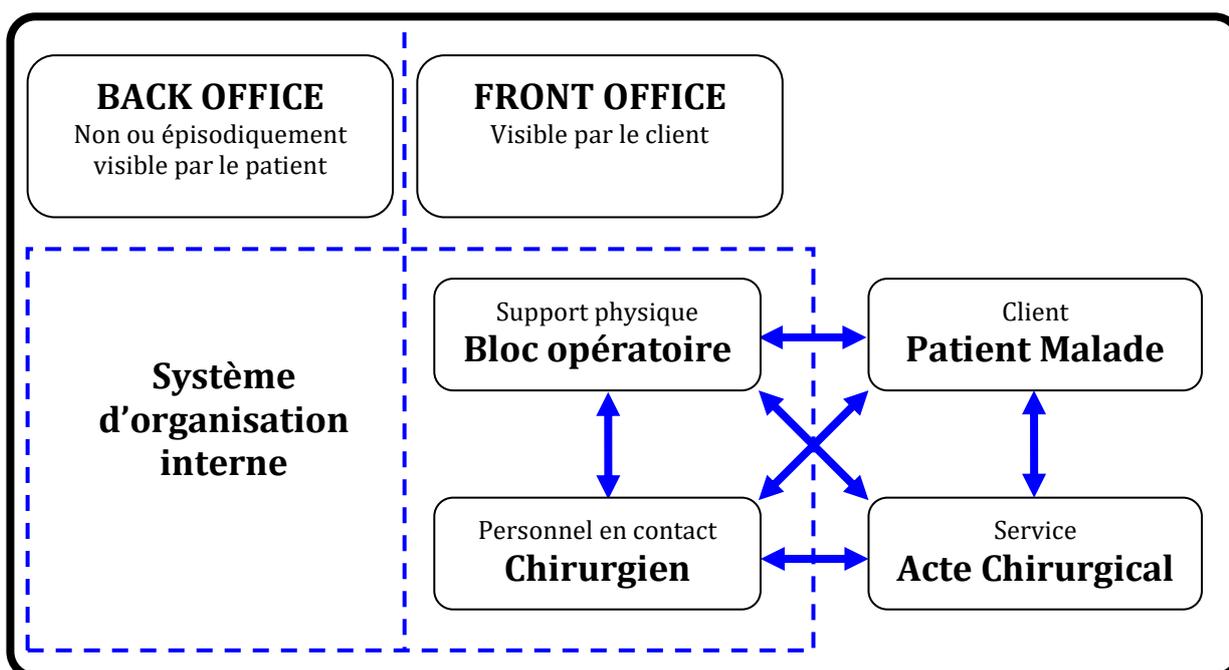
Le système de servuction est un système qui opérationnalise la fabrication, livraison et la consommation du service pour le client. Il se compose de deux sous système :

- *Un système d'input* : les entrants nécessaires à la fabrication du service
- *Un système des outputs* : le résultat issu.

6.3. Les modes d'organisation pour délivrer le service

Pour offrir un service est nécessaire que l'entreprise peut s'appuyer sur un système d'organisation.

Schéma N : 3: Modalité d'organisation du service de EGLIER et LANGEARD adapté au domaine de la santé



Source : EGLIER (P) et LANGEARD (E) « La servuction, le marketing des services » édition DUNOD, Paris, 1996. P.18.

³² EGLIER (P) et LANGEARD (E) « La servuction, le marketing des services » édition DUNOD, Paris, 1996. P.18.

Conclusion du chapitre

Il est pratiquement inconcevable d'imaginer de dissocier la santé de la notion de la servuction. La santé est essentiellement « service », même s'il faut reconnaître qu'une autre partie représente la dimension la plus tangible qui est le « Produit ».

On a rappelé à travers ce chapitre que le service en santé a des particularités et des spécificités qui le distinguent des autres services qu'on peut qualifier d'ordinaires. Et vue la sensibilité de ces services, des caractéristiques lui ont été attribuées. La nécessité de la présence de l'intéressé, la production et la consommation simultanée, la variabilité de la demande de santé, etc. Aussi, pour mettre en exergue la complexité du service sanitaire, il faut dire que ce dernier se compose d'un service global (central) et d'autres services périphériques qui viennent renforcer et assoir un environnement favorable pour l'accomplissement du premier service.

Pour qu'il soit performant, la prestation de service peut être présentée dans un modèle d'organisation particulier comme celui de EIGLIER et LANGEARD qu'on avait pris et adapté au service sanitaire.

Autotest 3

QUESTION N° 1 :

Mettez une croix devant la (es) bonne (es) réponse (es).

- Avec leurs publicités sur le médicament, les laboratoires pharmaceutiques ciblent :
 - Le patient
 - Le médecin
 - Toute la population
- Un produit biotechnologique est, généralement, excessivement cher à cause de :
 - La durée du processus de recherche et développement
 - La cherté des matières premières utilisées
 - Le poids des investissements dans les unités de production
- Le marché de la santé est caractérisé par l'asymétrie de l'information ; cela veut dire que
 - L'information n'existe pas
 - L'information est inéquitablement répartie
 - L'information est abondante
- Dans le modèle de système de santé Bismarkien ; la couverture sociale est :
 - Universelle
 - Unitaire
 - Utilitaire
- Le modèle du système de santé Beveridgien est financé par :
 - L'impôt
 - L'argent de la collectivité
 - Le budget de L'Etat
- La qualité du service de santé est mesurée par :
 - La compétence du médecin
 - L'efficacité thérapeutique du médicament
 - La qualité du matériel du diagnostic utilisé
- On peut mesurer la satisfaction des patients ar :
 - Le nombre de plaintes déposées par le patient contre la structure
 - Le nombre de doléances apposées sur le registre de doléances
 - Le nombre de « j'aime » mentionnés sur la page facebook de l'établissement
- Dans un marché de services de soins, le médecin est considéré comme :
 - Un ordonnateur de dépenses
 - Un régulateur de l'offre
 - Un prestataire de service

QUESTION N° 2

Répondez par Vrai ou Faux puis justifiez votre réponse.

- Au moment de lancement de la production d'un médicament, la rentabilité de l'entreprise est négative.

VRAI AUX

.....

.....

.....

- Le médicament générique est moins cher que le princeps, mais avec une efficacité thérapeutique incomparable.

VRAI AUX

.....

.....

.....

- L'évaluation de la qualité des services en santé se base exclusivement sur la qualité du processus des soins.

VRAI AUX

.....

.....

.....

- La segmentation du marché pharmaceutique se fait sur des critères démographiques uniquement.

VRAI AUX

.....

.....

.....

- La réussite d'un acte médical n'est pas le seul critère de jugement de la qualité de la prise en charge à l'Hôpital.

VRAI AUX

.....

.....

.....

CHAPITRE IV :

Marketing et communication en santé

Objectif du chapitre

- **Rappeler l'importance de la communication en santé**
- **Montrer la grande diversité des types de communication en santé**
- **Les multiples formes de la communication en santé**

Principaux axes du chapitre

- *Les types de la communication en santé*
 - *Les publics cible de la communication en santé*
 - *Les formes de la communication en santé*
-

Introduction

La communication revêt d'une importance capitale en santé, elle est omniprésente dans tous les domaines qui ont une relation étroite avec la santé. Les exemples ne manquent pas, quand le médecin ausculte son patient, il ne peut pas échapper à un interrogatoire avec son patient. Lorsque le même médecin prescrit son ordonnance, cela est une forme de communication avec le pharmacien. Aussi, lorsque les médecins orientent leurs patients à leurs confrères, ils utilisent des lettres, etc.

Les professionnels de la santé font recours d'une manière fréquente à toute forme de communication lors de leur exercice. D'où l'importance de consacrer un chapitre à ce sujet. Dans ce dernier, nous allons revoir les types de communication en santé, et leur importance, puis nous expliquons le public visé dans chaque type de communication.

1. Types de communication en santé

Dans le domaine sanitaire, on peut envisager trois types de communication

1.1 La communication interpersonnelle

Elle concerne l'échange d'informations entre les différentes catégories du personnel qui compose les systèmes de soins. Elle peut se développer entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes, (ex : *les lettres d'orientation*). Entre les médecins et les biologistes pour des examens complémentaires (ex : *bilans d'analyse*). Aussi, entre le corps médical et les patients (ex : *explication de la maladies, interrogatoire de diagnostic*)

1.2 Communication d'entreprise

Il s'agit essentiellement de la communication faite par des établissements sanitaires (hôpitaux/cliniques), par des organisations à but non lucratif ou encore par des producteurs de technologies, comme les industries pharmaceutiques.

1.3. La communication institutionnelle

Les institutions chargées de la protection et de la promotion de la santé sont amenées à communiquer pour diverses raisons : la sensibilisation des danger particulier (ex : *accident de circulation, obésité, automédication*). Promotion de la santé (ex : *pratique du sport, participation à la vaccination, éducation sanitaire*)

Aujourd'hui un hôpital ou une clinique parle, communique et se préoccupe des relations humaines au sein du personnel, vis-à-vis de ses patients et avec l'extérieur.

2. Les publics cible de la communication en santé

2.1. La communication interne

La communication interne est la communication d'un établissement sanitaire en direction de son personnel et de ses patients.

- **La communication en direction du personnel** : elle a pour objet de renforcer la cohésion du personnel par une meilleure information sur les objectifs et les procédures de l'établissement. Elle permet donc une meilleure intégration du personnel et une meilleure division et coordination des tâches. La difficulté de communication réside en le nombre considérable de métiers et la diversité de catégories de personnel qui travaille dans un établissement sanitaire, mais ne diffère pas fondamentalement d'une communication interne d'une entreprise classique.
- **La communication à l'intention des patients** : elle s'étend non seulement aux communications susceptibles d'améliorer l'ambiance dans l'établissement (atmosphère conviviale, organisation et annonces de manifestations destinées à créer un climat détendu, etc.),

- • **Communications de service** : ce sont tous les aspects de la collecte et de la transmission d'informations qui accompagnent le patient de son admission jusqu'à sa sortie de l'établissement.

2.2 La communication externe

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

- • **L'avis du médecin traitant**

Les médecins de ville (*médecin généralistes*) sont en effet les premiers prescripteurs d'une institution. On ne choisit pas vraiment son chirurgien, on est conseillé par son médecin traitant. La communication avec cette communauté médicale est fondamentale, car elle est très influente.

- • **L'image et la réputation de l'établissement**

L'image d'un établissement va bien sûr être influencée par la qualité de la prestation médicale et du personnel traitant, mais aussi par la qualité du « faire savoir », c'est-à-dire de l'efficacité des divers moyens de communication externe mis en œuvre.

En raison de la croissance de la concurrence, un directeur ne peut donc plus ignorer l'importance que revêt l'image de son établissement. D'elle dépend la perception dudit établissement auprès des futurs consommateurs que sont les patients, et représente un critère d'appréciation lié étroitement à la qualité réelle des prestations médicales.

→ 2.2.1 Type de communication externe

Dans le domaine de la santé, on peut définir trois types de communication externe: la communication de crise, de marketing et la communication in situ.

→ 2.2.1.1 Communication de crise

Une situation de crise peut arriver à tout moment. Les éléments suivants peuvent mener à de telles situations : un patient ou un collaborateur mécontent, honoraires des médecins trop hauts, erreur médicale, tensions internes, crise pandémique (COVID-19).

Les établissements publics, les CHU surtout, ont souvent un dispositif prévu pour la communication de crise. Ceci est moins souvent le cas et moins nécessaire pour les établissements privés. Le but d'un tel dispositif est non seulement de bien réagir lorsqu'une situation de crise se présente, mais également d'essayer de prévenir et d'anticiper ce type de situations : à savoir aller au-devant des journalistes et, si besoin est, faire une déclaration afin d'éviter de perdre le contrôle de la situation. Les objectifs d'une communication de crise sont les suivants :

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

2.2.1.2 Communication – Marketing

Comme mentionné précédemment, la communication-marketing se penche essentiellement sur les éléments suivants : le contenu, la cible et la forme de la communication.

→ • **Le contenu de la communication**

Chaque établissement doit définir sa politique de communication externe selon le principal message à communiquer. La politique de communication d'un hôpital universitaire n'est pas la même que celle d'une clinique privée ou d'un établissement de long séjour.

→ ○ *Pour un hôpital universitaire public (CHU)*

Il faut communiquer clairement sur ce qui se fait aux CHU. Il est notamment nécessaire de donner des informations précises sur l'accès aux soins, les consultations, les conditions d'une hospitalisation et les thérapeutiques. Cela est essentiel pour obtenir un consentement éclairé du patient. Dans un contexte plus large, cette communication s'inscrit également dans un aspect économique : un accent important doit être fait sur l'information et les droits des patients. Il est également nécessaire de communiquer sur les résultats économiques, sur ce que coûte un hôpital universitaire, sur ses contraintes, ses difficultés et aussi faire la promotion sur le développement de la science et de la recherche médicale. Il est légitime que les citoyens et les habitants d'une communauté soient correctement informés de ce à quoi ils contribuent. Du moment qu'un hôpital public, son le financement est assuré à hauteur de 60% par la subvention des pouvoirs publics,

→ ○ *Pour une clinique privée*

Il est primordial de se faire connaître et d'attirer de la clientèle en communiquant sur sa différence. Pour cela, elle doit informer sur ses prestations, se différencier d'un établissement public, ce qui en marketing classique implique la définition d'un positionnement. Le privé doit insister sur ses avantages qui le distingue du public qui sont les suivants : le libre choix du médecin, le libre choix de la structure, le libre choix des délais et enfin le confort et le réconfort.

→ • **La cible de la communication**

Pour un établissement sanitaire, il y a deux cibles de communication externe :

→ ○ *Communication « grand public »*

Pour mener une campagne « grand public », il faut utiliser des canaux impersonnels de distribution, qui rassemblent toutes les actions sans contact direct entre l'émetteur et le récepteur, tels que télévision, radio, mailing.

Exemple : Une clinique Privée appelle les citoyens à une campagne de dépistage u cancer du sein à titre gratuit)

→ ○ *Communication à la communauté médicale et aux professionnels de la santé*

Si un établissement décide de communiquer avec la communauté médicale et les professionnels de la santé, la cible de communication diffère de la cible commerciale. En effet, pour reprendre l'exemple de la maternité, la cible commerciale sont les futures mères, tandis que la cible de communication serait les sages-femmes et les gynécologues. Pour mener une telle campagne, on utilise les canaux personnels : toutes les actions permettant un contact personnel et direct avec le public visé.

→ ● *Les formes de la communication*

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

→ ○ *La publicité*

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

→ ○ *Les relations publiques*

Les relations publiques ont pour but de propager une image ou une impression permettant de juger l'entreprise dans son ensemble. Les relations publiques fournissent des informations relatives aux activités de l'entreprise et à leurs résultats, et visent à établir une relation de confiance qui facilitera les contacts futurs entre l'entreprise et des partenaires potentiels ou d'autres groupes d'intérêts. Les cibles de la communication sont ici les personnes ou les organisations qui sont en relation avec l'entreprise ; les relations publiques peuvent donc être la communauté médicale, les assureurs maladie, etc. Les moyens classiques sont très divers : publication de brochures, d'un journal d'entreprise, organisation de manifestations, d'interviews, de congrès, de visites, création de films, soutien à des œuvres sociales, participations à des activités d'intérêt public, etc.

2.2.1.3 Communication IN SITU

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

En effet, il est très important qu'en entrant dans un établissement la première impression qu'éprouve un usager soit positive. Dans un hôpital, l'accueil, l'un des premiers éléments de la communication perceptible, est un des composants dominants de l'identité de l'entreprise.

Lorsque l'on passe en revue les réclamations que les établissements hospitaliers reçoivent ou les remarques des questionnaires de satisfaction, on s'aperçoit qu'une très large

majorité concerne les lacunes dans l'accueil et la communication »²⁶. Pour *Anthony Staines*, de toute évidence, le monde hospitalier a des progrès à faire, notamment concernant le temps d'attente, important facteur d'insatisfaction pour le patient.

- ✓ Le temps d'attente doit être réduit au minimum. Au-delà, la gestion de l'attente doit s'organiser. Un certain nombre de facteurs, qui ne relèvent en aucun cas de la qualité des soins, agissent sur la perception de l'attente et par là-même sur l'image globale que l'on se fait de l'établissement. Quelques règles simples permettent toutefois d'y remédier :
- ✓ Annoncer le temps d'attente (on accepte plus facilement d'attendre si on y est préparé),
- ✓ Ne jamais sous-estimer l'attente lorsqu'on l'annonce, occuper les gens durant l'attente,
- ✓ Éviter les injustices de traitement.

CONCLUSION

Le marketing prépare les dirigeants d'établissements sanitaires à mieux connaître les besoins et la demande du public, à mieux évaluer l'offre de la concurrence et à mieux anticiper les évolutions du marché. En d'autres mots, le but du marketing est double ; d'une part, il vise à adapter les services offerts aux besoins des usagers tout en tenant compte des contraintes du marché, et d'autre part, à évaluer en permanence le degré de satisfaction des usagers ainsi que l'image et la notoriété de l'établissement. Dans l'environnement économique actuel, un établissement sanitaire, public ou privé, ne peut plus vivre sans se faire connaître, sans faire savoir ce qu'il est et ce qu'il désire devenir. Toute institution sanitaire doit se soucier de nos jours de générer autour d'elle une aura favorable, de faire connaître son activité, ses résultats, ses espoirs, les recherches quelle a entreprises, les résultats qu'elle a obtenus. Une telle attitude de marketing ne visera pas en premier lieu à vendre, mais à communiquer, à influencer favorablement et à attirer les sympathies. Aujourd'hui, on assiste à la création de postes de directeurs de la communication dans le domaine sanitaire, englobant la publicité et l'information (exemple : le réseau de soins hospitaliers *St Loup Orbe La Vallée (resHO)* a créé en 1999 un poste à mi-temps de responsable de la communication). La communication est en effet destinée à devenir de manière généralisée un service, une fonction à part entière dans les hôpitaux. Son existence prouve que l'information est l'élément essentiel de la cohésion de l'ensemble des acteurs de l'hôpital et permet la dynamique des objectifs et l'amélioration de la qualité. Elle est donc indispensable et on attendra de plus en plus de cette activité de véritables résultats comme d'une fonction de production.

CHAPITRE V :

Qualité des soins, son évaluation et son amélioration

Objectif du chapitre

- **Maitriser la notion de la qualité et son application aux services de santé**
- **Savoir comment évaluer la qualité des services de santé**
- **Savoir comment mesurer la satisfaction des usagers des services de santé.**

Principaux axes du chapitre

- *Retour sur des notions sur la qualité des soins*
 - *Les modèles conceptuels de la qualité des soins*
 - *Les dimensions de la qualité des soins.*
 - *L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins.*
-

Introduction

La notion de la qualité en santé est abordée par plusieurs chercheurs, il est à noter que y a une unanimité sur la difficulté de traiter cette question. La qualité en générale est une notion de perception, elle est donc subjective. Malgré cela, plusieurs tentatives de recherche ont essayé de donner des définitions à la notion de la qualité et son évaluation.

Justement, c'est dans ce chapitre qu'on va revoir ces notions de qualité en santé et les différentes définitions, comment l'évaluer par quel modèle et comment travailler pour l'améliorer.

Lorsqu'on parle de qualité de soins et services, il faut se rappeler ce qu'est la notion de qualité. « *La qualité est le niveau d'excellence pour satisfaire sa clientèle cible* »³³; un ensemble de caractéristiques qui appartient à n'importe quel produit ou service rendu³⁴ non seulement sur les soins prodigués mais sur l'ensemble de l'expérience que vit l'utilisateur lorsqu'il entre en contact avec un producteur de services jusqu'à sa sortie du centre hospitalier

1. La qualité des soins

1.1. Définitions

Déf 1 : D'après **Avedis Donabedian, 1980**, la qualité des soins se définit comme suit : « *Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins.* »



Déf 2 : **Organisation mondiale de la santé, 1982** « *L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins.* »



Déf 3 : **L'American Medical Association, 1984** propose la définition suivante : « *Les soins de haute qualité contribuent fortement à augmenter ou maintenir la qualité de vie et/ou la durée de vie.* »



Déf 4 : **Institute of Medicine, 1990**, « *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.* »



³³ HOROVITZ, Jacques

³⁴ KAHN, Dr Joan. Gestion de la qualité dans les établissements de santé. Les Éditions Agence D'Arc Inc., 1987, 223 pages.

1.2. Les modèles conceptuels de la qualité des soins

1.2.1. Concept de qualité de Karl Albrecht et Ron Zemke

Pour ces auteurs, le service est une relation continue entre l'acheteur et le vendeur et vise essentiellement à ce que l'acheteur soit toujours satisfait.



Les gens travaillant dans une organisation de service ont besoin d'un modèle clairement défini pour gérer le service.

La gestion d'un service est une philosophie, un concept de transformation, un procédé intellectuel, un ensemble de valeurs, d'attitudes et de méthodes. Donc, chaque fois qu'un usager reçoit un service, il en juge *la qualité* : on peut imaginer que l'usager a à l'esprit une sorte de barème en fonction duquel il décidera s'il utilisera de nouveau ce service ou s'il ira le chercher ailleurs.

Les auteurs ont identifié dix caractéristiques d'un service :

1. le service est produit au moment de la livraison
2. la production, le contrôle, le stockage d'un service ne peuvent être centralisés
3. aucun échantillon ne peut être envoyé au client
4. la valeur du service dépend de son expérience personnelle
5. l'expérience personnelle ne peut se vendre, ni se transférer
6. en cas de mauvaise exécution, un service ne peut être retourné
7. la garantie de qualité doit intervenir avant la production
8. la livraison du service demande une intervention humaine
9. l'attente du destinataire de service fait partie intégrante de la satisfaction qu'il en retire
10. plus le client fait affaire avec des gens, moins il y a de chance d'être satisfait

1.2.2. Concept de qualité de Joan Kahn

Pour cet auteur, la qualité se définit comme un ensemble de caractéristiques qui appartient à n'importe quel produit ou service. Et pour que ce produit ou service soit de bonne qualité, d'autres dimensions telles que la quantité, le coût et la promptitude sont considérées.



La perception de la valeur globale du service obtenu est avantagée lorsqu'il y a concordance de la qualité, de la quantité, du coût et de la promptitude.

S'il y a déséquilibre dans une des dimensions il y a risque de baisse du niveau de qualité et par conséquent une insatisfaction de la clientèle à qui les services sont offerts.

Pour mesurer la qualité, l'auteur privilégie une approche orientée vers les problèmes, vers les normes et vers les buts. Cette mesure de qualité repose sur quelques axiomes tels que des critères définis, des méthodes valides et fiables pour connaître le degré de satisfaction du client.

Un modèle systémique est proposé pour classifier les problèmes d'écart : niveau critique, semi-critique ou non-critique entre les inputs et les outputs.

A l'aide de ce modèle, *huit éléments* de l'appréciation de la qualité sont identifiés dont quatre sont reliés aux croyances du *patient* et quatre reliés à *l'organisation*.



1.2.3. Concept de qualité de **Eiglier et Langeard**

Pour ces auteurs, la notion de qualité est associée à ces *cinq* éléments :



Q1 : Image de l'organisation : tout ce que le client voit tel que l'ordre, la modernité, la propreté, la tenue vestimentaire, la sécurité... etc.

Q2 : Organisation interne : a trait au personnel et aux instruments non visibles par le client mais nécessaires à la production des services et avec un degré de cohérence entre eux.

Q3 : Interaction : c'est une certaine qualité des relations entre clients et des relations clients/personnel en contact et support physique qui se trouvent à la base de ce que l'on appelle l'ambiance, élément important dans les services.

Q4 : Support physique : visible par les clients. C'est l'environnement physique, le personnel en contact, les instruments moyens ou méthodes.

Q5 : Service lui-même : l'output de la servuction (mot équivalent à production pour exprimer le processus de création, de fabrication de service). C'est la qualité du service lui-même ; de bonne qualité lorsqu'il satisfait exactement les besoins et les attentes du client d'où la nécessité de connaître ses attentes.

Selon **Eiglier et Langeard**, la qualité d'un service s'évalue sur trois dimensions différentes :

- ✓ **L'output** : c'est la qualité du service lui-même,
- ✓ **Les éléments de la servuction** : c'est la qualité intrinsèque de chaque élément pris séparément de même que leur degré de cohérence entre eux.
- ✓ **Le processus** : c'est l'ensemble des interactions nécessaires à la fabrication du service ; l'interaction entre les personnes est fortement influencée par des traits culturels.

La qualité se compose de *deux éléments* :

- **Qualité objective** (constituantes au produit)

- **Qualité subjective** (satisfaction du client selon sa perception, ses attentes et ses attributs)

Dans les services, il n'y a ainsi de qualité objective que pour le support physique ; pour le personnel de contact, c'est une qualité de résultat c'est dire qu'il n'y a aucun moyen de s'assurer de son niveau avant sa consommation par le client (simultanéité, production et consommation)

1.2.4. Concept de qualité de **Gunmesson**

Selon **Gunmesson**, le concept de qualité de service se définit en *quatre points* :

- ✓ **La qualité intrinsèque de l'offre** : Le service est offert pour répondre aux besoins des clients.
- ✓ **La qualité de la servuction** : Le service possède une valeur aux yeux de son offreur comme à ceux du consommateur, son client.
- ✓ **La qualité relationnelle** : Le développement d'une entreprise de service se réalise en créant des liens avec la clientèle : le client adhère au mode de fonctionnement de l'entreprise et celle-ci s'engage à servir le client : ce sont les bases d'une fidélisation active.
- ✓ **La qualité de l'accessibilité** : Le service doit être physiquement accessible au moment opportun.

1.2.5. Concept de qualité de **A. Donabedian**

Le cadre de référence suggéré comporte *trois paramètres* qui correspondent aux principaux éléments de la distribution des soins :

- **Le niveau d'agrégation du patient** (entité dont le service ou l'organisme de santé assume la responsabilité) ; soit le patient, sa famille, clientèle
- **Le niveau d'agrégation du fournisseur de soins** ; professionnels, programmes de soins, organismes ou systèmes
- **L'objet ou le sujet de l'évaluation**. Structure, processus, résultat en fonction des ressources, activités, objectifs et reliés aux programmes ou organismes de santé.

1.3. Les dimensions de la qualité des soins

A PARASURAMAN, A ZEITHAML et L BERRY³⁵ ont élaboré une liste des déterminants de la qualité des services, qui semble relativement indépendante du domaine d'activité considéré par ordre d'importance.

Dans le domaine de santé, cette liste est représentée par les éléments suivants :

1.3.1. L'efficacité

C'est souvent, la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin.

Ce que l'on mesure : il existe également toute une série de mesure qui permettent aux patients et d'autres acteurs du système de santé d'évaluer la qualité technique des soins (correspond aux actes diagnostiques et thérapeutiques fournis par les différents professionnels de santé. Il s'agit d'élaborer avec des preuves cliniques l'opportunité des soins fournis.

1.3.2. La sécurité

C'est l'absence de danger, de risque et de doute. Elle est basée sur le principe de ne pas nuire aux patients. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes.

Ce que l'on mesure : on peut regrouper les indicateurs relatifs à la sécurité des soins en quatre grandes catégories :

- *Infections nosocomiales* (des plaies, celles liées aux soins médicaux, aux escarres).
- *Événements sentinelles* (accidents liés à la transfusion, erreurs de groupages sanguins, oublis de corps étrangers dans le champ opératoire).
- *Complications opératoires et préopératoires* (embolies pulmonaires ou accidents d'anesthésie).
- *D'autres événements indésirables* (fracture de la hanche ou chute à l'hôpital).



A Parasuraman

Est professeur en marketing et auteur. Il est professeur et titulaire de la chaire James W. McLamore en marketing à l'Université de Miami, parmi ses ouvrages :

- *Techno-Ready Marketing: How and Why Customers Adopt Technology*
- *Marketing Research*, 2003



Valarie A. Zeithaml

Elle est professeur distingué de marketing de la famille David S. Van Pelt à la Kenan-Flagler Business School, Université de Caroline du Nord à Chapel Hill. Zeithaml est un expert dans le domaine du marketing des services et de la qualité des services. Elle est l'auteure de plusieurs ouvrages :

- *Delivering Quality Service*, 2010.
- *Services Marketing*, 1996.
- *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*, 2002.
- *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across The Firm*, 2013.



Leonard L. Berry

Est professeur en marketing à la Texas A&M University et chercheur principal à l'Institute for Healthcare Improvement. Berry est un ancien président de l'American Marketing Association. Il est l'auteurs de plusieurs ouvrages :

- *Delivering Quality Service*, 2010.
- *Management Lessons from Mayo Clinic Inside One of the World's Most Admired Service Organizations by Leonard*, 2008.
- *Marketing Services: Competing Through Quality by Leonard L. Berry*, 2004.
- *Discovering the Soul of Service: The Nine Drivers of Sustainable Business Success by Leonard L. Berry*, 1999.

³⁵ A PARASURAMAN, A ZEITHAML et L BERRY, "Perceived service quality as a customer-based performance measure: An empirical examination of organizational barriers." Article in Human Resource Management · November 2006

1.3.3. L'accessibilité

C'est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. Donc, les services de soins de santé ne sont pas limités par des obstacles géographiques, économiques, sociaux, organisationnels ou linguistiques.

La ponctualité est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement, elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire de soins).

Ce que l'on mesure : on évalue la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durées d'attente.

Les indicateurs les plus souvent employés sont : *les délais d'attente* pour la chirurgie programmée et les délais d'attente *aux urgences*, *les sorties retardées*, *le temps d'accès* aux médecins généralistes et spécialistes, les problèmes d'accès liés au coût des soins (*accessibilité financière*).

1.3.4. La réactivité

La réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient renvoie à des notions telle que le *respect des patients*, *la dignité*, *la confidentialité*, *la participation aux choix*, *le soutien social*, *le choix de fournisseurs de soins* et d'autres notions comme *l'écoute*, *l'empathie*, mais aussi *l'information* dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part.

Ce que l'on mesure : la communication avec le médecin (« *écoute soigneusement* », « *montre du respect* », « *explique clairement les choix* »), le temps passé avec lui, la continuité (*coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires*) et l'acceptabilité des soins.

1.3.5. L'efficience

Elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables. Cela justifie de développement remarquable des analyses de type AME (*Analyse médico-économique*) qui sont devenues indispensables pour le choix des techniques thérapeutiques les plus efficaces (les plus efficaces sur le plan médical et les moins coûteuses)

2. L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins

2.1. Le modèle de DENABEDIAN

L'évaluation de la qualité des soins reste encore largement influencée par les recherches d'**Avedis DENABEDIAN**, dont les premières datent des années 1960.

DENABEDIAN part du principe que la probabilité d'obtenir le meilleur résultat est garantie par la délivrance de soins de la meilleure qualité technique possible, cette dernière exige un environnement structurel et organisationnel correct. En plus, les explorations et les soins doivent être réalisés par des professionnels qualifiés dans une structure adéquate.

DENABEDIAN a adopté *l'approche processus* pour analyser les soins en individualisant trois niveaux d'analyse :

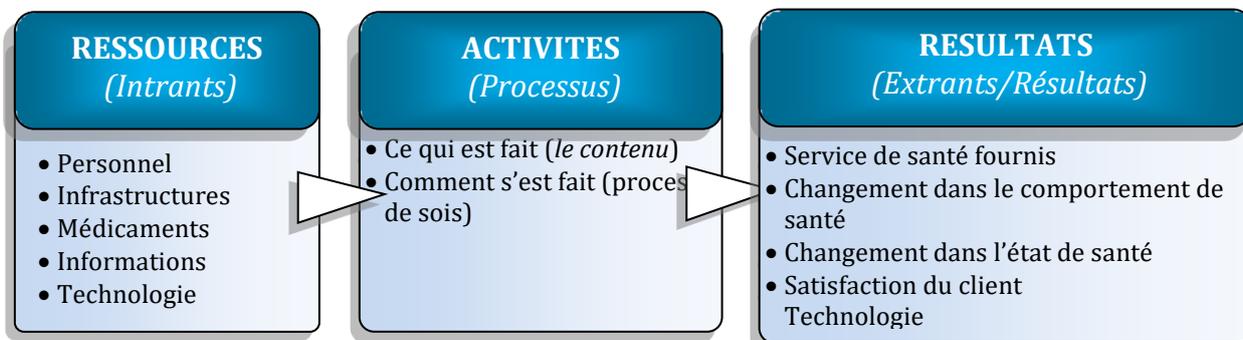
- *Les données d'entrée des processus de soins (input)* : les structures et les ressources ;
- *Les processus de soins eux-mêmes* ;
- *Les données de sortie* qui sont les résultats intermédiaires ou à court terme (output) et les résultats ultimes à long terme qui sont les modifications de l'état de santé et les conséquences sur la qualité de vie (outcom).



A. DENABEDIAN

Il a été médecin et fondateur de l'étude de la qualité des soins de santé et de la recherche sur les résultats médicaux, notamment en tant que créateur du modèle de soins, ses principaux livres :
 ✓ *An Introduction to Quality Assurance in Health Care, 2002.*
 ✓ *Benefits in Medical Care Programmes*

Figure 5: entrants, processus et extrants/résultats selon le modèle d'DENABEDIAN



Source: Rashad MASSOUD, décembre 2002; « Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité de soins de santé (projet d'assurance de la qualité) » ; center for human services ; USA ; PDF ; P,04 in

2.1.1. Les structures et les ressources

Ce sont les différents moyens et ressources qui permettent à un établissement de santé de remplir sa mission et de délivrer des soins dans les formes exigées : *locaux, installations, équipements, ressources matérielles, ressources humaines (qualifications, effectifs et organisation), systèmes d'information, encadrement, mode de fonctionnement, qualité et quantité des ressources financières, lois et réglementations, contextes politiques, géographiques, socio-économique, etc.*

2.1.2. Les processus

→ Définition

Un processus est défini comme étant « *une succession d'étapes à travers lesquelles les entrants provenant de fournisseurs sont convertis en extrants pour les consommateurs* ».

→ 2.1.2.2 typologies de processus dans le domaine de santé

- *Algorithmes cliniques* : sont les processus par lesquels les décisions cliniques sont prises.
- *Processus de circulation de l'information* : sont les processus par lesquels l'information est partagée entre les différentes personnes qui interviennent dans les soins de santé.
- *Processus de circulation des fournitures* : sont les processus par lesquels les matériels (médicaments, fournitures, produits alimentaires) circulent à l'intérieur du système.
- *Processus de circulation des patients* : sont les processus par lesquels les patients circulent à l'intérieur de l'établissement médical où ils demandent et reçoivent des soins.
- *Processus de circulation multiple* : la plupart des processus sont en fort multiples étant donné que des patients, des fournitures, des informations et autres éléments sont impliqués simultanément dans le même processus de soins.

→ 2.1.2.3 les différentes activités faites par producteur de soins

La typologie des différentes activités délivrées par un producteur de soins que ce soit un individu ou un établissement, permet de distinguer :

- *Les activités cliniques directes* : elles s'adressent sans intermédiaire à l'utilisateur (une intervention chirurgicale).
- *Les activités cliniques indirectes* : elles sont effectuées pour l'utilisateur en son absence (les examens de biologie).
- *Les activités non-cliniques* : elles ne relèvent pas des soins, mais qui concernent l'organisation et permettent aux soins d'être réalisés dans de bonnes conditions (*maintenance des équipements, les activités administratives, etc.*).

2.1.3. Les résultats

Les résultats représentent les conséquences des soins sur l'état de santé d'un patient ou d'une population (taux de mortalité, taux de guérison), sur sa qualité de vie, la survenue de complication leur satisfaction, leur bien-être et leur qualité de vie. Ce sont aussi les résultats financiers et comptables de l'établissement de santé.

NB : Si elle est bien menée, l'évaluation doit également mesurer l'impact des processus de soins, c'est-à-dire, les effets des soins sur la santé et sur la qualité de vie et sur d'autres effets positifs ou négatifs des soins en termes d'éventuels effets pervers.

La notion « *impact* » est plus globale que la notion « *résultat* ». Ainsi, un soin peut avoir un résultat positif à court terme et un impact négatif à long terme.

3. les indicateur qualité de soins, (un outil quantitatif de mesure)

→ 3.1. Définitions :

Les *indicateurs de la qualité* sont des données mesurables permettant de caractériser une situation dans l'espace et dans le temps. C'est une indication chiffrée.

C'est aussi une information choisie assurée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus (ANAES).

L'indicateur permet, en général, de faire le point sur une situation, de se situer par rapport à un objectif, d'effectuer des comparaisons dans le temps et entre les services.

→ 3.2. Les indicateurs de qualité de soins et les indicateurs d'activités

L'identification d'un indicateur de soins permet de faire la distinction entre l'indicateur de *qualité* et l'indicateur d'*activité*, ce dernier exprimé en donnée brute représente un volume d'actes (*nombre de patients accueilles, nombre d'actes de radiologie, etc*), et n'a pas de lien avec des actions d'amélioration de *qualité*. Alors que l'indicateur qualité est toujours assuré à un processus (*diagnostic médical*), il est un outil de management qui reflète la qualité du processus ciblé.

→ 3.3. Typologie des indicateurs

Trois types d'indicateur sont utilisés selon les orientations citées par **A DANABEDIAN** :

→ 3.3.1 Indicateurs de structure (de ressources)

Ce sont tous les indicateurs qui mesurent la prise en charge des patients sur deux dimensions : *les ressources humaines* et *les moyens matériels* nécessaires à la réalisation des soins. (*Matériels utilisés, disponibilité des salles, accessibilité de service, spécialisation des praticiens, etc*).

Exemples:

- Ressources Humaines comme le *nombre de médecins, de soignants, de salles d'intervention, etc.* dans un établissement de santé donné ;
- Les moyens matériels : - *nombre IRM, de scanner, de places d'hémodialyse, les labos d'analyse biologique, etc.* dans une région sanitaire donnée.

3.3.2 Indicateurs de processus

Tout processus de prise en charge des patients peut être décrit comme *un ensemble d'étapes dont la succession doit aboutir à un résultat de qualité*. Chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs.

Les indicateurs de processus renseignent principalement sur les pratiques professionnelles appliquées lors de ces différentes étapes et tâches ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité concernés.

Exemples :

- Circuit de distribution du médicament et la fréquence dans la rupture de stock
- Respect de procédure pré transfusionnelle
- Délai d'obtention de rendez-vous.
- Gestion des dossiers des patients

3.3.3 indicateurs de résultats

En matière de santé, qu'il s'agisse d'objectifs sanitaires globaux ou de démarches locales d'amélioration de la prise en charge des patients, la notion de « *résultats* » recouvre des réalités différentes.

Les indicateurs de résultats intermédiaires (*outputs selon Donabedian*) mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes *des processus*.

Exemples :

- **Processus de prise en charge des patients** : taux d'infection du site opératoire ; pourcentage de réadmissions non programmées ; taux de vaccination ; satisfaction des patients sur les conditions de séjour, sur l'accueil en consultation, délais d'attente en salle de transfert préopératoire, taux d'escarres, de chutes, etc.
- **Processus logistiques et de soutien** : nombre d'heures de formation professionnelle continue par agent (*pour chaque catégorie professionnelle*) ; taux de pannes.

4. Caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soins

Parmi les exigences de qualité que l'on considère généralement à l'égard d'un indicateur, il y en a cinq que l'on retrouve pratiquement dans tous les travaux : la validité, la fiabilité, la sensibilité, la spécificité et la robustesse.

→ La validité

C'est la capacité de mesurer réellement ce que cet indicateur doit mesurer :

→ La fiabilité

C'est de produire des résultats constants où l'application est faite répétitivement sur le phénomène dans le même état ;

→ **La sensibilité**

L'indicateur doit aussi montrer une grande sensibilité à détecter les moindres variations des phénomènes qu'il représente ;

→ **La spécificité**

L'indicateur doit être propre au phénomène (concept) étudié ;

→ **La robustesse**

C'est de faire référence à sa capacité de résister à l'utilisation que l'on en fait ;

Alors les indicateurs permettent soit de: *Mesurer l'attente des objectifs du processus ; - Mesurer la perception des résultats par les clients ; et Intervenir sur le déroulement de processus;*

4.2. Quelques exemples d'indicateurs

De nombreux indicateurs peuvent être cités. Le tableau suivant illustre les différents indicateurs qualité de soins

Tableau 4: Quelques exemples d'indicateurs

<p style="text-align: center;">Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'objectif du projet de service mis en place • Nombre de réunions organisées par le cadre • Taux de participation aux réunions • Nombre de conseils de service • Fréquence des groupes de travail • Taux de participation du personnel par type de groupe de travail • nombre des missions déléguées 	<p style="text-align: center;">Ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence de jours à effectifs réduits • Taux de réponses aux demandes de remplacement • Taux d'absentéisme turn-over • Taux d'heures supplémentaires effectuées ou nombre d'astreintes Fréquence d'occupation des postes (hôtesses d'accueil, agent hospitalier) • Taux d'agents formés par catégories professionnels • Taux de personnels formés sur la population nouvellement recrutée • Taux d'entretiens d'évaluation réalisés Taux de satisfaction des formations • Taux d'accidents exposants du sang
<p style="text-align: center;">Soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de ré hospitalisation • %de séjours faisant l'objet d'une plainte • Taux de chutes • Taux d'escarres • Taux de sorties sans avis médical • Taux d'infections nosocomiales • Nombre de signalement de maltraitance Satisfaction des patients dans l'information reçue avant examen, intervention, etc. • Temps d'attente pour examen, en consultation • % de patients anesthésiés passant en salle de réveil • nombre de patients satisfaits de la prise en charge de la douleur 	<p style="text-align: center;">Hôtellerie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de repas en adéquation avec la commande • Fréquence de respect du gout des patients • Fréquence de respect des régimes • Taux de satisfaction concernant le repas • Taux de satisfaction des patients dans l'aide à la prise du repas • Taux de respect de la température du plat • Fréquence de respect des dates de péremption • fréquence de respect des dates de consommation
<p style="text-align: center;">Documents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de conformité aux règles de gestion documentaire des documents qualité (fond, forme) • Délais de transmission de l'information • Délais d'envoi des courriers de sortie • Taux d'accessibilité aux dossiers • Taux de conformité des dossiers par rapport à des critères prédéfinis • Taux de dossiers non-retrouvés • Taux de documents élaborés par les professionnels 	<p style="text-align: center;">Travaux/maintenance/système d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de disponibilité ou d'indisponibilité pour réparation • Fréquence des pannes • Taux d'erreurs du système d'information • Taux de disponibilité du matériel de rééducation, des atèles • Taux d'équipement en rangement adaptés • Taux de satisfaction des utilisateurs face à la signalétique

<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients ayant reçu le livret d'accueil sur le nombre de patients hospitalisés 	
<p style="text-align: center;">Dispositifs médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délais de livraison • Taux des ruptures de stocks par produits • % des produits faisant l'objet d'un seuil de sécurité • Fréquence de commande en urgence • taux de produits détériorés ou périmés -nombre de produits respectant le stock de sécurité 	<p style="text-align: center;">Equipements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence de pannes • Taux des infections nosocomiales liées à un traitement insuffisant des dispositifs médicaux • % de personnes formées à l'utilisation des équipements • Taux de non-disponibilité de matériel • % d'appareil possédant un mode d'emploi • % d'appareil respectant les règles de maintenance • fréquence d'emprunt d'appareils

Source : C GABA, L EROY, A-M BONNERY, D LARANDE, P MICHET, *op cit*, P, 122-123

4.3 Améliorer la qualité des soins

4.3.1 les outils pour améliorer la qualité des soins :

L'analyse de la littérature médicale permet de distinguer quatre types d'outils pour améliorer la qualité des soins :

- *Outils relatifs aux connaissances et aux compétences* : par la formation médicale initiale et continue, lecture de revue, recommandations et références médicales, etc.
- *Outils relatifs à la décision médicale et concourant à l'amélioration de la qualité* : aide-mémoire, informatique, etc. –
- *Outils relatifs au contrôle de la qualité* : audit clinique, retour d'information, groupes de pairs, etc.
- *Outils relatifs à l'amélioration de la qualité* : démarche et assurance qualité, etc.

La philosophie qui sous-tend les stratégies d'amélioration de la qualité reconnaît que ce sont à la fois *les ressources* (intrants) et *les activités* (processus) qui doivent être abordés ensemble afin d'assurer ou d'améliorer la qualité des soins (extrants/résultats).

4.3.2. Comment améliorer les pratiques médicales

4.3.2.1. Le capital humain au milieu d'un établissement hospitalier :

Le capital humain est une ressource, une force et une richesse à préserver en tant qu'investissement immatériel indispensable pour répondre aux missions de l'établissement hospitalier. Les interactions entre les patients et les employés de l'établissement hospitalier ont une influence significative sur la nature et la perception du service, elles influencent fortement les patients.

Une des conditions de succès des entreprises de service en générale, et les établissements hospitaliers en particulier, est alors de déployer des efforts importants en recrutement, formations et motivations des employés. Il sera nécessaire de définir avec précision les finalités et de recourir à des praticiens formés et compétents, afin de s'adapter parfaitement aux tâches et aux missions à accomplir (*éviter, ou tout au moins réduire tout dysfonctionnement*).

- il n'y a pas de service de qualité sans homme de qualité

2La qualité des services dépend, tout au moins en partie, de l'interaction entre nos équipes et nos clients. De ce point de vue, il paraît naturel d'examiner en profondeur la manière dont en gère les ressources humaines dans les entreprises de service.

Cette préoccupation donne lieu de répondre aux exigences suivantes :

- La gestion des hommes repend-elle aux exigences liées au service ?
- Quel est son impact sur la performance de ce service ?
- Des employés motivés facilitent et rendent plus productives la rencontre d'ordre transactionnel ?

Figure 6: les composantes de la qualité d'un soin



Source : Y MATILLON ; (2000) ; « *Qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire* » ; ANAES* service évaluation en secteur libéral ; Paris

4.3. Les composantes de la qualité d'un soin :

La justification : c'est le fait de confirmer l'utilité et l'adéquation des soins programmés au problème de santé diagnostiqué. Ici le souci est d'éviter les examens excessifs injustifiés. Dans des cas observés, les médecins, pour gagner du temps ou pour s'assurer de leurs prescriptions font recours à une sur médicalisation.

Le type (appropriation) : l'objectif est de voir si les soins prodigués sont en

Réalisation : sur le plan pratique, il est important de s'assurer que les soins sont correctement réalisés, soit sur le plan médical ou les autres dimensions. Parfois, lorsque y a un défaut de réalisation de soins cela porte préjudice au patient et a la fonction.

Moment de la réalisation :

Explication : les professionnels de santé, malgré leur charge de travail, sont tenus d'expliquer au patient le contenu et la forme des soins qu'il va recevoir.

Suivi et évaluation : Pendant et après chaque acte, un suivi et une évaluation s'imposent pour mesurer l'efficacité du traitement (*c'est pour cette raison, souvent le médecin vous demande de revenir après la fin du traitement pour dresser une petite évaluation de traitement*)

Efficacité :

Innocuité : mesurer les effets indésirables de chaque traitement,

5. Notion de satisfaction :

Satisfaire les consommateurs a toujours été le souci majeur de tout producteur préoccupé par la conquête d'une plus grande part du marché. Cette règle ne fait pas d'exception dans le secteur de la santé. C'est pourquoi plusieurs auteurs se sont évertués à rechercher les différentes raisons pouvant expliquer la satisfaction des patients afin de pouvoir améliorer la qualité des services en ciblant les facteurs les plus déterminants.

5.1. Définition de la satisfaction des patients selon les différents auteurs

Pour **BARRY**, la satisfaction traduit le sentiment d'être bien reçu, bien traité avec la satisfaction du besoin sollicité, à la hauteur du demandeur, dans le respect de ses coutumes et traditions. En outre la satisfaction est l'expression ou la perception des bénéficiaires des soins reçus.

PASCOE définit la satisfaction du patient comme étant *sa réaction à son expérience personnelle dans les services de santé*. Dans cette formulation la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (*notion de connaissance*) et une réaction émotionnelle (*domaine affectif*) aux structures, procédures et résultats de service.

Quant à **MORNET** et **SHARSER** font ressortir l'influence de l'environnement hospitalier et de l'interaction entre le personnel et les patients sur la satisfaction de ces derniers. La satisfaction est le résultat d'un processus rétroactif positif entre les représentations normatives et les représentations que se fait le patient. Bien que l'hôpital constitue le milieu où se déroulent les soins de manière globale, la nature de l'environnement est également liée aux caractéristiques de l'interaction entre l'intervenant et l'usager.

YELLEN, DAVIS et **RICARD** définissent la satisfaction des usagers comme un résultat désiré des soins dispensés et des services disponibles.

Il ressort de ces différentes définitions que la satisfaction des patients est un indicateur de la qualité perçue des soins. Elle est considérée comme la différence entre les attentes des patients et leurs perceptions des prestations reçues.

5.2. La typologie des méthodes de mesure de la satisfaction des patients

5.2.1. Méthodes d'analyse indirecte

Par exemple : - 1Lettres de remerciements, compléments ; -Plaintes et réclamations (recueillir les expressions des clients) ;

5.2.2. Méthodes d'analyse directe

5.2.2.1. Les méthodes qualitatives

Sont des études exploratoires qui servent à déterminer ce que les patients souhaitent ou considèrent comme important. L'objectif est d'identifier les besoins, attentes et exigences des patients, afin d'améliorer la qualité des prestations en tenant compte de ces paramètres. Ce sont : -Enquêtes d'observation ; - Entretiens non directifs sur de petits groupes (focus groups), sous forme de questions ouvertes suivies d'une analyse du contenu des réponses. - Méthodes de critiques d'incidents : il s'agit ici de compiler les observations et les problèmes rencontrés par le patient à chaque phase de sa prise en charge. Les données sont recueillies à l'issue des soins. - analyses de causalité, par exemple : des études -avant/ après-une prestation de soin pour rechercher un lien entre la délivrance de la prestation et la satisfaction du patient.

5.2.2.2. Les méthodes quantitatives

Sont des enquêtes de satisfaction sur des échantillons représentatifs de la population cible. Ces enquêtes permettent de vérifier qu'il existe une bonne corrélation entre les caractéristiques de la prestation délivrée et la satisfaction des patients. Ce sont : - Questionnaires de sortie (obligation réglementaire) ; -Enquêtes de satisfactions ;

5.3. Comment atteindre la satisfaction des patients

5.3.1. Le diagramme en arbre

Le diagramme en arbre est un outil utilisé par un groupe de travail pour répondre à la question Comment ? Il s'agit de trouver des solutions pour éliminer les causes du problème. Représentation en arborescence qui permet à partir d'un objectif de départ de décliner l'ensemble des objectifs intermédiaires et les moyens à mettre en œuvre.

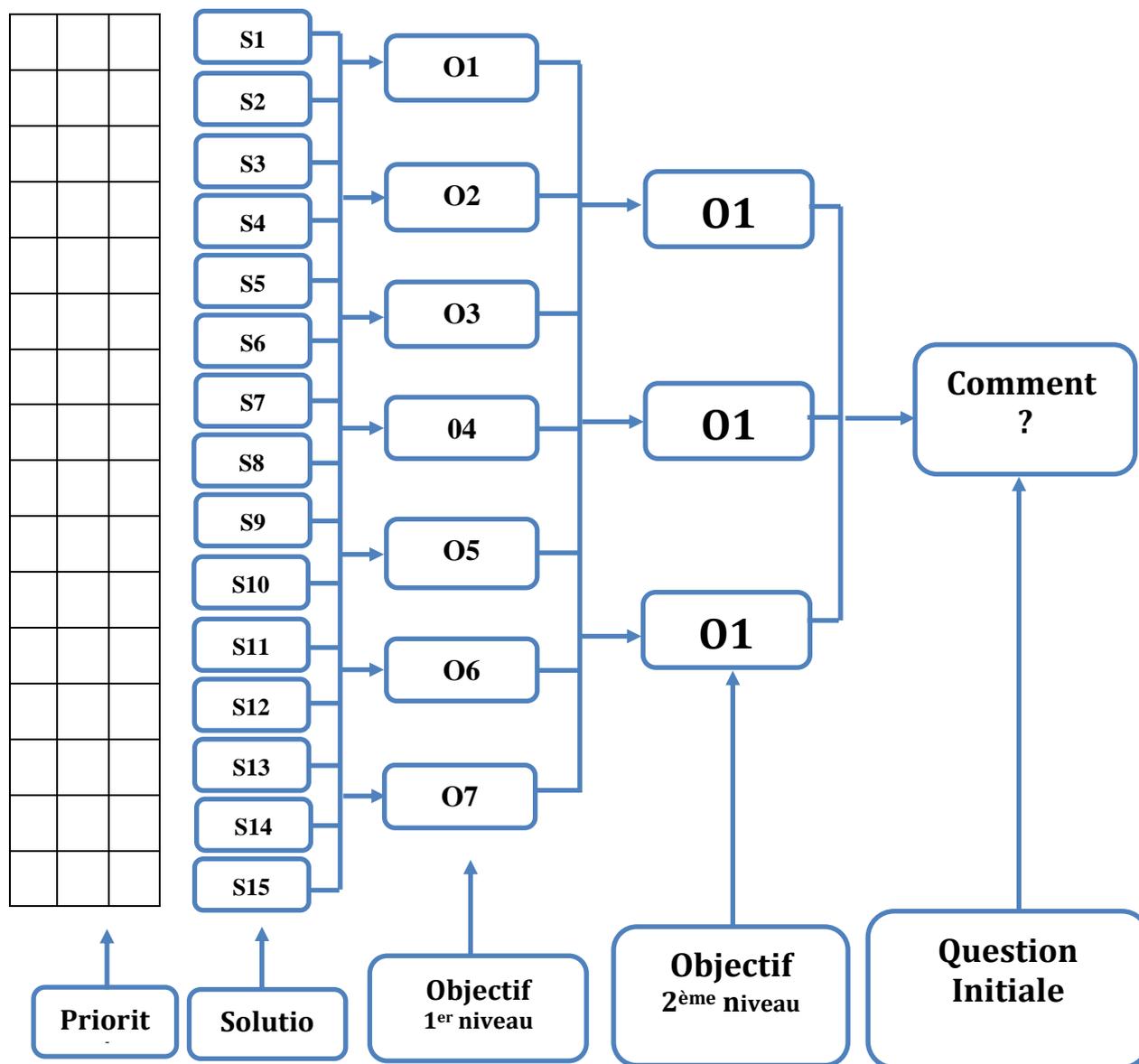
Son objectif est de rechercher l'ensemble des moyens à mettre en œuvre pour atteindre un objectif déterminé.

Pour répondre à la question « comment on peut satisfaire les besoins des patients qui visitent ce service ? », à l'aide de certains personnels travaillant dans le service et le directeur financier de l'hôpital Habib Bourguiba Sfax qui ont proposé de tracer le diagramme en arbre (*figure ci-après*).

La figure suivante montre que l'objectif c'est la « satisfaction des patients », une fois l'objectif fixé, il est important de fixer des catégories qui sont dans notre cas au nombre de trois (Temps d'attente, Ressources Humaines et Méthodes), pour chaque catégorie il y a des sous catégories et à la fin de la hiérarchisation on fixe des attributs qui expliquent mieux les sous catégories. Ce diagramme permet au responsable de l'hôpital de prendre

en compte les catégories, les sous catégories et les attributs collectés dans leur planification future

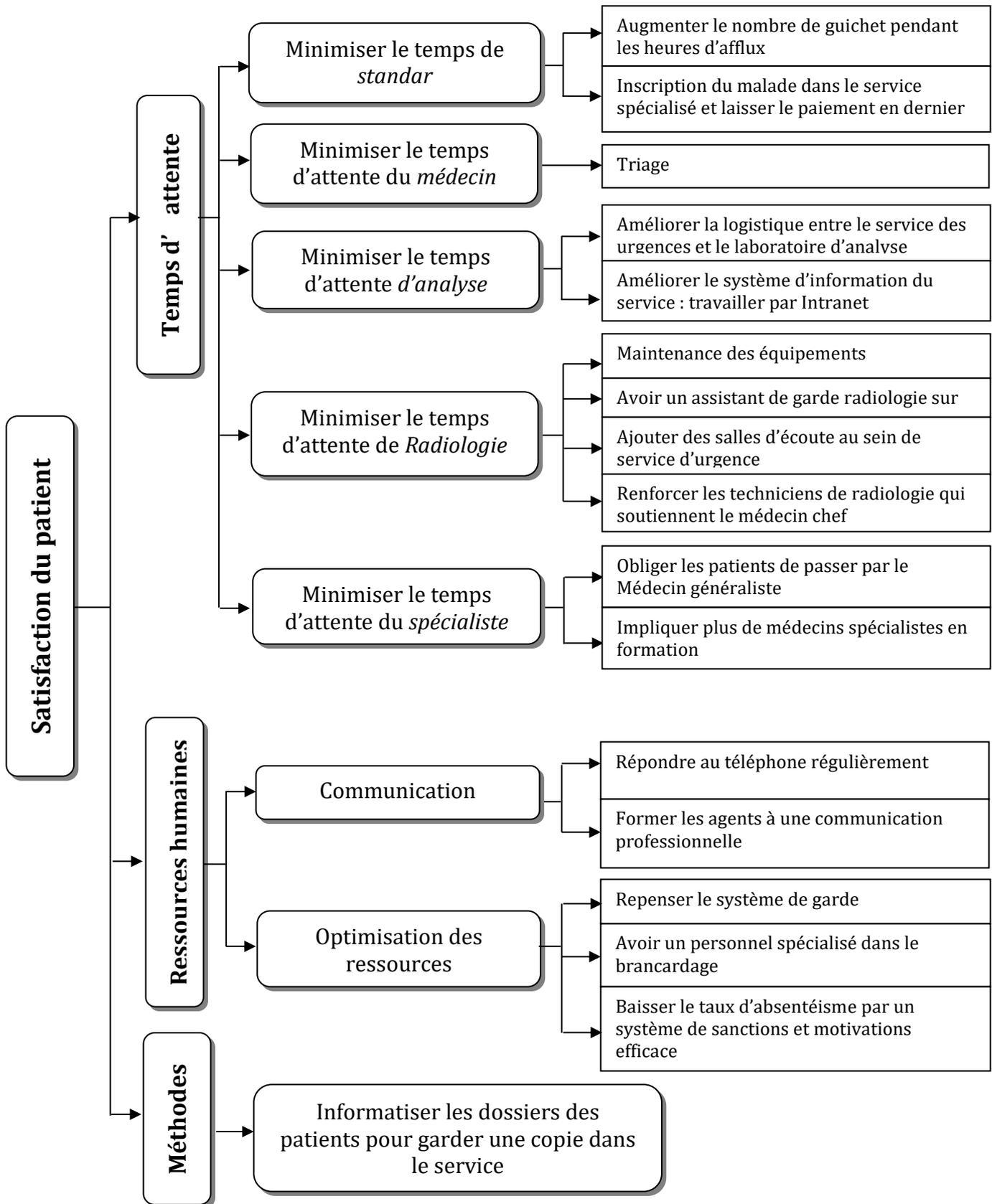
Schéma N4 : Le diagramme en arbre de Maillard, 2004



Source : J. JLASSI-A; EL MHAMED I -H. CHABCHOUB ; 22-24 oct. 2007 ; « Utilité du diagramme en arbre pour la satisfaction des patients » ; CPI'2007, Rabat – Maroc, PDF.

Exemple :

Schéma N 5 : exemple de diagramme en arbre



Conclusion

Le marketing prépare les dirigeants d'établissements sanitaires à mieux connaître les besoins et la demande de l'utilisateur, à mieux évaluer l'offre de la concurrence et à mieux anticiper les évolutions du marché. En d'autres mots, le but du marketing est double ; d'une part, il vise à adapter les services offerts aux besoins des usagers tout en tenant compte des contraintes du marché, et d'autre part, à évaluer en permanence le degré de satisfaction des usagers ainsi que l'image et la notoriété de l'établissement. Dans l'environnement économique actuel, un établissement sanitaire, public ou privé, ne peut plus vivre sans se faire connaître, sans faire savoir ce qu'il est et ce qu'il désire devenir. Toute institution sanitaire doit se soucier de nos jours de générer autour d'elle une aura favorable, de faire connaître son activité, ses résultats, ses espoirs, les recherches qu'elle a entreprises, les résultats qu'elle a obtenus. Une telle attitude de marketing ne visera pas en premier lieu à vendre, mais à communiquer, à influencer favorablement et à attirer les sympathies. Aujourd'hui, on assiste à la création de postes de directeurs de la communication dans le domaine sanitaire, englobant la publicité et l'information (exemple : *le réseau de soins hospitaliers St Loup Orbe La Vallée (resHO) a créé en 1999 un poste à mi-temps de responsable de la communication*). La communication est en effet destinée à devenir de manière généralisée un service, une fonction à part entière dans les hôpitaux. Son existence prouve que l'information est l'élément essentiel de la cohésion de l'ensemble des acteurs de l'hôpital et permet la dynamique des objectifs et l'amélioration de la qualité. Elle est donc indispensable et on attendra de plus en plus de cette activité de véritables résultats comme d'une fonction de production.

CHAPITRE VI :

Le marché des produits pharmaceutiques

Objectif du chapitre

- **Montrer l'importance de l'industrie pharmaceutique.**
- **Maitriser les spécificités du service de santé**
- **Maitriser les critères de la segmentation du marché pharmaceutique**

Plan du chapitre

- *Le médicament et l'industrie pharmaceutique*
 - *Les étapes de développement d'un nouveau médicament*
 - *Le marché pharmaceutique mondial (chiffres clé)*
-

Introduction

Dans la logique de l'application du marketing commercial dans le domaine de la santé, il est incontournable de traiter le marché des produits pharmaceutique. En 2019, le marché mondial du médicament a atteint 1 106 milliards de dollars de chiffre d'affaires (environ 977 milliards d'euros), en croissance de plus de 5 % par rapport à 2018. Le marché américain (Etats-Unis) reste le plus important, avec 47,5 % du marché mondial, loin devant les principaux marchés européens (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni et Espagne), qui réalisent 15,3 % de parts de marché, le Japon (7,1 %) et les pays émergents (Chine et Brésil), 10,4 %.

La France demeure le deuxième marché européen derrière l'Allemagne. Toutefois, elle voit sa part de marché reculer de 2,2 points en dix ans. Une étude IQVIA, publiée en janvier 2019, confirme cette tendance : la France perdrait deux places à l'horizon 2023, se faisant dépasser par l'Italie et le Brésil (« *The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023* »).

Dans ce chapitre, nous allons montrer l'importance de ce secteur d'activité considéré l'un des secteurs connus par sa rentabilité « chiffre d'affaires », créateur d'emploi et incitant à l'innovation.

1. Définitions de l'industrie pharmaceutique

D'après (Gennaro, 1990)³⁶, l'industrie pharmaceutique est, dans le monde entier, un élément important des systèmes de santé. Elle comprend de nombreux services et entreprises, publics ou privés, qui découvrent, mettent au point, fabriquent et commercialisent des médicaments au service de la santé humaine et animale.

- ✓ La production pharmaceutique regroupe l'ensemble des opérations de transformation des matières premières en produits finis (médicaments). Elle répond à des normes de qualité nationales, européennes et internationales très strictes (les Bonnes Pratiques de Fabrication) garantissant le respect de l'hygiène, de l'environnement et de la sécurité dans le but d'assurer aux patients un standard de qualité très élevé³⁷.
- ✓ L'industrie pharmaceutique est une industrie technique, innovante (qui investit chaque année plus de 10% de son chiffre d'affaires dans la recherche et le développement de nouvelles solutions thérapeutiques au bénéfice des patients³⁸) et sûre.

2. Le médicament et l'industrie pharmaceutique

2.1. Définition du médicament

Selon la définition du dictionnaire pharmaceutique de l'OMS (*WHO Drug Dictionary Enhanced*) et celle de la Directive européenne, un médicament est « *toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines. Toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques chez l'homme est également considérée comme médicament* »³⁹

Il est composé d'une substance active (*ou principe actif*), qui possède un effet thérapeutique, et des excipients (liants, agents d'enrobage, agents de remplissage, goûts artificiels...), destinés à conférer des caractéristiques particulières au produit final.

2.2. Formes juridiques des médicaments

On distingue trois formes juridiques de médicaments, il peut s'agir des catégories suivantes :

2.2.1. Médicament princeps (éthique) :

³⁶ Keith D.Tait. : « *L'industrie pharmaceutique* », Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, Bureau international de travail, 3ème édition, Chapitre 79 .In : www.ilocis.org.

³⁷ Les entreprises du médicament en France, Bilan économique, Édition 2018, p In : <https://www.leem.org>.

médicament original également désigné comme médicaments « de référence » « ou innovants », est un médicament dont la substance active (ou un nouveau dosage ou une nouvelle présentation) n'a pas encore été utilisée comme médicament à usage humain pour l'indication donnée⁴⁰, ces molécules sont protégées par un brevet, dont la durée est de 15-20 ans, durant cette période, aucune entreprise ne peut les copier, leur prix est élevé, et ils sont des médicaments de prescription et généralement remboursable. Les dépenses R&D élevées pour les princeps qui représentent la part de marché la plus élevée et la plus rentable.

2.2.2. Médicament générique :

Après expiration du brevet, un médicament identique ou équivalent à celui d'une marque peut être produit sous un nouveau nom commercial. La substance active est identique à celle du produit de marque, les seules différences possibles étant la présentation et les excipients⁴¹. Leur fabrication répond aux mêmes normes d'exigence que tous les autres médicaments.

2.3. Etapes du développement d'un nouveau médicament

Une molécule qui parviendra à passer toutes les étapes de tests et d'essais cliniques pour devenir un médicament, le chemin de l'innovation au malade est long complexe et coûteux, qui va de la recherche à la découverte d'une nouvelle molécule à la demande d'autorisation de mise sur le marché. Selon la fédération européenne des associations et industries pharmaceutiques, le développement d'un nouveau médicament coûte en moyenne 780 millions d'euros

2.3.1. Les études précliniques

Avant de tester le candidat médicament chez l'être humain, il doit passer divers examens de manière à ce que la sécurité soit garantie. On applique ce faisant des directives acceptées à l'échelon international qui s'orientent selon les principes des «3R ». Des études toxicologiques et de sécurité sur des animaux pour déterminer la dangerosité sur l'homme est effectuée par des toxicologues. Si la substance active ne présente jusque-là pas d'effets secondaires indésirables, on la produit alors en petites quantités pour les essais cliniques qui vont suivre.

2.3.2. Les essais cliniques :

Il existe quatre phases d'évaluation distinctes les unes des autres et successives, dont chacune donne lieu à un essai clinique différent. Aussi, Il est à préciser qu'un médicament sur dix obtient l'AMM (Autorisation de mise sur le marché)

⁴⁰J PINEL : « Les médicaments de contrefaçons et sous-standards : un danger de mort », p 6 .In : <https://emedblogblog.files.wordpress.com/2016>.

⁴¹Les jeunes, la chimie et les sciences de la vie. : « L'industrie pharmaceutique et les biotechnologies », Dossier pédagogique réalisé dans le cadre du programme de conférences, p 6.In : <https://www.cefochim.be/media/1266/pharmabiotech.pdf>

2.3.2.1. Phase I : étude de l'évolution de la molécule testée dans l'organisme en fonction du temps (cinétique) et analyse de la toxicité sur l'être humain. Cette phase est menée sur un petit nombre de personnes volontaires et non malades (volontaires sains) ;

2.3.2.2. La phase II : est effectuée sur des individus malades. On teste l'efficacité du produit et on évalue les quantités appropriées au traitement souhaité, il s'agit de définir la dose optimale, c'est-à-dire celle pour laquelle l'effet thérapeutique est le meilleur avec le moins d'effets secondaires.

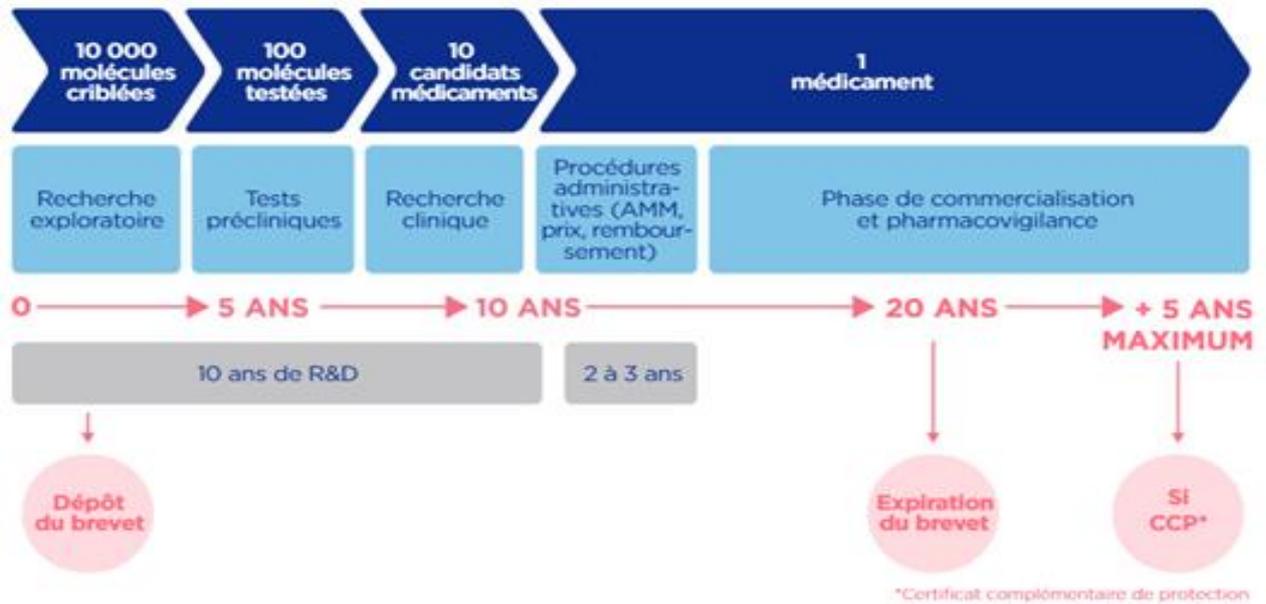
2.3.2.3. Phase III : comparaison de l'efficacité du nouveau médicament par rapport au traitement de référence (lorsque celui-ci existe) et/ou à un placebo (lorsqu'aucun traitement n'existe). Cette phase s'adresse à un grand nombre de patients et dure plusieurs années. Les patients sont sélectionnés sur des critères précis qui permettront de répondre à la question de l'efficacité et du bénéfice du médicament testé comme nouveau traitement standard de la maladie concernée. Les essais de phase III permettent également d'identifier les risques potentiels du nouveau médicament.

Durant cette phase, se déroulent également des essais relatifs au développement industriel et au mode d'administration et de conditionnement (gélules, comprimés, sirop...). C'est au terme de cette phase que le laboratoire producteur dépose un dossier auprès des autorités sanitaires : l'agence européenne des médicaments (EMA) ou la FDA aux Etats-Unis pour recevoir l'autorisation de mise sur le marché.

L'autorisation de mise sur le marché : Si les études montrent que le médicament est efficace et sûr, une demande de commercialisation (qui comprendra les données issues des études menées chez l'animal et chez l'homme, les techniques de fabrication du médicament, les informations de prescription et la notice) sera soumise aux autorités réglementaires qui analyseront ces informations et décideront si le produit est suffisamment sûr et efficace pour en permettre la commercialisation. Le médicament sera ensuite mis à disposition des malades, seuls les médicaments originaux traversent ces longues étapes, les génériques ne repassent pas ce long cycle d'essais

2.3.2.4. Phase IV : (la pharmacovigilance) : études de surveillance après commercialisation pour prouver la sécurité et l'efficacité dans les conditions normales d'utilisation. Tout accident de santé lié à la prise de médicaments est signalé aux institutions réglementaires. Les entreprises remettent également un rapport sur le suivi du médicament tous les six mois, pendant les deux premières années de la vie du médicament puis tous les ans pendant les trois années suivantes, et enfin tous les cinq ans, tant que le médicament est commercialisé

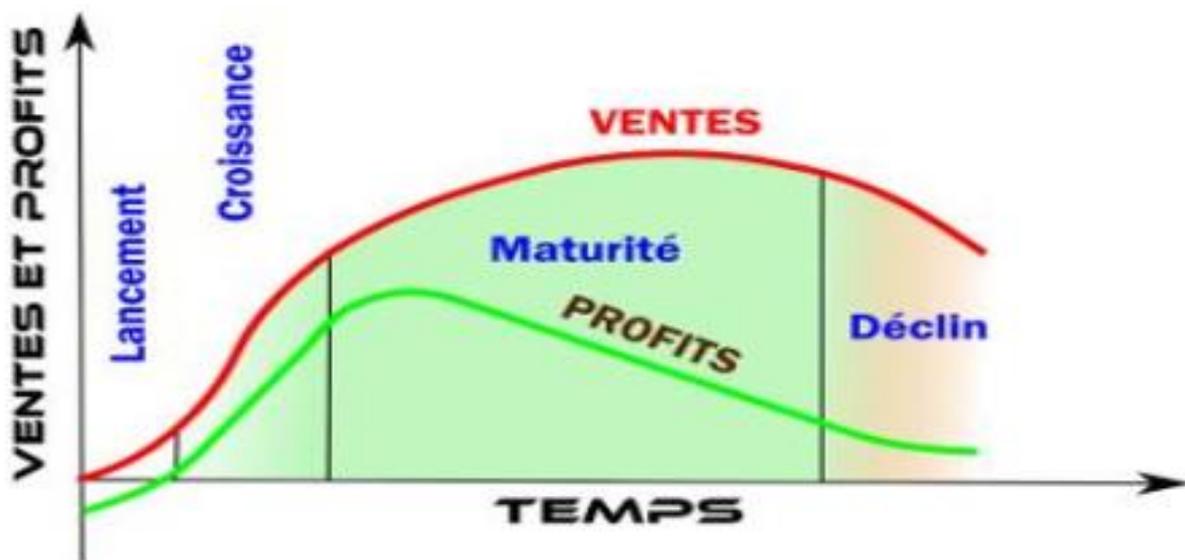
Figure 7: genèse d'un médicament (De l'idée au produit)



Source : Bilan économique, Édition 2018, p 44. In : <https://www.leem.org>

3. Le cycle de vie du médicament

Le médicament, comme tous les autres produits à commercialiser, naît, se développe, se maintient, décline puis il disparaît. Le médicament est assimilable aux autres produits de consommation ordinaire. Son cycle se compose de quatre étapes essentielles, que nous venons de citer précédemment (lancement, croissance, maturité et déclin). Toutes ces étapes sont précédées par une phase de recherche et développement (R&D) généralement plus longue et plus coûteuse sur le plan économique. Par ailleurs, il est important de noter que ce cycle a quelques particularités à mettre en exergue.



Source : Bilan économique, Édition 2018, p 48. In : <https://www.leem.org>

Tableau 5: le cycle de vie d'un produit bio technologique
le cycle de vie d'un produit bio technologique

Etapes	Caractéristiques du marché	Décisions mercatiques
Lancement	La concurrence est faible ou inexistante	Les investissements en recherche et développement sont très élevés, la rentabilité est faible - Le prix est fixé en fonction des objectifs stratégiques et des coûts - La communication est importante : l'objectif est de faire connaître le nouveau produit ou service
Croissance	La demande croissante attire les concurrents	Le prix est fixé en fonction du contexte concurrentiel - Les budgets de communication augmentent - L'entreprise cherche à personnaliser son offre et à se différencier
Maturité	Les ventes sont maximales, - Le marché est saturé et très concurrentiel	Les prix sont modifiés : baisse durable des tarifs ou prix promotionnels - La communication s'oriente vers des actions de promotion des ventes pour fidéliser - L'entreprise doit reconsidérer son offre : <ul style="list-style-type: none"> • Elle peut envisager d'investir dans le développement de nouveaux produits et services, • Elle peut relancer le produit avec des innovations qui apportent une nouvelle valeur à l'offre
Déclin	Les ventes diminuent, - Les débouchés sont insuffisants, - Les concurrents disparaissent.	- La rentabilité est très faible - Les investissements en communication sont réduits - L'entreprise est face à une alternative : <ul style="list-style-type: none"> • Abandonner le produit • Exporter le produit, après d'éventuelles adaptations, sur un marché où la demande est émergente ou en phase de croissance.

3.1. Particularités du cycle de vie de médicament :

3.1.1. Particularité de la phase R&D :

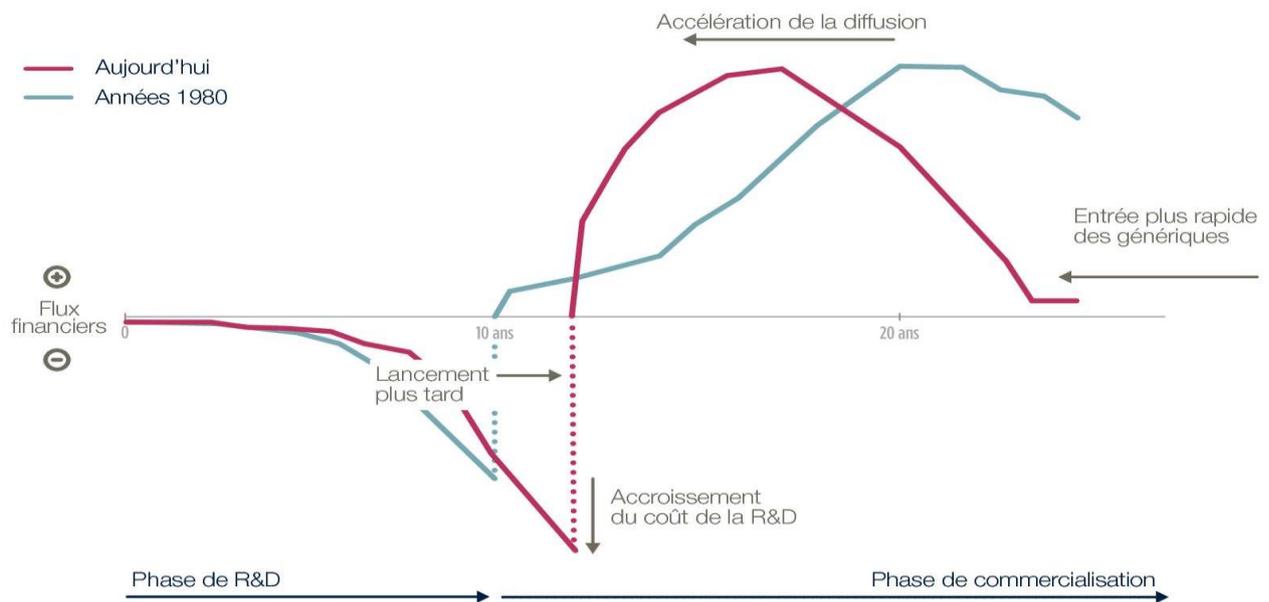
Cette phase est connue par sa durée indéterminée qui peut se prolonger jusqu'à quelques années, provoquant ainsi de dépenses incalculables pour les laboratoires pharmaceutiques, ce qui justifie les niveaux de prix excessivement élevés des médicaments (princeps). Les salaires des chercheurs, le niveau élevé de technologie et les autres exigences d'ordre techniques sont à l'origine de niveau élevé de coûts.

3.1.2. Une période de maturité plus longue

Nous constatons aussi que la période de maturité est significativement plus longue pour le médicament que pour les autres produits ordinaires, ceci s'explique par la fréquence des innovations en produits biotechnologique ou le remplacement des produits se fait de manière très progressive (*Insuline existe depuis des années*) et l'incapacité à proposer des produits alternatifs qui peuvent provoquer, par la concurrence, la disparition des produits existants.

4. Evolutions récentes du cycle de vie de médicament

Figure 8: Evolutions récentes du cycle de vie de médicament



Source : Bilan économique, Édition 2018, p 52. In : <https://www.leem.org>

La comparaison du cycle de vie de médicament entre les années quatre-vingt et celui d'aujourd'hui nous donne les différences suivantes.

- ✓ Un lancement plus rapide (plus anticipé) des produits : ceci est possible grâce aux efforts et au rythme de recherche appliquée. La recherche de nouveaux procédés et de nouvelles innovations est devenue aujourd'hui une vraie course. Sur le plan commercial, le premier arrivé sur un marché détient le monopole et exploite des parts de marché qui lui donne un avantage concurrentiel difficilement rattrapable.
- ✓ Un accroissement des coûts de recherche et développement (R&D) : la recherche de nouvelle solution thérapeutiques et la course vers les premiers brevets d'inventions incite les producteurs à dépenser sans compter dans la R&D.

- ✓ Accélération de la défusion : dès le lancement du produit, les nouvelles méthodes de commercialisation, de communication, d'information et du marketing permettent une défusion plus rapide, ceci va provoquer nécessairement une contraction de la phase de maturité.
- ✓ Entrée plus rapide des génériques : la contraction de la phase de maturité sous pressions des nouvelles inventions, et dans le souci de rentabiliser le produit, les producteurs font recours aux génériques d'une manière anticipée et plus rapide d'habitude.

5. Segmentation du marché de la santé

Segmenter un marché, c'est le découper en groupes de consommateurs homogènes en termes de consommation. Segmenter le marché permet de mieux répondre aux attentes des consommateurs en proposant le bon produit à chaque segment.



5.1. Définition

La segmentation d'un marché consiste à découper en sous-ensembles, homogène selon les critères choisis par l'Entreprise, et de tailles suffisantes (rentable) pour pouvoir être la cible d'un marketing mix spécifique.

5.2. Le processus de segmentation

● Comment segmenter ?

Il existe deux façons de segmenter :

→ *A priori* : l'entreprise définit les critères de segmentation et regroupe ensuite les acheteurs selon ses critères. Un facteur qui distingue a priori les individus pour un médicament est l'état de santé et la présence ou pas de la pathologie traitée par le médicament. Le problème de cette démarche est qu'en multipliant les critères intéressants on peut vite se retrouver avec un trop grand nombre de segments par conséquent inexploitable.

→ *A posteriori* : on analyse le marché et les points communs entre les consommateurs ayant les mêmes attentes vis-à-vis du produit, on en déduit les critères de segmentation. Cette analyse est plus pertinente mais requiert plus d'études et surtout la présence d'un marché déjà identifié.

5.3. Les critères de segmentation du marché de la santé

Il existe de nombreux critères de segmentation mais ceux-ci ne sont pas toujours accessibles à des politiques marketings ciblés.

5.3.1. Critères géographiques

Le critère géographique est le plus simple à mettre en place puisqu'il repose sur des données parfaitement objectives et facilement accessibles. Il consiste à découper un

territoire en segments de marché : segment par pays ou région du monde, par départements, villes, quartiers, lieu d'habitation (appartement ou maison) ...Les producteurs de produits de santé internationaux utilisent la segmentation géographique dans la mesure où sur certains produits l'offre diffère d'une région du monde à une autre. En générale ce n'est pas réellement le produit qui est adaptée mais plutôt le packaging et la communication ainsi que les modes de distribution, en partie du fait des différences législatives.

La segmentation géographique n'est pas utilisée à un niveau plus fin dans le cadre des produits de santé. C'est la presse régionale qui utilise le plus cette segmentation.

5.3.2. Critères sociodémographiques

→ **L'âge et le cycle de vie familial** : l'âge est une variable déterminante du comportement de consommation, en particulier dans le cas des produits de santé. Les laboratoires pharmaceutiques proposent le plus souvent des offres adaptées à l'âge mais également au cycle de vie. C'est surtout une adaptation des dosages et des posologies pour le même produit :

- **Âge** : bébé et nourrissons, enfant, adultes ;
- **Cycle de vie familiale** : adaptation des packagings (formats familial, dosettes pour les personnes seuls...).

→ **Le sexe** : dans le cadre des médicaments, la segmentation par le sexe n'existe que sur la pathologie traitée ne concerne qu'un des genres (problème de prostate pour les hommes, de contraception pour les femmes) ou concerne majoritairement l'un des deux (ostéoporose). Les produits à allégation de santé ou de bien-être, comme par exemple les produits minceur, commencent à proposer des produits spécifiques pour les hommes, le sexe devient un élément essentiel de segmentation.

→ **Le revenu** : c'est le plus ancien critère de segmentation. Il n'est pas utilisé en santé puisque soit les produits sont remboursés, ce qui annihile l'effet revenu, soit il serait assez peu éthique de proposer des médicaments de luxe à des prix prohibitifs. C'est le cas par contre dans le cadre des produits de soin et à allégation de santé qui s'adresse en majorité à des personnes ayant un revenu élevé.

→ **La catégorie professionnelle, le niveau d'étude** : ce sont des critères utilisés pour les produits de consommation courante à caractère social comme la voiture, les vêtements, les meubles, les loisirs...ils sont inexploitable dans le secteur des produits de santé.

→ **Les critères ethniques, religieux...** : ils sont de plus en plus utilisés, en particulier dans les domaines de cosmétiques. On voit par exemple de plus en plus de produits destinés aux peaux noires, asiatiques...comme pour le sexe, ces critères ne sont utilisés dans l'industrie pharmaceutique que dans la mesure où ils constituent un critère de différenciation pathologique : certaines pathologies touchent plus certaines ethnies (ex : la drépanocytose qui touche les enfants d'origine africaine).

→ *L'état de santé réel* : c'est un critère qui s'adresse tout particulièrement au secteur de la santé et qui est forcément à la base de toutes les segmentations réalisées dans le secteur.

5.3.3. Critères psycho graphiques

→ *Le style de vie et les valeurs* : c'est le critère de segmentation à la mode depuis une vingtaine d'année. On s'intéresse beaucoup au style de vie, aux valeurs véhiculées par la consommation...si les produits cosmétiques et de bien-être surfent sur cette vague en particulier avec la mode bio, c'est moins le cas pour les médicaments. Cependant certaines pathologies sont très liées au style de vie, comme nous avons pu le constater avec le SIDA par exemple. Le style de vie influe alors indirectement sur l'offre à travers la prévalence de certaines pathologies plus présentes dans certains styles de vie. Les valeurs jouent également sur le type de traitement : allopathie ou homéopathie par exemple

→ *La personnalité* : la personnalité est peut-être le critère de segmentation le plus difficile à atteindre puisque la personnalité est extrêmement complexe tant à définir qu'à mesurer. Le marketing joue sur la personnalité de la marque en l'adaptant le mieux possible à celle de ces principaux acheteurs, qui pourront ainsi se reconnaître dans le produit.

Les entreprises jouent également sur des éléments de personnalité comme la peur du manque par exemple pour promouvoir des packagings plus grands. L'industrie pharmaceutique commence à utiliser la personnalité pour se différencier des concurrents même si ce concept reste difficilement exploitable du laboratoire qui mise en avant auprès des médecins par les visiteurs médicaux.

5.3.4. Critères comportementaux

Il s'agit de découper le marché en groupes homogènes en termes de connaissance, d'attitude et de comportement à l'égard du produit. C'est évidemment un point de départ privilégié de la segmentation même si sa mise en place est difficile.

→ *La situation d'achat ou de consommation* : certains produits sont consommés en avances, en hivers, pendant les loisirs, en familles.... L'industrie pharmaceutique utilise ces critères pour certains produits par exemple dont la consommation est fortement saisonnière (antibiotiques, antitussifs...) ou des produits de confort, en générale non remboursés. Certains traitements sont adaptés aux voyages par leur nature (antipaludéens) ou par leur présentation (packaging, posologie.).

→ *Le statut d'utilisateur et le niveau d'utilisation* : c'est la fidélité de l'utilisateur de produit, la récurrence de sa consommation du produit. On distingue le non utilisateurs absolus, des utilisateurs potentiels, réguliers et occasionnels. Les médicaments

s'adaptent à ce statut pour proposer des traitements adaptés au niveau d'évolution de la pathologie, en particulier dans le cas de maladies graves et évolutives

Conclusion

Le marketing prépare les dirigeants d'établissements sanitaires à mieux connaître les besoins et la demande des usagers, à mieux évaluer l'offre de la concurrence et à mieux anticiper les évolutions du marché. En d'autres mots, le but du marketing est double ; d'une part, il vise à adapter les services offerts aux besoins des usagers tout en tenant compte des contraintes du marché, et d'autre part, à évaluer en permanence le degré de satisfaction des usagers ainsi que l'image et la notoriété de l'établissement. Dans l'environnement économique actuel, un établissement sanitaire, public ou privé, ne peut plus vivre sans se faire connaître, sans faire savoir ce qu'il est et ce qu'il désire devenir. Toute institution sanitaire doit se soucier de nos jours de générer autour d'elle une aura favorable, de faire connaître son activité, ses résultats, ses espoirs, les recherches quelle a entreprises, les résultats qu'elle a obtenus. Une telle attitude de marketing ne visera pas en premier lieu à vendre, mais à communiquer, à influencer favorablement et à attirer les sympathies. Aujourd'hui, on assiste à la création de postes de directeurs de la communication dans le domaine sanitaire, englobant la publicité et l'information (exemple : *le réseau de soins hospitaliers St Loup Orbe La Vallée (resHO) a créé en 1999 un poste à mi-temps de responsable de la communication*). La communication est en effet destinée à devenir de manière généralisée un service, une fonction à part entière dans les hôpitaux. Son existence prouve que l'information est l'élément essentiel de la cohésion de l'ensemble des acteurs de l'hôpital et permet la dynamique des objectifs et l'amélioration de la qualité. Elle est donc indispensable et on attendra de plus en plus de cette activité de véritables résultats comme d'une fonction de production.

Conclusion générale

Parler du marketing dans un domaine si particulier et hautement sensible comme la Santé est un exercice confronté à plusieurs contraintes d'ordre éthique et moral. Comment vendre un service et un produit et chercher le profit au détriment de la santé des patients et leurs vies ?? ce questionnement nous interpelle la nécessité de préciser que le Marketing en Santé et son application est scindé en deux axes principaux :

Le premier c'est celui qui relève de la dimension purement marchande dans un secteur complexe, en recomposition, hautement concurrentiel et incertain, les acteurs de la complémentaire santé explorent plusieurs voies pour tenter de conserver une rentabilité grevée par un désengagement continu et inexorable des régimes obligatoires. Le marketing pourrait alors paraître comme l'outil providentiel pour une bataille de parts de marché, mais sans réelle différenciation certains enjeux peuvent en cacher d'autres.

Le deuxième axe est celui basé sur un comportement désintéressé (but non lucratif) qu'on peut placer dans la case de la logique du Marketing Social. L'objectif dans ce cas de figure est purement préventif, et c'est le cœur même de la santé publique, qui s'inscrit en amont de toutes actions d'ordre curatif.

Les deux logiques, en dépit de leurs opposition idéologique, elles ne s'opposent pas, par contre, elles se complètent pour constituer le corpus d'une discipline peu connue mais qui amorce son émergence.

Le premier c'est celui qui relève de la dimension purement marchande dans un secteur complexe, en recomposition, hautement concurrentiel et incertain, les acteurs de la complémentaire santé explorent plusieurs voies pour tenter de conserver une rentabilité grevée par un désengagement continu et inexorable des régimes obligatoires. Le marketing pourrait alors paraître comme l'outil providentiel pour une bataille de parts de marché, mais sans réelle différenciation certains enjeux peuvent en cacher d'autres.

Le deuxième axe est celui basé sur un comportement désintéressé (but non lucratif) qu'on peut placer dans la case de la logique du Marketing Social. L'objectif dans ce cas de figure est purement préventif, et c'est le cœur même de la santé publique, qui s'inscrit en amont de toutes actions d'ordre curatif.

Les deux logiques, en dépit de leurs opposition idéologique, elles ne s'opposent pas, par contre, elles se complètent pour constituer le corpus d'une discipline peu connue mais qui amorce son émergence.

Ressources Bibliographiques

- **ABECASSIS P. et COUTINET N.** : « *Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques* », la Documentation française « Horizons stratégiques, 2008,
- **ABOUGOMAAH N-H**, (2006), « *marketing: arab and foreing perspectives* » the(ad) arab administratie development organisation, egypt
- **AVEROUS B, AVEROUS D**, (1998), « *Mesurer et manager la qualité de service « la méthode CYQ* », INSEP édition, Paris
- **BAXERRES C.** : « *Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ?* », éditions Karthala, politique africaine, 2011
- **BEATRICE MAJNONI D**, « *Economie de la santé* » éd PUF, Paris, 1994.
- **BERESIAK A, DURU G**, « *Economie de la santé* », Masson, Paris, 2001
- **BERESNIAK R, DURU G**, (2001), « *économie de la santé* », édition Masson ,Paris,5e édition.
- **BOUKLI-HACENE N.** : « *Le positionnement stratégique du médicament générique : Etude de cas : Analyse du positionnement du générique auprès du consommateur algérien* », mémoire de magister, option : marketing international, université Aboubekr Belkaid, 2011.
- **DAHMANE L.** « *Le marketing pharmaceutique : Cas de complexe SAIDAL* », Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Dely Ibrahim –Alger, 2009-2010.
- **DURIEUX P**, (1998), « *comment améliorer les pratiques médicales* », édition Flammarion, Paris
- **E FAUO A-L.** « *Economie de la santé en question* », Ellips, Paris, 2000.
- **GABA C, EROY L, BONNERY A-M, LARANDE D, MICHET P**, (2003), « *Prévention des risques dans l'unité de soins* », édition Masson, Paris.
- **HAS (haute autorité de santé)** ; (2007) ; « *définir, ensemble les nouveaux horizons de la qualité en santé –pour un débat public* » ; France ; PDF
- **HUBINON M**, (2004), « *Management des unités de soins : de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité* », édition De boeck, Bruxelles, 2e tirage
- **HUBINON M**, (2004), « *Management des unités de soins, de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité* », édition De boeck, Bruxelles, 2e tirage.
- **JAEGER M**, (2004), « *Guide du secteur social et médicaux-social* », édition Dunod, Paris, 5e édition
- **JLASSI-AJ.;EL MHAMED H. CHABCHOUB**, (2007); « *Utilité du diagramme en arbre pour la satisfaction des patients* » ; CPI'2007, Rabat – Maroc, 22-24, PDF
JOHNWILEY & SONS, LTD, 2003.
- **KOUTAISSOFF D**; Juillet 2005 ; « *marketing et communication des établissements sanitaires vaudois analyse et positionnement des services de maternité'* » ;Lausanne, ,

- **KREBS G, MOUGIN Y**, (2007), « *les nouvelles pratiques de l'audit qualité interne* », édition AFNOR, France
- **LOVELOCK Ch, WIRTZ J, LAPERT D, MUNOS A**, (2008), « *Marketing des services* », édition Pearson, France, 6e édition
- **MASNE P**, (2007), « *Les services publics, approche économique et enjeux sociaux* », édition Presses Universitaires de Rennes « DIDACT économie », France
- **MASSOUD R** ; (2002) ; « *Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé (projet d'assurance de la qualité)* » ; center for human services ; USA ; PDF
- **MCINTYRE D, MOONEY G**, « *The Economics of Health Equity* "Cambridge university press, 2007.
- **MONTALBAN M.** : « *L'industrie pharmaceutique* », cycle : ces industries qui gouvernent le monde, Novembre 2010.
- **NTHONY S, MAYNARD A, ELLIOTT R**, "Advances in Health Economics"
- **OMS et Action Internationale pour la Santé** : « *Comprendre la promotion pharmaceutique y répondre, un manuel pratique* », édition originale 2009
- **PHELPS C.** « *Les fondements de l'économie de la santé* », Publi-Union, 1995.
- **POILROUX R**, (2000), « *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux* », Berger-levrault édition, Paris
- **R POILROUX**, (2000), « *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux* », Berger-levrault édition, Paris
- **RAYMOND P.; STEPHEN J. GROVE, J JONN**, (2000), "interactive services marketing houghton mifftin company " Boston, new york
- **Sailly J-C** : « *Dix ans d'avancées en économie de la santé : actes des XIXes journées des économistes de la santé* », Paris, John Libby Eurotxt.1997.304 p.
- **Union Nationale des Opérateurs de la Pharmacie (UNOP)** : *Etude sur la consommation des médicaments en Algérie, Février-Mars, 2018.*
- **VELASQUEZ GERMAN V.** : « *l'industrie du médicament et le tiers monde* » éd, Paris : l'Harmattan. 1983.
- **VILCOT C, LECLLET H**, (2006), « *Indicateur qualité en santé* », édition Afnor, Franc, 2e édition
- **Y MATILLON** ; (2000) ; « *Qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire* » ; ANAES* service évaluation en secteur libéral ; Paris
- **Yves MATILLON**, « *qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire* », ANAES* service évaluation en secteur libéral, Paris-cadex 13-,2000

Table des matières

MARKETING DES SERVICES DE SANTE	89
<i>Fiche technique du Module</i>	90
<i>Plan de progression du cours par semaine</i>	90
<i>Préambule</i>	91
<i>Introduction générale</i>	1
CHAPITRE I : Notions de santé et des systèmes de santé	2
<i>Introduction</i>	2
1. La santé : définitions et caractéristiques	3
1.1. Définition de la santé : selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)	3
1.2. La santé : un bien spécifique	3
1.3. Points de différence	4
1.3.1. Le désir	4
1.3.2. L'incertitude de l'évènement	4
1.3.3. Forte amplitude de coûts	4
1.3.4. Externalités négatives	4
1.3.5. Domination du producteur	4
1.3.6. Asymétrie d'information	4
2. Système de santé et système de soins	5
2.1. Qu'est-ce qu'un système de santé ?	5
2.2. Ses composantes	5
2.3. Ses objectifs	5
2.4. Définition du système de soins	5
3. Les acteurs du système de santé (intervenants sur le marché de la santé)	6
3.1. Les producteurs de soins	6
3.2. Les Consommateurs de soins	6
3.3. Organismes de financement	6
3.4. Etat régulateur	6
4. Typologies des systèmes de santé et de protection sociale dans le monde	7
4.1. Le système Bismarckien	7
4.2. Système Beveridgien (Système National)	7
4.3. Le système d'inspiration libérale	7
5. Synthèse de comparaison des modèles des systèmes de santé	8
<i>Conclusion :</i>	10
<i>Autotest Question 1 :</i>	11
CHAPITRE II : Le marketing en santé	12
<i>Introduction</i>	12
1. Définition du marketing	12
2. Evolution du marché de la santé vis-à-vis du marketing	13
2.1. Avant les années 80 : réticence vis-à-vis du marketing	13
2.1.1. Particularités du marché de la santé	13

2.1.2. Ethique	13
2.1.3. Obligation en vigueur	13
2.2. Après les années 80 : reconnaissance de l'importance du marketing	14
2.2.1. L'orientation vers le client	14
2.2.2. Une forte concurrence	14
2.2.3. La maîtrise des dépenses de santé	14
3. L'apport du marketing pour le secteur de la santé	15
3.1. Analyse du marché	15
3.1.1. L'analyse de l'offre	15
3.1.2. Analyse de la demande	16
3.1.3. Analyse de l'environnement	16
3.2. Etude des besoins	17
4. Application du marketing en Santé	17
4.1. L'importance de nouveau concept du marketing dans le secteur de la santé	17
4.2. Les formes du Marketing en santé	18
4.2.1. Le marketing interne	18
4.2.2. Le marketing interactif	19
4.2.3. Le marketing externe	19
Conclusion	20
Autotest Question 2 :	21
CHAPITRE III : Service et servuction en santé	22
Introduction	22
1. Notion du service	23
1.1. Essais de définition	23
2. Les composantes importantes de service global	23
2.1. Une compétence spécialisée	23
2.2. La création de contacts et de relations sociales	24
2.3. Le transfert de savoir-faire	24
2.4. Le front office de services	24
2.5. Le management et l'organisation en tant que prestation	25
3. Service de base / Services supplémentaires : bonne mélange pour une offre globale	25
4. Classification de service en santé	25
4.1. Classification selon les éléments de base des services délivrés	25
4.2. Classification selon le besoin d'un service client en présence	26
4.3. Classification selon l'objectif de service	26
4.4. Classification selon le champ d'activité	26
5. Le service sanitaire	27
5.1. Définition	27
5.2. Quelques caractéristiques de service sanitaire	27
5.3. La difficile séparation entre bien-service en santé	28
6. Distinction entre servuction et production	28
6.1. Définition de la servuction	28
6.2. Le système de servuction	29
6.3. Les modes d'organisation pour délivrer le service	29
Conclusion du chapitre	30
CHAPITRE IV : Marketing et communication en santé	32

Introduction	32
1. Types de communication en santé	33
1.1 La communication interpersonnelle	33
1.2 Communication d'entreprise	33
1.3. La communication institutionnelle	33
2. Les publics cible de la communication en santé	33
2.1. La communication interne	33
2.2 La communication externe	34
2.2.1 Type de communication externe	34
CONCLUSION	37
CHAPITRE V : Qualité des soins, son évaluation et son amélioration	38
Introduction	38
1. La qualité des soins	39
1.1. Définitions	39
1.2. Les modèles conceptuels de la qualité des soins	40
1.2.1. Concept de qualité de Karl Albrecht et Ron Zemke	40
1.2.2. Concept de qualité de Joan Kahn	40
1.2.3. Concept de qualité de Eiglier et Langeard	41
1.2.4. Concept de qualité de Cunmesson	42
1.2.5. Concept de qualité de A. Donabedian	42
1.3. Les dimensions de la qualité des soins	43
1.3.1. L'efficacité	43
1.3.2. La sécurité	43
1.3.3. L'accessibilité	44
1.3.4. La réactivité	44
1.3.5. L'efficience	44
2. L'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins	45
2.1. Le modèle de DENABEDIAN	45
2.1.1. Les structures et les ressources	45
2.1.2. Les processus	46
2.1.3. Les résultats	46
3. les indicateur qualité de soins, (un outil quantitatif de mesure)	47
3.1. Définitions :	47
3.2. Les indicateurs de qualité de soins et les indicateurs d'activités	47
3.3. Typologie des indicateurs	47
3.3.2 Indicateurs de processus	48
3.3.3 indicateurs de résultats	48
4. Caractéristiques d'un bon indicateur de qualité de soins	48
4.2. Quelques exemples d'indicateurs	49
4.3 Améliorer la qualité des soins	50
4.3.1 les outils pour améliorer la qualité des soins :	50
4.3.2. Comment améliorer les pratiques médicales	50
4.3. Les composantes de la qualité d'un soin :	51
5. Notion de satisfaction :	52
5.1. Définition de la satisfaction des patients selon les différents auteurs	52
5.2. La typologie des méthodes de mesure de la satisfaction des patients	53
5.2.1. Méthodes d'analyse indirecte	53
5.2.2. Méthodes d'analyse directe	53
5.3. Comment atteindre la satisfaction des patients	53
5.3.1. Le diagramme en arbre	53

Exemple :	55
Conclusion	56
CHAPITRE VI : Le marché des produits pharmaceutique	57
Introduction	57
1. Définitions de l'industrie pharmaceutique	58
2. Le médicament et l'industrie pharmaceutique	58
2.1. Définition du médicament	58
2.2. Formes juridiques des médicaments	58
2.2.1. Médicament princeps (éthique) :	58
2.2.2. Médicament générique :	59
2.3. Etapes du développement d'un nouveau médicament	59
2.3.1. Les études précliniques	59
2.3.2. Les essais cliniques :	59
3. Le cycle de vie du médicament	61
Lancement	62
Croissance	62
Maturité	62
Déclin	62
4. Evolutions récentes du cycle de vie de médicament	63
5. Segmentation du marché de la santé	64
5.1. Définition	64
5.2. Le processus de segmentation	64
5.3. Les critères de segmentation du marché de la santé	64
5.3.2. Critères sociodémographiques	65
5.3.3. Critères psychographiques	66
5.3.4. Critères comportementaux	66
Conclusion	67
Conclusion générale	88
Ressources Bibliographiques	88

Liste des illustrations :

Liste des figures

<i>Figure 1 : Adaptation du schéma de HEMEL et ROMAGNI, 1990 dans le domaine de la santé</i>	18
<i>Figure 2:le front office de service de santé</i>	24
<i>Figure 3: Modèle nucléaire de CHOSTACK appliqué au service de santé</i>	25
<i>Figure 4: les deux catégories de service selon ses éléments de base</i>	26
<i>Figure 5: entrants, processus et extrants/résultats selon le modèle d'DENABEDIAN</i>	45
<i>Figure 6: les composantes de la qualité d'un soin</i>	51
<i>Figure 7:genèse d'un médicament (De l'idée au produit)</i>	61
<i>Figure 8: Evolutions récentes du cycle de vie de médicament</i>	63

Liste des Tableaux

<i>Tableau 1Spécificité de la consommation médicale</i>	3
<i>Tableau 2: Comparaison des systèmes de santé et de protection sociale</i>	8
<i>Tableau 3 : La combinaison « bien-service » en santé</i>	28
<i>Tableau 4: Quelques exemples d'indicateurs</i>	49
<i>Tableau 5: le cycle de vie d'un produit bio technologique</i>	61

Liste des Schémas

<i>Schéma N 1 : Organisation simplifiée du système de santé algérien</i>	9
<i>Schéma N 2 : le triptyque de Gronoross. (Adaptation au domaine de la santé)</i>	19
<i>Schéma N3 : Modalité d'organisation du service de EIGLIER et LANGEARD adapté au domaine de la santé</i>	29
<i>Schéma N4 : Le diagramme en arbre de Maillard, 2004</i>	54
<i>Schéma N 5:exemple de diagramme en arbre</i>	55